



Diagnóstico

Análisis de Condiciones, Calidad
de Vida, Salud y Enfermedad – 2024

5 Localidad Usme



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.



SECRETARÍA DE
SALUD



Alcalde Mayor de Bogotá

Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud

Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretario de Salud Pública

Julián Alfredo Fernández Niño

Coordinación general del documento

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión

de Políticas de Salud Colectiva

María Belén Jaimes Sanabria

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero

Aportes y Revisión técnica

Equipo análisis de condiciones calidad de vida salud y enfermedad- ACCVSyE

Dirección de epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva

Angie Castañeda

Catherine Rodríguez

Lina Molina

Juan Camilo Tocora

Diane Moyano

Fernanda Socarras

Mariana Carvajal

Kimberly Piñeros

Carlos Fernández

Equipo local ACCVSyE

Ana María Rodríguez Suárez - Antropóloga

Edith Miyeri Segura Valdés - Epidemióloga

Christian David López Cantor - Geógrafo

Lorena Novoa López - Socióloga

Ángela Andrea Ramírez Suárez - Salubrista Líder Operativa

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

Estefanía Fajardo De la Espriella

Fotografía portada

EEIM, CC BY-SA 4.0

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81

Comutador: 364 9090

Bogotá, D. C. - 2025

Contenido

CAPÍTULO 1. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO.....	12
1.1. Contexto político administrativo.....	12
1.2 Condiciones ecológico – ambientales.....	15
1.2.1 Calidad del aire.....	17
1.2.2. Riesgos	19
1.3. Condiciones socio económicas	20
1.4. Estructuración poblacional y demográfica.....	23
1.4.1 Población diferencial	25
1.5. Acceso a bienes y servicios.....	29
1.6. Conclusiones	33
CAPÍTULO II: CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES	33
2.1.1. Educación y condiciones laborales	36
2.1.2. Seguridad alimentaria y nutricional.....	39
2.2 Eje de género.....	40
2.3. Eje territorial	42
2.4 Eje poblacional	46
2.5 Conclusiones	48
CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO	48
3.2 Configuración de la Mortalidad en la localidad:	57
Mortalidad General	57
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO	83
PROBLEMÁTICA 1: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.....	85
PROBLEMÁTICA 2: POBREZA MULTIDIMENSIONAL Y SALUD MENTAL	87
3: POBREZA - SEGURIDAD, SOBERANÍA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	92
PROBLEMÁTICA 4: BRECHAS DE GÉNERO Y SALUD MATERNOINFANTIL	96
PROBLEMÁTICA 5: CALIDAD DEL AIRE Y SALUD AMBIENTAL	99
PROBLEMÁTICA 6: OFERTA Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD	101

4.2 Reflexiones finales.....	103
5.1. Introducción al proceso de priorización	103
5.2. Metodología usada para el proceso de priorización.....	106
5.3. Conclusiones	112
CAPÍTULO VI. CAPÍTULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031, PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL, PLAN TERRITORIAL DE SALUD Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MAS BIENESTAR.	
.....	113
BIBLIOGRAFÍA.....	117

Introducción

Los documentos de Análisis de Situación en Salud -ASIS- tienen como finalidad analizar y comprender la realidad territorial, lo que implica una exploración colectiva de las dinámicas de producción y reproducción de los determinantes sociales de la salud-DSS. Este análisis se enfoca en identificar las problemáticas y necesidades sociales vinculadas a la salud, así como en inequidades presentes en dicho contexto. A partir de esta comprensión integral y participativa, se aspira a establecer un consenso sobre las prioridades en salud y a configurar una agenda social compartida que oriente de manera efectiva la respuesta territorial en este ámbito (1).

Es así como el ASIS de la localidad de Usme desempeña un papel importante al proporcionar una comprensión integral de la realidad territorial, que permite identificar las problemáticas y necesidades sociales relacionadas con la salud. Esta labor analítica se alinea con los objetivos del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá camina segura” 2024-2027, cuyo propósito es “mejorar la calidad de vida de las personas garantizándoles una mayor seguridad, inclusión, libertad, igualdad de oportunidades y un acceso más justo a bienes y servicios públicos, fortaleciendo el tejido social en un marco de construcción de confianza y aprovechando el potencial de la sociedad y su territorio a partir de un modelo de desarrollo comprometido con la acción climática y la integración regional” (2)

De igual forma, el ASIS se alinea con los objetivos del Modelo de salud actual del Distrito Capital “MAS Bienestar” basado en la Atención Primaria Social en Salud. Este modelo tiene como objetivo “mejorar el bienestar, la calidad de vida y la salud de la ciudadanía de Bogotá y fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial por medio de una acción sectorial e intersectorial efectiva, que incida positivamente en los determinantes sociales de la salud y mejore las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades”(1). Además, este modelo incorpora un enfoque territorial que reconoce que la vida de las personas y colectivos se desenvuelve en un contexto específico. Para abordar y superar las dinámicas de vulneración social y ambiental, es esencial comprender los contextos históricos, políticos, económicos, ambientales, sociales y culturales de cada territorio, lo que se convierte en la base para fomentar formas de agencia territorial que impulsen la coproducción de la vida (1).

Al conectar las prioridades en salud establecidas por el ASIS con el enfoque integral del Plan Distrital de Desarrollo y el Modelo de Salud de Bogotá, se busca fortalecer el tejido social y fomentar una ciudad más inclusiva y sostenible, en donde cada persona pueda acceder a sus derechos fundamentales, impulsando así el desarrollo social y comunitario en el Distrito Capital.

Una de las principales innovaciones de este ASIS es la incorporación de un componente participativo que involucra activamente a diversos actores del territorio en el proceso de análisis y priorización de problemáticas y necesidades en salud. A diferencia de versiones anteriores, donde el diagnóstico se basaba principalmente en fuentes secundarias y análisis técnicos, esta edición ha promovido espacios de diálogo con la comunidad, el sector salud, organizaciones sociales y otros actores clave. Esta perspectiva permite no solo una comprensión más integral de los determinantes sociales de la salud, sino también la construcción de

consensos que fortalecen la toma de decisiones y la implementación de estrategias más ajustadas a las realidades locales.

El ASIS de Usme se estructura en seis capítulos:

Capítulo I: Describe el contexto político-administrativo, ecológico, socioeconómico y el acceso a servicios.

Capítulo II: Profundiza en los determinantes de la salud y su influencia en la calidad de vida de los residentes de la localidad por medio de cuatro ejes: el socioeconómico, el de género, el territorial y el de poblaciones diferenciales.

Capítulo III: Se divide en dos apartados. El primero de ellos, presenta un análisis epidemiológico de las principales causas de morbilidad, mortalidad y eventos trazadores de salud pública. El segundo apartado, por su parte, describe y, presenta a modo de problemáticas en salud, la manifestación de los núcleos de inequidad sociosanitaria.

Capítulo IV: Ofrece una descripción de las respuestas sectoriales e intersectoriales frente a las problemáticas identificadas. Asimismo, se realiza un análisis de los alcances y limitaciones de dichas respuestas, proporcionando un contexto que permite reflexionar sobre las acciones implementadas.

Capítulo V: Prioriza las problemáticas y necesidades.

Capítulo VI: Brinda una serie de recomendaciones que permitan orientar la planeación y toma de decisiones en salud pública, en favor de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población de localidad, alineándose con el enfoque territorial y la respuesta local. Para que el ASIS genere acciones concretas, es clave establecer mecanismos que traduzcan sus hallazgos en decisiones estratégicas y operativas. Esto requiere priorizar problemáticas, definir actores responsables y asignar recursos, además de articularlo con planes de intervención, presupuestos participativos y estrategias de vigilancia para garantizar respuestas efectivas y medibles.

Marco conceptual

El ASIS se articula con los objetivos del Modelo “MÁS Bienestar”. En este marco, se incorpora el enfoque de los determinantes sociales de la salud, el cual fundamenta y guía las directrices del Modelo de Salud. Los DSS se refieren a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y que se configuran a partir de un conjunto más amplio de fuerzas que incluyen las políticas y sistemas político-económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, entre otras (1).

El marco de los determinantes sociales se presenta como un modelo explicativo de las inequidades sociales, permitiendo comprender las condiciones en las que se produce y reproduce la vida al identificar determinantes estructurales e intermedios responsables de estas desigualdades. En este contexto, los documentos de Análisis de Situación en Salud (ASIS) conceptualizan las inequidades en salud como desigualdades evitables, inaceptables e injustas.

Las inequidades en salud se manifiestan cuando ciertos grupos enfrentan barreras para acceder a servicios de atención médica de calidad, recursos sanitarios y oportunidades para llevar un estilo de vida saludable. Esta situación puede dar lugar a una distribución desigual de enfermedades, discapacidades y tasas de mortalidad entre diferentes grupos poblacionales. No solo afecta el bienestar individual, sino que también inciden en el desarrollo y la cohesión social de las comunidades (3).

En el marco del Plan Territorial de Salud (PTS) 2024-2027 se han definido una serie de estrategias a las que el sector salud, en colaboración con diversos sectores de la ciudad de Bogotá, orienta sus esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de los residentes en los diferentes territorios. Cada localidad presenta particularidades en los comportamientos en salud, influenciadas por determinantes sociales de la salud, que se abordaron en el capítulo II. Además, la gobernanza y gobernabilidad, aunque opera de manera general en todas las localidades, puede mostrar desarrollos diferenciados según el territorio.

Para comprender los procesos de salud y enfermedad en los territorios, es fundamental que partir de una perspectiva local, categorizar las necesidades y problemáticas que afectan a las poblaciones. En este sentido, el PTS 2024-2027 proporciona las problemáticas de ciudad partir de las cuales en el ASIS se construyen los núcleos de inequidad en salud como una herramienta clave para analizar y priorizar dichas necesidades.

Los núcleos de inequidad son categorías analíticas que permiten identificar y priorizar los factores estructurales e intermedios que generan desigualdades en salud. Estos núcleos que se definen con mayor detalle en el capítulo III reflejan cómo las condiciones sociales, económicas, ambientales y del sistema de salud impactan el acceso a servicios, la calidad de la atención y los resultados en salud de la población. Su análisis facilita la formulación de estrategias para reducir brechas de inequidad y mejorar el bienestar de los diferentes grupos poblacionales. A continuación, se presentan los principales núcleos de inequidad identificados en el contexto del Distrito Capital.

En este contexto, los núcleos de inequidad sociosanitaria emergen como una herramienta clave para sintetizar y priorizar los determinantes sociales que generan resultados negativos en la salud de diversas poblaciones o comunidades. Estos núcleos incluyen elementos como el determinante social de la salud con sus características específicas en un territorio, así como las relaciones entre este determinante y los procesos de salud-enfermedad-atención, respecto a eventos o conjuntos de eventos en salud pública, que a su vez impactan la vida de personas, familias y comunidades.

En este orden de ideas, el análisis de situación de salud propende por la identificación de la manifestación de los núcleos de inequidad definidos como una herramienta de síntesis y priorización de los determinantes sociales que, están produciendo resultados negativos en la salud de los diferentes grupos poblacionales o comunidades del territorio (3). De acuerdo a lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, los núcleos de inequidad comprenden en su conjunto los siguientes elementos: el determinante social de la salud, con las características propias que este tiene en un territorio, así como las relaciones que se establecen, entre el determinante social de la salud y el proceso de salud-enfermedad-atención, respecto de un evento o conjuntos de eventos en salud pública, que, a la vez, generan impactos en la vida de las personas, las familias y las comunidades (3).

Para el ASIS se han definido los siguientes núcleos de inequidad:

- 1. Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)**

Este núcleo tiene que ver con las situaciones de accesibilidad que tiene la población para ser atendida y de qué manera es atendida, por ello contempla tres categorías de análisis que califican el acceso efectivo en salud: 1) acceso en costos, suficiencia, comprensión y aseguramiento en salud; 2) distribución en la oferta de servicios y la planeación del territorio para atender la población; 3) calidad en la atención en cuanto a la oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e infraestructura.

- 2. Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en Tunjuelito que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población**

Para este núcleo se contemplan las dificultades poblacionales en cuanto a sus características socioeconómicas, culturales, territoriales, e institucionales. En este sentido, para una mayor comprensión se han agrupado en 6 categorías que den cuenta de las inequidades poblacionales: 1) situaciones y condiciones socioeconómicas en cuanto a la capacidad de ingresos, nivel educativo, empleo y condiciones de vivienda; 2) demografía en relación a la edad, género y grupo poblacional diferencial o en situación de vulnerabilidad; 3) situaciones y condiciones socioambientales, específicamente en cuanto a la contaminación y manejo de residuos sólidos; 4) geografía teniendo en cuenta la apropiación del espacio público y el uso del suelo; 5) socio-culturales donde se relacionan aspectos del autocuidado, redes de apoyo o reproducción de mecanismos, hábitos y rasgos culturales; 6) oferta de servicios sociales donde se complemente la oferta intersectorial o la carencia de la misma para atender a los diferentes grupos poblacionales .

- 3. Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud**

En este núcleo se abordan temas relacionados a la capacidad de gestión, relacionamiento y acción conjunta entre las diferentes entidades a nivel sectorial, intersectorial, privado y comunitario. Por ello para una mejor comprensión del núcleo se han relacionado 3 categorías que den cuenta de la gobernanza y gobernabilidad en los distintos niveles de gestión pública: 1) Gobernabilidad en cuanto a la estructura de la autoridad sanitaria, sistemas de información y confianza institucional; 2) gobernanza en cuanto a la confianza institucional, espacios de participación y la planeación y ejecución de programas a nivel macro, meso y micro; 3) participación ciudadana relacionada a los mecanismos de participación, liderazgo y empoderamiento comunitario, y la confianza institucional.

- 4. Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias**

Para este núcleo de inequidad se integra aquello que tiene que ver con lo relacionado a la prevención de emergencias y desastres específicamente en 3 categorías que dan cuenta de los procesos de planeación y ejecución en caso de cualquier tipo de emergencia o desastre: 1) Prevención en cuanto a la infraestructura,

preparación y coordinación entre actores; 2) Alerta en cuanto a la infraestructura, preparación y coordinación entre actores; 3) Respuesta en cuanto a la infraestructura, preparación y coordinación entre actores.

De esta manera, en el capítulo III es posible entender con mayor profundidad de qué manera los indicadores en salud de la localidad, se articulan a los determinantes sociales de la salud esbozados en el capítulo II y al mismo tiempo, a los núcleos de inequidad.

Objetivo general

Comprender las condiciones, calidad de vida y situaciones de salud y enfermedad de Usme en el marco de los determinantes sociales de la salud de tal forma que, desde actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios, se identifiquen las expresiones en salud de los núcleos de inequidad presente en el territorio y, conforme a ello, se oriente la toma de decisión y se fomente la participación social en salud.

Objetivos específicos

- Comprender integralmente la realidad territorial de Usme.
- Reconocer las expresiones de los núcleos de inequidad en el marco de los determinantes sociales que influyen en los procesos de salud - enfermedad de los habitantes de la localidad.
- Identificar las problemáticas y necesidades sociales en salud de la localidad.
- Determinar las condiciones y situaciones de inequidad en la localidad.
- Identificar los actores intersectoriales y comunitarios que pueden aportar en la gestión de la respuesta a las necesidades en salud.

Metodología

Para responder al objetivo planteado, el ASIS local empleó métodos mixtos de investigación desarrollados en tres fases: 1) alistamiento; 2) priorización de acciones; 3) formulación de recomendaciones. Cada fase se diseñó para garantizar una aproximación integral y participativa, en coherencia con los lineamientos nacionales y distritales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

La "Fase 1: Alistamiento y Desarrollo de Talleres de Participación Social" consistió en la recopilación y análisis de fuentes primarias y secundarias de diagnóstico local y distrital que dieran cuenta de situaciones, problemáticas y/o necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio durante el 2023 y el 2024. Es decir, documentos que recogieran información de ejercicios participativos, espacios de gestión de políticas, análisis de situaciones de calidad de vida, salud y enfermedad, entre otros. Además, se realizaron talleres de Participación Social Incidente en Salud en octubre y noviembre de 2024 con líderes comunitarios, líderes de Atención Primaria Social (APS) y gestores de participación. Estos talleres facilitaron la identificación y comprensión de las problemáticas locales, documentos que fueron tenidos en cuenta en los análisis.

Toda la información señalada fue sistematizada en la “Matriz de categorización del ASIS en Bogotá” por medio de códigos y subcódigos derivados de los Núcleos de Inequidad Socio sanitaria, establecidos en el ASIS distrital de 2023 y 2024 bajo la directriz de la Guía conceptual y metodológica del MSPS y el Plan Territorial de Salud de Bogotá 2024 – 2027. La matriz de categorización fue procesada y analizada en el software cualitativo ATLAS.ti.

En la Fase 2: “Contexto para el Análisis de la Situación de Salud Local” se desarrollaron los capítulos 1, 2 y 3. El análisis de la estructura demográfica y poblacional, desarrollada en el capítulo 1, se emplearon las proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE) basadas en el Censo de 2018. A través del cálculo de frecuencias absolutas y relativas, se identificaron los cambios en la población para los años 2019, 2024 y 2030. Estos datos fueron registrados en la herramienta de pirámide poblacional proporcionada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), lo que facilitó la estimación de indicadores demográficos y su comportamiento durante el periodo de análisis. Para enriquecer la comprensión de la dinámica demográfica, se complementaron los indicadores adicionales utilizando las bases de datos del Registro Único de Aportantes a la Seguridad Social (RUAF) de la SDS (desde 2005 hasta 2022) y los datos disponibles en el Observatorio de Salud de Bogotá (SaluData), permitiendo un análisis comparativo entre los años 2012, 2017 y 2022.

Asimismo, los mapas incluidos en este apartado fueron elaborados con información proveniente de fuentes oficiales, como Catastro Distrital a través del Mapa de Referencia del IDECA. También se utilizó la información sobre riesgos contenida en el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) del Distrito Capital, que incluye características específicas que permiten identificar espacialmente las zonas vulnerables y su potencial impacto en áreas residenciales.

Adicionalmente, el primer capítulo se enfoca en una caracterización descriptiva de las poblaciones diferenciales, tomando de referencia diversas fuentes de información, tales como observatorios, informes y documentos previamente elaborados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. El propósito es presentar las características poblacionales de los grupos diferenciales, lo que permitirá una comprensión más profunda de sus particularidades y necesidades específicas.

Para el desarrollo del capítulo 2, se consultaron documentos previos elaborados por los equipos de análisis de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur durante el 2023 y el 2024, así como los planes Locales de cuidado, las comprensiones territoriales, entre otros. Además, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la información secundaria referente a diversas poblaciones diferenciales, incluyendo Mujeres, población LGBTIQ+, Actividades Sexuales Pagadas (ASP), Personas en Situación de Habitabilidad en Calle (PSHC), migrantes, Víctimas del Conflicto Armado (VCA), poblaciones rurales, pueblos indígenas, y las comunidades Negra, Afrocolombiana, Raizal o Palenquera (NARP), así como personas con discapacidad.

Asimismo, para el análisis de los DSS, se utilizó la herramienta proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), mediante la cual se compararon los indicadores locales con los de Bogotá en lo relativo a condiciones de vida, seguridad alimentaria, sistema sanitario, educación y factores psicosociales que afectan la calidad de vida de la población. Es importante señalar que el periodo de análisis variará según la fecha de corte de las fuentes de información, las cuales están detalladas en el anexo de la herramienta de

DSS. Estos indicadores enriquecen las dimensiones socioeconómicas, de género y territorial, incorporando subdivisiones por categorías, descripciones de los determinantes intermedios de salud y, finalmente, una semaforización del cálculo de las diferencias relativas entre los indicadores.

Cabe aclarar que la información presentada en el segundo capítulo está sujeta a la disponibilidad de datos. Por ello, la información relativa a poblaciones diferenciales en relación con el comportamiento de los determinantes sociales intermedios se maneja a nivel distrital, y se efectuarán precisiones locales en la medida en que la información actualizada permita alcanzar este nivel de detalle.

En cuanto al capítulo 3, el análisis de la morbilidad se llevó a cabo utilizando las bases de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) correspondientes al periodo de 2019 al primer semestre de 2024, proporcionadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Estas bases contienen información detallada sobre las atenciones brindadas por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) ubicadas en la localidad. A partir de estos datos, se realizaron análisis de frecuencias absolutas y relativas, considerando variables como sexo, edad agrupada por quinquenios y tipos de atención, centrándose en las diez principales causas de consulta. Este análisis se complementó con un estudio del comportamiento de la notificación de eventos de interés en salud pública, basado en los datos del Sistema Nacional de SIVIGILA) entre 2019 y 2023. Se utilizó el insumo de los ENO proporcionado por la SDS, lo que permitió comparar las cifras locales con las de Bogotá para el año 2023 y realizar una semaforización que refleja las diferencias relativas en los indicadores.

Respecto al análisis de la mortalidad, se emplearon las bases de datos del Registro Único de Aportantes a la Seguridad Social (RUAF) proporcionadas por la SDS para los años 2019 y 2023. La información fue organizada de acuerdo con los listados de agrupación 6/67 definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Utilizando las herramientas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), se generaron gráficas que representaron las principales causas de mortalidad, así como micrográficas para los subgrupos de población. Para el análisis de infancia y niñez, se aplicó la herramienta del MSPS. Además, se calcularon diferencias relativas para indicadores trazadores priorizados en el Plan de Desarrollo Distrital (PDD) y el Plan Territorial de Salud (PTS). Esto permitió comparar los indicadores de la localidad con los de Bogotá con datos preliminares hasta diciembre de 2024, y semaforizar estos indicadores en función de las metas establecidas en el PDD y el PTS.

De acuerdo con lo identificado y analizado en los capítulos precedentes, se procedió a la construcción de la problemáticas y necesidades sociales y ambientales de la localidad Usme, partiendo de la identificación de determinantes sociales de salud desde el nivel estructural e intermedio, reconociendo los diferentes desenlaces en salud de la población que habita el territorio.

Finalmente, en la Fase 3: “Análisis de la Respuesta, Priorización y Recomendaciones” se desarrollaron los capítulos 4, 5 y 6.

1. Capítulos 4: Para el desarrollo de este capítulo, se retomaron tanto fuentes secundarias como primarias para analizar la respuesta existente ante las problemáticas identificadas en los capítulos anteriores. Esto incluyó, una revisión de las acciones sectoriales e intersectoriales en salud, educación, vivienda, y otros sectores relacionados, esta información se sistematiza en la matriz

adaptada de los lineamientos nacionales para este ejercicio local. Los resultados derivados del proceso de codificación en Atlas.ti también aportaron información valiosa para este análisis.

Para el análisis espacial de la respuesta se elaboraron mapas coropléticos, midiendo la suficiencia de las acciones realizadas por los Entornos Cuidadores y Procesos Transversales del PSPIC, frente a las problemáticas identificadas en la localidad, haciendo uso del cálculo del ratio. Se aclara que solo se presenta análisis espacial para el núcleo de inequidades en el acceso efectivo, ya que para los demás núcleos no se contaba con información georreferenciable que permitiera el análisis.

La elaboración de los mapas se inicia con un análisis correlacional en el que identifican las relaciones espaciales entre las problemáticas en salud, la respuesta institucional y la variable poblacional :

A partir de las correlaciones, se aplicó la siguiente fórmula:

$$\text{ratio} = (\sum \text{Respuestas} / \text{Problemática}) \times 1000 / \text{Variable poblacional}$$

Donde:

- \sum Respuestas: Total de acciones institucionales georreferenciadas
- Problemática: Número de casos de la situación o evento de salud
- Variable poblacional: Población base utilizada para normalizar el indicador

Luego de calcular el ratio para cada problemática, se utilizaron percentiles para establecer los rangos que definieron los colores por Unidad de Planeamiento Zonal (en adelante UPZ), donde la gama de verdes oscuros presenta alta respuesta y la gama de verdes claros una respuesta institucional baja.

2. Capítulo 5: Se utilizó la metodología Hanlon adaptada en línea con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual contempló para la priorización los siguientes criterios:
 - 4) *Magnitud*: A través de una escala de 0 a 10 (a mayor puntaje mayor magnitud) se valora que tan grandes e importantes son las consecuencias en salud del problema, expresadas principalmente en la carga de enfermedad, las preguntas orientadoras se dirigen principalmente a la comparación de indicadores locales, con el nivel de subred, distrito, tendencia histórica y metas estratégicas.
 - 4) *Severidad*: A través de una escala de 0 a 10 (a mayor puntaje mayor severidad) se valora que tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas, para la persona, su familia o la comunidad, las preguntas orientadoras se dirigen hacia si el problema causa o contribuye a: incapacidad temporal o permanente, muertes prematuras, años de vida perdidos, altos costos o si se presenta en poblaciones de mayor vulnerabilidad.

- 4) *Viabilidad de la intervención:* En la valoración de este criterio se asigna 0,5 si el problema no puede ser intervenido, si se puede intervenir parcialmente se asigna el puntaje de 1 y si es viable realizar una intervención total se asigna 1.5.
- 4) *Factibilidad de la intervención:* Finalmente se valora la factibilidad de la intervención por medio del método PEARL, en el cual se asigna un valor de 0 a 1 para cada criterio, estos son la pertinencia, la factibilidad económica, la aceptabilidad, la disponibilidad de recursos y la legalidad, Si al final alguno de los elementos presenta un valor de 0, se considera un problema de salud no factible de solucionar y por tanto se asigna 0 para este criterio.

A partir de esta metodología se planearon y desarrollaron en conjunto con los líderes de APS social sesiones de priorización con actores clave, entre los cuales se encuentran, líderes de política locales, referentes de entornos, coordinadores o delegados del PSPIC, Gestores territoriales, líderes de APS social, entre otros. Este ejercicio permitió complementar las problemáticas formuladas a través de un espacio de discusión inicial y posteriormente realizar la valoración individual, que una vez consolidada derivó en la clasificación de las problemáticas de acuerdo con los criterios anteriormente señalados, lo que permitió la priorización de problemáticas para cada localidad.

3. Capítulo 6: Finalmente, a partir del análisis realizado y la priorización de problemáticas, se elaboraron recomendaciones específicas y pertinentes para cada una de las áreas identificadas como prioritarias. Estas recomendaciones fueron elaboradas con el objetivo de mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población, considerando las particularidades y necesidades del territorio.

En resumen, la metodología adoptada para la actualización del ASIS local se caracterizó por un enfoque participativo, el uso de herramientas analíticas cuantitativas y cualitativas, y una integración de insumos sectoriales e intersectoriales que garantizaron un diagnóstico preciso para aportar a una planificación efectiva de acciones para mejorar la salud y el bienestar de la población.

CAPÍTULO 1. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO

1.1. Contexto político administrativo

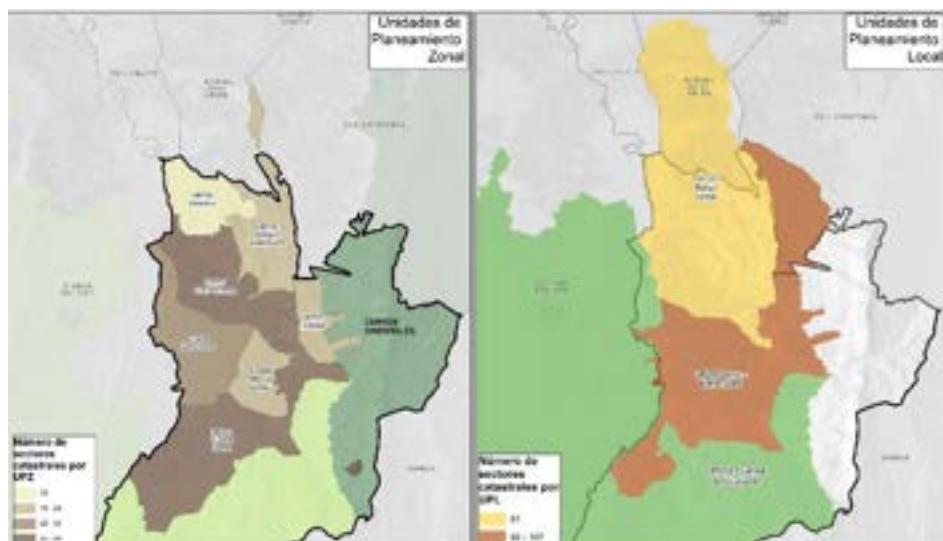
Administrativamente, Bogotá está dividido en 20 localidades (4). Usme, la localidad número 5, está ubicada al suroriente de Bogotá, y cuenta con una extensión de 21.506,7 hectáreas (ha.), de las cuales 2.104,6 equivalen a suelo urbano, 18.500 a suelo rural y 901,9 a suelo en expansión. A su vez, Usme representa el 13,1% del área total de Bogotá (2). dichas dimensiones permiten que Usme ocupe el segundo lugar, después de Sumapaz, entre las localidades con mayor superficie dentro del Distrito Capital. Limita al norte con San Cristóbal, Rafael Uribe y Tunjuelito, al oriente con los municipios de Chiquaque y Ubaque, al occidente con Ciudad Bolívar y el municipio de Pasca y al sur con la localidad de Sumapaz (4).

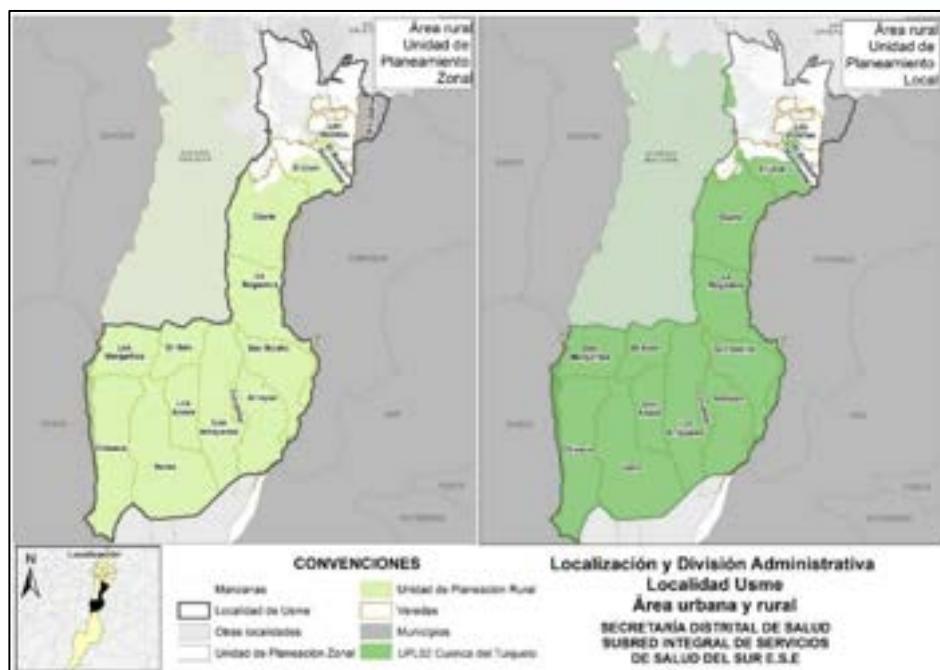
Las localidades se dividen en Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ), las cuales tienen como propósito definir y precisar el planeamiento del suelo urbano, respondiendo a la dinámica productiva de la ciudad y a su inserción en el contexto regional e involucrando a los actores sociales en la definición de aspectos de ordenamiento y control normativo a escala zonal (3); de esta manera, las UPZ son la escala intermedia de organización entre los barrios y las localidades. Cabe señalar que, según el Plan de Ordenamiento Territorial Bogotá Reverdece 2022-2035, el territorio se ordenó de acuerdo con sus equivalencias poblacionales, correspondencia, determinantes ambientales, históricos y culturales de su ocupación, accesibilidad a servicios, entre otros, con lo cual se delimitaron unas nuevas Unidades de Planeamiento Local (UPL) (4). Sin embargo, el presente documento utilizará las Unidades de Planeamiento Zonal para el análisis territorial, debido a la disponibilidad de la información, ya que ésta se encuentra desagregada por UPZ.

Usme está dividida en siete Unidades de Planificación Zonal (UPZ) con 117 sectores catastrales y 15 veredas. Estas últimas pertenecen a la Unidad de Planeamiento Rural 3 Río Tunjuelo, el cual comparte territorio con la localidad Ciudad Bolívar. Las dos UPZ que concentran la mayor cantidad de Sectores Catastrales son la UPZ57 Gran Yomasa y la UPZ61 Ciudad Usme, con 23 cada una, seguidas de la UPZ58 Comuneros, UPR3 Río Tunjuelo, UPZ59 Alfonso López, UPZ52 La Flora, UPZ56 Danubio y UPZ60 Parque Entre Nubes.

En la UPR3 Río Tunjuelo, se reconocen por parte de la comunidad 14 veredas, las cuales se listan a continuación: vereda El Destino, Olarte, El Hato, Agualinda-Chiguaza, Los Andes, Chisacá, La Requilina, Corinto-Cerro Redondo, Las Margaritas, Curubital, Los Soches, El Uval, Arrayanes, y La Unión (ver mapa 1).

Mapa 1. Localización y división administrativa urbana y rural - Unidad de Planeamiento Zonal y Rural y Unidad de Planeamiento Local, Localidad Usme, 2024





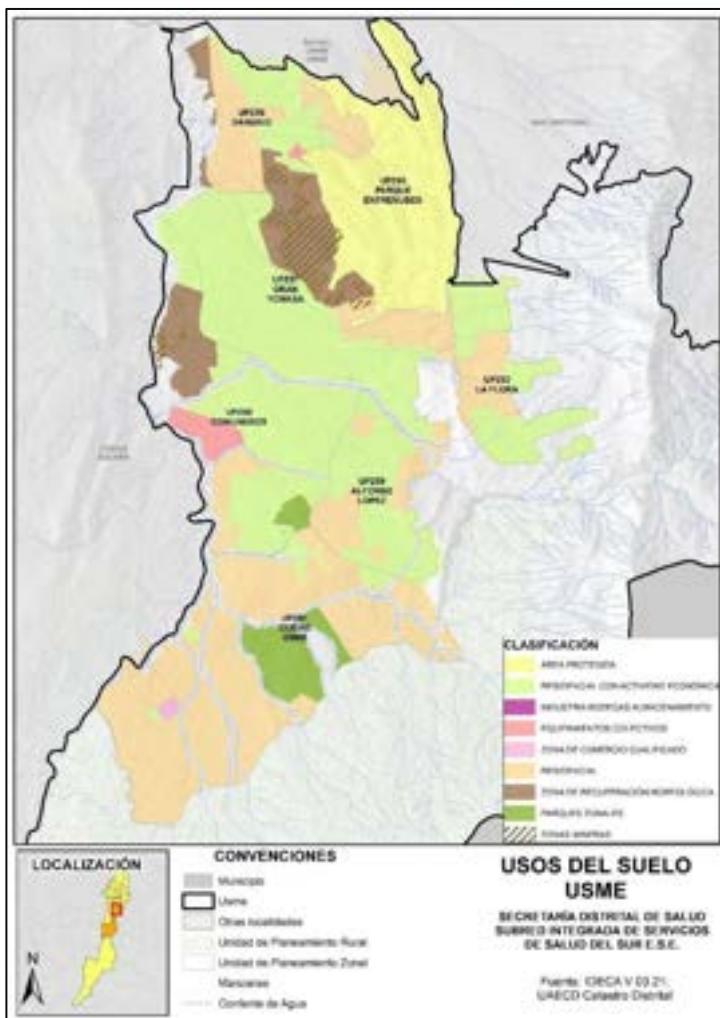
Fuente: Elaboración propia, Datos IDECA 2024

A su vez, la localidad pertenece a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, la cual, brinda a través de un Modelo basado en la Atención Primaria Social, integral e integrado, servicios de salud enfocados a una gestión del riesgo. La Subred presta estos servicios de salud a la ciudadanía que habita en territorio urbano y rural de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz (7).

En cuanto a los sectores catastrales, en la UPZ52 La Flora hay un total de 11, la UPZ56 Danubio tiene 7, UPZ57 Gran Yomasa tiene 23, en la UPZ58 Comuneros hay 17, UPZ59 Alfonso López tiene 12, UPZ60 Parque Entre Nubes tiene 5 y en la UPZ61 Ciudad Usme hay 11, para un total de 279 barrios en la localidad de Usme (2). Usme tiene un total de 89 sectores catastrales que ocupan una superficie de 2108,1 hectáreas (4).

En cuanto al uso del suelo, en Usme predomina el uso residencial -principalmente al sur del área urbana de la localidad: en la UPZ61 Ciudad Usme y al occidente de la UPZ56 Danubio, así como en la UPZ52 La Flora-, seguido del uso residencial con actividad económica -con un 46% que ocupa gran parte de las UPZ57 Gran Yomasa, UPZ58 Comuneros y UPZ59 Alfonso López-. A este le sigue el uso del suelo para el comercio, con 21%, servicios con un 15% y dotacional con 11%. Se evidencia un área protegida correspondiente al territorio de la UPZ60 Parque Entre Nubes. Según fotointerpretación propia de imágenes satelitales de Google Mapa (8), las zonas mineras se ubican entre las UPZ57 Gran Yomasa y la UPZ60 Parque Entre Nubes y en la UPZ58 Comuneros, en límites con la localidad Ciudad Bolívar (ver mapa 2).

Mapa 2. Usos del suelo, Localidad Usme, 2024



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (DECA), 2024.

1.2 Condiciones ecológico – ambientales

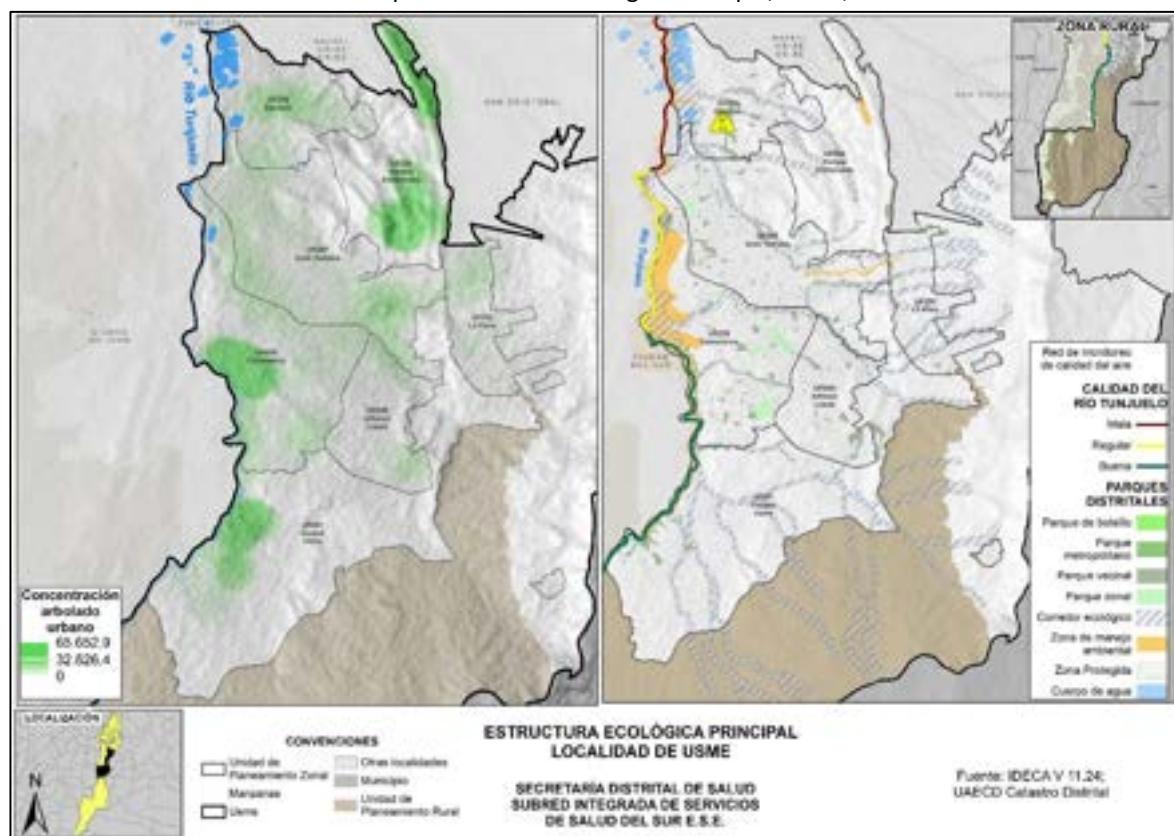
Según el Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático (9), la localidad de Usme presenta un clima caracterizado por temperaturas moderadas, con un promedio anual de 13°C. Sus precipitaciones oscilan entre 800 y 1.000 mm al año, concentrándose principalmente entre abril y octubre, mientras que la época más seca se extiende de noviembre a marzo, lo cual hace que el ambiente se caracterice por una humedad relativa que fluctúa entre condiciones secas y semisecas. Cuenta con un espectro de alturas que van desde los 2.656 metros sobre el nivel del mar – msnm hasta los 3.990 msnm. El rango más predominante en la localidad se encuentra entre los 2.850 msnm a los 2.950 msnm (10), siendo la zona más poblada.

Por otra parte, los parques hacen parte de la estructura ecológica, por lo que son elementos verdes articuladores de la estructura ecológica principal en zonas urbanas y de allí deriva su importancia escalar en la localidad, ya que se convierten en nodos que permiten el flujo de las especies silvestres. Conforme a la Secretaría Distrital de Planeación, en 2020 la localidad contaba con menos de 3,1 m² de parques por habitante (4) y 286 parques que se clasifican en cuatro tipos: zonal, vecinal, de bolsillo y metropolitano propuesto. El

primero comprende 27.902,2 ha, el segundo 6.440,1 ha, el tercero 468,6 ha y el cuarto 28 ha. En este sentido, el Parque Ecológico Distrital Entre Nubes es considerado zona de reserva forestal, es decir, que provee oxígeno y además alberga especies nativas de flora y fauna y el nacimiento de varias de las quebradas que cruzan la localidad, la cual cuenta con una extensión de 626 hectáreas y un perímetro de 30 km. Finalmente, es necesario mencionar la zona rural, ya que es la segunda más grande del Distrito y ofrece una alta oferta de productos agrícolas para el abastecimiento de la ciudad y, además, es patrimonio histórico, prehistórico y cultural (11).

Los bosques de los cerros orientales, así como las reservas forestales de páramos y subpáramos, son los elementos de la estructura ecológica más relevantes de Usme ya que representan 9.013 ha del total de 10.005 ha, es decir, componen el 90% del territorio. El resto está destinado a rondas hídricas, cuerpos de agua, entre otras figuras de protección (6). En cuanto a las áreas protegidas, son siete y están ubicadas en la parte alta de la UPZ57 Gran Yomasa, UPZ61 Ciudad Usme y la UPR3 Rio Tunjuelo.

Mapa 3. Estructura Ecológica Principal, Usme, 2024



Fuente:

Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (DECA), 2024.

Hidrográficamente, Usme se encuentra ubicada dentro de la cuenca alta del Río Tunjuelo, que nace en la parte occidental de ésta y desemboca en el río Bogotá (cuenca principal de la localidad); estas aguas son aprovechadas para el llenado de los embalses de Chisacá y La Regadera, los cuales proveen agua a la ciudad. Dada la riqueza hídrica de Usme, también se cuenta con el río Blanco como cuenca principal, pero a diferencia

del río Bogotá que representa el 99,2% del área total de la localidad, el río Blanco solamente ocupa el 0,7%, teniendo como subcuenca el río Santa Rosa y Tabaco en límites con Sumapaz (10). Este ecosistema hídrico, que incluye cauces como el Tunjuelo, Curubital y Chisacá, enfrenta graves desafíos ambientales, derivados principalmente de la actividad minera, la cual genera contaminación significativa, deterioro de las fuentes de agua y pérdida de biodiversidad.

Por otra parte, los árboles cumplen diversas funciones y mejoran la calidad ambiental urbana. Capturan dióxido de carbono (CO_2), producen oxígeno, son reguladores de la temperatura, sirven como hábitat a especies tanto animales como vegetales, mejoran la calidad paisajística, entre otros. Su importancia se acentúa en una gran urbe como Bogotá, donde se concentra una gran cantidad de población y al mismo tiempo tiene diversas fuentes de contaminación fijas y móviles, que a su vez constituyen un factor de morbilidad para dicha población (4). Usme, entre las 19 localidades con área urbana de Bogotá, ocupa el quinto lugar en densidad arbórea con 33,8 árboles por hectárea (4). La UPZ60 presenta la mayor concentración con 39.897 árboles, lo que representa el 35,3% del total. Le sigue la UPZ58 con 31.801 árboles (28,1%), y luego la UPZ57 con 15.116 árboles (13,3%). Las UPZ56, UPZ61, y UPR3 cuentan con valores menores del 10%, pero mayores al 3%, representando el 7,1%, 5,4% y 5,1% respectivamente. Por último, la UPZ52 y la UPZ59 tienen las menores concentraciones, con 3.074 árboles (2,7%) y 3.032 árboles (2,6%), respectivamente (12).

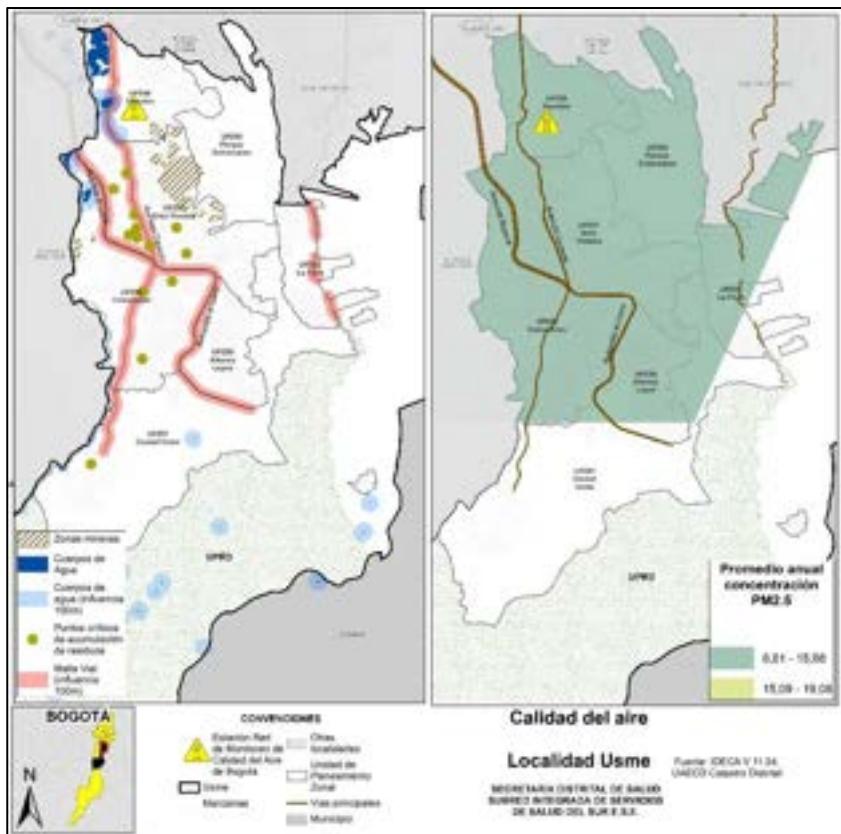
1.2.1 Calidad del aire

Para 2023, Usme contó con una estación de monitoreo perteneciente a la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá - RMCAB, llamada Usme y ubicada en sector catastral La Fiscal en la UPZ56 Danubio, la cual identifica contaminantes como PM_{10} , $\text{PM}_{2.5}$, O_3 , NO_2 , CO y SO_2 y variables meteorológicas Temperatura, Precipitación, Radiación Solar, Humedad Relativa y Presión Atmosférica (13).

El IBOCA se calcula a partir de las concentraciones de materiales contaminantes atmosféricos denominados *material particulado* (PM por sus siglas en inglés), los cuales se refieren a un conjunto de partículas sólidas y líquidas suspendidas en el aire y emitidas por diferentes fuentes, bien sean de origen natural o antrópica, fija o móvil. Las partículas menores a 10 micrómetros son especialmente peligrosas porque pueden penetrar profundamente en los pulmones y alcanzar el torrente sanguíneo, provocando graves consecuencias tanto cardíacas como respiratorias. A nivel cardíaco, pueden causar muerte prematura en personas con enfermedades preexistentes, infartos no mortales y latidos irregulares, mientras que a nivel respiratorio producen agravamiento del asma, reducción de la función pulmonar, irritación de las vías respiratorias, tos, dificultad para respirar y también muerte prematura en personas con enfermedades pulmonares. Estos efectos son especialmente severos en tres grupos vulnerables: personas con enfermedades cardíacas o pulmonares preexistentes, niños y adultos mayores (14).

En 2023, la estación Usme presentó un promedio diario de $11,9 \mu\text{g}/\text{m}^3$ y un único registro de $42,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$, lo cual implica un exceso, ya que el máximo permitido es $37 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Esto la ubica dentro de las estaciones distritales que menos excedencias a la norma diaria registraron. A su vez, fue una de las estaciones que más bajas concentraciones presentó en el año en Bogotá (13).

Mapa 4. Calidad del aire y puntos críticos de acumulación de residuos, localidad Usme, 2024



Fuente: Secretaría Distrital de Ambiente, Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (DECA) Calidad del aire, 2024

Otro factor que afecta la calidad del aire en la localidad es la actividad del sector ladrillero ya que la cocción del material arcilloso es la etapa que genera el más alto nivel de contaminación atmosférica. Por otro lado, se encuentra el relleno sanitario Doña Juana, el cual produce gases y lixiviados a partir de la descomposición de los residuos sólidos, estos últimos son líquidos que se forman al filtrarse a través de los residuos, extrayendo materiales disueltos o suspendidos, y son una fuente importante de contaminación ambiental, especialmente en lo que hace referencia al agua. Finalmente, en la localidad hay presencia de industrias extractivas que contribuyen al deterioro de la calidad del aire; actualmente hay 80 industrias potencialmente contaminantes, que se encuentran distribuidas al interior de la localidad (15).

El Mapa 4. Calidad del aire y puntos críticos de acumulación de residuos, localidad Usme, 2024 presenta la ubicación de las principales fuentes de contaminación del aire en Usme. A través de la delimitación de áreas de influencia de 100 metros alrededor de éstas, se identifican los sectores donde la problemática es más intensa, evidenciando su impacto en la salud de los residentes y transeúntes del territorio. La estación Usme, de la RMCAB, tiene alcance hacia el sur oriente hasta la UPZ59 Alfonso López, por lo que al sur no se cuenta con información de las concentraciones de partículas contaminantes.

Igualmente, la actividad extractiva y sus actividades relacionadas se convierten en fuente de contaminación atmosférica. De hecho, en Usme la principal causa de contaminación del aire se debe a la presencia de partículas en suspensión generadas en las industrias extractivas a cielo abierto y a la falta de control sobre

chimeneas de fábricas de ladrillos y centrales de mezcla. Algunas partículas que se observan en el aire son provenientes de excavaciones y extracción de material y las partículas de hollín generadas en los hornos de las ladrilleras. Se ha determinado que esta contaminación se debe a factores como la obsolescencia tecnológica de las industrias (es el caso del 70% de las ladrilleras de la localidad de Usme), que en su mayoría son pequeñas industrias que funcionan de acuerdo con la demanda del producto (16).

Actualmente, en la localidad de Usme es evidente la concentración de residuos sólidos dispuestos de manera clandestina en vías públicas, separadores, puentes, áreas comunes y zonas verdes. Estos desechos, adicionalmente, suelen ser esparcidos por la fauna callejera. Asimismo, se registra la contaminación de quebradas debido al vertido de basura y escombros, lo que ha incrementado la proliferación de vectores como moscas y ratas. Esta problemática es más evidente en la UPZ57 Gran Yomasa, particularmente en su zona occidental que limita con la UPZ58 Comuneros, seguida por las UPZ56 Danubio, Ciudad Usme y Alfonso López (ver mapa 4Mapa 4. Calidad del aire y puntos críticos de acumulación de residuos, localidad Usme, 2024). Las causas principales incluyen la falta de apropiación y sentido de pertenencia de la comunidad hacia el territorio, el desconocimiento de los derechos relacionados con los servicios de recolección y aseo, y, en algunos casos, deficiencias en la operatividad de estos servicios.

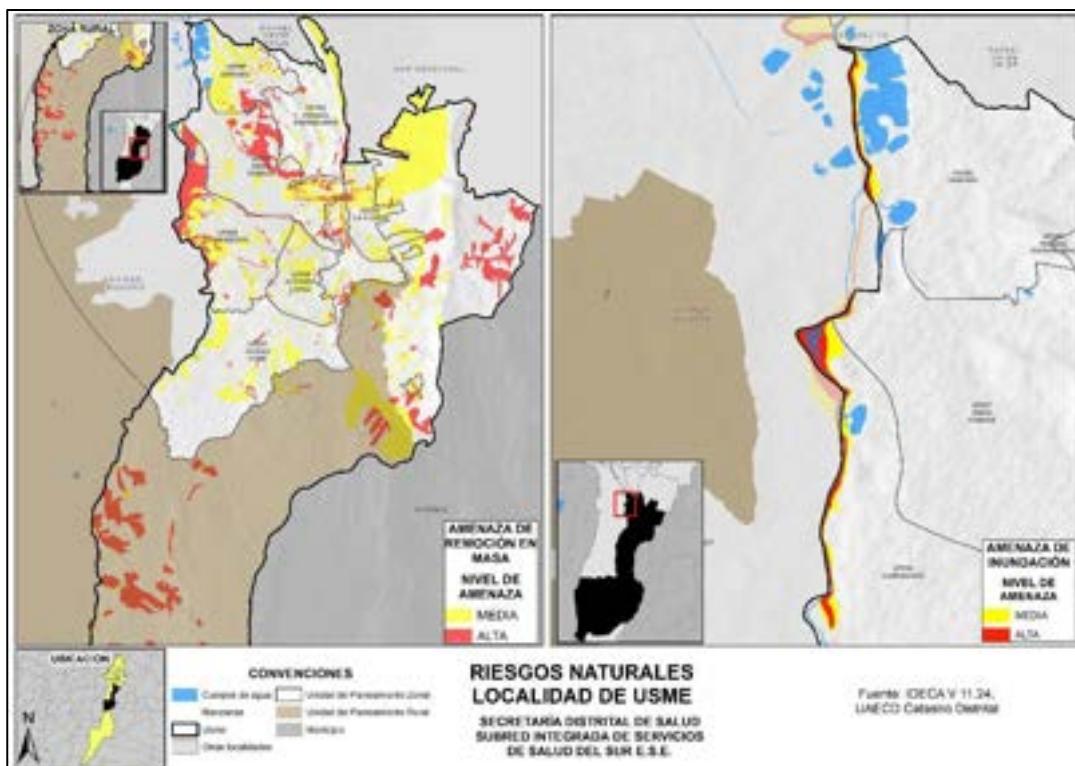
1.2.2. Riesgos

Según el Art. 3 del Decreto 1807 de 2014, las áreas con condición de riesgo “corresponden a las zonas o áreas del territorio municipal clasificadas como de amenaza alta que estén urbanizadas, ocupadas o edificadas, así como en las que se encuentren elementos del sistema vial, equipamientos (salud, educación, otros) e infraestructura de servicios públicos...”. Indica además en su Art. 12, como se mencionó anteriormente, que para definir estas zonas se deben identificar “...la existencia de elementos expuestos, de áreas urbanizadas, ocupadas o edificadas, así como de aquellas en las que se encuentren edificaciones indispensables y líneas vitales” (17).

Usme es una de las localidades más afectadas por incendios forestales en Bogotá después de San Cristóbal y Ciudad Bolívar: la información registrada en los informes de gestión de la Comisión Distrital para la Prevención y Mitigación de Incendios Forestales - CDPMIF 2009 a 2016, reporta 33 incendios que afectaron 182,8 Ha en dicho periodo (10).

Por otra parte, la alteración de la cobertura vegetal debido a actividades humanas como asentamientos, minería y explotación de materiales, genera erosión severa y riesgos de alto impacto. Las zonas de alto riesgo y alto riesgo no mitigable (ARNM) están asociadas a fallas tectónicas y pérdida de vegetación, afectando barrios como Altos del Pino, San Andrés Alto, Germinar I, La Fiscal Alta, Arrayanes V, Casa Loma, Sierra Morena II, Villa Diana y Alaska, donde se presentan desprendimientos de rocas y hundimientos de suelos, ubicados en las UPZ56 Danubio y el oriente de la UPZ57 Gran Yomasa. Además, otros barrios como El Refugio, Santa Librada, y otros de la UPZ57 Gran Yomasa enfrentan riesgos significativos por movimientos de masa y erosión, al igual que zonas específicas de la UPZ56 Danubio, como Fiscal II y Nueva Esperanza (15).

Mapa 5. Mapa de riesgos, localidad Usme, 2024



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (DECA), Riesgos, 2024.

La intervención humana también incrementa el riesgo en polígonos de ocupación como Tocaimita, Pedregal, Compostela y Villa Diana, y en áreas cercanas a quebradas como Chuniza y San Pedrina, donde la ocupación de zonas de manejo ambiental agrava los problemas.

Las amenazas por inundación afectan principalmente la UPZ58 Comuneros y sectores de la UPZ57 Gran Yomasa, con riesgos concentrados en la zona noroccidental y áreas cercanas al río Tunjuelo. Los vendavales, por su parte, son frecuentes en las zonas altas de las UPZ58 Comuneros, UPZ52 La Flora y UPZ57 Gran Yomasa, destacando el evento de 2020 en Santa Librada, que afectó seis barrios (15). La amenaza por avenidas torrenciales se identifica en la UPZ56 Danubio, especialmente a lo largo de la Quebrada Hoya del Ramo, que ha impactado sectores como Alto de Juan Rey, Fiscal Alta, La Fiscal Centro, y los barrios Panorama y Danubio Azul. Eventos recientes incluyen emergencias en la Quebrada Piedra Gorda (15).

1.3. Condiciones socio económicas

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) de Usme registró un incremento del 12,2% en 2017 al 12,7% en 2021, posicionándose como la localidad con mayor proporción de personas en situación de pobreza multidimensional en Bogotá. Este valor supera en 7,2 puntos porcentuales el promedio de la zona urbana de Bogotá, que se situó en un 5,5%. En el contexto rural, Usme se posiciona como la tercera localidad con el IPM más alto, alcanzando un 16,4%, cifra que supera en 1,6 puntos porcentuales el promedio de Bogotá en el ámbito rural (14,8%) (18).

Es importante recordar que este índice abarca cinco dimensiones con diversos indicadores, tales como las condiciones educativas del hogar, la niñez y juventud, la salud, el trabajo, el acceso a servicios públicos domiciliarios y las condiciones de la vivienda.

En este contexto, Usme enfrenta desafíos significativos en diversas áreas de bienestar que incluyen las tasas de empleo y ocupación, las fuentes de ingresos y el acceso a servicios gubernamentales. Problemáticas como la falta de acceso efectivo a servicios de salud, las dificultades de movilidad y la baja aceptación o uso de las ofertas de salud pública contribuyen a agravar estas condiciones de vulnerabilidad en el territorio.

Con el objetivo de evaluar la homogeneidad del comportamiento en la distribución del ingreso a lo largo de la localidad, se puede utilizar el coeficiente de Gini, un indicador que mide la desigualdad en dicha distribución. Este índice varía entre cero y uno, donde un valor de cero refleja una igualdad perfecta, es decir, todos los hogares dentro de una sociedad tienen el mismo ingreso o el ingreso está distribuido equitativamente. En contraste, un valor cercano a uno indica una mayor desigualdad.

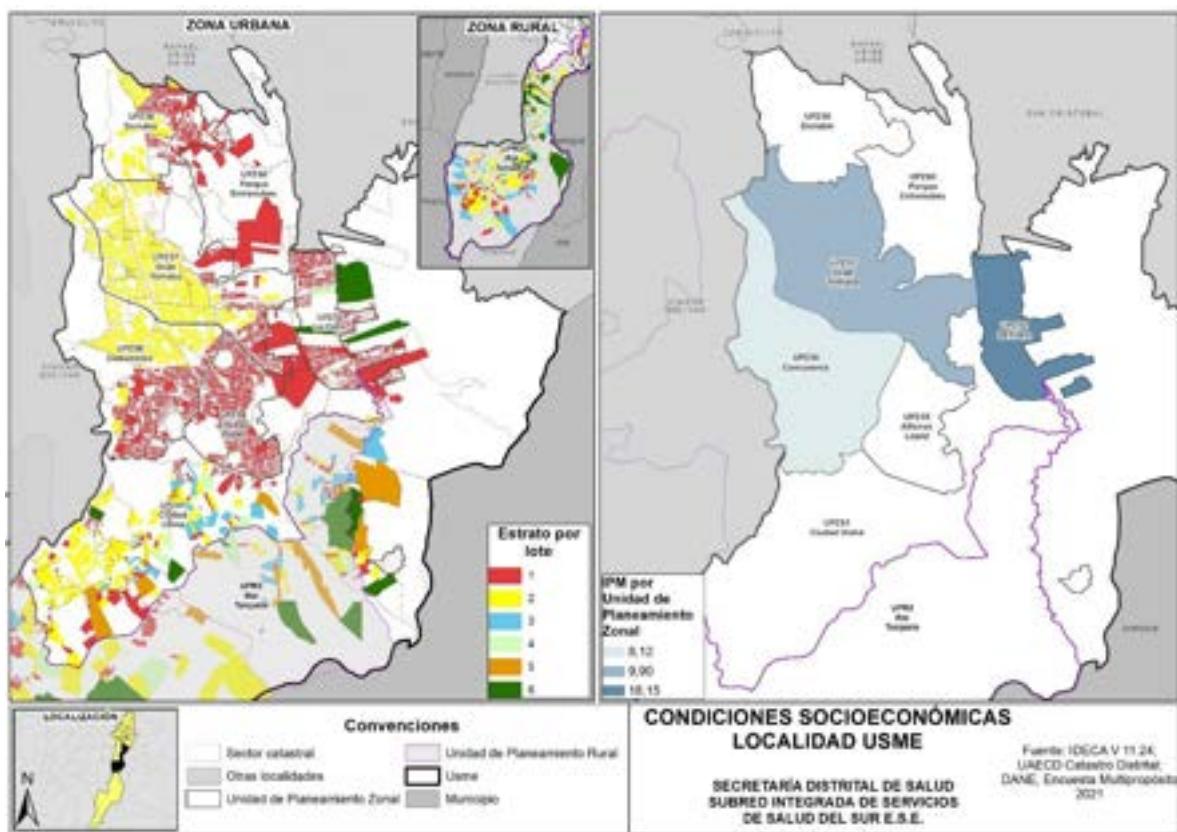
En 2017 y 2021, Usme presentó un coeficiente de Gini de 0,4, manteniéndose estable y ligeramente por debajo del índice distrital de 0,5. Esto sugiere que la localidad presenta una distribución del ingreso relativamente más equitativa comparada con el Distrito; sin embargo, debe considerarse que esto también puede reflejar una presencia homogénea de carencias a lo largo del territorio, análisis que además no proporciona información desagregada por UPZ.

Por otro lado, se identificó un aumento en los indicadores de pobreza entre 2017 y 2021, caracterizada por un incremento significativo de 24 puntos porcentuales en el índice de pobreza monetaria, que alcanzó un 57,8% en 2021. Este escalamiento porcentual refleja un deterioro sustancial en la capacidad de la población para satisfacer sus necesidades básicas. A su vez, la pobreza monetaria extrema aumentó del 12,1% al 17,9%, superando la media distrital de 9,4%. Tal incremento evidencia un número creciente de personas que experimentan condiciones de vida precarias, con ingresos limitados que comprometen la posibilidad de acceder a una alimentación adecuada.

Estrato Socio económico

La estratificación como sistema de clasificación, permite catalogar sectores de acuerdo con las características de la vivienda y del entorno habitacional, por lo que puede ofrecer un panorama espacial sobre los niveles de desigualdad en la ciudad. El artículo 102 de la ley 142 de 1994 establece que “Los inmuebles residenciales a los cuales se provean servicios públicos se clasificarán máximo en seis estratos socioeconómicos así: 1) bajo-bajo, 2) bajo, 3) medio-bajo, 4) medio, 5) medio alto, y 6) alto (19).

Mapa 6. Condiciones socioeconómicas, Localidad Usme, 2024



Fuente:

Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (DECA) Estratificación, Secretaría Distrital de Planeación, 2024.

Como se puede visualizar en el mapa, Mapa 6. Condiciones socioeconómicas, Localidad Usme, 2024 el estrato 1 (color rojo) se concentra en el 56,1% de la localidad principalmente en la parte central de la zona urbana, específicamente en las UPZ59 Alfonso López y UPZ60 Parque Entre Nubes, mientras que el estrato 2 (amarillo) es predominante en un 43,6% del territorio, y principalmente en la UPZ57 Gran Yomasa y UPZ58 Comuneros, así como en la UPZ61 Ciudad Usme. El estrato 3 se concentra en un 0,2% en las UPZ61 Ciudad Usme y en la UPZ52 La Flora. Existe presencia de algunos sectores de estratos más altos, aunque en proporción menor, con un 0,05% en el estrato 6 y un 0,04% en el estrato 5, los cuales se observan principalmente en la zona sur de la localidad, en los alrededores de la UPZ61 Ciudad Usme y la transición con la zona rural.

En este sentido, en la ruralidad la metodología diseñada para estratificar las fincas y viviendas dispersas permite obtener clasificaciones dependiendo de las características de las viviendas y de la capacidad productiva de los predios (20). En ésta, representada en la UPR3 Río Tunjuelo, se presenta una configuración diferente. Como se aprecia en el mapa de la zona rural, esta área muestra una distribución más heterogénea de la estratificación, con presencia de todos los niveles socioeconómicos en un patrón disperso, lo que contrasta con la concentración más homogénea de estratos más bajos en la zona urbana.

El IPM (Índice de Pobreza Multidimensional) mostrado en el mapa derecho revela variaciones significativas entre las UPZ, con valores que oscilan entre 8,1 y 18,1, siendo las zonas más oscuras las que presentan

mayores índices de pobreza multidimensional, específicamente en la UPZ52 La Flora, al oriente de la localidad (18).

1.4. Estructuración poblacional y demográfica

Teniendo en cuenta las proyecciones del DANE (20), la localidad de Usme para el 2024 cuenta con 414.995 habitantes, lo que corresponde al 32,7% de la población de la Subred Sur y el 5,2% del Distrito. El 50,4% (n=209.101) son mujeres y el 49,6% (n=205.894) son hombres. Según proyección para el 2030, la población aumentará a 462.288 habitantes.

Las tres UPZ con mayor densidad poblacional para el 2024 son: Gran Yomasa con 136.504 habitantes (32,9% de la población total de la localidad), seguida por la UPZ Comuneros con 102.998 habitantes (24,8%) y en tercer lugar se encuentra la UPZ Danubio con 59.783 habitantes (14,4%). Estas tres UPZ concentran el 72,1% de la población total de Usme.

La pirámide poblacional de Usme muestra una transición demográfica evidente. En 2019, la base amplia en los grupos de 0 a 19 años refleja una población joven predominante; sin embargo, para 2024 y 2029, se observa un estrechamiento en este grupo, evidenciando una disminución en las tasas de natalidad.

Se evidencia una tendencia a la disminución de las tasas de fecundidad global y general para el Distrito. En el 2019 la tasa de fecundidad general fue de 39 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en 2023 fue de 27,2. Para esos mismos años, la localidad contaba con una tasa de 44,3 y 29,3 respectivamente. Para la tasa global, Bogotá se encontraba en 13 en el 2019 y en 0,9 para 2023, por lo que la localidad contaba 1,4 en el 2019 y en 2023 con 0,9.

En los grupos de 20 a 39 años, la población joven-adulta se mantiene significativa, aunque con una leve reducción hacia 2029, mientras que los grupos de 60 años y más presentan un crecimiento constante, destacando el envejecimiento poblacional.

La relación hombres-mujeres en Usme mantiene un equilibrio, alcanzando la paridad en 2029. El índice de dependencia infantil experimenta una disminución durante el periodo analizado, reflejando una menor proporción de la población dependiente menor de 15 años en relación con la población económicamente activa. Por otro lado, el índice de dependencia de los adultos mayores presenta un incremento considerable, pasando de 8,97 en 2019 a 15,30 en 2029, lo que evidencia el crecimiento significativo de la población adulta mayor dependiente. El índice global de dependencia muestra una reducción leve durante el periodo, comportamiento que se explica principalmente por la disminución de la dependencia infantil, compensada por el incremento en la dependencia de los adultos mayores.

En relación con la transición demográfica en la localidad de Usme, el índice de envejecimiento experimenta un incremento significativo, pasando de 26 en 2019 a 40 en 2029, lo que refleja un proceso de envejecimiento acelerado de la población. En contraste, el índice de juventud disminuye de 28 en 2019 a 21 en 2029, lo que

refuerza la evidencia de una transición demográfica hacia una estructura poblacional más madura y envejecida.

Gráfico 1. Pirámide poblacional e índices de estructura demográfica, localidad Usme, años 2019-2024-2030

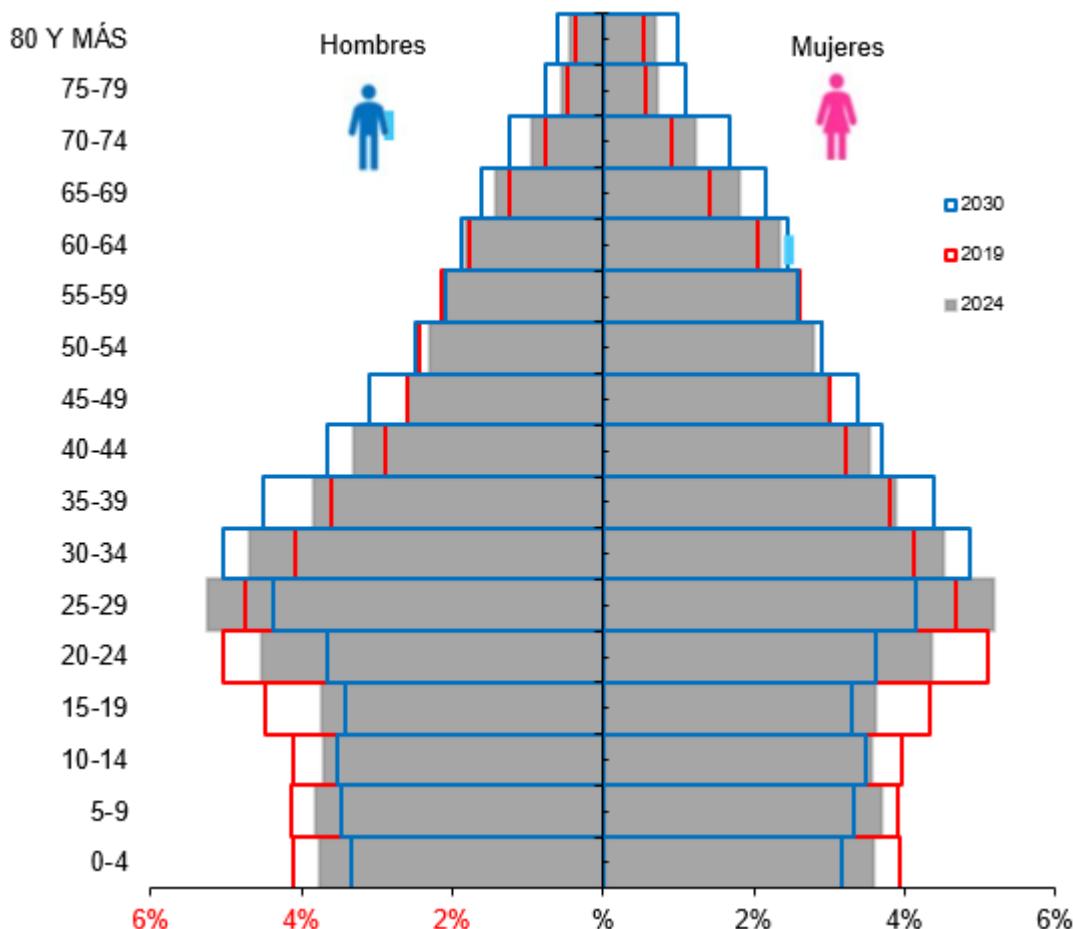


Tabla 1. Índices de estructura demográfica, localidad Usme, años 2019-2030

Índice Demográfico	Año		
	2019	2024	2029
Población total	374.887	414.995	462.288
Población Masculina	183.590	205.894	230.750
Población femenina	191.297	209.101	231.538
Relación hombres: mujer	95,97	98,47	100
Razón niños: mujer	29	34	37
Índice de infancia	24	24	25
Índice de juventud	28	25	21
Índice de vejez	6	8	10
Índice de envejecimiento	26	34	40
Índice demográfico de dependencia	43,68	46,66	53,13

Índice de dependencia infantil	34,71	34,81	37,83
Índice de dependencia mayores	8,97	11,85	15,30
Índice de Friz	120,67	109,70	106,33

Fuente: proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018

Según momento de curso de vida, para el año 2024, en la localidad de Usme la mayor proporción de la población se encuentra en la adultez con el 40,4% (n=167590), seguida por la juventud con el 19,2% (n=79480), mientras que la infancia concentra la menor proporción con el 8,7% (n=35975). De otro lado, la mayor proporción de hombres se encuentran entre 0 y 17 años, mientras que la mayor proporción de mujeres se encuentran entre los 18 a 60 años y más.

Frente a la población femenina de la localidad, se evidenció que la UPZ que más aporta es Gran Yomasa con 69.142 mujeres, de las cuales el quinquenio que mayor población tiene es 25 a 29 años, con un total de 19.029 mujeres. En segundo lugar, se encuentra la UPZ Comuneros con 51.817 mujeres y el quinquenio que más población tiene es 25 a 29 años (21).

Tabla 2. Distribución por sexo y momento de curso de vida, localidad Usme, 2024

Momento curso de vida	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera infancia (0 a 5 años)	22599	51,2%	21536	48,8%	44135	10,6%
Infancia (6 a 11 años)	18474	51,4%	17501	48,6%	35975	8,7%
Adolescencia (12 a 17 años)	18817	51,4%	17792	48,6%	36609	8,8%
Juventud (18 a 28 años)	40461	50,9%	39019	49,1%	79480	19,2%
Adultez (29 a 59 años)	82124	49,0%	85466	51,0%	167590	40,4%
Vejez (60 y más años)	23419	45,7%	27787	54,3%	51206	12,3%
Total	205894	49,6%	209101	50,4%	414995	100,0%

Fuente: proyecciones poblacionales DANE – CNPV 2018

1.4.1 Población diferencial

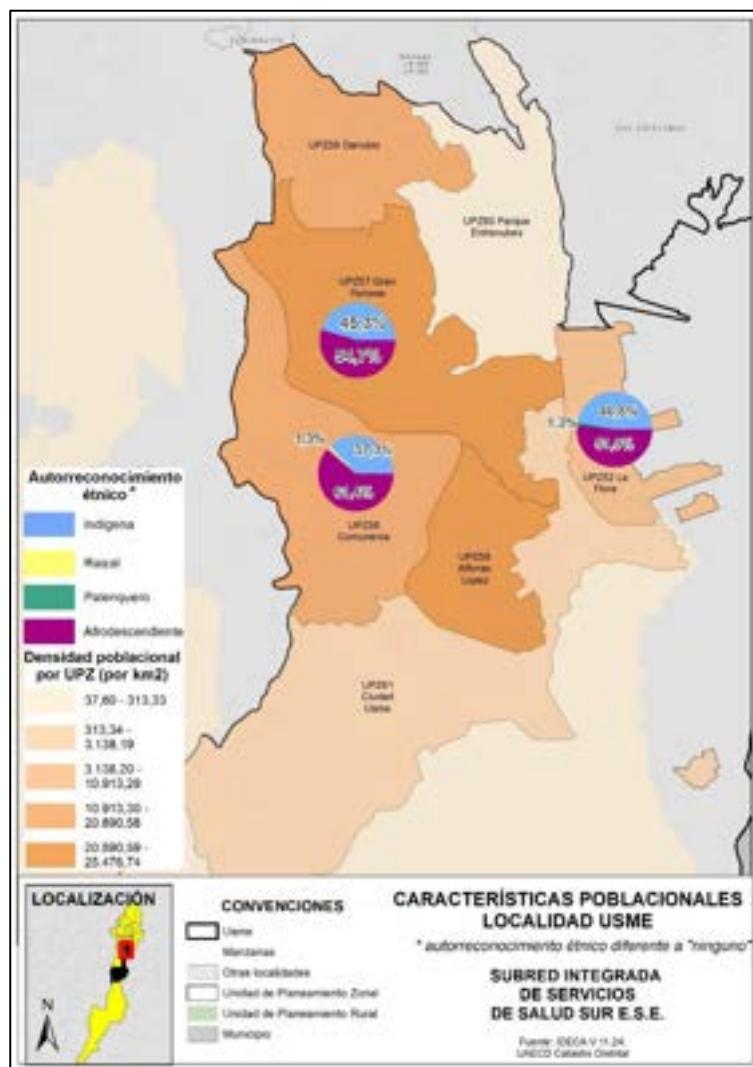
En relación con la población diferencial, los datos de la Encuesta Multipropósito 2021 registraron un total de 7.702 personas pertenecientes a grupos étnicos, tanto en áreas urbanas como rurales. En el área urbana, se identificaron 3.384 personas indígenas, con una mayor concentración en la UPZ57 Gran Yomasa (1.126 personas), seguida por la UPZ52 La Flora (758 personas) y la UPZ58 Comuneros (487 personas).

La comunidad Gitana o ROM está compuesta por 45 personas en la localidad. La etnia Raizal, proveniente del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, registró 17 personas localizadas en la UPZ58 Comuneros. Por su parte, la población Palenquera de San Basilio sumó 9 personas ubicadas en la UPZ52 La Flora.

En cuanto a las personas negras, mulatas o afrodescendientes, se reportaron 4.234 en total, con mayores concentraciones en la UPZ57 Gran Yomasa (1.359 personas), seguida por la UPZ58 Comuneros (801 personas) y la UPZ52 La Flora (359 personas).

En el área rural, se identificaron 12 personas pertenecientes a grupos étnicos, de las cuales 6 eran indígenas y 6 afrodescendientes. (ver mapa 7).

Mapa 7. Características poblacionales, Localidad Usme, 2024



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (DECA), cálculos propios de densidad poblacional con proyección población 2024 DANE, Encuesta Multipropósito 2021.

Usme se caracteriza por ser una localidad históricamente receptora de población migrante, proceso que se inició desde los años 1950 a 1990 como consecuencia de la ola de violencia que atravesaba el país. Durante este periodo, los cerros comenzaron a urbanizarse creando nuevos barrios en zonas de alto riesgo ubicadas en la vía al Llano, lo que evidenció un proceso de expansión urbana desorganizada propiciada por la migración a causa del desplazamiento forzado. Las víctimas del conflicto se asentaron en zonas de reservas ambientales, dando origen a la creación de arrabales de obreros y chicaleros. La continuidad de la expansión de la localidad de San Cristóbal llegó a Usme y transformó su territorio rural, inicialmente dividido en grandes haciendas agrícolas que posteriormente se parcelaron para dar paso a la explotación minera artesanal y la creación de fábricas de ladrillo (4).

En la actualidad, el proceso migratorio hacia la localidad ha sido constante, sumándose la migración de población venezolana y de otros países. La composición poblacional es diversa, incluyendo población desplazada interna, migrantes internacionales principalmente de Venezuela, y otros grupos que buscan oportunidades económicas y educativas en el territorio.

Según los datos de la Encuesta Multipropósito 2021, los principales países de origen de la población migrante son:

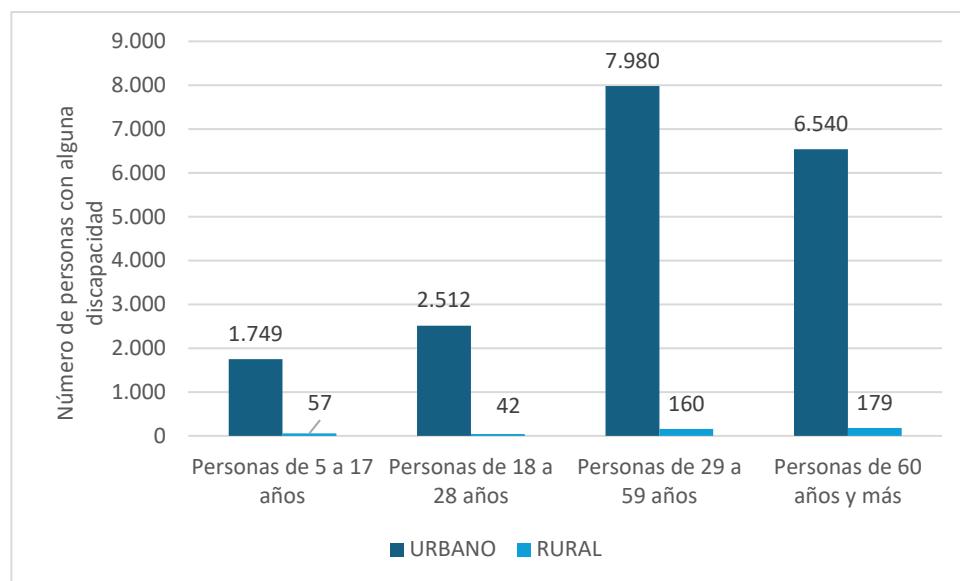
Venezuela se consolidó como el país de origen predominante, representando el 100% en la UPZ57 Gran Yomasa, 98,6% en la UPZ52 La Flora, 95,8% en las UPZ59 Alfonso López y UPZ61 Ciudad Usme, y 81% en la UPZ58 Comuneros.

España ocupa el segundo lugar con 10,3% en la UPZ58 Comuneros, seguido por Perú (4,7% en Comuneros y 3,9% en Alfonso López-Ciudad Usme) y Ecuador (4,1% en Comuneros, 1,4% en La Flora y 0,4% en Alfonso López-Ciudad Usme).

Según los datos de la Encuesta Multipropósito 2021, los principales factores que motivan la migración hacia las distintas Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) de la localidad fueron la búsqueda de oportunidades económicas como principal motivo en La Flora (59%), Comuneros (66,2%) y Alfonso López-Ciudad Usme (43,4%), con menor representación en Gran Yomasa (18,1%), oportunidades educativas, con un factor predominante en Gran Yomasa (27,7%) y presente en Alfonso López-Ciudad Usme (5,8%), redes familiares y de apoyo: Representaron una causa importante en La Flora (21,6%), Gran Yomasa (19,7%) y Comuneros (10,8%), amenazas o riesgos para la vida, libertad o integridad física, con un factor significativo en Comuneros (14,3%) y Alfonso López-Ciudad Usme (11,3%), mientras que no se registraron casos en La Flora y Gran Yomasa, cuidado de miembros del hogar, como motivación presente en Gran Yomasa (15,5%), Alfonso López-Ciudad Usme (7,1%) y La Flora (4,1%), y motivos de salud o enfermedad, estando registrados en Gran Yomasa (8,3%), La Flora (7,6%) y Alfonso López-Ciudad Usme (3,2%). (22).

La población que presenta algún tipo de discapacidad en la localidad de Usme, según los datos de la Encuesta Multipropósito 2021, registró un total de 18.781 personas de 5 años y más en el área urbana y 438 personas en la zona rural. La distribución por grupos etarios muestra que la UPZ57 Gran Yomasa concentra la mayor cantidad de población con discapacidad en todos los rangos de edad: entre 5-17 años (423 personas), 18-28 años (876 personas), 29-59 años (2.122 personas) y 60 años y más (2.130 personas). La UPZ58 Comuneros ocupa el segundo lugar con 531, 640, 1.566 y 1.365 personas respectivamente, seguida por la UPZ52 La Flora con 80, 156, 560 y 376 personas. Las UPZ60 Parque Entre Nubes y UPZ56 Danubio registraron en conjunto 233, 199, 735 y 839 personas para cada grupo etario (22).

1 Gráfico 2. Grupos de edades con alguna discapacidad, Usme, 2021



Fuente: Datos, Encuesta Multipropósito 2021.

Según la Encuesta Multipropósito 2021 (21), se identificaron datos sobre la orientación sexual de personas de 18 años y más habitantes del área urbana y rural de la localidad. En el área urbana, se registró un total de 2.814 personas auto reconocidas como homosexuales, con la mayor concentración en la UPZ58 Comuneros (619), seguida de la UPZ57 Gran Yomasa (417), UPZ52 La Flora (138) y, finalmente, en la combinación de UPZ60 Parque Entre Nubes, UPZ56 Danubio, UPZ59 Alfonso López y UPZ61 Ciudad Usme (818). Además, se identificaron 517 personas bisexuales, de las cuales 77 se encontraban en la UPZ52 La Flora, 55 en la UPZ57 Gran Yomasa, 50 en la UPZ58 Comuneros, y 167 en la combinación de UPZ60 Parque Entre Nubes, UPZ56 Danubio, UPZ59 Alfonso López y UPZ61 Ciudad Usme.

Según el Boletín Trimestral de Víctimas del Conflicto Armado (VCA) de 2022, el 56% de esta población en el Distrito Capital se concentra en las localidades de Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa, Suba, Engativá y Rafael Uribe Uribe. En particular, Usme representa el 5,5% del total, con 19.007 personas registradas, y presenta una tasa de 49 víctimas del conflicto armado por cada 1.000 habitantes.

Respecto a la caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagas (ASP), según el informe de la Secretaría Distrital de la Mujer de la Alcaldía de Bogotá en 2019, el estudio abarcó las 19 localidades urbanas del Distrito Capital y permitió estimar que el 61,3% de esta población se concentra en las localidades de Los Mártires, Kennedy, Chapinero y Santa Fe. En este contexto, Usme aportó el 1,2% del total de personas dedicadas a esta actividad.

En cuanto a la población habitante de calle, según el censo de caracterización de habitantes de calle en Bogotá 2017, se censaron por entrevista y en institución un total de 9.538 personas, de las cuales 68 correspondían a la localidad de Usme, representando el 0,7% del total (22). Los mayores porcentajes se encontraron en Los Mártires y Santa Fe, mientras que las localidades de menor presencia fueron Tunjuelito y Usme. (23)

1.5. Acceso a bienes y servicios

Los equipamientos colectivos son lugares donde se desarrollan procesos sociales y se genera capital social. Estos son una alternativa para transformar y mejorar la calidad de vida de la población. Usme cuenta con una oferta institucional en servicios de salud, educación pública y asistencia social como comedores comunitarios, jardines infantiles, comisarías de familia y programas de integración social.

Como se observa en el mapa 8, en las áreas más densamente pobladas, como la UPZ57 Gran Yomasa y la UPZ58 Comuneros, se mantiene una distribución relativamente constante, donde los servicios educativos ocupan cerca del 45% de la oferta institucional, seguidos por los servicios de salud con un 35%, mientras que la Secretaría de Integración Social (SDIS) representa aproximadamente el 20% restante. La UPZ60 Parque Entre Nubes cuenta con un 70% de servicios relacionados con integración social y el restante está relacionado con servicios educativos, sin embargo, esta UPZ no cuenta con servicios de salud. La UPZ61 Ciudad Usme presenta una distribución más equilibrada entre los tres tipos de servicios, con proporciones cercanas al 35% tanto para servicios educativos como de salud, y un 30% para integración social. En la UPZ52 La Flora, se observa que los servicios educativos y de salud comparten una proporción similar del 40% cada uno, dejando con un 20% los servicios de integración social.

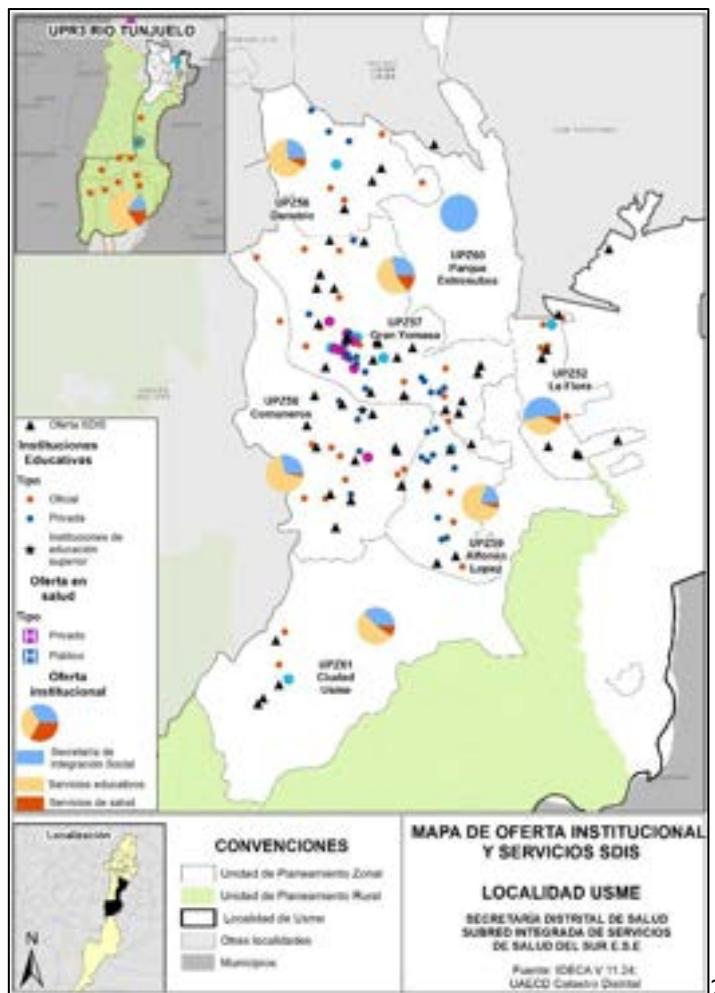
En cuanto a la oferta pública de servicios de salud, la localidad cuenta con 8 centros de salud pertenecientes a la Subred y abarcan a la población del régimen subsidiado. Estos centros son Danubio, El Destino, Betania, La Flora, La Reforma, Marichuela, Santa Librada y Usme (24) y pertenecen al nivel I de atención. Los servicios ofrecidos incluyen apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, atención inmediata, consulta externa, internación y procedimientos quirúrgicos, a excepción de Usme y Santa Librada, los cuales además ofrecen, además de todos los anteriores, servicios de atención inmediata de urgencias y servicios hospitalarios. En términos de infraestructura y recursos, se dispone de una ambulancia, 26 camas, 6 camillas, 75 consultorios y 3 salas (24). Mientras tanto, la población del régimen contributivo solamente cuenta con un centro de salud Colsubsidio, el cual está ubicado en Santa Librada.

En cuanto a las Instituciones Prestadoras de Salud privadas, en la localidad se ubican 9, las cuales ofrecen servicios como medicina general, prehospitalarios, asistencial, puntos de atención farmacéutica, odontología, entre otros. Están representados por 9 consultorios de consulta externa en la UPZ57 Gran Yomasa (en la cual se ubica Colsubsidio, siendo la única EPS que tiene presencia en la localidad), 6 en la UPZ56 Danubio, y 5 en la UPZ58 Comuneros. Cabe mencionar que en las UPZ52 La Flora, UPZ59 Comuneros y UPZ61 Ciudad Usme sólo se registran servicios de salud públicos.

En relación con la oferta educativa, la UPZ57 Gran Yomasa ocupa el primer lugar con 41 instituciones, con una distribución casi equilibrada entre públicas (22) y privadas (19). La UPZ58 Comuneros cuenta con 26 instituciones, pero con una predominancia de 18 colegios oficiales frente a 8 privados, lo que indica que la educación pública es representativa. La UPZ59 Alfonso López tiene una presencia de 9 colegios privados frente a 6 oficiales, lo que la convierte en una de las UPZ con mayor proporción de oferta educativa privada. En la UPR3 Río Tunjuelo las 11 instituciones oficiales superan ampliamente a las privadas. Danubio presenta una distribución más balanceada, con 5 colegios oficiales y 3 privados. A su vez, la UPZ61 Ciudad Usme y la UPZ52 La Flora dependen exclusivamente de la educación pública, con 6 y 5 instituciones oficiales.

respectivamente y sin presencia de colegios privados.

Mapa 8. Oferta institucional, Usme, 2024



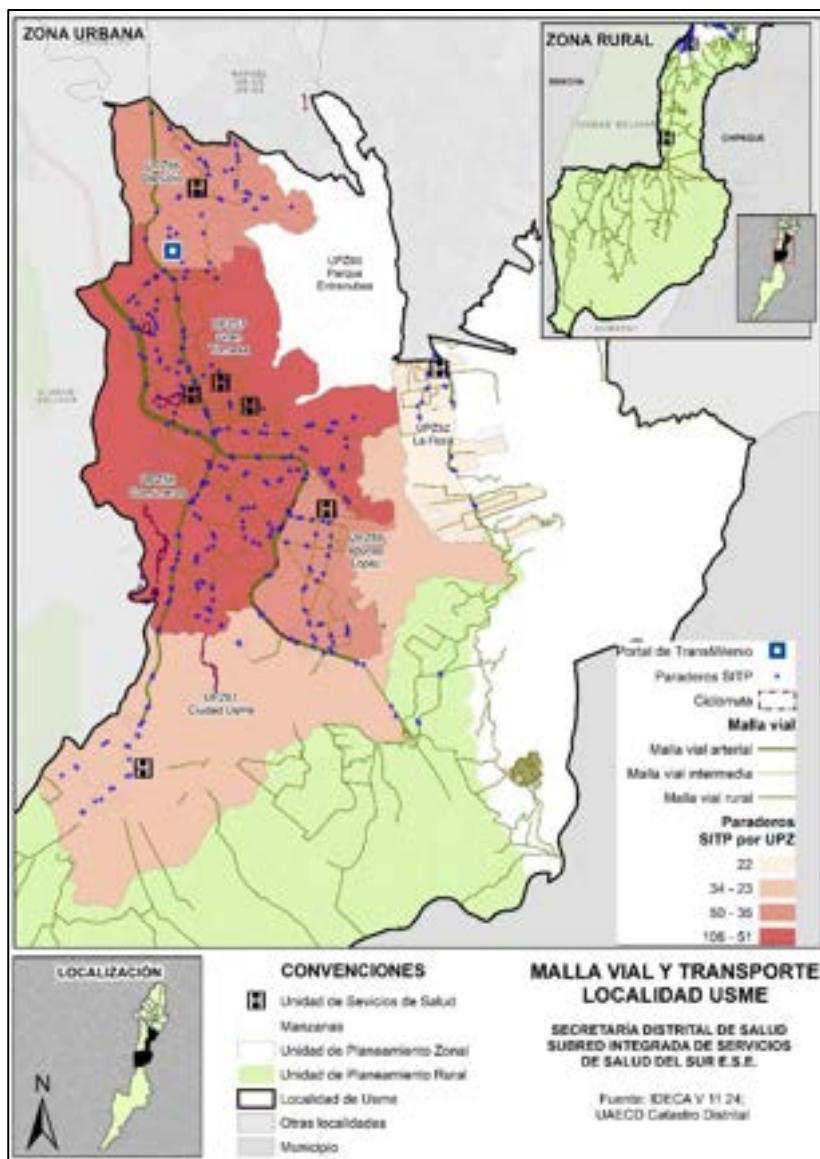
Fuente: Análisis y Políticas, Datos IDECA - Secretaría de Integración Social, Bogotá, 2024

Por otra parte, la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) tiene 58 unidades operativas en la localidad de Usme, que incluyen 2 Comisarías De Familia, 1 Centro Crecer, 1 Casa de Pensamiento Intercultural, 1 Centro Amar, 1 Jardín Infantil Nocturno, 35 Jardines Infantiles, 1 Casas de la Juventud, 12 Comedores Comunitarios, 1 Centro de Desarrollo Comunitario – (CDC), 1 Subdirección Local para la Integración Social y 2 Centro Día Casa de la Sabiduría, las cuales en 2023 completaron un total de 170.284 atenciones, con proyectos como comisarías de familia, población migrante, procesos territoriales, juventud, infancia y adolescencia, nutrición, territorios cuidadores, familias, maternidad y paternidad temprana, LGBTI, habitabilidad en calle, vejez, discapacidad y trasferencias monetarias (con la estrategia Ingreso Mínimo Garantizado) (25).

En términos de movilidad, la localidad cuenta con una estación troncal de Transmilenio Portal Usme con 13 rutas alimentadoras y 6 rutas troncales de transporte masivo por carril exclusivo, provenientes de diferentes estaciones en todo el Distrito. Asimismo, cuenta con 336 paraderos de rutas zonales pertenecientes al Sistema Integrado de Transporte Público – SITP – las cuales proceden de diferentes zonas del Distrito, con 80 rutas (21,. Es importante mencionar que las rutas transitan de manera parcial dentro la localidad.

Por otro lado, en el decreto 190 de 2004 se incorporó en el subsistema de transporte (Art. 164) el sistema de ciclorrutas como modo alternativo de transporte y la integración de los estacionamientos para bicicletas con el transporte público, terminales de pasajeros y estacionamientos para vehículos (4). Así pues, de los 550 km de ciclorrutas que tiene Bogotá, en Usme se han implementado 7,1 km. De estos, 3,4 km han sido construidos en andenes y 2,3 km en los parques distritales. El 78% de estos están en buen estado, 17% en estado regular y 5% en mal estado. Cabe aclarar que existen ciclo parqueaderos implementados en la ciudad, pero Usme no cuenta con éstos.

Mapa 9. Sistema Vial, Localidad Usme, 2024



Fuente: Datos IDECA, Malla vial integral, 2024.

En cuanto a la malla vial y su estado a 2019, se identificó que la malla vial arterial se encuentra en buen estado en un 61%, en estado regular un 30% y en mal estado 9%. En cuanto a la malla intermedia, el 63% se considera en buen estado, el 25% en estado regular y el 12% en mal estado. Por último, la malla vial local está en un 58% en mal estado, 20% en estado regular y 22% en buen estado (2).

En la malla vial rural el 17% se encuentra en buen estado, el 53% en estado regular y el 30% en mal estado. Lo anterior representa una restricción en la movilidad para gran parte de la población de la localidad, al incrementarse el número de viajes, el tiempo de estos y los costos económicos de desplazamiento desde y hacia centros salud existentes dentro de la localidad. Existe una baja oferta de transporte para la ruralidad, para la cual existen únicamente dos rutas: Usme – Chiguaza y Usme – El Destino. Estos servicios no funcionan

durante todo el día, lo que ocasiona que los habitantes deban recurrir al transporte privado para llegar y salir de su lugar de domicilio, o al uso de la bicicleta, el cual presenta un desafío debido a la irregularidad del terreno y sus altas pendientes.

Por otra parte, según VEBC de la Subred Sur, durante el año 2023 se adelantaron una serie de jornadas de vigilancia y control a los diferentes establecimientos comerciales registrados que operan en Usme abordando un total de 1.635 establecimientos comerciales por medio de 5 líneas: alimentos sanos y seguros (703 cafeterías, panaderías, fruterías, comedores comunitarios, expendios cárnicos, de bebidas alcohólicas, de productos de mar, minoristas y supermercados); calidad de agua y saneamiento básico (582 entre Hogares de Bienestar Familiar, almacenes, bodegas, coliseos y escenarios recreativos, establecimientos educativos, EPS, estaciones de policía, gimnasios, casinos y moteles); eventos transmisibles de origen zoonótico (22 clínicas y consultorios veterinarios, establecimientos que elaboran preparados para animales, tiendas de mascotas, spa, y afines); medicamentos seguros (64 establecimientos distribuidores de cosméticos, de productos de higiene, farmacias y tiendas naturistas) y, por último, seguridad química (264 intervenciones entre depósitos de materiales, fábricas de pintura, estaciones de servicio, fundiciones, industria textil, lavanderías, establecimientos de estética, fábricas de autopartes, industrias, micro, pequeñas y medianas empresas) (27).

1.6. Conclusiones

El análisis territorial de Usme evidencia su importancia estratégica dentro del Distrito Capital por su extensa área rural, su diversidad ecológica y su rol como zona de abastecimiento agrícola e hídrico para la ciudad. La coexistencia de suelo urbano, rural y de expansión plantea desafíos de ordenamiento y sostenibilidad, en un contexto donde persisten problemas como la contaminación atmosférica, la disposición inadecuada de residuos y la expansión urbana sin planificación. La riqueza hídrica, la presencia de áreas protegidas como el Parque Entre Nubes y la biodiversidad contrastan con las presiones derivadas de la minería y la urbanización.

En el plano socioeconómico, Usme enfrenta altos niveles de pobreza, especialmente en su zona rural, y una distribución del ingreso que refleja una homogeneidad en las carencias. La infraestructura en salud, educación y movilidad presenta cobertura parcial, con importantes limitaciones en la zona rural. Además, se evidencia una transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional y una alta presencia de población vulnerable, como migrantes, víctimas del conflicto y personas con discapacidad.

CAPÍTULO II: CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DIFERENCIALES Y TERRITORIALES

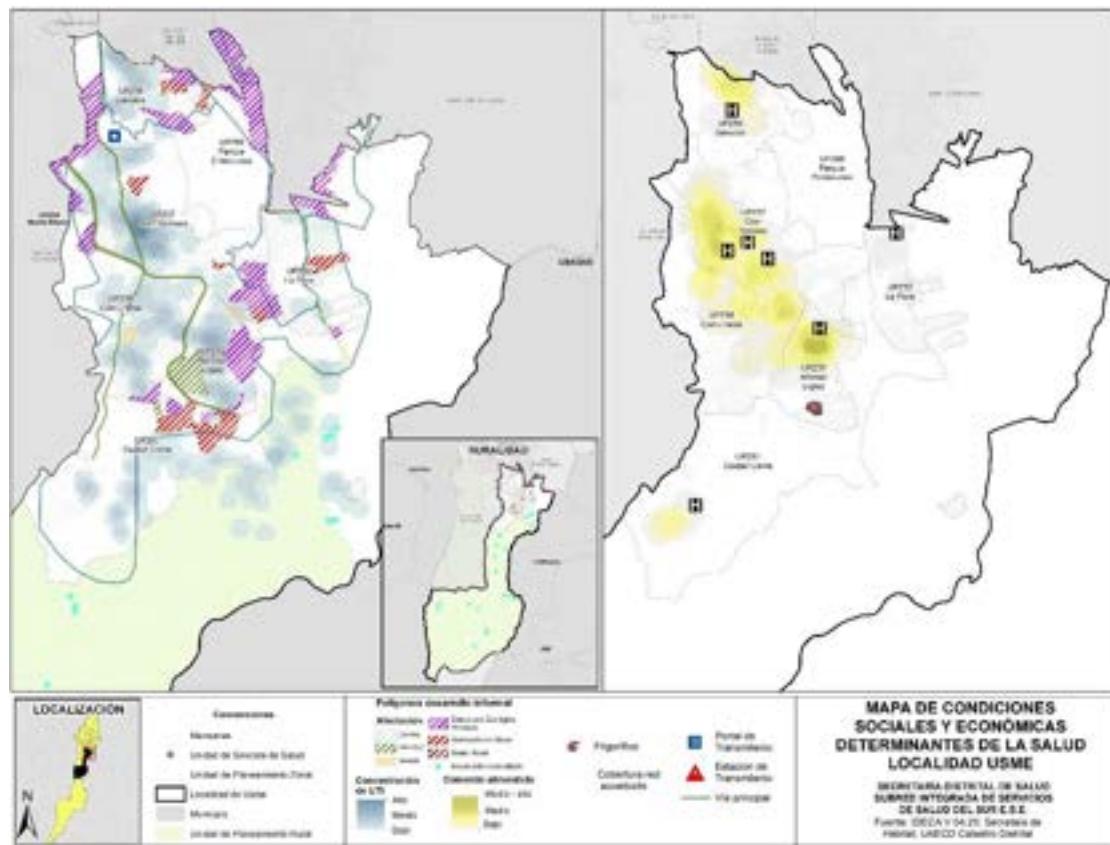
La salud, entendida desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad” (27), requiere un análisis que trascienda las condiciones biológicas individuales y aborde los factores contextuales que influyen en el bienestar colectivo. En este sentido, los determinantes sociales de la salud (DSS) proporcionan un marco

conceptual clave para comprender cómo las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, junto con las fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas, moldean las condiciones de salud de una población. Estos determinantes no solo explican las diferencias en los resultados de salud, sino que también evidencian las inequidades, entendidas como desigualdades innecesarias, evitables e injustas, que afectan a los grupos más vulnerables.

En el caso de Usme, las condiciones de salud están profundamente influenciadas por una serie de determinantes estructurales e intermedios que interactúan de manera compleja. Los determinantes estructurales, como la pobreza multidimensional, las desigualdades de género y las condiciones poblacionales y territoriales, definen la posición socioeconómica de los habitantes y limitan sus oportunidades de acceso a servicios básicos, incluidos los de salud. Este capítulo se encuentra organizado tomando como referencia esos cuatro determinantes estructurales, los cuales tienen como consecuencia el desarrollo de diferentes situaciones de nivel intermedio como el acceso a oportunidades educativas y laborales, las violencias de género e intrafamiliar, la seguridad alimentaria y nutricional de la población, la salud ambiental y la accesibilidad a la oferta del sistema de salud, que agravan las vulnerabilidades existentes y perpetúan las inequidades. Como se verá a continuación, las situaciones de nivel intermedio se articulan a diferentes desenlaces en salud.

Antes de continuar vale la pena aclarar que las relaciones entre determinantes estructurales, situaciones intermedias y desenlaces en salud que aquí se presentan, no conservan una relación estrictamente causal, sino múltiple. Es importante abordar las problemáticas de salud pública de la localidad de Sumapaz desde una perspectiva integral que tenga en cuenta las particularidades de cada contexto y territorio, así como de cada individuo.

Mapa 10. Condiciones sociales y económicas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, Usme, 2024



Fuente: Datos Infraestructura Datos Espaciales de Bogotá (IDECA), Secretaría de Hábitat, Entorno Laboral Subred Sur E.S.E., 2024.

2.1 Eje socio económico

2.1.1. Pobreza multidimensional

La posición socioeconómica es un determinante clave para entender las condiciones de salud en Usme. Los cambios en indicadores socioeconómicos como la tasa de pobreza y el desarrollo social están estrechamente relacionados con las oportunidades de salud de la población. La pobreza en particular representa una situación de riesgo que genera impactos en la salud de la población y configura un escenario de vulneración de derechos, que se ve reflejado en indicadores relacionados con la salud materno-infantil y la malnutrición.

Los datos presentados en el capítulo I evidencian que Usme enfrenta múltiples carencias en el acceso a servicios públicos domiciliarios, condiciones adecuadas de vivienda y movilidad. Asimismo, se identifican limitaciones en el acceso a servicios de salud, exacerbadas por una baja aceptación o utilización de las ofertas gubernamentales, particularmente en salud pública. Usme es la localidad con mayor proporción de personas en situación de pobreza en la zona urbana de Bogotá y la tercera en el área rural (16).

Muchos de los casos de morbilidad y mortalidad que se expondrán en el capítulo tres del presente documento ocurren en familias en situación de pobreza, ya sea monetaria o multidimensional. Estas condiciones generan problemas sanitarios, de humedad e higiene, que agravan las vulnerabilidades en salud.

Por otro lado, la pandemia de COVID-19 agravó las condiciones de pobreza y desigualdad en Usme. Para 2021, la localidad registró la pobreza monetaria más alta de Bogotá, la sexta más alta en pobreza extrema y la segunda en pobreza multidimensional (16). Estas cifras fueron más severas en la zona rural, donde la pobreza monetaria extrema alcanzó el 27,3%, en comparación con el 17,6% del área urbana (16). No obstante, el impacto de la crisis sanitaria en la ruralidad fue menor debido a su relativo aislamiento y mayor autosuficiencia alimentaria, aunque persisten problemáticas relacionadas con la precariedad en servicios básicos y empleo.

2.1.1. Educación y condiciones laborales

Teniendo en cuenta que la pobreza abarca múltiples dimensiones del desarrollo del ser humano, existen diferentes situaciones sociales, culturales y psicológicas de nivel intermedio que se configuran a partir de esa y a su vez se articulan a diferentes desenlaces en salud.

La primera situación intermedia tiene que ver con el nivel educativo de la población y los altos niveles de informalidad laboral que de allí derivan. La educación es un factor determinante en el desarrollo humano, la movilidad social y la calidad de vida de la población. En Usme, las brechas en acceso y nivel educativo reflejan las desigualdades socioeconómicas y geográficas de la localidad. Mientras que en las zonas urbanas predomina la educación media, en la zona rural persisten limitaciones significativas, con una alta proporción de población que no supera la educación primaria y una baja participación en educación superior. Esta brecha es particularmente notoria en UPZ como La Flora, donde los niveles educativos son inferiores en comparación con las demás UPZ de la localidad. De acuerdo con los datos arrojados por la Encuesta Multipropósito del 2021, La Flora es la UPZ cuya población accede menos a la educación tecnológica y universitaria y al mismo tiempo es la UPZ con mayor porcentaje de población que no ha alcanzado ningún nivel educativo (3,3%).

Tabla 3. Porcentaje % Nivel educativo alcanzado por personas de 15 años o más, Usme, 2021

Nivel educativo - estudios terminados	Ninguno	Preescolar	Básica primaria	Básica secundaria	Media	Técnica o Tecnológica	Universitaria	Posgrado
Usme	2,6%	0,0%	21,6%	15,2%	38,8%	12,9%	8,1%	0,6%
UPZ Comuneros	3,0%	0,0%	19,9%	13,7%	43,0%	12,0%	8,0%	0,4%
UPZ Gran Yomasa	2,2%	0,0%	22,1%	14,6%	36,3%	14,6%	9,3%	1,0%
UPZ La Flora	3,3%	0,1%	25,7%	18,3%	36,7%	12,6%	3,2%	0,1%
Grupo UPZ (Alfonzo López + Ciudad Usme)	3,1%	0,1%	23,5%	18,8%	38,0%	10,6%	5,5%	0,4%
Grupo UPZ (Parque Entre	2,4%	0,0%	19,6%	13,3%	39,3%	14,0%	10,7%	0,7%

La deserción escolar en Usme, con una tasa del 7,5%, supera el promedio de Bogotá (6%) y se mantiene como una problemática importante, especialmente en las etapas de niñez y adolescencia (28). Entre las principales causas se encuentran la falta de ingresos suficientes en los hogares, lo que obliga a muchos menores a realizar actividades laborales para contribuir económicamente. Según datos del Observatorio de Salud de Bogotá, para el 2023 se reportaron 681 niños, niñas y adolescentes participando en actividades económicas (29). El trabajo infantil no solo priva a los menores del tiempo necesario para estudiar y socializar, sino que también los expone a entornos laborales precarios, explotación y estrés crónico. Estas condiciones pueden generar sentimientos de frustración, desesperanza y aislamiento, especialmente cuando los menores perciben que sus oportunidades de progreso son limitadas. Como lo menciona Amnistía Internacional, (30) el trabajo infantil afecta el desarrollo físico y emocional de los niños, exponiéndolos a enfermedades crónicas, desnutrición y ambientes hostiles o violentos, lo que puede separarlos de sus familias y afectar su desarrollo personal. En ese sentido, el trabajo infantil suele estar asociado con la pérdida de posibilidades para vivir la etapa de infancia.

Ahora bien, las maternidades y paternidades tempranas representan otro factor crítico que dificulta la continuidad en el sistema educativo. Estudios como el de Molina et al. *Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar* (31), demuestran que el embarazo adolescente generalmente ocurre durante la deserción escolar y a su vez está relacionado con factores previos como la falta de valoración de la educación por parte de los padres y el bajo nivel de escolaridad de los progenitores (31). En ese sentido, la educación es un factor de nivel intermedio, a través del cual es posible analizar la calidad de vida de la población; las oportunidades de acceso al sistema educativo pueden dar cuenta de la calidad de vida de los habitantes de Usme, y, por lo tanto, brindar elementos importantes para el análisis de indicadores de salud que se expresan en diferentes momentos del curso de vida.

Finalmente, la educación también incide en el conocimiento sobre derechos en salud y la capacidad para navegar sistemas complejos de atención. Las personas con menor nivel educativo suelen enfrentar mayores barreras para acceder oportunamente a servicios preventivos y de tratamiento (32).

Desde una perspectiva social, realizar un análisis de la calidad de vida de la población, implica pensar en los determinantes sociales de una forma múltiple y articulada. Como ya se ha mencionado, hablar del acceso a la educación y analizar las oportunidades de acceso a la misma, nos lleva a hablar posteriormente de las oportunidades laborales que se configuran para los habitantes de la localidad. Es así como “el nivel educativo viene a convertirse en un elemento que contribuye no sólo a generarle mayores ingresos futuros al individuo sino también en una puerta de acceso a las actividades del mercado del trabajo a través del valor informativo que el diploma o título revela sobre su nivel de habilidades. Es decir que el diploma, como señal del nivel educativo del individuo, se convierte en una herramienta vital para la búsqueda y consecución de un empleo en el mercado laboral.” (33)

Lo mencionado anteriormente, incide sobre la capacidad de las familias para acceder a servicios de salud de alta calidad y mantener estilos de vida saludables. La literatura muestra una relación positiva entre ingresos y salud,

observando que individuos con mayores ingresos tienden a tener mejores resultados de salud, incluyendo menor mortalidad, menos enfermedades crónicas y mejores estados de salud reportados (32).

En el ámbito laboral, el análisis de indicadores clave como la tasa de ocupación, la tasa de desempleo y las condiciones de acceso al trabajo, permiten comprender los desafíos que enfrenta la localidad y cómo estos afectan la calidad de vida de sus habitantes. En 2021, la tasa de ocupación en Usme fue del 51,3%, inferior al promedio de Bogotá (56,6%), lo que refleja una leve reducción respecto a 2017 (18). La falta de dinamismo económico, derivada de la prevalencia de áreas residenciales y ecológicas protegidas, restringe la generación de empleo dentro de la localidad.

La población en edad de trabajar (PET) mostró un leve incremento entre 2017 y 2021, pasando de 71,1% a 72,4% en la zona rural y de 74,9% a 76,3% en la urbana (18). No obstante, este crecimiento en la fuerza laboral no se ha traducido en una mejora proporcional en los indicadores de empleo, lo que evidencia la necesidad de implementar estrategias que fomenten la generación de empleo formal y mejoren el acceso a oportunidades laborales dentro de la localidad.

La tasa de desempleo en 2021 mostró un 10,7% en la zona rural y un 17,1% en la urbana (18), lo que representa un incremento significativo respecto a 2017 (5,2% y 10,6%, respectivamente (18). Este aumento indica una creciente dificultad para acceder a empleos formales, exacerbada por la crisis económica que generó la pandemia por COVID. La falta de oferta laboral en la localidad ha llevado a que muchos hogares recurran a la informalidad, afectando su estabilidad económica y su bienestar general. Las condiciones de informalidad laboral y las jornadas extensas tienen efectos negativos en la salud física y mental de la población adulta y mayor, quienes encuentran mayores barreras para acceder a trabajos formales. Este fenómeno es particularmente notorio en la UPZ57 Gran Yomasa, que presenta una alta densidad poblacional dentro de la localidad.

Otro factor relevante en las condiciones laborales es el tiempo de desplazamiento al trabajo. En la localidad, el 39,8% de los trabajadores tarda entre 30 minutos y 1 hora para llegar a su empleo, mientras que el 38,6% tarda más de 1 hora (18). Este tiempo prolongado de traslado reduce la disponibilidad para actividades personales, familiares o recreativas, afectando el equilibrio entre la vida laboral y personal e incrementando los niveles de estrés. Además, la falta de accesos viales adecuados y la distancia con las zonas industriales y comerciales impacta la productividad y el bienestar general de los trabajadores.

Históricamente, Usme ha enfrentado altos niveles de informalidad y desempleo. En 2017, registró la tasa de informalidad laboral más alta del Distrito (34) y ocupó el segundo lugar en desempleo, situándose por encima del promedio de Bogotá (18). Esta situación se agravó con la crisis sanitaria, que provocó el cierre de comercios y la pérdida de empleos formales. Como resultado, muchas personas se han visto obligadas a trabajar en condiciones precarizadas, con jornadas extenuantes que afectan su salud. Existe una relación entre estas condiciones laborales y las consultas por enfermedades musculoesqueléticas, asociadas a la exposición a esfuerzos físicos prolongados y trabajos informales. Las enfermedades musculoesqueléticas no solo afectan la salud física, sino que también tienen consecuencias en la calidad de vida de las personas. El dolor crónico y la limitación de movilidad pueden reducir la independencia, la capacidad de trabajo, afectar la productividad y generar costos económicos adicionales para las familias (35).

2.1.2. Seguridad alimentaria y nutricional

Las debilidades en seguridad nutricional tienen como consecuencia un riesgo más alto de que la población presente estados de malnutrición ya sea por deficiencias en el peso o por exceso. De acuerdo con los datos arrojados por la Encuesta Multipropósito, para 2017 Usme tenía una proporción de hogares con falta de alimentos de 5,3. Esta condición creció de manera alarmante para el 2021, donde los hogares con falta de alimentos llegaron a una proporción de 20,3 (SaluData). A su vez, esto tiene relación con el hecho de que en la localidad se dio un aumento en la notificación por desnutrición en menores de cinco años a partir del 2021 y un aumento en la desnutrición global para 2023, especialmente en la UPZ52 La Flora y UPZ57 Gran Yomasa.

La desnutrición infantil continúa siendo un problema crítico, con una prevalencia de desnutrición global que pasó del 6,9% en 2017 al 7,1% en 2023, mientras que la desnutrición aguda disminuyó del 4,7 % al 1,5% en el mismo periodo. Este aumento en la desnutrición global se asocia con la falta de acceso a alimentos de calidad y agua potable. Un análisis más detallado de la seguridad alimentaria de la localidad evidencia un incremento en el número de hogares que enfrentan dificultades para acceder a una alimentación saludable debido a la insuficiencia de recursos, profundizando así las brechas de vulnerabilidad en el territorio. En 2021, el 32,1% de los hogares reportó dificultades para acceder a una alimentación saludable por falta de dinero u otros recursos (18) en contraste con el 9,3% registrado en 2017(34). Asimismo, el 16,9% de los hogares reportó que algún integrante no consumió ninguna de las tres comidas diarias en 2021, mientras que el 20,1% se quedó sin alimentos en algún momento (18). Entre 2017 y 2021, el porcentaje de hogares con niños que dejaron de recibir alimentación adecuada aumentó de 6,3% a 24,9%, y aquellos en los que un menor comió menos de lo que debía, pasó del 4,3% al 18,9% (29).

A pesar de que el 85% del territorio de Usme es rural y cuenta con producción agrícola, la ausencia de un centro de acopio y la ineficiencia en los circuitos de abastecimiento generan sobrecostos que afectan tanto a productores como a consumidores, limitando el abastecimiento local de alimentos. Actualmente existe una articulación con organizaciones de mujeres emprendedoras para fortalecer los sistemas cortos de abastecimiento, sin embargo, este factor aún requiere esfuerzos para mitigar la baja diversidad nutricional que puede existir en la localidad. Esta situación, sumada al uso inadecuado de agroquímicos, el bajo acceso a servicios sociales y la falta de alternativas económicas, ha incentivado la migración laboral hacia el resto de la ciudad, reduciendo las posibilidades de fortalecer la producción agrícola local y de fortalecer la seguridad nutricional.

En lo que hace referencia a la malnutrición por exceso, según el Boletín Epidemiológico del segundo trimestre 2022, las enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares fueron las principales causas de la mortalidad por grandes causas en mujeres y hombres durante el 2021. Dentro de las defunciones no fetales se encuentra la diabetes mellitus y enfermedades del sistema circulatorio: cardíacas, hipertensivas, cardiopulmonares y arterioesclerosis y de igual manera estas aumentaron entre 2019 y 2022.

Teniendo en cuenta lo anterior, el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes y cardiovasculares) indica una falta de educación nutricional que conlleve a comprender la relación entre la alimentación y la salud a largo plazo. En ese sentido, muchas familias pueden no estar informadas sobre las necesidades nutricionales básicas, lo cual puede llevar a dietas desequilibradas que no cubren los

requerimientos de micronutrientes. El incremento de estas enfermedades también sugiere un alto consumo de alimentos ultraprocesados, ricos en azúcares añadidos y grasas saturadas. Este fenómeno se puede explicar a través de cuatro factores: el primero tiene que ver con la disponibilidad y accesibilidad, pues los alimentos ultraprocesados de baja calidad, son generalmente más económicos y están ampliamente disponibles en tiendas y supermercados. Además, están fuertemente promocionados, lo que influye en las preferencias alimentarias de la población.

2.2 Eje de género

La incorporación de la perspectiva de género en el análisis de las condiciones de vida y salud es esencial para comprender las desigualdades que enfrentan mujeres y personas LGBTI, que no solo tienen su origen en diferencias biológicas, sino también en construcciones sociales que perpetúan la discriminación y la exclusión. El género como determinante social de la salud, influye directamente en las oportunidades de acceso a servicios de salud, en las prácticas de cuidado y en las expresiones de violencia que afectan de manera diferenciada a hombres, mujeres y personas LGBTI.

En 2021, el 45,9% de los hogares de la cabecera de Bogotá tenía jefatura femenina, mostrando un aumento frente al 40,1% registrado en 2017 (34). En Usme, el 43,3% de los hogares urbanos contaban con jefatura femenina en 2021 (18), frente al 40,8% en 2017, mientras que en el área rural este porcentaje fue del 30,2% (34). El artículo *Ser mujer jefa de hogar en Colombia* emitido por el DANE(36), analiza el fenómeno de la jefatura femenina en Colombia, destacando cómo las mujeres han asumido roles de liderazgo en el hogar debido a factores como la inestabilidad laboral y el aumento de la pobreza. Las mujeres jefas de hogar enfrentan desafíos significativos, incluyendo niveles educativos inferiores y menores ingresos en comparación con los hombres (36).

Es así como en 2017 la pobreza multidimensional en hogares con jefatura femenina fue del 12,8% frente al 6,1% distrital, cifra que aumentó al 15,6% en 2021, mientras que en los hogares con jefatura masculina se redujo del 12,1% al 10,7%(18). En términos de ingresos, los hogares encabezados por mujeres en Usme promediaron \$542.007 mensuales en 2017, \$61.299 menos que los encabezados por hombres. Para 2021, la caída de ingresos afectó más a las mujeres, reduciendo sus ingresos a \$500.495, frente a los \$542.007 de los hogares con jefatura masculina (18).

Las desigualdades de género también se reflejan en indicadores como la Tasa Global de Participación (TGP), que en 2021 fue de 73,6 para hombres y 54,9 para mujeres a nivel distrital, estableciendo una brecha de 18,7%. En Usme, la brecha fue aún mayor, con un desfase de 4,8 puntos porcentuales respecto al promedio de la ciudad. La tasa de ocupación también muestra una marcada desigualdad: en Usme fue del 63,8% para hombres y del 39,4% para mujeres, mientras que a nivel distrital se ubicó en 64,3% para hombres y 47,3% para mujeres (18). La brecha en Usme alcanzó los 24,4 puntos porcentuales, la segunda más alta de la ciudad después de Sumapaz. Asimismo, la tasa de desempleo en la localidad fue del 13,9% para los hombres y del 16,1% para las mujeres (18) con una brecha de 2,2 puntos porcentuales, menos acentuada que en otras localidades de la Subred Sur, pero igualmente indicativa de la vulnerabilidad económica de las mujeres.

Las inequidades socioeconómicas y culturales inciden en la salud de las mujeres, aumentando su exposición a riesgos como la morbimortalidad materna, la violencia sexual, económica y emocional. En este contexto, la inseguridad alimentaria y nutricional (INSAN) también impacta de manera diferenciada a los hogares con jefatura femenina, asociados con mayores dificultades de acceso a una alimentación adecuada. En 2021, el 19,8% de estos hogares reportaron no poder consumir tres comidas diarias por falta de recursos, frente al 14,6% de los hogares con jefatura masculina (18). Además, el 36,4% de los hogares encabezados por mujeres informaron haber cambiado su alimentación por razones económicas, comparado con el 28,8% de los hogares con jefatura masculina (18). Este fenómeno es aún más crítico en hogares afrodescendientes o indígenas, donde la inseguridad alimentaria alcanza el 42% y 40% respectivamente(18).

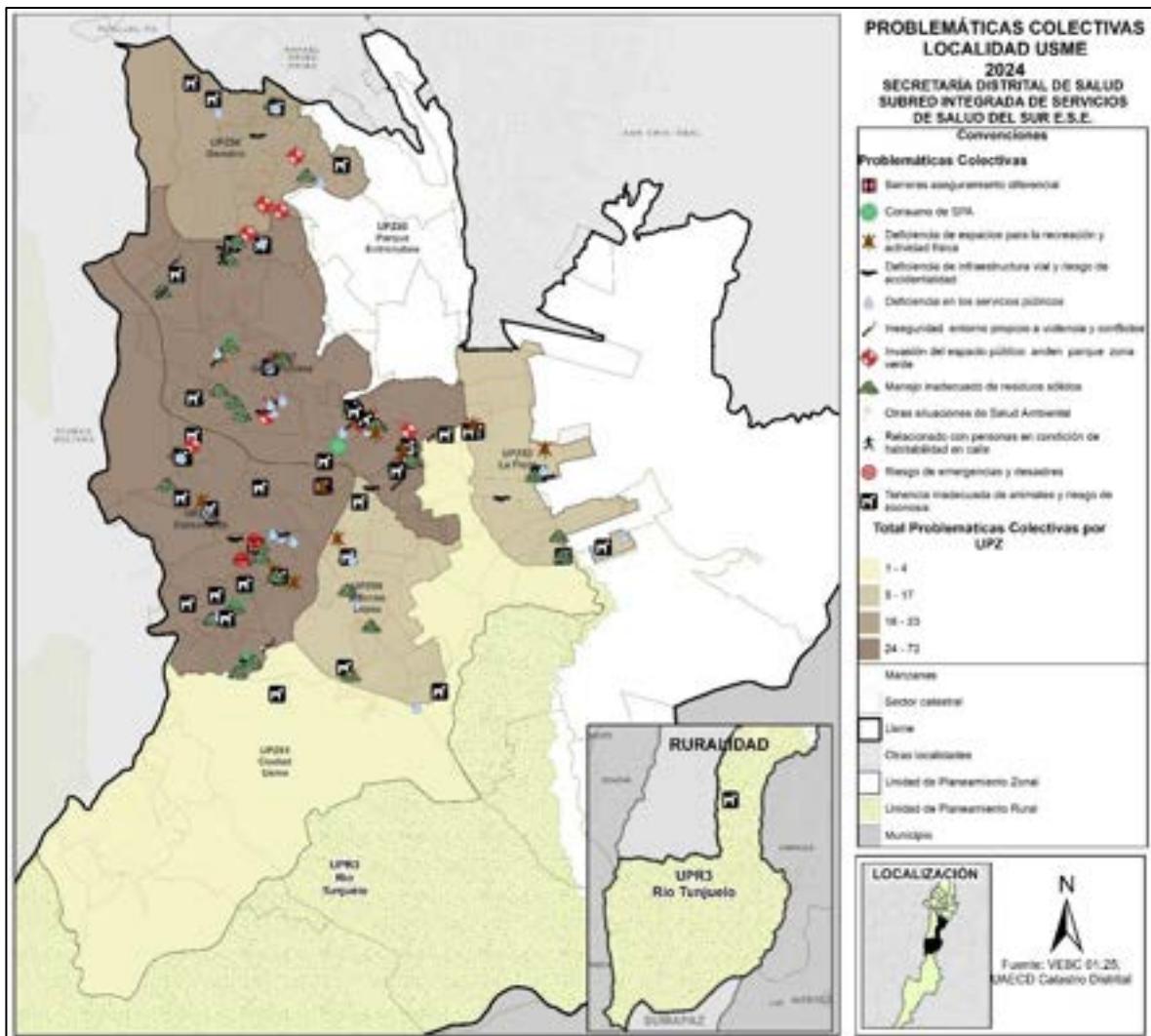
La violencia de género es otro aspecto crucial que afecta a las mujeres en la localidad. En 2023, la tasa de asesinatos de mujeres en Usme fue de 2,5 por cada 100.000 mujeres (37) Además, se registraron 158,8 delitos sexuales, 205,6 casos de lesiones personales y 594,4 episodios de violencia intrafamiliar contra mujeres por cada 100.000 habitantes (37). Adicionalmente, 75 mujeres fueron valoradas por riesgo de feminicidio (37), lo que refleja la necesidad urgente de medidas para abordar estas violencias de género y sus implicaciones en la salud y calidad de vida de las mujeres en la localidad.

Desde una perspectiva del análisis social, el género se configura como un determinante estructural de las condiciones de salud y enfermedad de la población, en tanto permite articularlo con múltiples factores que a su vez están vinculados con la calidad de vida. El género, la forma en que los seres humanos se desenvuelven frente a este, así como los valores culturales que prevalecen en la vida cotidiana de las personas, son condiciones importantes para tener en cuenta en el momento de la comprensión de diferentes indicadores de salud. Es por esto por lo que, de acuerdo con los datos que se han mostrado, el género es un determinante complejo que no tiene que ver solamente con el acceso a servicios de salud, sino con las diferencias que pueden existir frente a las oportunidades educativas, económicas y de salud mental de las mujeres frente a los hombres.

En relación con la identidad de género y orientación sexual, el 0,2% de la población urbana no se identifica con el sexo asignado al nacer y en la zona rural este porcentaje asciende al 0,3%. Además, el 0,7% de la población urbana se identifica como homosexual y el 0,1% como bisexual, mientras que en la zona rural solamente el 0,1% se identifica como homosexual (18).

Es importante destacar que las personas LGBTI también enfrentan desafíos particulares relacionados con el acceso a servicios de salud, la discriminación y la violencia. La inclusión de la población LGBTI en los análisis de salud y bienestar es esencial para identificar y abordar las barreras específicas que afectan a este grupo, promoviendo la equidad y el respeto a sus derechos en todos los ámbitos de la vida social y económica.

Mapa 11. Problemáticas Colectivas, Localidad Usme 2024



Fuente: Datos PCO 2023-2024. Sub-Red Integrada de servicios de salud del Sur. Secretaría Distrital de Salud

2.3. Eje territorial

La localidad se encuentra en una situación de vulnerabilidad ambiental frente al resto de la ciudad en dos vías: la primera se da gracias a la contaminación del aire, cuyo determinante estructural es el uso del suelo en el nivel distrital y que como ya se ha mencionado en el primer capítulo, durante el siglo XX propició la formación de industrias extractivas a cielo abierto, fábricas de ladrillos y centrales de mezcla. En ese sentido, existe una elevada presencia de partículas en suspensión y una obsolescencia tecnológica de las industrias, que en su mayoría son pequeñas y funcionan de acuerdo con la demanda del producto. Por otro lado, se encuentra la presencia del relleno sanitario Doña Juana, que produce lixiviados derivados de la descomposición de los residuos sólidos, generando una contaminación del agua.

La segunda vía se da por el manejo de los residuos sólidos en el nivel local, pues se han encontrado deficiencias en la infraestructura para la recolección de basuras, que se combina con una falta de apropiación de los derechos relacionados con servicios de recolección y aseo, así como un bajo sentido de pertenencia de la comunidad hacia el territorio. Este último es un problema relacionado con el uso del suelo a nivel distrital, pues los habitantes de Usme se ven afectados con el manejo que se da a los residuos sólidos de Bogotá. La localidad cuenta con problemáticas propias relacionadas con el manejo de residuos que, sumada al relleno Doña Juana, implica unos niveles de contaminación y riesgos de salud pública demasiado elevados.

Se ha encontrado un aumento de enfermedades respiratorias, especialmente en niños menores de cinco años en la UPZ Danubio (38). En la zona rural, el uso de agroquímicos en cultivos de papa también afecta principalmente a los agricultores. Es importante realizar estudios que establezcan evidencia de la relación que existe entre la calidad del aire o el agua y el aumento de enfermedades respiratorias, zoonóticas o gastrointestinales en la localidad.

Autores como Dong et al. (2021) han estudiado la asociación entre el PM2,5 y las enfermedades respiratorias en niños menores de 14 años: “un aumento en 10 µg/m³ significó un incremento de 2,8% los casos de efectos graves por este tipo de enfermedades. Además, se evidenció que los niños entre 3 y 6 años tuvieron un mayor riesgo de enfermarse luego de una exposición prolongada a este contaminante.” (39)

Es necesario desarrollar un modelo de gobernanza ambiental urbana que integre: (1) el fortalecimiento de sistemas de monitoreo de calidad del aire con mayor densidad espacial, (2) políticas de desarrollo urbano que consideren la distribución espacial de riesgos ambientales, (3) incentivos para la transición hacia tecnologías más limpias en industria y transporte, y (4) mecanismos de participación ciudadana en la toma de decisiones ambientales (41).

Otro de los problemas más críticos de la localidad es la gestión de residuos sólidos, especialmente en las UPZ Gran Yomasa, Comuneros y Alfonso López, donde la acumulación de basura y escombros genera contaminación y riesgos sanitarios. De acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2021, el 35,7% de los hogares en Usme reportó la presencia de insectos o roedores, con tasas más altas en Ciudad Usme (39,8%), Comuneros (35,7%) y La Flora (64,8%) (30). Esta situación aumenta el riesgo de que la población padezca enfermedades zoonóticas, afectando la salud pública. Además, la proximidad de los hogares a basureros impacta al 38,4% de la población, especialmente en Gran Yomasa (49%) y La Flora (61%) (30), lo que agrava la contaminación del suelo y del agua, incluidos el río Tunjuelo y otras quebradas.

El acceso a servicios básicos como agua potable, alcantarillado y recolección de basura es deficiente en diversos sectores. Barrios como La Fiscalía y Danubio Azul han reportado fugas en la red de acueducto y sifones tapados, incrementando el riesgo de enfermedades gastrointestinales y respiratorias. En Alfonso López, la falta de recolección adecuada de residuos favorece la proliferación de vectores y enfermedades (39).

De acuerdo con principios epidemiológicos generales, el manejo inadecuado de residuos sólidos puede crear condiciones propicias para la proliferación de vectores y reservorios de enfermedades zoonóticas a través de varios mecanismos: 1. Atracción de vectores: los residuos mal dispuestos atraen roedores, moscas y otros animales que pueden ser portadores de patógenos como leptospirosis, hantavirus, rabia y salmonelosis. 2. Hábitat para reservorios: los vertederos y espacios con acumulación de basura, generan nichos ecológicos para

ratas y aves como palomas. 3. Cadenas de transmisión: los vectores pueden transportar patógenos entre residuos orgánicos, animales y seres humanos.

Ahora bien, frente al consumo y venta de sustancias psicoactivas (SPA), este ha incrementado especialmente en Gran Yomasa y Comuneros (39). Sectores como Limonar I y Usminia han registrado un aumento en el expendio y consumo, lo que ha generado una mayor percepción de inseguridad y la presencia de bandas criminales. En Ciudad Usme, el barrio Eucaliptos de la Esperanza es uno de los puntos críticos de consumo. La inseguridad y los robos también han generado preocupación en barrios como Compostela III, Los Arrayanes y El Bosque, donde la comunidad ha solicitado mayor presencia policial. Además, la invasión del espacio público en Gran Yomasa y Comuneros, junto con el comercio informal, ha influido en la percepción de peligrosidad (39).

Los jóvenes son la población con mayor representatividad en el consumo de sustancias psicoactivas: de acuerdo con el Boletín Epidemiológico del II trimestre 2022, la edad promedio del inicio de consumo de SPA es en el ciclo vital de adolescencia con el 78% de los registros y hay mayor prevalencia entre los 12 y los 18 años. De otro lado, los jóvenes también fueron la población más representativa en las tasas de ideación suicida, intento de suicido y suicidio consumado para 2022.

Es importante reflexionar acerca de las posibles relaciones que pueden existir entre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud mental de los jóvenes en Usme; si bien esta no es una relación causal, el hecho de que los jóvenes sean la población con mayor representatividad para estos dos fenómenos, es algo que merece atención. En ese sentido, se sugiere revisar los contextos en que se desarrollan las condiciones de vulnerabilidad para los jóvenes de la localidad y cómo los contextos socioeconómicos que les rodean pueden involucrar dinámicas de violencia psicológica e intrafamiliar.

De igual manera, vale la pena realizar un abordaje del uso de SPA como problemática de salud desde una perspectiva integral, en la cual se promueva la prevención, el tratamiento y la reducción de daños. Un enfoque no estigmatizante debe priorizar la empatía, la evidencia científica y los derechos humanos, reconociendo que el consumo es un síntoma de múltiples factores (sociales, psicológicos y biológicos).

En términos de infraestructura, Usme presenta un notorio deterioro vial, con calles en mal estado y falta de pavimentación en barrios como Villa Diana, Gran Yomasa y Parcelación San Pedro (39). Esto afecta la movilidad, especialmente de personas con discapacidad y adultos mayores. La deficiencia en el transporte público en sectores como el Portal del Divino, Ciudad Usme y Alfonso López, limita el acceso a servicios esenciales, lo que incrementa los tiempos de desplazamiento. Según la Encuesta Multipropósito 2021, el promedio de tiempo caminando hasta un centro de salud en Usme es de 31,9 minutos, alcanzando los 49,1 minutos en La Flora y 40,3 minutos en Ciudad Usme y Alfonso López. Esta situación afecta especialmente a los adultos mayores, de los cuales el 64,4% reportaron dificultades para movilizarse en la zona urbana y el 81,9% en la zona rural(19)

Las deficiencias en la infraestructura vial no son solo un problema de movilidad: son barreras que profundizan desigualdades en el acceso a servicios de salud, especialmente para adultos mayores y personas con discapacidad. En contextos como Usme, donde persisten zonas rurales y periurbanas con conectividad precaria, estas barreras se traducen en dificultades para asistir a centros de salud, que se configuran como dinámicas de exclusión sistemática, pues aumenta el riesgo de que quienes no pueden desplazarse, posterguen chequeos preventivos, abandonando tratamientos o acudiendo solamente en etapas avanzadas de enfermedades. Lo

anterior puede aumentar la carga sobre el sistema de salud. Esto refleja una falta de enfoque diferencial en la planeación urbana, ignorando las necesidades de poblaciones con movilidad reducida.

Teniendo en cuenta lo anterior, mejorar la infraestructura vial se convierte en un tema que compete a la intervención en salud pública para reducir costos hospitalarios por complicaciones prevenibles, garantizar la equidad en el acceso a servicios básicos y brindar mayor autonomía a las personas mayores y con discapacidad.

En términos de acceso a servicios básicos, persisten diferencias significativas entre la zona urbana y la rural. Mientras que en el área urbana el 99,6% de los hogares dispone de acceso a energía eléctrica, el 96,9% a acueducto y el 98,2% a recolección de basuras, en la zona rural estos porcentajes disminuyen drásticamente, con un 83,4% de cobertura en acueducto, 4,1% en alcantarillado y 55% en recolección de basuras. Además, solo el 12,7% de los hogares rurales cuenta con acceso a gas natural (19).

El déficit habitacional representa otro desafío, con 17.684 viviendas en condiciones inadecuadas y 3.566 unidades requeridas para suplir la demanda habitacional en 2021(19). El hacinamiento no mitigable afecta al 12,9% de las viviendas urbanas y al 17,9% de las rurales, con impactos directos en la salud y el bienestar de las familias. Adicionalmente, el 48,9% de las viviendas se encuentra expuesto a contaminantes debido a su proximidad con industrias y fábricas (19).

A nivel de Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ), las condiciones socioeconómicas presentan variaciones significativas. Mientras que Gran Yomasa y Comuneros evidencian mejores indicadores económicos, sectores periféricos como La Flora y Alfonso López registran mayores niveles de pobreza (19), situación asociada a la densidad poblacional y la concentración de servicios en el centro de la localidad, en contraste con la desigualdad en infraestructura de la periferia.

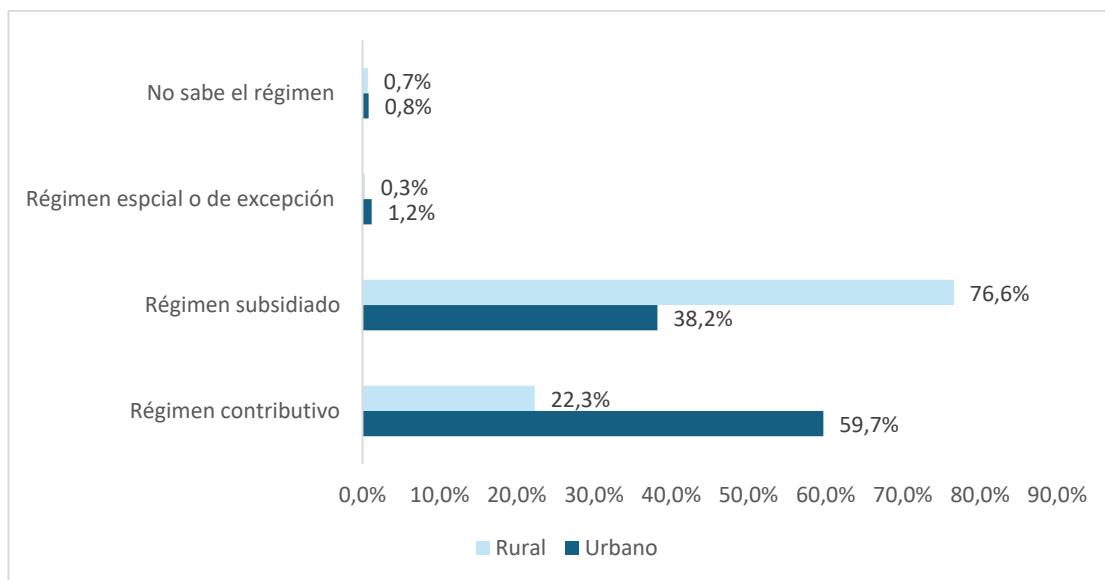
En cuanto al uso del suelo, como se expuso en el capítulo anterior, Usme tiene una vocación predominantemente residencial y, en menor medida, comercial, con amplias zonas rurales de protección ecológica. La mayoría de las personas ocupadas trabajan en empleos particulares o por cuenta propia. Dado que la localidad cuenta con poca actividad industrial y escasa oferta laboral, gran parte de su fuerza laboral debe desplazarse a otras zonas de la ciudad, lo que implica mayores costos de transporte, largas jornadas fuera del hogar y un impacto negativo en la salud mental y física de la población.

Por otro lado, entre 2017 y 2021, un total de 241 organizaciones sociales y comunitarias en Usme fueron caracterizadas por el IDPAC, representando a 12.102 personas, equivalente al 3% de la población según proyecciones del DANE para 2021. Estas organizaciones están distribuidas en las siete UPZ y dos Unidades de Planeamiento Rural (UPR) de la localidad. Comuneros concentra la mayor cantidad de organizaciones con 80, seguida por Gran Yomasa con 69, sumando juntas el 61,8% del total. En contraste, Danubio tiene 25, Alfonso López 22, La Flora 16, Ciudad Usme 11 y Parque Entre Nubes 8. En la zona rural, la UPR Río Tunjuelo cuenta con ocho organizaciones y la de Cerros Orientales con dos (IDPAC).

Dentro de estas organizaciones, se destacan 81 juveniles, 53 de mujeres, 19 ambientalistas, 17 étnicas, 10 barras futboleras, 9 de víctimas del conflicto armado, 9 de niñez, 8 de personas mayores, 6 de personas con discapacidad, 6 LGBTI, 4 campesinas y 1 de migrantes. Además, existen 170 juntas de acción comunal (JAC), de las cuales 155 están en la zona urbana y 15 en la zona rural, además de una asociación de juntas de acción

comunal. Los salones comunales se encuentran principalmente en Gran Yomasa (33), Comuneros (20), Alfonso López (11), La Flora (6), Danubio (6) y Ciudad Usme (2) (IDPAC).

2 Gráfico 3. Porcentaje de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por tipo de régimen, Bogotá-Usme Urbano y Rural, 2023



Fuente: Encuesta Multipropósito Bogotá (EMB) 2021

Las brechas en el acceso a la salud evidencian una gran desigualdad entre las zonas urbanas y rurales. Mientras que en la zona urbana el 59,7% de la población está afiliada al régimen contributivo, en la zona rural el 76,6% depende del régimen subsidiado (19). Esta situación refleja una mayor vulnerabilidad en el área rural, donde la infraestructura médica es insuficiente y el transporte limitado dificulta la atención oportuna. Sin embargo, cabe resaltar que como se ha mencionado en el capítulo I, la oferta de servicios de salud en la localidad es más amplia para el régimen subsidiado (8 centros de salud) que para el régimen contributivo (1 centro de salud).

2.4 Eje poblacional

De acuerdo con los datos presentados en el capítulo I, el perfil poblacional de Usme presenta desafíos que requieren un enfoque integral de políticas públicas. La transformación demográfica evidencia un envejecimiento progresivo, reflejado en el aumento de la población mayor de 60 años en los últimos cuatro años, en consonancia con la tendencia nacional de reducción de la población menor de 15 años. Este cambio responde a factores socioeconómicos que han permitido una mayor supervivencia, manifestándose en tres dinámicas: 1) el crecimiento del grupo de 60 años y más; 2) el envejecimiento dentro de la vejez, con un aumento relativo en la población mayor de 75 años; y 3) la feminización de la vejez, con una proporción creciente de mujeres en este grupo etario. (22)

Las condiciones de vida de la población mayor reflejan vulnerabilidades específicas. La percepción sobre la igualdad de oportunidades también ha empeorado, con un 41,6% de los adultos mayores indicando un deterioro entre 2017 y 2021 y un 43,2% señalando que se han mantenido igual (16,2). Además, esta población enfrenta

dificultades debido a la subvaloración sociocultural de la vejez y a una alta dependencia económica y psicoafectiva. Por otro lado, existen comportamientos negligentes y de abandono de parte de los familiares, principalmente en lo observado en el hospital de Usme, donde actualmente se encuentran 14 personas mayores en situación de abandono total. Lo anterior se expresa en una falta de manejo adecuado de condiciones crónicas asociadas a la edad desde un enfoque preventivo. A pesar de que existe un envejecimiento de la población, las personas mayores de 80 años representan la población menos atendida de la localidad. Dicha situación puede ser cada vez más crítica si se tienen en cuenta las proyecciones poblacionales del DANE que ya se han presentado en el capítulo I y que pueden aumentar los índices de dependencia en la localidad.

La discapacidad es otro factor determinante en la planificación de servicios en Usme. En 2021, el 5,2% de las personas de 5 años y más en el área urbana y el 5,1% en la zona rural presentaban alguna discapacidad, aumentando al 14,6% y 16,4% respectivamente, en el grupo de 60 años y más (19). Esto resalta la necesidad de políticas enfocadas en accesibilidad, atención médica especializada y apoyo para la autonomía. La vulnerabilidad socioeconómica de esta población es evidente: el 53,8% pertenece al estrato 1 y solo el 4,1% al estrato 3. Además, el 25,2% experimenta pobreza multidimensional (casi el doble del promedio general de la localidad, que es de 12,7%), el 32,5% vive en pobreza extrema (frente al 17,6% de la población general) y el 68% enfrenta pobreza monetaria (comparado con el 58% de la población general (22). La tasa de ocupación de personas con discapacidad es de apenas 25,5%, muy por debajo del 51,3% del total de la población. Estas condiciones impactan negativamente en la calidad de vida, movilidad y acceso a servicios de salud, aumentando el riesgo de resultados adversos en salud.

La diversidad étnica en Usme es reducida en comparación con otras localidades de Bogotá. En 2021, en el área urbana, el 0,9% de la población se identificó como indígena (3.384 personas), el 1,1% como afrodescendiente (4.234 personas), y en menor proporción, 45 personas se identificaron como gitanos, 17 como raizales y 9 como palenqueros. En la zona rural, estas cifras son aún menores, con solo un 0,1% identificándose como indígena (6 personas) o afrodescendiente (7 personas) (19). Sin embargo, los hogares con jefatura afrodescendiente o indígena presentan altos niveles de inseguridad alimentaria (42% y 40%, respectivamente), reflejando inequidades estructurales históricas.

La población migrante ha experimentado un crecimiento significativo entre 2017 y 2021. En el área urbana, la proporción de migrantes pasó del 1,9% en 2017 al 5,3% en 2021, mientras que en la zona rural aumentó del 3,3% al 4%. A nivel de UPZ, las mayores concentraciones se encuentran en Alfonso López y Ciudad Usme, que suman un 7,9% y Parque Entre Nubes y Danubio, que suman un 6,1%. (16,2) Esta población enfrenta barreras de inclusión social, acceso a oportunidades económicas y garantía de derechos.

Las víctimas del conflicto armado representan otro grupo poblacional vulnerable en Usme, con una mayor concentración en el área urbana (8,5%) frente a la rural (5,2%). Las UPZ Alfonso López y Ciudad Usme tienen la mayor proporción de víctimas, sumando un 12,5%, seguidas por La Flora (9,3%). En términos de desplazamiento forzado, el 90,4% de las víctimas en el área urbana y el 65,8% en la rural han sufrido este tipo de violencia. Comuneros registra la mayor proporción de víctimas de desplazamiento (93,7%), seguida por La Flora (90,6%) y Gran Yomasa (90,0%). (19)

La situación de vulnerabilidad socioeconómica y psicológica de las víctimas del conflicto armado dificulta el acceso a servicios de salud preventiva y por lo tanto existe un riesgo más alto por parte de esta población, de padecer enfermedades crónicas no transmisibles sin tratamientos adecuado. En general esta población tiene un riesgo mayor de ser representativa en todos los desenlaces en salud que están asociados a la pobreza multidimensional en la localidad, pues se encuentran en un contexto de marginación social, económica y cultural.

2.5 Conclusiones

Es fundamental fortalecer políticas públicas que incidan sobre los determinantes estructurales de la salud y sobre las situaciones de nivel intermedio que inciden sobre la calidad de vida de la población de la localidad. Como se ha visto a lo largo del capítulo, las problemáticas de salud se articulan de forma múltiple a las oportunidades educativas, laborales, económicas y las tradiciones culturales que se manifiestan en la vida cotidiana de los habitantes e inciden sobre la salud física y mental.

En ese sentido, se requiere de una formulación de políticas que abarquen la generación de empleo formal, mejorar el acceso a oportunidades laborales dentro de la localidad y reducir la informalidad. La inversión en infraestructura vial y transporte contribuiría a disminuir los tiempos de desplazamiento y mejorar el bienestar de los trabajadores. Estas acciones, además de impactar la economía local, permitirían mejorar las condiciones de vida y salud de la población de Usme.

Es necesario implementar estrategias que promuevan la permanencia escolar, pues las dificultades en el acceso a educación superior evidencian la necesidad de fortalecer estrategias que fomenten la continuidad educativa y amplíen la oferta de formación técnica, facilitando la inserción laboral y el desarrollo socioeconómico local.

Es importante implementar programas de educación nutricional, así como fortalecer la producción local y promover políticas públicas que abarquen la nutrición como un elemento transversal en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la localidad, tanto en lo referente al bajo peso en todas las etapas del curso de vida, como en el exceso.

En localidades como Usme, donde confluyen la pobreza, la exclusión y las barreras geográficas, las desigualdades de género se agravan, por lo que se requiere un enfoque detallado para desarrollar políticas públicas inclusivas que promuevan la equidad, el bienestar colectivo y el ejercicio pleno de los derechos, garantizando la igualdad de oportunidades y la no discriminación para todos.

CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL TERRITORIO

3.1 Configuración de la Morbilidad en la localidad:

Entre 2019 y el primer semestre de 2024, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en la localidad de Usme registraron un total de 576.966 atenciones. El año 2019 concentró la mayor cantidad de atenciones, con 144.893 registros, lo que representó el 25,8% del total del periodo analizado. En 2020, hubo una disminución

significativa de 9,9 puntos porcentuales, equivalente a 55.304 atenciones menos, registrándose 89.589 atenciones (16,0% del total), probablemente debido a restricciones de movilidad, cierre de servicios y priorización por COVID-19.

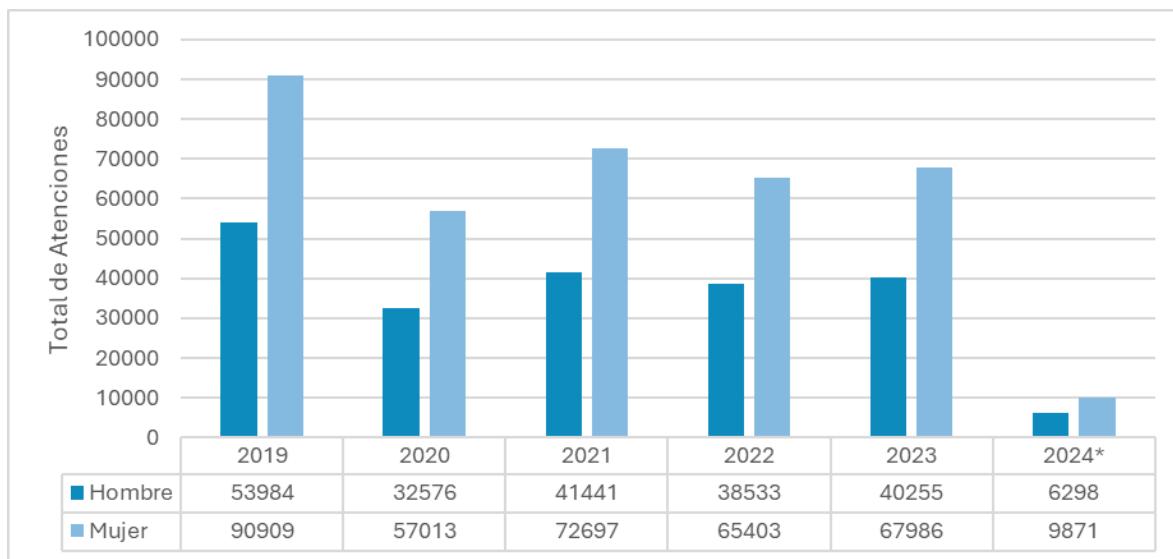
Para 2021, se observó una recuperación parcial con un incremento de 4,4 puntos porcentuales, alcanzando 114.138 atenciones (20,4% del total), indicando una mayor demanda o reapertura de servicios. En 2022, las atenciones disminuyeron levemente en 1,8 puntos porcentuales, llegando a 103.936 (18,5% del total). Finalmente, en 2023, considerado un año pospandémico, las atenciones aumentaron ligeramente a 108.241, representando el 19,3% del total, con una variación de 0,8 puntos porcentuales respecto a 2022. Durante el primer semestre de 2024, se reportaron 16.169 atenciones, equivalentes al 2,8% del total, lo que podría sugerir una desaceleración o subregistro, aunque esta cifra no es directamente comparable con los años completos.

Atención por sexo:

Al comparar 2023 con 2019, se observó una tendencia estable en la brecha de atención entre mujeres y hombres en la localidad de Usme. En 2019, la diferencia fue del 25,5 puntos porcentuales, y en 2023, esta brecha mostró un leve aumento a 25,6 puntos, lo que sugiere un ligero incremento en la disparidad de acceso o utilización de los servicios de salud por sexo. Durante el periodo analizado, las mujeres representaron el 63,1% (n=354.008) de las atenciones, frente al 36,9% de los hombres (n=206.789), lo que significa una diferencia general del 26,3%.

Al examinar la distribución por años, la mayor diferencia se registró en 2019, donde el 62,7% de las atenciones correspondieron a mujeres y el 37,3% a hombres. Aunque esta tendencia de mayor atención femenina se mantuvo en los años posteriores, hubo una leve reducción en la brecha. En 2023, la proporción fue del 62,8% para mujeres (n=67.986) y 37,2% para hombres (n=40.255), indicando una disminución en la diferencia relativa de atenciones por sexo. Para el primer semestre de 2024, se reportaron 9.871 atenciones para mujeres y 6.298 para hombres, manteniendo la tendencia de mayor demanda femenina, pero con indicios de un acercamiento en la proporción de atenciones entre ambos sexos, evidenciado por una diferencia de apenas 0,6 puntos porcentuales.

3 Gráfico 4. Número de atenciones según sexo, localidad Usme, periodo 2019 -2023 y I Semestre de 2024*

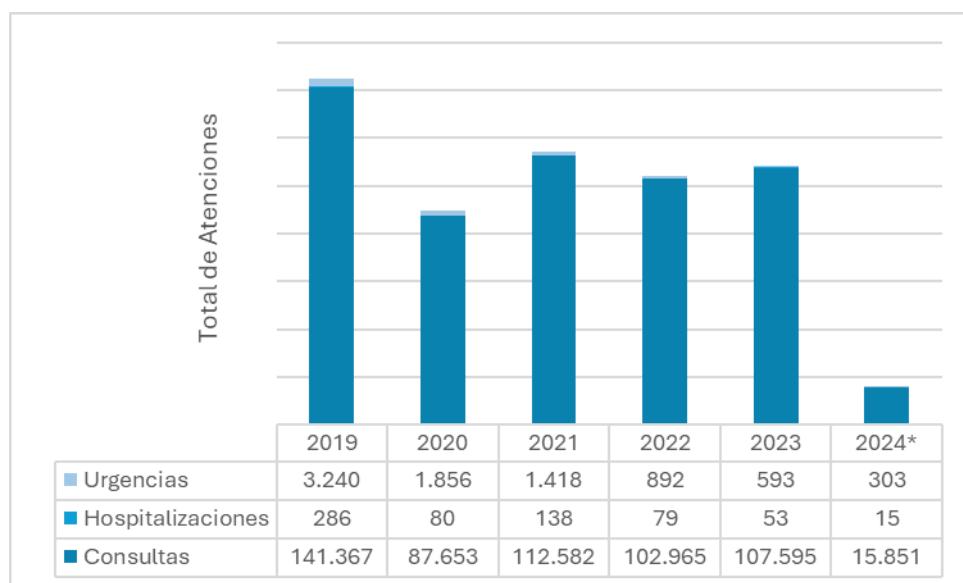


Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre.

Atención por servicios:

Entre 2019 y 2023, la localidad de Usme experimentó variaciones significativas en la prestación de servicios de salud. La consulta disminuyó 5,9 puntos porcentuales, pasando de 141.367 atenciones en 2019 (24,5%) a 107.595 en 2023 (18,6%). También hubo una leve reducción en la proporción de hospitalizaciones, que bajaron de 0,05% en 2019 a 0,01% en 2023, y de las atenciones por urgencias, que descendieron de 0,6% a 0,1% en el mismo periodo. Proporcionalmente, la consulta externa representó el 98,5% de los servicios prestados entre 2019 y 2023, mientras que las urgencias correspondieron al 1,4% y las hospitalizaciones al 0,1%. No obstante, en el primer semestre de 2024, se observó un ligero cambio en esta distribución, con una leve disminución en hospitalizaciones y urgencias, y la consulta se mantuvo dominante con el 98,0% de las atenciones (n=15.851) (ver gráfico 5).

Gráfico 5. 4Número de atenciones por servicio, Usme, periodo 2019 -2023 y I Semestre de 2024*



Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre

Atenciones por grupos de edad y servicios

Entre 2019 y 2023, la prestación de servicios de salud mostró variaciones significativas por grupos de edad. El grupo de 0 a 4 años concentró el 9,7% del total de atenciones (n=721.494), seguido por el grupo de 20 a 24 años con un 8,1% (n=602.442), y los grupos de 15 a 19 y 25 a 29 años con un 7,4% cada uno, lo que sugiere una mayor utilización de servicios en etapas productivas o por ser beneficiarios. En el grupo de 0 a 4 años, destacaron las atenciones por “síntomas y signos Generales” (42,1%), “Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para investigación y exámenes” (14,0%) y “Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las glándulas salivales y de Los maxilares” (13,1%). En contraste, las personas de 75 a 79 años representaron solo el 3,0% de las atenciones (n=219.697), lo que podría indicar barreras de acceso, baja cobertura institucional o menor densidad poblacional.

En cuanto a urgencias y hospitalización, el grupo de 80 años y más presentó una tasa de hospitalización del 86% entre los ingresados por urgencias, a diferencia del grupo de 5 a 9 años, que fue del 32% (17.899 ingresos por urgencias y 5.712 hospitalizaciones). Respecto a las atenciones exclusivas por urgencias, el grupo de 0 a 4 años fue el más frecuente, con el 15,0% del total, seguido por el grupo de 20 a 24 años (13,0%) y el de 25 a 29 años (10,0%), reafirmando un mayor uso en la infancia temprana y la juventud. Durante el primer semestre de 2024, de 78.290 atenciones registradas, el grupo de 20 a 24 años concentró el 10,8% (n=8.468), seguido por el de 25 a 29 años con el 10,5% (n=8.245) y el de 15 a 19 años con el 9,8% (n=7.699), manteniendo el patrón de mayor utilización de servicios entre jóvenes adultos.

Tabla 4. Número de atenciones por servicio y edad por quinquenio, localidad Usme, periodo 2019 -2023 y I Semestre de 2024*

Quinquenio	Tipo de Consulta	Ene - Dic 2019	Ene - Dic 2020	Ene - Dic 2021	Ene - Dic 2022	Ene - Dic 2023	Ene - Jun 2024	Tendencia 2019 - 2023
0 a 4	Consultas	148.463	106.633	133.188	139.832	129.581	3.350	↓↓↓
	Hospitalizaciones	5.238	3.275	4.775	3.762	3.271	91	↑↑↑
	Urgencias	26.406	9.119	2.721	2.794	2.436	496	↓↓↓
	Total	180.107	119.027	140.684	146.388	135.288	3.937	↓↓↓
5 a 9	Consultas	99.218	54.584	81.769	84.947	86.390	3.240	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.399	922	1.109	1.061	1.221	41	↑↑↑
	Urgencias	10.855	3.399	961	1.352	1.332	225	↓↓↓
	Total	111.472	58.905	83.839	87.360	88.943	3.506	↓↓↓
10 a 14	Consultas	83.227	52.747	71.726	83.919	85.192	4.492	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.190	1.033	999	1.136	1.399	59	↑↑↑
	Urgencias	7.720	2.865	608	904	1.023	165	↓↓↓
	Total	92.137	56.645	73.333	85.959	87.614	4.716	↓↓↓
15 a 19	Consultas	105.431	86.045	108.174	107.018	100.057	6.997	↓↓↓
	Hospitalizaciones	2.872	2.693	2.400	2.035	2.147	181	↓↓↓
	Urgencias	12.967	6.454	2.539	2.051	2.230	521	↓↓↓
	Total	121.270	95.192	113.113	111.104	104.434	7.699	↓↓↓
20 a 24	Consultas	108.690	101.169	131.338	106.106	100.285	7.365	↓↓↓
	Hospitalizaciones	4.355	4.107	3.386	2.540	2.607	295	↓↓↓
	Urgencias	18.011	10.096	4.187	2.757	2.808	808	↓↓↓
	Total	131.056	115.372	138.911	111.403	105.700	8.468	↓↓↓
25 a 29	Consultas	94.604	91.475	113.690	107.803	95.485	7.570	↓↓↓
	Hospitalizaciones	2.917	2.936	2.591	2.133	2.207	168	↓↓↓
	Urgencias	13.620	7.737	3.046	2.148	2.548	507	↓↓↓
	Total	111.141	102.148	119.327	112.084	100.240	8.245	↓↓↓
30 a 34	Consultas	82.628	77.214	94.817	92.401	79.243	6.299	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.884	1.951	1.757	1.467	1.434	131	↓↓↓
	Urgencias	9.507	4.991	1.855	1.526	1.737	337	↓↓↓
	Total	94.019	84.156	98.429	95.394	82.414	6.767	↓↓↓
35 a 39	Consultas	79.834	72.521	88.378	85.046	73.871	5.239	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.506	1.431	1.376	1.039	1.105	58	↓↓↓
	Urgencias	7.519	3.658	1.311	1.122	1.399	198	↓↓↓
	Total	88.859	77.610	91.065	87.207	76.375	5.495	↓↓↓
40 a 44	Consultas	74.403	66.058	86.997	85.347	76.312	4.899	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.157	1.169	1.253	954	965	53	↓↓↓
	Urgencias	5.949	2.955	1.037	991	1.159	114	↓↓↓
	Total	81.509	70.182	89.287	87.292	78.436	5.066	↓↓↓
45 a 49	Consultas	76.764	66.254	83.725	81.379	74.129	4.283	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.127	1.078	1.127	807	866	35	↓↓↓
	Urgencias	5.370	2.412	853	941	1.160	88	↓↓↓
	Total	83.261	69.744	85.705	83.127	76.155	4.406	↓↓↓
50 a 54	Consultas	83.652	72.870	89.073	89.160	81.467	4.299	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.182	1.175	1.205	812	881	23	↓↓↓
	Urgencias	5.473	2.560	883	871	1.110	87	↓↓↓
	Total	90.307	76.605	91.161	90.843	83.458	4.409	↓↓↓
55 a 59	Consultas	85.199	77.748	90.747	94.913	86.685	4.029	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.346	1.369	1.426	955	979	19	↓↓↓
	Urgencias	5.365	2.649	765	890	1.043	44	↓↓↓
	Total	91.910	81.766	92.938	96.758	88.707	4.092	↓↓↓
60 a 64	Consultas	78.579	73.123	85.000	94.818	89.128	3.763	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.431	1.419	1.492	1.005	1.041	19	↓↓↓
	Urgencias	5.109	2.562	710	836	998	65	↓↓↓
	Total	85.119	77.104	87.202	96.659	91.167	3.847	↓↓↓
65 a 69	Consultas	66.472	63.874	72.328	87.534	82.790	2.881	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.405	1.393	1.410	1.184	1.181	20	↓↓↓
	Urgencias	4.694	2.288	632	778	949	46	↓↓↓
	Total	72.571	67.555	74.370	89.496	84.920	2.947	↓↓↓
70 a 74	Consultas	50.969	48.689	55.367	67.823	63.962	2.067	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.387	1.217	1.260	987	1.025	15	↓↓↓
	Urgencias	3.904	1.913	421	659	786	27	↓↓↓
	Total	56.260	51.819	57.048	69.469	65.773	2.109	↓↓↓
75 a 79	Consultas	37.942	35.718	38.339	49.374	46.002	1.365	↓↓↓
	Hospitalizaciones	1.347	1.201	1.098	917	884	11	↓↓↓
	Urgencias	3.655	1.759	338	516	607	19	↓↓↓
	Total	42.944	38.678	39.775	50.807	47.493	1.385	↓↓↓
80 o mas	Consultas	42.494	41.529	42.053	58.378	50.873	1.171	↓↓↓
	Hospitalizaciones	2.267	1.860	1.591	1.475	1.337	8	↓↓↓
	Urgencias	5.463	2.465	403	711	859	17	↓↓↓
	Total	50.224	45.854	44.047	60.564	53.069	1.196	↓↓↓

Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte al I Semestre

Atenciones por consulta

Durante el primer semestre de 2024, las diez principales causas de atención en consulta en Usme mostraron algunas similitudes y diferencias entre hombres y mujeres. En los hombres, el diagnóstico más frecuente fue “Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares” (n=1.819), representando el 29,5% del total de atenciones. Le siguieron “Síntomas y signos generales” (n=1.324), con el 21,5%. Las enfermedades hipertensivas y las “Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores” representaron cada una el 1,4% (n=85 y n=86 respectivamente), con una concentración del 9,8% de estas últimas en el grupo

de 40 a 44 años. Los “Trastornos De Los músculos Oculares Del Movimiento Binocular de la acomodación y de la refracción” ocuparon el quinto lugar, con el 5,2% del total de atenciones (n=321).

En las mujeres, el diagnóstico más reportado fue también “Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares” (n=2.553), abarcando el 26,3% del total de las atenciones. Seguidamente, “Síntomas y signos generales” representaron el 21,0% (n=2.037). Las enfermedades hipertensivas correspondieron al 1,3% (n=123), con mayor proporción en mujeres de 55 a 59 años. Las consultas por “Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores” representaron el 2,3% (n=219), concentrándose el 10,9% de estos casos en mujeres entre los 30 y 34 años. Finalmente, diagnósticos como “trastornos de la glándula tiroides” y “trastornos episódicos y paroxísticos” sumaron un 1,9%, predominando en mujeres de 40 a 44 años (ver tabla 5)

Tabla 5. Principales causas de atención en el servicio de consulta, según sexo atendido, localidad Usme I semestre de 2024*

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las Glandulas Salivales Y De Los Maxilares	1.819	29,5	Otros Diagnósticos	2.904	30,0
Otros Diagnósticos	1.692	27,5	Enfermedades De La Cavidad Bucal De Las Glandulas Salivales Y De Los Maxilares	2.553	26,3
Síntomas Y Signos Generales	1.324	21,5	Síntomas Y Signos Generales	2.037	21,0
Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para Investigacion Y Examenes	508	8,2	Personas En Contacto Con Los Servicios De Salud Para Investigacion Y Examenes	813	8,4
Trastornos De Los Músculos Oculares Del Movimiento Binocular De La Acomodacion Y De La Refraccion	321	5,2	Trastornos De Los Músculos Oculares Del Movimiento Binocular De La Acomodacion Y De La Refraccion	476	4,9
Otras Dorsopatias	139	2,3	Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	219	2,3
Otras Enfermedades De Los Intestinos	96	1,6	Trastornos De La Glandula Tiroides	187	1,9
Otros Trastornos De Los Tejidos Blandos	89	1,4	Trastornos Episódicos Y Paroxísticos	180	1,9
Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	86	1,4	Otras Dorsopatias	168	1,7
Enfermedades Hipertensivas	85	1,4	Enfermedades Del Esófago Del Estomago Y Del Duodeno	155	1,6
Total	6.159	100,0	Total	9.692	100,0

Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre

Atenciones por urgencias

Durante el primer semestre de 2024, el diagnóstico más frecuente en la atención por urgencias en hombres en Usme fue "Otros diagnósticos" (n=49), representando el 36,3% del total. Le siguieron las "Enfermedades infecciosas intestinales" (n=14), con un 10,4%. Las "Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores" representaron el 8,1% (n=11), siendo más frecuentes en el grupo de edad de 10 a 14 años. Los traumatismos de la cabeza y los traumatismos del tórax se diagnosticaron en un 5,9% cada uno (n=8), con mayor prevalencia en hombres jóvenes entre los 20 a 49 años. En las mujeres, el principal motivo de atención por urgencias fue "Enfermedades Infecciosas Intestinales" (n=22); 13,1%, con el 16,8% de estos casos en el grupo de edad entre 25 a 29 años. A este le siguieron las "Infecciones Agudas De Las vías Respiratorias Superiores" (n=20); 11,9%

y las "Enfermedades Hipertensivas" (n=18); 10,7%, distribuidas principalmente entre mujeres de 55 a 59 años. Además, los "Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen" (n=16) representaron el 9,5% del total de las atenciones en mujeres. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Principales causas de atención en el servicio de urgencias, según sexo atendido, localidad Usme, I semestre de 2024*

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Otros Diagnósticos	63	46,7	Otros Diagnósticos	53	31,5
Enfermedades Infecciosas Intestinales	14	10,4	Enfermedades Infecciosas Intestinales	22	13,1
Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	11	8,1	Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Superiores	20	11,9
Traumatismos De La Cabeza	8	5,9	Enfermedades Hipertensivas	18	10,7
Traumatismos Del Torax	8	5,9	Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	16	9,5
Síntomas Y Signos Que Involucran El Sistema Digestivo Y El Abdomen	7	5,2	Otras Enfermedades Del Sistema Urinario	13	7,7
Traumatismos De La Múñeca Y De La Mano	7	5,2	Enfermedades Del Oído Medio Y De La Mastoides	9	5,4
Enfermedades Del Oído Medio Y De La Mastoides	6	4,4	Síntomas Y Signos Generales	7	4,2
Litiasis Urinaria	6	4,4	Litiasis Urinaria	5	3,0
Otras Infecciones Agudas De Las Vías Respiratorias Inferiores	5	3,7	Traumatismos De La Cabeza	5	3,0
Total	135	100,0	Total	168	100,0

Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre

Atenciones por hospitalización

Durante el primer semestre de 2024, se presentaron 4 hospitalizaciones en hombres adultos, las cuales se relacionaron con: Enfermedades Crónicas De Las vías Respiratorias Inferiores, Infecciones De La Piel Y Del Tejido Subcutáneo, Otras Enfermedades Respiratorias que Afectan Principalmente El Intersticio, Trastornos De La Personalidad y Del Comportamiento en Adultos

Las hospitalizaciones en mujeres estuvieron relacionadas con Diabetes Mellitus y Otras Enfermedades Del Sistema Urinario con (n=2); 18,2%, se presentó 1 caso de 20 a 24 años con embarazo terminado en aborto y 1 caso de 25 a 29 años con enfermedad Crónica de las vías Respiratorias Inferiores. (ver tabla 7)

Tabla 7. Principales causas de atención en el servicio de hospitalización, según sexo atendido, localidad Usme, I semestre de 2024*

Diagnóstico	Atenciones hombres		Diagnóstico	Atenciones mujeres	
	n	%		n	%
Enfermedades Crónicas De Las Vías Respiratorias Inferiores	1	25,0	Otros Diagnósticos	6	54,5
Infecciones De La Piel Y Del Tejido Subcutáneo	1	25,0	Diabetes Mellitus	2	18,2
Otras Enfermedades Respiratorias Que Afectan Principalmente El Intersticio	1	25,0	Otras Enfermedades Del Sistema Urinario	2	18,2
Trastornos De La Personalidad Y Del Comportamiento En Adultos	1	25,0	Embarazo Terminado En Aborto	1	9,1
Total	4	100,0	Total	11	100,0

Fuente: salidas bases de datos RIPS_SDS. Atenciones 2019-2023, datos preliminares debido a que en cada actualización de RIPS entregada por el MSPS se puede incluir información de años anteriores. *Datos 2024 preliminares y parciales con corte a I Semestre

Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.

Desde la Subred Sur, se implementan acciones de Vigilancia en Salud Pública (VSP) enfocadas en la detección y análisis de situaciones de salud prioritarias para la localidad de Usme. Estas acciones se rigen por la normatividad vigente, específicamente el Decreto 780 de 2016. La información se carga en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), el cual es alimentado por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y las Unidades Informadoras (UI).

En Usme, excluyendo los casos de SARS-CoV-2 en 2020, se registró un total de 4.369 eventos de interés en salud pública.

Al analizar el comportamiento de los ENO entre 2019 y 2023, se observaron variaciones significativas en la frecuencia y tipo de eventos notificados. A partir de 2022, los eventos con mayor número de notificaciones incluyeron: Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, desnutrición aguda en menores de 5 años, morbilidad materna extrema, cáncer (mama, cérvix), VIH/SIDA, intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, varicela y enfermedades huérfanas o raras.

En contraste, durante 2023, algunos eventos presentaron una disminución en la notificación. Destacan la desnutrición aguda en menores de 5 años con un descenso del 9.8%, la mortalidad perinatal y neonatal tardía con una reducción del 9,4%, y las intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol con un 5,4% menos de casos.

Para el año 2024, con corte a la semana epidemiológica 42, la violencia intrafamiliar y de género ha sido el evento más notificado, representando el 65,6% (n=3.668) del total de casos reportados en ese periodo. Le siguen las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 11,3% (n=634) y la morbilidad

materna extrema con 3,1% (n=171). Es importante señalar que no se han registrado casos de eventos adversos posteriores a la vacunación, lo cual es atribuible a cambios en los procesos de notificación.

A continuación, se detalla la notificación de la Subred Sur en comparación con la notificación general de la localidad: (ver tabla 8)

Tabla 8. Eventos de Notificación Obligatoria, Subred Sur y localidad Usme, 2019 a 2023

Morbilidad ENOS	Subred SUR 2023	Usme 2023	Comportamiento						
			2019	2020	2021	2022	2023		
Causas externas									
Accidentes biológicos									
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	4.149	1.541	↗	↘	↗	↗	↗		
Intoxicaciones									
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	499	123	↗	↘	↘	↗	↘		
Violencia									
Vigilancia en salud pública de la violencia de genero e intrafamiliar	11.158	3.550	↗	↘	↗	↗	↗		
Cáncer									
Cáncer (mama, cérvix)	561	165	↗	↘	↗	↗	↘		
Cáncer infantil (menores 18 años)	51	23	↗	-	↘	↗	↘		
Congénitas									
Enfermedades huérfanas - raras	406	121	↗	↘	↗	↘	↗		
Materno perinatal									
Morbilidad materna extrema	820	231	↗	↗	↘	↘	↘		
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	147	33	↗	↗	↘	↗	↘		
Nutrición									
Desnutrición aguda en menores de 5 años	1.073	285	↗	↘	↗	↗	↘		
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años (IRA, EDA, Desnutrición)	6	3	↗	-	-	↗	↘		
Inmunoprevenibles									
Evento adverso seguido a la vacunación	25	7	↗	↘	↗	↘	↗		
Meningitis	34	6	↗	↘	↘	↗	↘		
Parotiditis	256	80	↗	↘	↘	↗	↗		
Tosferina	0	0	↗	↘	↘	-	-		
Varicela	795	236	↗	↘	↘	↗	↗		
Materno perinatal									
Sífilis gestacional	182	44	↗	↘	↘	↗	↘		
Sífilis congénita	21	6	↗	↗	↘	↘	↘		
Transmisión aérea y contacto directo									
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	334	83	↗	↘	↗	↗	↗		
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	2	0	↗	↘	-	↗	↘		
Lepra	1	1	-	-	↗	↘	↗		
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	210	63	↗	↗	↗	↗	-		
Tuberculosis farmacorresistente	4	2	↗	-	-	↘	↗		
Transmisión sexual y sanguínea									
Hepatitis distintas a A	131	47	↗	↘	↘	↗	↗		
VIH/SIDA	524	136	↗	↘	↗	↗	↘		
Trasmitida por alimentos/suelo/agua									
Enfermedad Diarreica Aguda por rotavirus	2	1	↗	↘	↗	↘	↗		
Fiebre tifoidea y paratifloidea	1	1	-	-	-	-	↗		
Hepatitis A	49	14	↗	↘	↗	↗	↗		
ETA	5	1	↗	↘	↘	-	-		

Fuente: Cuadros de salida con ENOS por localidad SDS 2019 a 2023

3.2 Configuración de la Mortalidad en la localidad:

Mortalidad General

Entre 2019 y 2023, la localidad de Usme registró un promedio anual de 1.680 defunciones. A lo largo de este quinquenio, se observó una tendencia general de disminución de la mortalidad, con una excepción notable en 2021, cuando la pandemia por COVID-19 provocó un incremento significativo.

En este periodo, la tasa de mortalidad más baja se presentó en 2019, con 353,2 defunciones por cada 100.000 habitantes ($n=1.324$ defunciones). En contraste, la tasa más alta se registró en 2021, alcanzando 555,5 defunciones por cada 100.000 habitantes ($n=2.185$ defunciones), directamente asociado al impacto de la pandemia.

A partir de 2022, la mortalidad en la localidad ha mostrado una clara tendencia descendente, llegando en 2023 a una tasa de 363,6 por cada 100.000 habitantes (con una población de Usme de 407.645 habitantes). (ver tabla 9)

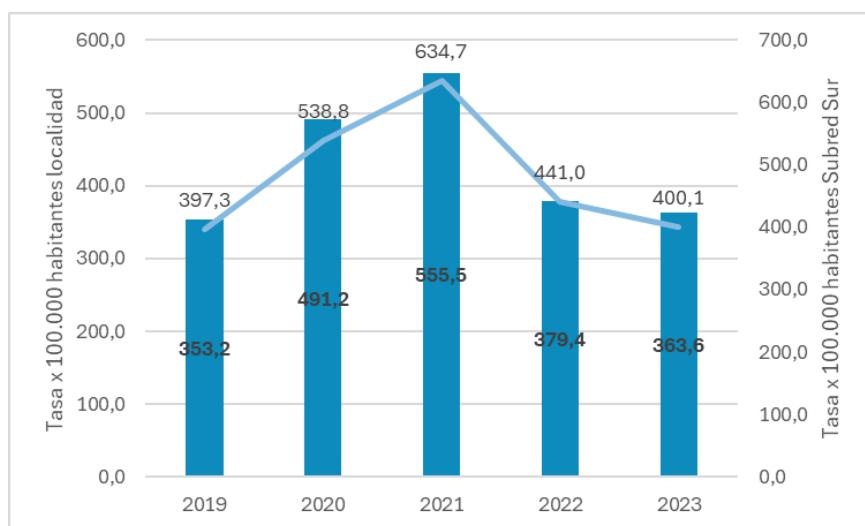
Tabla 9. Mortalidad general Localidad Usme 2019-2023

AÑO	MORTALIDAD	POBLACIÓN TOTAL	Tasa x 100.000 habitantes localidad	Tasa x 100.000 habitantes Subred Sur
2019	1.324	374.887	353,2	397,3
2020	1.891	384.943	491,2	538,8
2021	2.185	393.366	555,5	634,7
2022	1.520	400.580	379,4	441,0
2023	1.482	407.645	363,6	400,1
TOTAL	8.402	1.961.421	428,4	503,6

Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Al comparar la tasa de mortalidad de la localidad con la subred, se observó que, para todos los años, la localidad ha estado por debajo de la tasa de la subred. (ver gráfico 6)

Gráfico 6. Mortalidad general por 100.000 habitantes Localidad – Usme 2019-2023



Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Durante el quinquenio 2019-2023, la localidad de Usme registró un total de 8.440 defunciones, con un promedio anual de aproximadamente 1.688 muertes.

En el año 2023, se reportaron 1.482 muertes (836 en hombres y 646 en mujeres), lo que se traduce en una tasa de mortalidad general de 363,6 por cada 100.000 habitantes. Esta cifra representa una disminución del 4,4% respecto al año 2022 (1.520 defunciones en 2022 versus 1.482 en 2023), con una tasa ligeramente inferior (363,6 en 2023 vs. 379,4 en 2022). Al desagregar la mortalidad por sexo, se observa que el 56,7% de las defunciones correspondieron a hombres y el 43,3% a mujeres.

Comparando con el año 2019, se evidencia un incremento del 19,4% en el número de defunciones registradas en 2023. Este aumento se atribuye principalmente al envejecimiento de la población y a una carga sostenida de mortalidad en los grupos de mayor edad.

La mayor proporción de muertes en 2023 se concentró en personas de 65 años y más, que representaron el 57,8% de todas las defunciones, consolidándose como el grupo de mayor carga de mortalidad.

Menores de 1 año: Este grupo mostró una reducción sostenida en el número de defunciones entre 2019 y 2022. Sin embargo, en 2023 se registró un leve descenso en niñas, con 21 niños fallecidos (tasa de 1.255,2 por 100.000 menores de 1 año) y 11 niñas (tasa de 698,4 por 100.000 menores de 1 año).

De 1 a 4 años: La mortalidad se mantuvo baja durante todo el quinquenio. En 2023, solo se registraron 3 muertes en niños (tasa de 17,7 por 100.000 menores de 1 a 4 años).

De 5 a 14 años: Las tasas de mortalidad en este grupo fueron bajas pero estables. Para 2023, se reportaron 9 defunciones en niños (tasa de 29,0 por 100.000 menores de 5 a 14 años) y 9 en niñas (tasa de 30,7 por 100.000 menores de 5 a 14 años), lo que supuso un incremento en la mortalidad femenina en comparación con 2022.

De 15 a 44 años: La mortalidad en este grupo ha mostrado una tendencia estable desde 2021. En 2023, se reportaron 177 muertes en hombres (tasa de 176,1 por 100.000 entre los 15 a 44 años) y 60 en mujeres (tasa de 61,0 por 100.000 entre los 15 a 44 años), observándose una leve disminución respecto al año anterior, particularmente en mujeres.

De 45 a 64 años: Este grupo evidenció una reducción sostenida en las defunciones desde el pico de 2021. En 2023, ocurrieron 180 muertes en hombres (tasa de 481,8 por 100.000 entre los 45 a 64 años) y 145 en mujeres (tasa de 335,1 por 100.000 entre los 45 a 64 años), manteniendo la tendencia descendente observada desde 2021, con una estabilización en las cifras de mujeres.

De 65 años y más: Este grupo concentra históricamente la mayor carga de mortalidad. En 2023, se reportaron 446 muertes en hombres (tasa de 3.105,6 por 100.000 de 65 años y más) y 421 en mujeres (tasa de 2.461,6 por 100.000 de 65 años y más). Aunque estas cifras han disminuido en comparación con los años 2020 y 2021, el volumen sigue siendo elevado, lo cual se asocia directamente al envejecimiento poblacional y a la persistencia de enfermedades crónicas no transmisibles. (ver tabla 10)

Tabla 10. Defunciones según sexo y momento de curso de vida, localidad Usme, 2019-2023

grupos de edad	sexo	2019			2020			2021			2022			2023		
		mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad	mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad	mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad	mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad	mortalidad	población total	Tasa x 100.000 habitantes localidad
Menor de 1 año	Hombres	30	3.293	911,0	19	3.562	533,4	25	3.810	656,2	22	4.016	547,8	21	1.673	1255,2
	Mujeres	17	3.156	538,7	22	3.408	645,5	19	3.641	521,8	19	3.836	495,3	11	1.575	698,4
1 a 4 años	Hombres	5	12.132	41,2	1	12.516	8,0	2	12.890	15,5	8	13.555	59,0	3	16.966	17,7
	Mujeres	3	11.610	25,8	4	12.035	33,2	4	12.499	32,0	6	12.986	46,2	0	16.203	0,0
5 a 14 años	Hombres	4	30.888	13,0	4	31.205	12,8	4	31.221	12,8	9	31.212	28,8	9	31.046	29,0
	Mujeres	4	29.486	13,6	6	29.563	20,3	6	29.518	20,3	3	29.462	10,2	9	29.286	30,7
15 a 44 años	Hombres	153	93.229	164,1	159	95.894	165,8	202	98.111	205,9	175	99.404	176,0	177	100.513	176,1
	Mujeres	61	94.614	64,5	71	96.269	73,8	69	97.720	70,6	67	97.924	68,4	60	98.290	61,0
45 a 64 años	Hombres	189	33.453	565,0	299	34.545	865,5	356	35.478	1003,4	174	36.440	477,5	180	37.360	481,8
	Mujeres	132	39.620	333,2	178	40.647	437,9	254	41.644	609,9	145	42.412	341,9	145	43.269	335,1
65 años y más	Hombres	368	10.595	3473,3	622	11.482	5417,2	652	12.189	5349,1	446	13.359	3338,6	446	14.361	3105,6
	Mujeres	358	12.811	2794,5	506	13.817	3662,2	592	14.645	4042,3	446	15.974	2792,0	421	17.103	2461,6
Total	Hombres	749	183.590	406,0	1.104	189.204	583,5	1.241	193.699	640,7	834	197.986	421,2	836	201.919	414,0
	Mujeres	575	191.297	300,6	787	195.739	402,1	944	199.667	472,8	686	202.594	338,6	646	205.726	314,0

Fuente:

Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Entre 2019 y 2023, las defunciones en la localidad de Usme relacionadas con población perteneciente a comunidades étnicas fueron de baja frecuencia y se distribuyeron principalmente entre personas afrocolombianas e indígenas.

Se registraron un total de 37 defunciones en personas afrocolombianas durante este periodo. La proporción anual de estas muertes osciló entre el 0,2% y el 0,6% del total de defunciones. El año 2021 fue el que presentó la mayor frecuencia para este grupo, con 11 casos, lo que representó el 0,5% del total de muertes de ese año.

En cuanto a las comunidades indígenas, incluyendo los pueblos Pijao, Witoto y Wayúu, se sumaron 11 defunciones en el periodo analizado. La proporción de muertes en esta población fue del 0,1% entre 2020 y 2021, incrementándose ligeramente a 0,3% en 2023 del total de defunciones.

Es importante señalar que esta baja frecuencia podría deberse tanto a una menor presencia poblacional de estas comunidades en Usme como a posibles limitaciones en el registro de la pertenencia étnica en los certificados de defunción. (ver tabla 11)

Tabla 11. Defunciones según etnia, localidad Usme, 2019-2023

Pertenencia Étnica	2019		2020		2021		2022		2023	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Indígena	0	0,0	2	0,1	2	0,1	3	0,2	4	0,3
5. Negro, mulato afrocolombiano	5	0,4	9	0,5	11	0,5	9	0,6	3	0,2
3. Raizal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0
6. Otro	1319	99,6	1880	99,4	2172	99,4	1507	99,1	1475	97,0
Total	1324	100,0	1891	100,0	2185	100,0	1520	100,0	1482	100,0

Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Mortalidad por Grandes Causas 6/67

Entre 2019 y 2023, la localidad de Usme experimentó variaciones significativas en las principales causas de defunción.

Las enfermedades transmisibles registraron un incremento notable durante 2020 y 2021. Sin embargo, en 2022 se observó una disminución considerable, alcanzando una tasa de 37,7 casos por cada 100.000 habitantes. Esta reducción podría atribuirse a la ampliación de la cobertura de vacunación y al fortalecimiento de la atención primaria en salud. Además, al comparar 2023 con 2019, se evidencia una reducción del 39,2% en la tasa de mortalidad por estas enfermedades.

Las neoplasias (cáncer) mostraron fluctuaciones a lo largo del periodo. La tasa más alta se alcanzó en 2020, con 183,6 casos por cada 100.000 habitantes, destacándose un mayor número de diagnósticos de tumores malignos en órganos genitourinarios. Es importante señalar que, en 2023, las neoplasias mostraron un aumento del 12,4% respecto a 2022.

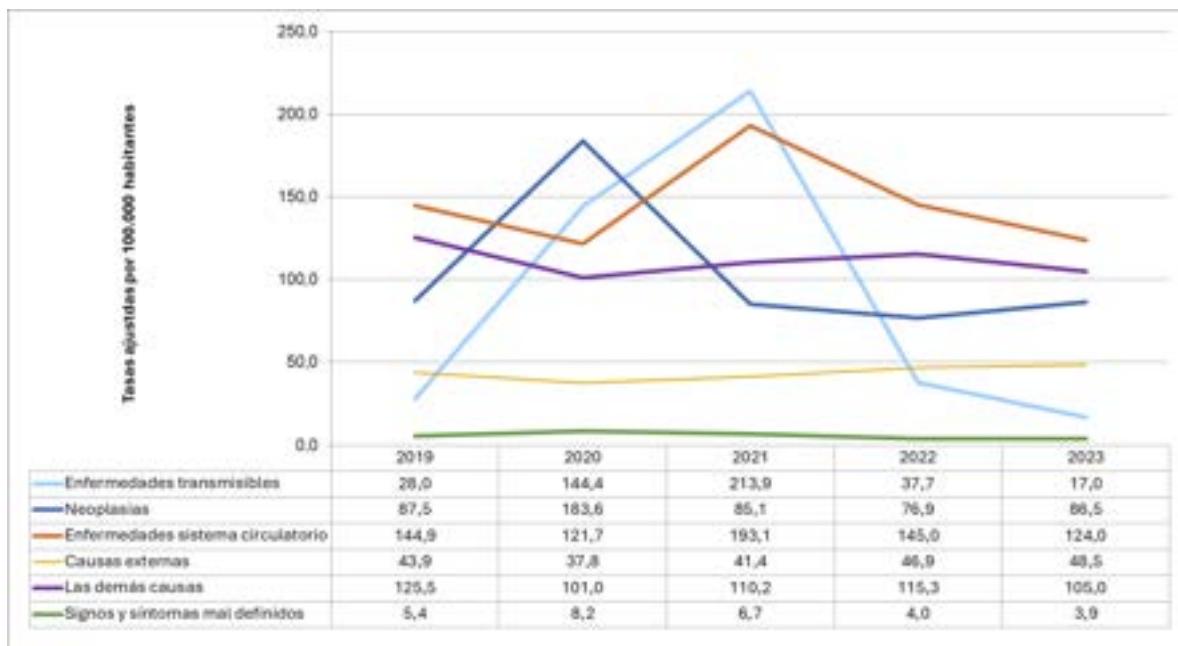
A diferencia de otras causas de mortalidad, las enfermedades del sistema circulatorio registraron una disminución en 2020, con una tasa de 121,7 casos por cada 100.000 habitantes. Para el año 2023, estas enfermedades representaron la tasa de mortalidad más alta, con 124,0 por cada 100.000 habitantes.

Las causas externas mantuvieron un comportamiento relativamente estable durante el quinquenio, aunque alcanzaron un pico en 2022 con una tasa de 46,9 casos por cada 100.000 habitantes. Al comparar 2023 con 2019, se identificó un incremento del 10,7% en la tasa de mortalidad por estas causas.

Los signos, síntomas y afecciones mal definidos mostraron una tendencia variable, alcanzando su mayor valor en 2020 con una tasa de 8,2 casos por cada 100.000 habitantes. Este incremento podría reflejar las dificultades diagnósticas y las limitaciones en el acceso a los servicios de salud durante la emergencia sanitaria. En 2023, este grupo presentó la tasa de mortalidad más baja, con 3,9 por cada 100.000 habitantes.

Las demás causas de mortalidad también presentaron variaciones, siendo 2019 el año con la mayor tasa, de 125,5 casos por cada 100.000 habitantes. Para 2023, se ubicaron como la segunda causa con 105,0 por cada 100.000 habitantes. (ver gráfico 7)

Gráfico 7. Tasa de mortalidad general ajustada por edad, localidad Usme 2019 -2023



Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Entre 2019 y 2023, la mortalidad en mujeres de la localidad de Usme mostró variaciones notables según las grandes causas de defunción.

Las enfermedades transmisibles alcanzaron su punto máximo en 2021, con una tasa de 152,6 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, para 2023, esta tasa descendió drásticamente a 9,5, una reducción que podría atribuirse al aumento en la cobertura de vacunación y al fortalecimiento de la atención primaria en salud.

Las neoplasias registraron su mayor incidencia en 2020, con una tasa de 168,6 por cada 100.000 habitantes. Este incremento podría ser una consecuencia de las barreras en el acceso a la detección oportuna durante ese periodo.

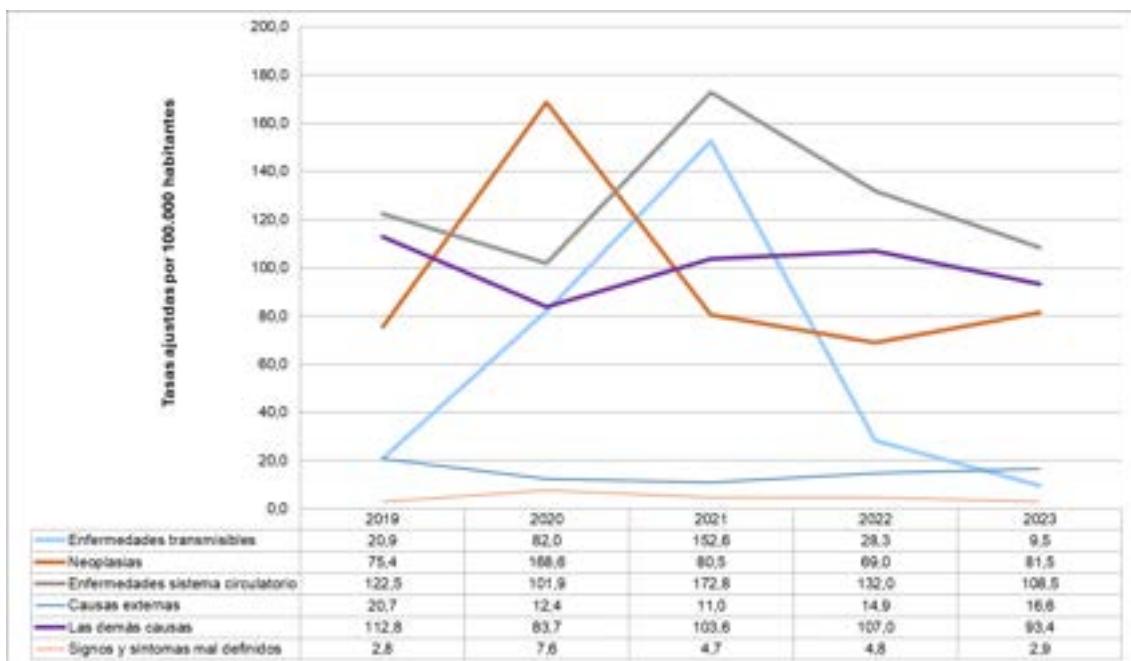
Las enfermedades del sistema circulatorio también alcanzaron su punto más alto en 2021, con una tasa de 172,8. Dentro de esta categoría, las enfermedades isquémicas del corazón y los eventos cerebrovasculares fueron las principales causas de defunción.

En cuanto a las causas externas, el año 2023 reportó un número igual de muertes por agresiones (homicidios) y lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), con 7 casos cada una. No obstante, los accidentes de transporte terrestre fueron la principal causa dentro de este grupo, con 11 casos y una tasa total de 16,6 por cada 100.000 habitantes para las causas externas en mujeres.

Las demás causas de mortalidad mostraron fluctuaciones, alcanzando su máximo en 2019 con una tasa de 112,8 por cada 100.000 habitantes. Finalmente, los signos y síntomas mal definidos también presentaron su

mayor tasa en 2020, con 7,6 por cada 100.000 habitantes, lo que podría reflejar limitaciones diagnósticas persistentes durante ese año, posiblemente exacerbadas por la situación sanitaria. (ver gráfico 8)

Gráfico 8. Tasa de mortalidad ajustadas por edad en mujeres, localidad Usme 2019 -2023



Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Entre 2019 y 2023, las principales causas de mortalidad en hombres de la localidad de Usme presentaron variaciones significativas.

Las enfermedades transmisibles alcanzaron su mayor incidencia en 2021, registrando una tasa de 287,8 por cada 100.000 habitantes. No obstante, para 2023, esta tasa se redujo drásticamente a 25,4, mostrando una notable mejoría.

Las neoplasias presentaron su pico de incidencia en 2020, con una tasa de 203,4 por cada 100.000 habitantes. Este incremento podría sugerir dificultades en el acceso a la detección oportuna durante ese periodo.

Las enfermedades del sistema circulatorio también alcanzaron su punto más alto en 2021, con una tasa de 216,5. Las enfermedades isquémicas del corazón y los eventos cerebrovasculares fueron las principales causas dentro de esta categoría.

Durante el periodo analizado, las causas externas se posicionaron como una de las principales fuentes de mortalidad en hombres. Se registraron un total de 355 casos por agresiones (homicidios), seguidas por 164 muertes en accidentes de transporte terrestre y 86 por lesiones autoinfligidas. En 2022, este grupo alcanzó su tasa más alta, con 80,0 casos por cada 100.000 habitantes.

Las demás causas de mortalidad mostraron un máximo en 2019, con una tasa de 142,3 por cada 100.000 habitantes. Finalmente, los signos y síntomas mal definidos mantuvieron un comportamiento fluctuante.

Aunque la tasa en 2022 fue la más baja con 3,2 por cada 100.000 habitantes, hubo un alza significativa en 2023 a 4,7 por cada 100.000 habitantes, lo que representó un aumento del 49,1% respecto al año anterior. (ver gráfico 9)

Gráfico 9. Tasa de mortalidad ajustadas por edad en hombres, localidad Usme 2019 -2023



Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Mortalidad específica subgrupos, grandes causas 6/67

Entre 2019 y 2023, las tasas de mortalidad relacionadas con enfermedades transmisibles mostraron variaciones en la localidad de Usme, con la salvedad de ciertas enfermedades inmunoprevenibles que no registraron casos en ningún periodo. Por otro lado, las enfermedades transmitidas por vectores sí presentaron casos en 2021 y 2023.

En 2023, Bogotá D.C. registró una tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles de 24,9 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representó el 5,6% del total de defunciones de la ciudad. En la localidad de Usme, la situación fue ligeramente diferente, con una tasa de 17,2 por cada 100.000 habitantes, equivalente al 4,7% del total de defunciones locales.

En Usme, el grupo de infecciones respiratorias agudas registró la tasa de mortalidad más alta en 2023, con 7,8 defunciones por cada 100.000 habitantes. Le siguieron de cerca la enfermedad por VIH (SIDA) con una tasa de 3,9, y las enfermedades infecciosas y parasitarias con 2,5 defunciones por cada 100.000 habitantes.

Al comparar con el año anterior, la septicemia (excepto neonatal) mostró un incremento significativo del 100% en su tasa de mortalidad, mientras que la enfermedad por VIH (SIDA) aumentó en un 96,5%.

En contraste, se evidenció una reducción del 100% en la mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, al pasar de una tasa de 0,5 en 2022 a 0,0 en 2023. De igual manera, se destacaron disminuciones relevantes en las tasas de mortalidad por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias 87,2% y enfermedades infecciosas intestinales 75,4%. (ver tabla 12)

Tabla 12.Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades transmisibles, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Enfermedades Transmisibles	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Enfermedades infecciosas intestinales	2,2	0,5	0,5	2,5	0,5	0,5	0,0	1,0	1,5	0,5	1,3	0,3	0,8	2,0	0,5	
Tuberculosis	3,3	2,1	1,5	2,0	2,5	0,0	1,0	1,5	1,0	1,0	1,6	1,6	1,5	1,5	1,7	
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,0	0,5	0,0	1,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,3	0,0	0,5	0,0	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Meningitis	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,3	0,0	0,5	0,2	0,2	
Septicemia, excepto neonatal	1,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0	0,3	0,0	0,5	
Enfermedad por VIH (SIDA)	10,9	4,8	4,1	3,5	6,4	2,1	2,6	0,5	0,5	1,5	6,4	3,6	2,3	2,0	3,9	
Infecciones respiratorias agudas	12,0	4,8	8,3	9,6	11,4	12,5	3,6	5,0	6,4	4,4	12,3	4,2	6,6	8,0	7,8	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,6	164,4	220,4	21,2	3,0	0,5	67,9	133,2	17,3	1,9	1,1	115,3	176,2	19,2	2,5	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Neoplasias (cáncer)

Entre 2019 y 2023, la mortalidad por neoplasias en la localidad de Usme mostró una evolución variable, dependiendo de la localización anatómica del tumor.

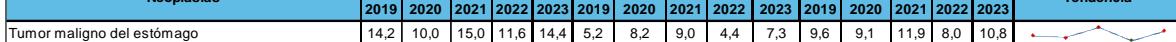
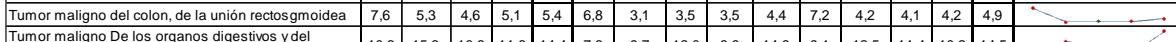
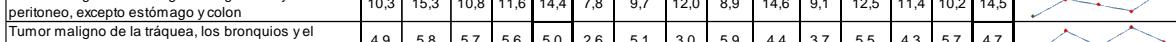
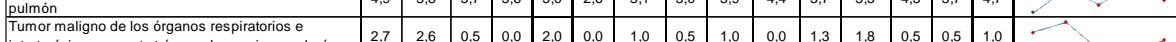
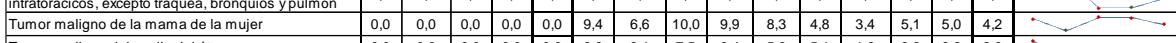
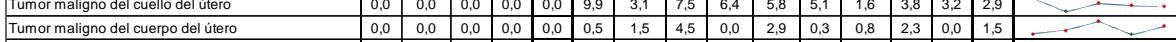
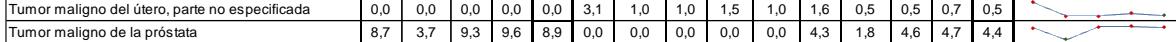
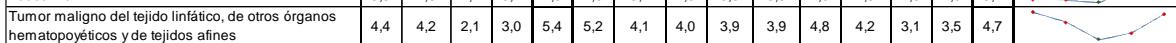
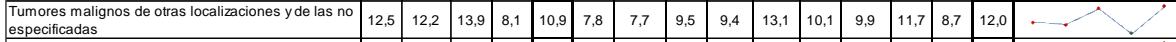
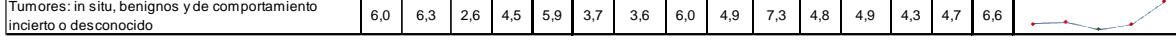
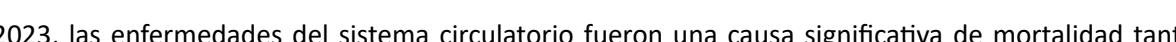
En 2023, Bogotá D.C. registró una tasa de mortalidad por neoplasias de 110,6 defunciones por 100.000 habitantes, lo que representó el 24,9% del total de defunciones. En Usme, la tasa fue de 82,7 por 100.000 habitantes, equivalente al 22,7% de las defunciones locales.

En Usme, la principal causa de mortalidad por neoplasias en 2023 fue el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo (excepto estómago y colon), con una tasa de 14,5 defunciones por cada 100.000 habitantes. Le siguieron los tumores malignos de otras localizaciones y los no especificados, con una tasa de 12,0, y los tumores malignos del estómago, con una tasa de 10,8 por 100.000 habitantes.

En comparación con el año anterior, se observó un incremento significativo del 100% en la tasa de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero. Además, los tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos (excepto tráquea, bronquios y pulmón) aumentaron en un 96,5%.

Por otro lado, se registró una reducción del 34,5% en las mortalidades asociadas a tumor maligno del útero, parte no especificada, al pasar de 0,7 en 2022 a 0,5 por 100.000 habitantes en 2023. Asimismo, se destacaron disminuciones relevantes en la tasa de mortalidad por leucemia, con una reducción del 20,2% respecto al año anterior. (ver tabla 13)

Tabla 13. Tasas crudas de mortalidad, por neoplasias, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Neoplasias	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Tumor maligno del estómago	14,2	10,0	15,0	11,6	14,4	5,2	8,2	9,0	4,4	7,3	9,6	9,1	11,9	8,0	10,8	
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidica	7,6	5,3	4,6	5,1	5,4	6,8	3,1	3,5	3,5	4,4	7,2	4,2	4,1	4,2	4,9	
Tumor maligno De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	10,3	15,3	10,8	11,6	14,4	7,8	9,7	12,0	8,9	14,6	9,1	12,5	11,4	10,2	14,5	
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	4,9	5,8	5,7	5,6	5,0	2,6	5,1	3,0	5,9	4,4	3,7	5,5	4,3	5,7	4,7	
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	2,7	2,6	0,5	0,0	2,0	0,0	1,0	0,5	1,0	0,0	1,3	1,8	0,5	0,5	1,0	
Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,4	6,6	10,0	9,9	8,3	4,8	3,4	5,1	5,0	4,2	
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,9	3,1	7,5	6,4	5,8	5,1	1,6	3,8	3,2	2,9	
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,5	4,5	0,0	2,9	0,3	0,8	2,3	0,0	1,5	
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	1,0	1,0	1,5	1,0	1,6	0,5	0,5	0,7	0,5	
Tumor maligno de la próstata	8,7	3,7	9,3	9,6	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	1,8	4,6	4,7	4,4	
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	3,3	61,8	3,6	5,6	6,4	3,1	80,7	4,5	4,9	7,3	3,2	71,4	4,1	5,2	6,9	
Leucemia	3,3	2,6	4,1	5,1	2,5	2,6	3,1	1,0	3,0	3,9	2,9	2,9	2,5	4,0	3,2	
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	4,4	4,2	2,1	3,0	5,4	5,2	4,1	4,0	3,9	3,9	4,8	4,2	3,1	3,5	4,7	
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	12,5	12,2	13,9	8,1	10,9	7,8	7,7	9,5	9,4	13,1	10,1	9,9	11,7	8,7	12,0	
Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	6,0	6,3	2,6	4,5	5,9	3,7	3,6	6,0	4,9	7,3	4,8	4,9	4,3	4,7	6,6	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Enfermedades del sistema Circulatorio

En 2023, las enfermedades del sistema circulatorio fueron una causa significativa de mortalidad tanto en Bogotá como en la localidad de Usme. Bogotá D.C. registró una tasa de 134,4 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representó el 30,3% del total de fallecimientos en la ciudad. En Usme, la tasa fue de 109,7 por cada 100.000 habitantes, equivalente al 30,2% de las defunciones locales.

Durante el periodo 2019-2023, esta categoría de enfermedades continuó siendo una causa relevante de mortalidad en Usme, con variaciones notables entre sus diferentes subcategorías.

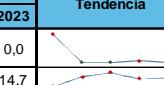
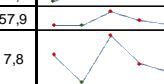
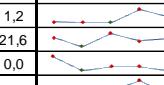
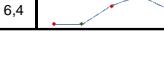
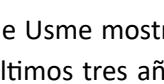
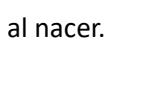
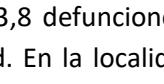
Enfermedades Isquémicas del Corazón: Se mantuvieron como la principal causa de muerte dentro de este grupo en 2023, con una tasa de 57,9 defunciones por cada 100.000 habitantes. No obstante, esta cifra representó una disminución del 13,8% respecto a 2022.

Enfermedades Cerebrovasculares: Registraron una tasa de 21,6 por cada 100.000 habitantes, mostrando un incremento del 6,8% frente al año anterior.

Enfermedades Hipertensivas: Alcanzaron una tasa de 14,7 por cada 100.000 habitantes, con un aumento del 3,4%.

Se destaca una reducción del 100% en las muertes por fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, al pasar de una tasa de 0,2 por 100.000 habitantes en 2022 a no reportar casos en 2023. De manera similar, no se registraron casos de enfermedades por arteriosclerosis en 2023. Además, las demás enfermedades del sistema circulatorio evidenciaron una reducción del 22,6% en comparación con el año anterior. (ver tabla 14)

Tabla 14. Tasas crudas de mortalidad, por enfermedades del sistema circulatorio, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Enf. Sistema Circulatorio	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	0,5	0,0	2,7	0,0	0,0	0,2	0,0	
Enfermedades hipertensivas	8,7	16,9	14,5	14,6	16,3	11,0	13,3	20,5	13,8	13,1	9,9	15,1	17,5	14,2	14,7	
Enfermedades isquémicas del corazón	61,6	59,7	95,5	65,7	62,4	50,2	47,5	79,1	68,6	53,5	55,8	53,5	87,2	67,2	57,9	
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	10,3	7,9	14,5	10,1	6,4	9,9	5,1	11,0	7,9	9,2	10,1	6,5	12,7	9,0	7,8	
Insuficiencia cardíaca	1,1	1,6	1,5	1,5	1,0	1,0	0,5	0,5	1,5	1,5	1,1	1,0	1,0	1,5	1,2	
Enfermedades cerebrovasculares	24,0	15,3	21,7	19,2	20,3	20,9	17,4	28,5	21,2	22,8	22,4	16,4	25,2	20,2	21,6	
Arteriosclerosis	1,6	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,8	0,0	0,3	0,2	0,0	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	8,2	5,3	6,7	10,6	6,9	1,0	3,6	7,0	5,9	5,8	4,5	4,4	6,9	8,2	6,4	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Afecciones del periodo perinatal

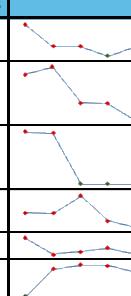
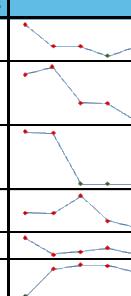
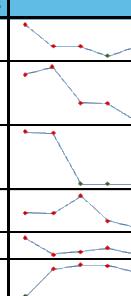
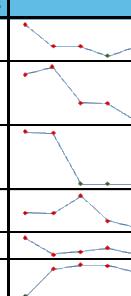
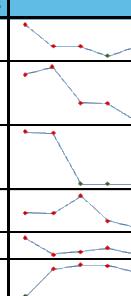
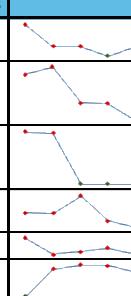
Entre 2019 y 2023, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal en la localidad de Usme mostró una tendencia variable. Es importante destacar que no se registraron defunciones en los últimos tres años del periodo por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.

En 2023, Bogotá D.C. registró una tasa de mortalidad por afecciones perinatales de 3,8 defunciones por 100.000 habitantes, lo que representó el 0,9% del total de fallecimientos en la ciudad. En la localidad de Usme, la tasa fue de 3,4 por 100.000 habitantes, equivalente también al 0,9% de las defunciones locales.

En Usme, en 2023, la sepsis bacteriana del recién nacido y el feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas reportaron cada uno una tasa de 0,2 defunciones por cada 100.000 habitantes. Por su parte, los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal alcanzaron una tasa de 1,0.

En comparación con el año anterior (2022), la mortalidad por feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas mostró un incremento del 100%. En contraste, se evidenció una reducción del 100% en las muertes por feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, al pasar de una tasa de 0,5 en 2022 a 0,0 en 2023. De manera relevante, también se observaron disminuciones en la mortalidad por sepsis bacteriana del recién nacido 67,2% y por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal 21,4%. (ver tabla 15)

Tabla 15. Tasas crudas de mortalidad, por afecciones del periodo perinatal, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Afecciones periodo perinatal	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1,1	0,5	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,8	0,3	0,3	0,0	0,2	
Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1,6	1,1	0,0	0,5	0,0	1,0	2,0	1,0	0,5	0,0	1,3	1,6	0,5	0,5	0,0	
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,5	1,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	2,7	0,5	4,1	0,5	1,0	0,5	2,6	0,5	2,0	1,0	1,6	1,6	2,3	1,2	1,0	
Sepsis bacteriana del recién nacido	2,7	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	0,0	0,5	0,5	0,0	1,6	0,3	0,5	0,7	0,2	
Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1,6	1,1	3,6	2,5	3,5	0,0	3,1	1,0	2,0	0,5	0,8	2,1	2,3	2,2	2,0	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Causas Externas

Durante el periodo de 2019 a 2023, las tasas de mortalidad por causas externas mostraron un comportamiento variable en la mayoría de sus categorías. Es relevante destacar que no se reportaron casos de "los demás accidentes de transporte y los no especificados" ni de "accidentes por disparo de arma de fuego" en ningún año de este periodo.

En 2023, Bogotá D.C. registró una tasa de mortalidad por causas externas de 40,2 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que constituyó el 9,1% del total de fallecimientos en la ciudad. En contraste, la localidad de Usme presentó una tasa más alta, de 49,8 por cada 100.000 habitantes, equivalente al 13,7% de sus defunciones totales.

La causa externa con la tasa más alta en Usme fue las "agresiones (homicidios)", con 19,9 defunciones por cada 100.000 habitantes. No obstante, al comparar esta cifra con el año anterior, representó una disminución del 5,2%. Otra causa que mostró una reducción fue "las demás causas externas", con un descenso del 67,2%, registrando una tasa de 0,2 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2023.

Por otro lado, se observaron aumentos significativos en otras categorías. Las "lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)" incrementaron en un 63,8%, mientras que los "eventos de intención no determinada" mostraron un aumento del 31,0% (ver tabla 16).

Tabla 16. Tasas crudas de mortalidad, por causas externas, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Causas externas	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Accidentes de transporte terrestre	18,0	9,0	17,0	23,7	16,8	5,8	3,6	2,5	6,4	5,3	11,7	6,2	9,7	15,0	11,0	
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Caidas	2,2	3,2	5,2	4,5	5,4	0,5	2,6	2,5	1,5	1,5	1,3	2,9	3,8	3,0	3,4	
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ahogamiento y sumersión accidentales	1,1	0,0	1,0	0,0	1,5	0,0	1,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	1,0	
Accidentes que obstruyen la respiración	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	
Exposición a la corriente eléctrica	0,0	0,5	0,0	0,0	2,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	1,0	
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	
Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	0,5	1,1	1,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2	
Los demás accidentes	1,1	1,6	1,5	3,0	2,0	1,0	1,5	0,5	0,5	1,0	1,1	1,6	1,0	1,7	1,5	
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	6,0	7,9	7,7	8,6	13,9	4,2	2,0	1,5	2,0	3,4	5,1	4,9	4,6	5,2	8,6	
Agresiones (homicidios)	34,9	37,0	35,6	39,4	36,6	4,2	1,0	3,0	3,0	3,4	19,2	18,7	19,1	21,0	19,9	
Eventos de intención no determinada	4,4	4,8	6,7	3,0	4,5	2,1	1,0	1,0	1,5	1,5	3,2	2,9	3,8	2,2	2,9	
Las demás causas externas	0,5	0,0	0,0	1,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	0,2	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Todas las demás enfermedades

Durante el periodo evaluado, las tasas de mortalidad agrupadas bajo "demás enfermedades" mostraron variaciones en todas sus subcategorías. En 2023, Bogotá D.C. registró una tasa de 124,1 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representó el 28,0% del total de fallecimientos en la ciudad. En la localidad de Usme, la tasa fue de 96,4 por cada 100.000 habitantes, equivalente al 26,5% de sus defunciones totales.

En Usme, la tasa de mortalidad más alta dentro de este grupo correspondió a las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con 27,0 defunciones por cada 100.000 habitantes. Le siguieron la diabetes mellitus, con una tasa de 14,5, y el resto de las enfermedades con 11,8 defunciones por cada 100.000 habitantes.

En comparación con el año anterior, se observaron aumentos significativos en la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, que incrementaron en un 57,2%, y en las defunciones por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con un aumento del 21,5%.

Por otro lado, se registraron disminuciones notables en las tasas de mortalidad por deficiencias y anemias nutricionales, con una reducción del 83,6%. También hubo descensos en la mortalidad por apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal 38,6%, y por enfermedades del sistema urinario 37,1% (ver tabla 17).

Tabla 17. Tasas crudas de mortalidad, por las demás enfermedades, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Demás enfermedades	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Diabetes mellitus	9,8	16,4	19,1	12,1	17,3	12,0	16,3	17,0	16,8	11,7	10,9	16,4	18,0	14,5	14,5	
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1,1	0,5	1,5	1,5	0,5	2,6	0,5	0,5	1,5	0,0	1,9	0,5	1,0	1,5	0,2	
Trastornos mentales y del comportamiento	1,6	6,9	2,1	1,0	2,0	1,0	3,6	3,5	1,5	1,9	1,3	5,2	2,8	1,2	2,0	
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7,1	8,5	5,7	9,6	14,9	5,8	7,2	7,5	12,3	9,7	6,4	7,8	6,6	11,0	12,3	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	26,7	15,9	17,6	23,7	21,3	25,1	11,2	19,0	20,7	32,6	25,9	13,5	18,3	22,2	27,0	
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	7,6	3,7	5,7	4,0	3,5	6,3	3,6	1,5	3,0	2,4	6,9	3,6	3,6	3,5	2,9	
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	4,4	2,1	2,1	4,5	3,0	1,6	2,0	3,0	3,5	1,9	2,9	2,1	2,5	4,0	2,5	
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	4,4	4,8	4,6	5,1	5,9	4,2	2,6	4,0	3,5	2,4	4,3	3,6	4,3	4,2	4,2	
Resto de enfermedades del sistema digestivo	14,2	13,7	10,8	11,1	11,4	6,3	12,3	11,5	13,3	10,2	10,1	13,0	11,2	12,2	10,8	
Enfermedades del sistema urinario	6,5	4,2	5,2	5,6	4,5	8,9	4,6	4,5	6,9	3,4	7,7	4,4	4,8	6,2	3,9	
Hiperplasia de la próstata	0,0	2,1	2,1	2,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,7	
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	2,6	2,0	0,5	0,5	0,3	1,3	1,0	0,2	0,2	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,7	3,7	3,6	6,6	3,0	6,3	2,6	3,5	2,0	3,9	4,5	3,1	3,6	4,2	3,4	
Resto de enfermedades	8,7	10,0	6,7	10,6	11,9	11,5	5,6	11,0	14,3	11,7	10,1	7,8	8,9	12,5	11,8	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Síntomas, signos y afecciones mal definidas

En 2023, la categoría de síntomas, signos y afecciones mal definidas registró una tasa de mortalidad para Bogotá D.C. de 5,3 defunciones por cada 100.000 habitantes, lo que representó el 28,0% del total de defunciones de la ciudad. En la localidad de Usme, la tasa fue de 4,4 por cada 100.000 habitantes, equivalente al 1,2% (con 18 casos) del total de defunciones locales. Al comparar con el año anterior, Usme presentó un aumento del 10,6% en esta tasa.

No obstante, el pico de mortalidad por esta causa en Usme se observó en 2020, cuando se reportaron 25 casos, alcanzando la tasa más alta de los cinco años evaluados, con 6,5 defunciones por cada 100.000 habitantes. (ver tabla 18)

Tabla 18. Tasas crudas de mortalidad, por síntomas, signos y afecciones mal definidas, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Signos y síntomas mal definidos	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	7,6	6,9	7,2	3,0	5,0	2,6	6,1	4,0	4,9	3,9	5,1	6,5	5,6	4,0	4,4	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas

Mortalidad por grupos de edad

Entre 2019 y 2023, las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas fueron las principales causas de mortalidad en menores de un año en la localidad de Usme, según la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño.

Las afecciones perinatales representaron el 56,4% (n=101) del total de defunciones en este grupo etario, mientras que las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas constituyeron el 29,6% (n=53).

En 2023, las afecciones originadas en el período perinatal registraron una tasa de mortalidad de 158,7 defunciones por cada 100.000 menores de un año. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas le siguieron con una tasa de 97,7.

En comparación con el año anterior, se observó un incremento notable del 475,2% en las muertes por enfermedades del sistema respiratorio.

Por otro lado, se registraron disminuciones importantes: Enfermedades del sistema nervioso: No reportaron casos en 2023, lo que representa una reducción del 100%. Enfermedades infecciosas y parasitarias, y las demás enfermedades (con igual tasa): Ambas mostraron una disminución del 68,0%.

Al analizar la mortalidad por sexo, se observó que tanto en niños como en niñas se registraron defunciones por las siguientes causas: enfermedades del sistema respiratorio, afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (ver tabla 19).

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 año, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,0	56,1	0,0	24,9	23,9	0,0	0,0	82,4	52,1	0,0	0,0	28,7	40,3	38,2	12,2
Tumores (neoplasias)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	26,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,7
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	30,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	95,5	0,0	0,0	0,0	26,1	50,0	0,0	0,0	0,0	12,7	73,3
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	0,0	26,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,4	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	546,6	252,7	393,7	199,2	238,7	190,1	440,1	192,3	260,7	75,0	372,2	344,3	295,3	229,2	158,7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	151,8	196,5	131,2	199,2	95,5	253,5	146,7	137,3	52,1	100,0	201,6	172,2	134,2	127,4	97,7
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,0	28,1	0,0	0,0	23,9	0,0	0,0	0,0	78,2	0,0	0,0	14,3	0,0	38,2	12,2
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,0	0,0	26,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,4	0,0	0,0

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Entre 2019 y 2023, las principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años en la localidad de Usme fueron los tumores (neoplasias) y las causas externas de morbilidad y mortalidad. Estas representaron el 21,9% del total de defunciones en este grupo etario, con 7 casos (n=7) registrados.

En 2023, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas registraron una tasa de mortalidad de 7,1 defunciones por cada 100.000 menores de 1 a 4 años.

En contraste, se observaron disminuciones significativas, con una reducción del 100% en la mortalidad por diversas causas que no reportaron casos en 2023. Estas incluyen: Enfermedades infecciosas y parasitarias, Tumores (neoplasias), Enfermedades del sistema circulatorio, Las demás enfermedades y Causas externas de morbilidad y mortalidad

Además, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas también mostraron una disminución del 37,3%.

Al analizar la mortalidad por sexo, se identificó que los niños fallecieron principalmente por enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores (neoplasias), enfermedades del sistema nervioso, y causas externas de morbilidad y mortalidad, entre otras. En el caso de las niñas, las defunciones se atribuyeron a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores (neoplasias), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y causas externas de morbilidad y mortalidad (ver tabla 20).

Tabla 20. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 1 a 4 años, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres				Mujeres				Total						
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,2	0,0	0,0	7,4	0,0	0,0	16,6	8,0	7,7	0,0	4,2	8,1	3,9	7,5	0,0
Tumores (neoplasias)	8,2	0,0	0,0	7,4	0,0	8,6	0,0	16,0	15,4	0,0	8,4	0,0	7,9	11,3	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	8,0	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	3,5
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,0	0,0	0,0	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	8,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,0	0,0	0,0	22,1	13,8	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	11,3	7,1
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,0	0,0	0,0	14,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	8,2	0,0	15,5	0,0	0,0	8,6	8,3	8,0	7,7	0,0	8,4	4,1	11,8	3,8	0,0

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_NDS/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

Entre 2019 y 2023, las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas fueron las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años en la localidad de Usme. Las afecciones perinatales representaron el 48,3% (n=102) del total de defunciones, mientras que las malformaciones congénitas constituyeron el 28,0% (n=59).

En 2023, las afecciones originadas en el período perinatal registraron una tasa de mortalidad de 35,7 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas le siguieron con una tasa de 27,5.

Al comparar con el año anterior, se observó un incremento notable del 466,7% en las muertes asociadas a enfermedades del sistema respiratorio.

En contraste, se registraron disminuciones significativas en otras causas: Tumores (neoplasias), enfermedades del sistema circulatorio y causas externas de morbilidad y mortalidad: No reportaron casos en 2023, lo que representa una reducción del 100% en cada una, Enfermedades infecciosas y parasitarias y las demás enfermedades: Ambas categorías mostraron una disminución del 81,1% cada una.

Al analizar la mortalidad por sexo, se identificó que en hombres las defunciones ocurrieron por enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores (neoplasias), enfermedades del sistema nervioso, afecciones originadas en el período perinatal, y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. En mujeres, las defunciones se atribuyeron a enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores (neoplasias), enfermedades del sistema respiratorio, afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, así como a causas externas de morbilidad y mortalidad (ver tabla 21).

Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad, en menores de 5 años, según sexo, localidad Usme, 2019 – 2023

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,5	12,4	0,0	11,4	5,4	0,0	13,0	24,8	17,8	0,0	3,3	12,7	12,2	14,5	2,7
Tumores (neoplasias)	6,5	0,0	0,0	5,7	0,0	6,8	0,0	12,4	11,9	0,0	6,6	0,0	6,1	8,7	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	6,2	0,0	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	3,2	0,0	2,9	2,7
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	6,5	0,0	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	2,9	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	21,5	0,0	0,0	0,0	5,9	11,2	0,0	0,0	0,0	2,9	16,5
Enfermedades del sistema digestivo	0,0	0,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	123,2	56,0	89,8	45,5	53,7	40,6	97,1	43,4	59,4	16,9	82,8	76,1	67,0	52,3	35,7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	32,4	43,5	29,9	62,6	32,2	61,0	32,4	31,0	11,9	22,5	46,4	38,1	30,5	37,8	27,5
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,0	6,2	0,0	11,4	5,4	0,0	0,0	0,0	17,8	0,0	0,0	3,2	0,0	14,5	2,7
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,5	0,0	18,0	0,0	0,0	6,8	6,5	6,2	5,9	0,0	6,6	3,2	12,2	2,9	0,0

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023 definitivas.

De acuerdo con la base de datos entregada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS, de defunciones no fetales cerradas al año 2023, se identificaron 8.402 casos, de los cuales 167 presentaron errores debido a que la UPZ no es coincidente y 2.158 no cuentan con datos, por tanto, los resultados se realizan sobre 6.078 casos. Acorde a las causas se identifica lo siguiente:

Durante el quinquenio 2019–2023, se registró un patrón de mortalidad en el período perinatal, con concentraciones especialmente marcadas en tres UPZ: UPZ57 Gran Yomasa, UPZ58 Comuneros y UPZ59 Alfonso López. Estas tres representan el 78 % del total de casos registrados en la localidad durante el periodo. La UPZ57 Gran Yomasa destaca como el principal foco territorial, con 2.420 casos acumulados, siendo además la única UPZ con más de 500 casos anuales en tres años consecutivos (2020 a 2021). Le siguen UPZ58 Comuneros con 1.657 casos y UPZ59 Alfonso López con 679 casos. En conjunto, este eje central del oriente de Usme representa una franja crítica de ocurrencia (ver mapa 12).

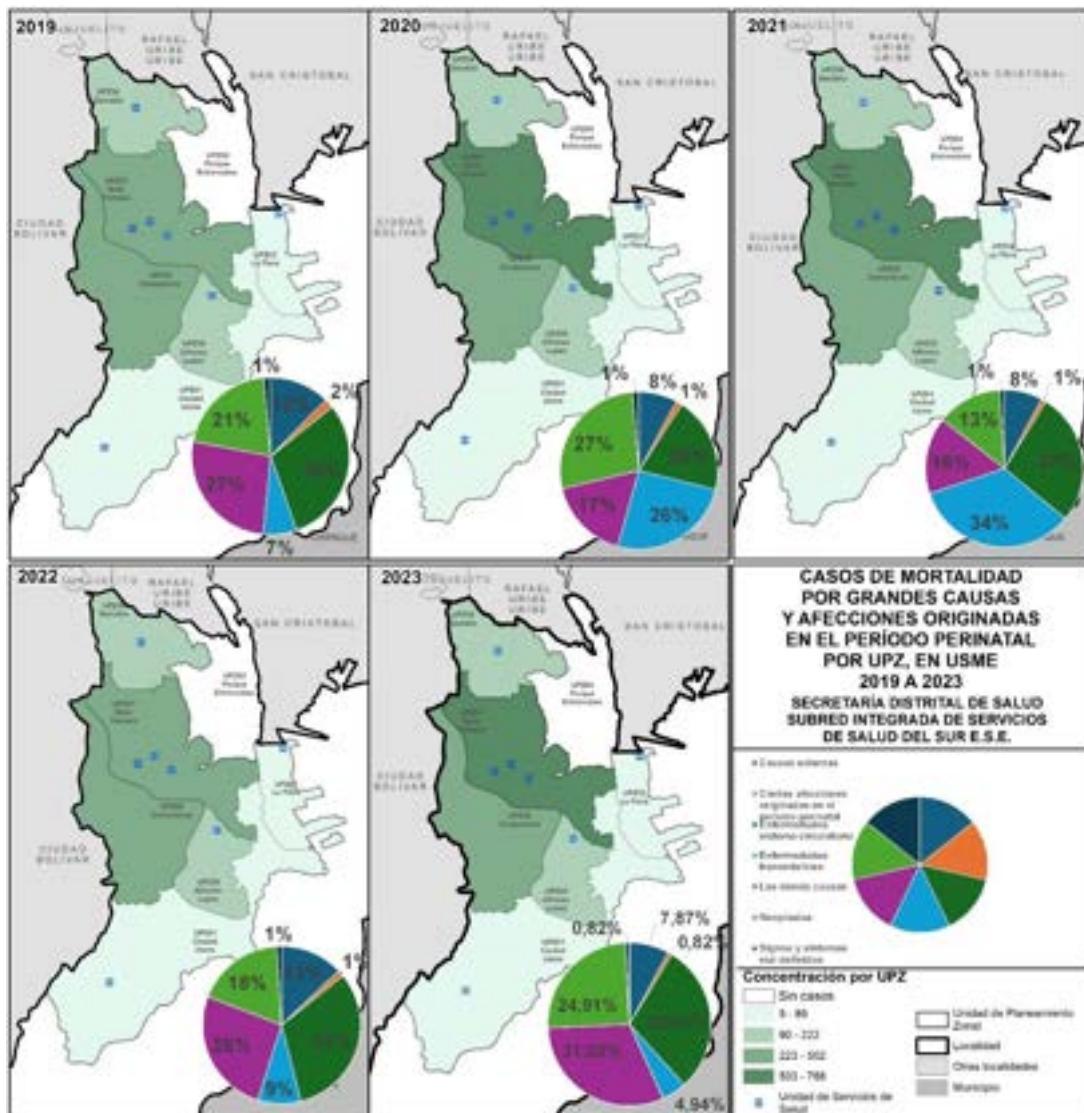
El análisis de causas por año revela una estabilidad notoria en la estructura de causas de muerte, con clara predominancia del grupo “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal”, que representa entre 33 %

y 41 % de los casos anuales. Este grupo mantiene su liderazgo como principal causa en los cinco años observados.

Las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas son la segunda causa más relevante, con un peso entre 17 % y 23 %, seguidas por otras afecciones de origen perinatal (12–17 %) y, en menor medida, por síntomas, signos y hallazgos anormales (alrededor del 8–10 %). Este patrón sugiere que, si bien hay estabilidad en la tipología de las causas, los factores de riesgo siguen siendo estructurales y persistentes.

Las UPZ con menores registros acumulados —UPZ52 La Flora (308 casos) y UPZ61 Ciudad Usme (310 casos)— no muestran un patrón de concentración. Sin embargo, su ubicación periférica y menor cobertura de servicios especializados implica que deben desplazarse otras UPZ o localidades, lo cual puede impactar en la oportunidad del cuidado neonatal y obstétrico (ver mapa 12).

Mapa 12. Mortalidades por grandes causas y afecciones originadas en el periodo perinatal, Usme, 2019 -2023



Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2019 a 2023.

3.3 Eventos trazadores en salud pública

Al analizar la semaforización de los indicadores trazadores relacionados con las metas estratégicas del PDD y del PTS actual, se evidencia que, en la mayoría de los indicadores correspondientes al año 2024, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre Usme y Bogotá. La excepción fueron las enfermedades crónicas, donde la diferencia relativa fue significativamente más alta en la localidad con respecto al Distrito.

Para la interpretación de estos resultados, se empleó un sistema de semaforización que clasifica los indicadores de la siguiente manera: amarillo, cuando no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el valor de la localidad y el del distrito; rojo, cuando el indicador es significativamente más alto en la

localidad; y verde, cuando es significativamente más bajo. Esta codificación permite visualizar de forma rápida y comparativa el comportamiento de los eventos trazadores frente a las metas distritales.

Los indicadores de 2024 reflejan un panorama epidemiológico con tendencias variables, en el que persisten brechas asociadas a determinantes estructurales. La razón de mortalidad materna no registró casos. Sin embargo, las tasas de mortalidad infantil (11,6 por cada 1.000 nacidos vivos) y en menores de 5 años (13,3 por cada 1.000 nacidos vivos) superaron las metas distritales establecidas (<9,0 y <10,3, respectivamente), reflejando el impacto de la pobreza y las barreras de acceso a servicios como control prenatal, atención pediátrica, entre otros.

La proporción de bajo peso al nacer continúa siendo elevado (18,1 % frente a 15,2 % en el Distrito), y la prevalencia de riesgo de desnutrición aguda en menores de cinco años alcanzó el 12,2 %, manteniéndose apenas por debajo de la meta (13,0 %). Ambos indicadores están estrechamente relacionados con la insecuridad alimentaria y condiciones ambientales adversas.

En cuanto a enfermedades crónicas, la tasa llegó a 141,0 por cada 100.000 habitantes, superando la meta distrital (<125). Esta situación ha sido exacerbada por el envejecimiento poblacional sin un seguimiento adecuado, la prevalencia de hábitos de vida poco saludables y la falta de educación preventiva.

Los embarazos en adolescentes mantienen tasas elevadas: 21,9 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años y 0,8 por cada 1.000 en el grupo de 10 a 14 años, ambas cifras por encima de las metas establecidas (20,8 y 0,6, respectivamente). Esto evidencia la necesidad urgente de intervenir sobre determinantes sociales como la exclusión educativa y la violencia de género.

Por otro lado, la incidencia de sífilis congénita mostró una reducción (0,7), cumpliendo con el estándar establecido (2,6). La mortalidad por suicidio, aunque cercana a lo esperado (5,7 frente a 5,2), sigue siendo motivo de preocupación, debido a los riesgos persistentes vinculados con entornos violentos y una atención insuficiente a la salud mental. (ver tabla 22)

Tabla 22. Semaforización indicadores trazadores asociados a metas del actual PDD y PTS, localidad Usme Vs. Bogotá, 2019 – 2024

Indicadores Trazadores asociados a metas estratégicas del PDD y PTS 2024-2027	Meta 2024. Bogotá	Usme 2024p	Comportamiento					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024p
Razón de mortalidad materna	35,9	0,0	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad perinatal	10,0	12,8	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	<9,0	11,6	↗	↘	↗	-	-	↗
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	<10,3	13,3	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Prevalencia riesgo DNT Aguda en menores de cinco años	13,0	12,2	↗	↘	↗	↗	↗	↘

Prevalencia DNT Aguda en menores de cinco años	1,6	1,4	↗	↗	↘	↘	↘	↘
Proporción de bajo peso al nacer*	15,2	18,1	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa mortalidad por enfermedades crónicas** 30-70 años	<125	141,0	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años	0,6	0,8	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años	20,8	21,9	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,6	0,7	↗	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por suicidio	5,2	5,7	↗	↗	↗	↘	↘	↗

Bases de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos 2019 – 2023 “cerrados” 2024 “preliminares”, ajustado 13-01-2025. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN- SDS datos 2020 – 2023 “cerrados” 2024 “preliminares” Salidas de información de lesiones fatales de causa externa publicadas en la página del INMLCF, años 2019-2023 2 “finales” y 2024 “preliminares”, corte diciembre 2024. Proyecciones DANE – CNPV 2018 con la actualización Post COVID – 19. Nota: * Este indicador no tiene meta establecida en el PDD, por lo tanto, se toma línea base Distrital Calculada en 2022. **Indicador calculado en población de 30 a 70 años.

3.4 Problemáticas y necesidades ambientales.

El Subsistema de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (42) identificó problemáticas ambientales colectivas en la localidad de Usme mediante cartografía social y encuestas de percepción en 2021. La principal problemática fue el manejo inadecuado de residuos sólidos en las UPZ Gran Yomasa, Comuneros y Alfonso López, evidenciado en vías públicas, áreas verdes y cuerpos de agua, asociado a falta de conciencia ambiental y prácticas de desecho inapropiadas. El análisis comparativo entre 2019 y 2020 mostró variaciones: en UPZ52 La Flora, las problemáticas disminuyeron, destacando parques deteriorados e inaccesibilidad en 2020, mientras en UPZ56 Danubio aumentaron los reportes de residuos, tenencia inadecuada de mascotas y deficiencias en servicios. UPZ57 Gran Yomasa mantuvo acumulación de basuras en la Avenida Caracas y problemas de invasión de espacios verdes, mientras UPZ58 Comuneros, la más afectada en 2019, redujo sus problemáticas en 2020, aunque persistió el manejo inadecuado de residuos en algunos barrios.

En UPZ59 Alfonso López, el manejo de residuos sólidos se mantuvo en barrios como Portal del Divino, sumándose asentamientos ilegales y déficit de servicios en 2020. UPZ61 Ciudad Usme enfrentó en 2019 manipulación inadecuada de alimentos en la plaza fundacional y consumo de sustancias psicoactivas, mientras en 2020 se reportaron inseguridad en Ciudadela de Usme y riesgos por vías no pavimentadas en El Tuno. Estas dinámicas reflejaron cambios en la percepción comunitaria, con mejoras en algunas zonas y agravamiento en otras, vinculadas a factores como gestión de residuos, tenencia de mascotas, infraestructura y prácticas informales que impactaron la salud ambiental y la calidad de vida (42).

3.5 Problemáticas de salud en relación con los núcleos de inequidad

A continuación, se describen los núcleos de inequidad en salud y se esboza información que contextualiza los problemas y las necesidades en Usme.

1. Inequidades en el acceso efectivo, distribución y calidad de la atención en salud (oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia, humanización e integralidad)

Las principales problemáticas identificadas para este núcleo en la localidad de Usme fueron: el acceso fragmentado a servicios de salud debido a una cobertura insuficiente y barreras geográficas, y las desigualdades en la oportunidad y calidad de la atención.

Usme presenta un acceso desigual a servicios de salud debido a la fragmentación del sistema. El 55.1% de la población está afiliada al régimen contributivo, 40% al subsidiado y 1.2% a regímenes especiales, siendo la tercera localidad con mayor afiliación al régimen subsidiado, reflejando una mayor vulnerabilidad socioeconómica. La infraestructura es insuficiente, con solo 8 Unidades de Servicios de Salud (USS) en toda la localidad, una de ellas en zona rural (vereda El Destino). El Hospital de Usme, actualmente en construcción, pretende aliviar la demanda, pero persisten barreras geográficas, con tiempos de desplazamiento de hasta 3 horas en zonas rurales y un promedio de 33.5 minutos en zonas urbanas.

Esta situación se profundiza en las UPZ rurales y en la UPZ 52 La Flora, UPZ 59 Alfonso López y UPZ 58 Comuneros, donde la oferta de servicios de salud es más limitada. Adicionalmente, la población del régimen contributivo sólo tiene acceso a un centro de salud (Colsubsidio) en Santa Librada, generando sobrecarga y tiempos de espera prolongados. Las barreras administrativas también afectan a grupos vulnerables, como migrantes venezolanos en situación irregular que quedan excluidos del SGSSS.

Del mismo modo, la baja disponibilidad de especialistas y los problemas en la continuidad de la atención impactan en la salud de la población de la localidad. Se evidencia una tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) de 145.2 por 100,000 habitantes en 2024, superior al promedio de Bogotá, con infartos, cáncer gástrico, EPOC y diabetes como principales causas. Las demoras en diagnósticos y tratamientos tienen un impacto directo en estos índices.

En salud materno-infantil, la localidad presenta un aumento de la morbilidad materna extrema (77 casos por 1,000 nacidos vivos en 2024) y un ascenso en la mortalidad perinatal (12.8 por 1,000), vinculados a la falta de controles prenatales oportunos. La sífilis gestacional en población migrante alcanza 17.8 por 1,000, duplicando el promedio distrital. La cobertura de vacunación infantil se mantiene en 79.8% para pentavalente, por debajo de la meta de 95%, aumentando el riesgo de enfermedades prevenibles.

La UPZ 58 Comuneros muestra particularmente un manejo inadecuado de condiciones crónicas, mientras que las UPZ rurales presentan mayores dificultades para la atención oportuna de urgencias y seguimiento de tratamientos.

2. Inequidades poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el territorio que inciden en el acceso a servicios de salud y determinan el estado de salud de la población

Para este núcleo se identificaron las siguientes problemáticas: pobreza multidimensional e inseguridad alimentaria que afectan el estado nutricional; degradación ambiental y conflictos territoriales que impactan en la salud; envejecimiento poblacional con incremento de vulnerabilidades y desigualdades en la atención.

Usme es la localidad con mayor proporción de personas en situación de pobreza en Bogotá, con un 12.7% en el área urbana y 16.4% en la zona rural. Esta situación ha impactado significativamente la seguridad alimentaria, con un incremento en el número de hogares que enfrentan dificultades para acceder a una alimentación saludable entre 2017 y 2021. A pesar de que el 85% del territorio es rural y cuenta con producción agrícola, la ausencia de un centro de acopio y la ineficiencia en los sistemas cortos de abastecimiento generan sobrecostos, limitando el acceso a alimentos nutritivos.

Como consecuencia, se observa un aumento en la notificación por desnutrición aguda en menores de 5 años desde 2021 y un incremento en la desnutrición global para 2023, especialmente en la UPZ 52 La Flora y UPZ 57 Gran Yomasa. Simultáneamente, la malnutrición también se manifiesta en el aumento de la obesidad y las enfermedades del sistema circulatorio, que fueron las principales causas de mortalidad entre 2019 y 2022. La diabetes mellitus también tuvo una alta representatividad en las causas de defunciones no fatales en 2022.

El programa de bonos alimentarios cubre solo a 4,506 de los 40,000 adultos mayores de la localidad, y la reducción de comedores comunitarios ha dejado a muchos dependiendo de un solo almuerzo diario en centros como San David o Santa Librada.

A su vez, la localidad enfrenta problemas ambientales derivados de la presión sobre suelos rurales por actividades agropecuarias (ganadería y monocultivos) y minería (CEMEX, Holcim), que degradan los ecosistemas y contaminan fuentes hídricas como el río Tunjuelo. La urbanización informal ocupa 717.19 hectáreas, con riesgos de remoción en masa en sectores como Tocaimita.

La contaminación atmosférica por material particulado proveniente de la minería y el tráfico vehicular se asocia con enfermedades respiratorias, registrando 6.6 muertes por 100,000 por IRA en menores de 5 años en 2023. En la UPZ 56 Danubio, la exposición a material particulado y contaminantes afecta gravemente la salud respiratoria de los habitantes. Adicionalmente, el relleno sanitario Doña Juana produce lixiviados que contaminan el agua, y la deficiencia en infraestructura para la recolección de basuras contribuye a la degradación ambiental.

Un estudio en escolares rurales vinculó la exposición a agrotóxicos con déficit cognitivo (memoria y coeficiente intelectual). En los asentamientos informales, el hacinamiento y la falta de saneamiento adecuado propician brotes de EDA y parasitos.

Por otro lado, la transformación demográfica muestra un fenómeno de envejecimiento progresivo, con aumento de la población mayor de 60 años, incremento de la población mayor de 75 años y feminización de la vejez. Según proyecciones del DANE, entre 2019 y 2029 la población mayor de Usme se duplicará, aumentando los índices de dependencia.

Esta población enfrenta dificultades debido a la subvaloración sociocultural de la vejez, alta dependencia económica y psicoafectiva, y comportamientos negligentes y de abandono, con 14 personas mayores en

situación de abandono total en el hospital de Usme. La escasa oferta laboral formal y las barreras de acceso a servicios de salud impactan negativamente su calidad de vida.

La encuesta Multipropósito 2021 reporta que en Bogotá el 58.2% de las personas con discapacidad no tiene acceso a transporte adaptado, afectando particularmente a los adultos mayores, que son el segundo grupo con más situaciones de discapacidad en la localidad. Esto resulta en dificultades extremas para asistir a citas médicas, recibir autorizaciones y acceder a servicios de urgencias y tratamientos para enfermedades crónicas, especialmente en la UPR3, UPZ La Flora, Ciudad Usme y Alfonso López.

3. Debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud

Teniendo en cuenta lo relacionado frente a este núcleo en el marco conceptual de este documento, se identificaron las siguientes problemáticas: fragmentación en la coordinación intersectorial e instancias de participación; debilidades en la capacidad institucional para promover participación efectiva; insuficiente apoyo a liderazgos comunitarios y baja articulación con procesos territoriales.

En la localidad, existe una debilidad en el método de avance de instancias y comités intersectoriales marcada por el desarrollo desigual de cada política. Las acciones afirmativas para instancias como el Consejo de personas en condición de discapacidad y el Consejo de infancia y adolescencia enfrentan dificultades para articular las recomendaciones de espacios de participación como el CLOPS en las agendas y funciones de las entidades correspondientes.

Se reconocen problemas de planeación y disponibilidad de espacios y tiempos para alimentar herramientas propuestas por los espacios participativos. Aunque las acciones de gobernanza presentan balances positivos por parte de la comunidad beneficiaria, existe una dificultad en la ampliación y alcance comunicacional de estas iniciativas.

La clasificación de espacios de participación en Usme muestra disparidades: espacios autónomos (instancia LGBTIQ+, mesa indígena, espacio afrodescendiente, Consejo de justicia transicional para víctimas); espacios mixtos (COLMYEG, Consejo Local de Juventud, Consejo de protección animal); y espacios institucionales (Consejo Local de Niños, Niñas y Adolescentes, comités de habitabilidad en calle, Soberanía Alimentaria). Esta heterogeneidad dificulta la coordinación efectiva y el seguimiento de resultados en salud.

Otra problemática recurrente en la localidad es la dificultad institucional para hacer atractivos los espacios de coordinación y concertación con la comunidad, lo que reduce las tasas de participación social. En espacios que requieren tratos específicos, como la articulación urbano-rural, se evidencian inequidades en la consistencia del proceso sectorial de políticas públicas.

La retroalimentación comunitaria indica que, a pesar de percibirse una amplitud de actividades bajo el amparo de las políticas públicas, la falta de coordinación y planeación para realizarlas genera una percepción de sobrecarga. Existen debilidades en los procesos de comunicación a nivel local, con procedimientos complejos para convocar efectivamente a comunidades e instancias participativas.

Los sistemas de información presentan inequidades en el acceso, especialmente para población adulta mayor que encuentra barreras para utilizar plataformas de votación virtual. En el ámbito de la participación social, se detectan debilidades en la construcción de habilidades de cohesión y consenso, especialmente en el espacio LGBTIQ+, donde las formas de opresión fracturan los lazos sociales. El COLMYEG enfrenta dificultades para alcanzar quórum, limitando la aprobación de actas y la sistematización de procesos.

Dicho sea de paso, que, aunque se reconoce el alto valor agregado de las acciones que cuentan con participación social, y los liderazgos comunales permiten ampliar el alcance de las políticas, estas iniciativas enfrentan obstáculos al ser integradas en la estructura institucional. Son escasas las acciones de gobernanza para apoyar la gestión y técnica de los liderazgos sociales que participan en las instancias locales.

En los núcleos problemáticos identificados por la Subred Sur se evidencia esta desarticulación: alteraciones nutricionales en UPZ La Flora y Gran Yomasa; exposición a contaminantes en UPZ Danubio; informalidad laboral y habitabilidad en calle en UPZ Gran Yomasa; manejo inadecuado de condiciones crónicas en UPZ Comuneros; y prácticas agrícolas inapropiadas en UPR 3 Río Tunjuelo.

Las mesas territoriales en zonas como Bolonia y Danubio, aunque buscan generar diálogo y prevenir violencias, carecen de mecanismos efectivos para vincularse con la planeación institucional en salud. La estrategia TRI para cerrar brechas rurales, inspirada en el modelo PDET, muestra potencial, pero requiere mayor coordinación intersectorial.

4. Insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias

Finalmente, para este núcleo de inequidad se identificaron las siguientes problemáticas en la localidad: vulnerabilidad territorial frente a riesgos naturales y tecnológicos y capacidad de respuesta sanitaria limitada frente a emergencias.

Usme presenta una situación geográfica con zonas de alto riesgo y alto riesgo no mitigable (ARNM), asociadas a fallas tectónicas y pérdida de vegetación. Se identifican como amenazas prioritarias los movimientos en masa (30.1 hectáreas en riesgo medio en Tocaimita), inundaciones (quebradas como Hoya del Ramo obstruidas por residuos) e incendios forestales en zonas rurales, especialmente vulnerables durante períodos de sequía.

A estas amenazas naturales se suman riesgos tecnológicos derivados de la actividad extractiva y manufacturera, como emisiones tóxicas de ladrilleras y canteras que afectan la salud respiratoria, especialmente en la UPZ Danubio. Los procesos de urbanización informal en laderas incrementan la vulnerabilidad, como ocurre en el sector de Tocaimita.

La Secretaría de Ambiente ha avanzado en la georreferenciación de puntos críticos con RCD (2024), y el Plan Local de Gestión del Riesgo (2019) establece lineamientos para la prevención y respuesta comunitaria. Sin embargo, persisten brechas en la implementación y en la capacidad de las comunidades para responder efectivamente a estos riesgos.

Asimismo, la localidad enfrenta limitaciones significativas en su capacidad para responder a emergencias sanitarias, con una infraestructura hospitalaria insuficiente (solo 8 centros de salud para toda la población) y ausencia de unidades de cuidados intensivos. Durante la pandemia de COVID-19, estas deficiencias quedaron evidenciadas con la escasez de unidades de atención para pacientes críticos y dificultades en la distribución de insumos médicos.

La precariedad en el acceso a agua potable y saneamiento básico en algunos sectores incrementa la vulnerabilidad ante brotes de enfermedades infecciosas. Los acueductos veredales presentan contaminación con coliformes y E. coli (Unión Temporal Acueductos, 2017), lo que constituye un riesgo latente para la salud pública rural.

Las barreras geográficas y de movilidad, particularmente en la zona rural donde el transporte público es escaso (solo dos rutas: Usme-Chiguaza y Usme-El Destino, con horarios limitados), comprometen la capacidad de evacuar o atender pacientes en situaciones de emergencia. Esta situación afecta especialmente a personas con discapacidad y adultos mayores, que constituyen poblaciones altamente vulnerables en caso de desastres.

La falta de coordinación intersectorial y la limitada capacidad de respuesta inmediata profundizan la situación, evidenciando la necesidad de fortalecer la planificación territorial con enfoque preventivo y de respuesta rápida para mitigar el impacto de potenciales emergencias sanitarias o desastres naturales.

Conclusiones

El análisis de la situación de salud en Usme evidencia cómo los núcleos de inequidad identificados se materializan en una carga diferencial de morbilidad que afecta de manera sistemática a poblaciones específicas del territorio. Las barreras geográficas y socioeconómicas en el acceso a servicios de salud, concentradas especialmente en las UPZ rurales y en sectores como La Flora, Alfonso López y Comuneros, se traducen directamente en indicadores críticos como las tasas de mortalidad perinatal (12,8 vs. meta 10,0), mortalidad infantil (11,6 vs. <9,0) y mortalidad en menores de 5 años (13,3 vs. <10,3), que superan significativamente las metas distritales. El análisis epidemiológico reveló que durante el período 2019-2024 se registraron 576.966 atenciones con una marcada disminución postpandemia, evidenciando fragilidad sistémica, donde la consulta externa representa el 98,5% de los servicios mientras urgencias constituyen el 1,4%, reflejando limitaciones estructurales en la oferta especializada que impactan directamente en el acceso efectivo.

La degradación ambiental derivada de la actividad extractiva y la contaminación del río Tunjuelo configura un determinante estructural que se refleja en patrones específicos de morbilidad. Las enfermedades infecciosas intestinales, que constituyen la principal causa de atención en urgencias (13,1% en mujeres, 10,4% en hombres), junto con las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades del sistema circulatorio, evidencian el impacto directo de la exposición a contaminantes sobre grupos etarios vulnerables. Esta situación se agrava en la UPZ Danubio, donde la proximidad a fuentes contaminantes intensifica la carga de enfermedad respiratoria (6,6 muertes por 100.000 por IRA en menores de 5 años), y se materializa en 30,1 hectáreas en riesgo medio por movimientos en masa en Tocaimita y exposición a emisiones tóxicas. La

contaminación de acueductos veredales con coliformes y E. coli constituye un riesgo latente para brotes de enfermedades infecciosas.

Las inequidades socioeconómicas se manifiestan en una carga diferencial de morbilidad que posiciona a Usme como la localidad con mayor proporción de personas en situación de pobreza en Bogotá (12,7% urbana, 16,4% rural). Esta vulnerabilidad estructural se articula con el incremento en la notificación por desnutrición aguda en menores de 5 años desde 2021 y el bajo peso al nacer (18,1 vs. meta 15,2), evidenciando cómo las desigualdades socioeconómicas configuran trayectorias específicas de riesgo nutricional y de desarrollo infantil. La distribución por sexo muestra inequidades significativas: las mujeres representan el 63,1% de las atenciones frente al 36,9% de los hombres, evidenciando patrones diferenciados de utilización que se articulan con las barreras socioeconómicas identificadas, mientras los adultos mayores de 80 años representan el 0,7% de las atenciones, confirmando las barreras específicas para esta población vulnerable en el contexto de envejecimiento poblacional progresivo.

La distribución geográfica de la mortalidad, con concentración persistente en las UPZ Gran Yomasa y Comuneros, refleja la intersección entre determinantes territoriales y poblacionales, que generan núcleos de inequidad específicos. Las enfermedades del sistema circulatorio (124,0 casos por 100.000 habitantes) y las neoplasias, que constituyen las principales causas de muerte, se concentran en poblaciones con limitado acceso a detección oportuna y seguimiento especializado, evidenciando cómo las barreras sistémicas se traducen en desenlaces evitables de mortalidad. Los indicadores trazadores de 2024 confirmaron que la mortalidad por enfermedades crónicas (141,0 vs. <125 por 100.000 habitantes) supera significativamente la meta, vinculándose directamente con la exposición ambiental derivada de la actividad extractiva y las barreras de acceso a servicios especializados.

La desarticulación institucional y los espacios de participación fragmentados perpetúan un ciclo donde las problemáticas estructurales no encuentran respuestas coordinadas, manteniendo la vulnerabilidad poblacional ante emergencias sanitarias y riesgos naturales. La evaluación de los ENO reveló incrementos significativos en violencia de género e intrafamiliar (26,6% en 2023), desnutrición aguda en menores de 5 años (21,3% en 2023) e intoxicaciones (24,3% en 2023), evidenciando cómo la fragmentación institucional y la debilidad en la gobernanza intersectorial permiten la profundización de problemáticas prevenibles. La mortalidad perinatal mostró concentración persistente en UPZ Gran Yomasa (503-788 casos) y Comuneros, con las afecciones perinatales representando entre 30-39% de los casos anuales, reflejando la necesidad de intervenciones focalizadas y coordinadas intersectorialmente.

La insuficiente capacidad de respuesta del sistema, manifestada en la infraestructura hospitalaria limitada (8 USS para toda la localidad) y las barreras de acceso especialmente en zona rural (tiempos de desplazamiento hasta 3 horas), configura un escenario donde las inequidades en salud se reproducen y profundizan. La infraestructura sanitaria insuficiente (ausencia de UCI) y las barreras geográficas (solo dos rutas de transporte rural) comprometen severamente la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias, mientras que la limitada coordinación intersectorial profundiza la vulnerabilidad poblacional ante desastres naturales y emergencias sanitarias, demandando intervenciones integrales que aborden simultáneamente los determinantes estructurales y las manifestaciones específicas de morbilidad en cada población del territorio.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE LOS DIFERENTES ACTORES ANTE LAS PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD EN EL TERRITORIO

El presente capítulo analiza las respuestas de los diversos actores sociales e institucionales frente a las problemáticas socioambientales que afectan la salud en la localidad. Para ello, se integraron fuentes secundarias —como planes sectoriales, políticas públicas y documentos técnicos— con información primaria recopilada a través de la participación de líderes de entornos cuidadores y de representantes de políticas locales vinculados a la Subred Sur.

A partir de una mirada local y territorial, la información fue sistematizada en una matriz adaptada de los lineamientos nacionales, complementada con hallazgos del proceso de codificación en Atlas. Ti, permitiendo reconocer las articulaciones intersectoriales en salud, educación, vivienda y otros ámbitos vinculados. Este ejercicio analítico es importante para comprender cómo se están abordando los núcleos de inequidad identificados anteriormente y evaluar la efectividad de las estrategias implementadas en los territorios.

Los entornos, considerados en este análisis incluyen: el entorno educativo, que busca institucionalizar prácticas para el cuidado de la salud en instituciones educativas; el entorno comunitario, orientado a promover el bienestar en barrios y veredas; el entorno institucional, enfocado en el cuidado integral de personas institucionalizadas; y el entorno laboral, dirigido a mejorar las condiciones de salud de trabajadores informales. La concentración espacial de la relación dichas acciones, los indicadores en salud y la población afectada se puede visualizar en el mapa 13. Adicionalmente, se consultó a líderes de políticas públicas, quienes desempeñan un rol estratégico en la planeación, coordinación intersectorial y evaluación de políticas de salud pública con énfasis en la participación social y equidad.

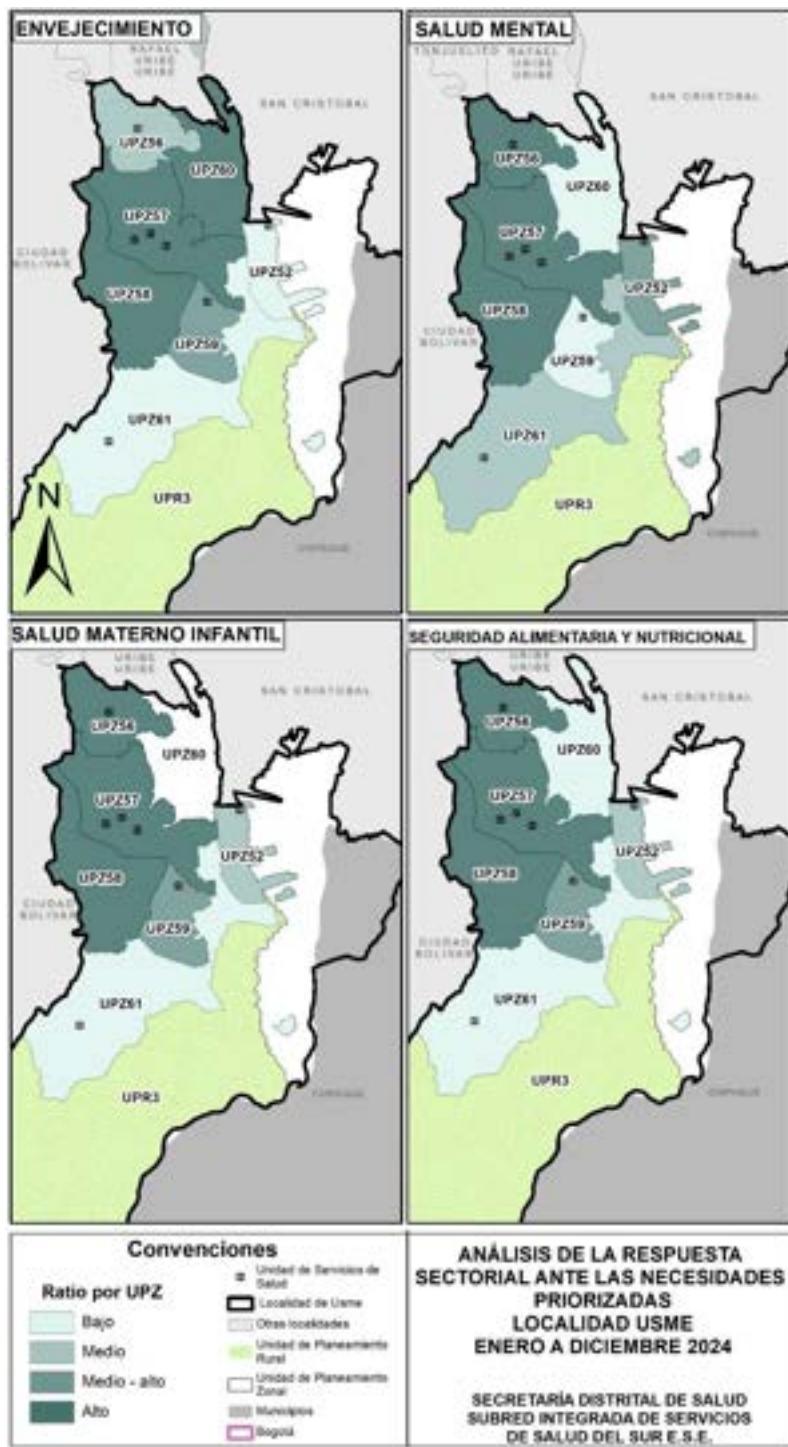
4.1 Análisis de la respuesta intersectorial, sectorial y social con énfasis en avances y limitaciones

El presente análisis cartográfico constituye una herramienta fundamental para la comprensión territorial de las problemáticas de salud priorizadas en la localidad de Usme, desarrollado en el marco del fortalecimiento de la respuesta sectorial ante las necesidades identificadas. La cartografía aquí presentada resulta de un proceso sistemático de georreferenciación de datos que permite visualizar la distribución espacial de cuatro problemáticas críticas: envejecimiento de la población, pobreza multidimensional y salud mental, pobreza-seguridad-soberanía alimentaria y nutricional, brechas de género y salud materno infantil, estableciendo las bases empíricas para la focalización territorial de intervenciones diferenciadas según las características específicas del territorio.

La metodología empleada integra información epidemiológica, determinantes sociales y análisis de concentración espacial para generar una representación territorial que orienta la toma de decisiones en salud pública rural y urbana, por medio el cálculo ratio, explicado en la metodología del presente documento. Cada mapa evidencia no solo la distribución de las problemáticas sino también la intensidad de la respuesta sectorial implementada por la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur, permitiendo identificar correspondencias entre necesidades territoriales y asignación de recursos en un contexto de alta ruralidad y diversidad geográfica. Esta aproximación territorial facilita la comprensión de las inequidades en salud como fenómenos espacialmente determinados, donde la interseccionalidad de problemáticas configura núcleos específicos de vulnerabilidad que requieren intervenciones diferenciadas y coordinadas intersectorialmente,

considerando particularmente las especificidades del territorio rural y las barreras geográficas que caracterizan a Usme como la localidad con mayor extensión rural del Distrito Capital.

Mapa 13. Respuesta sectorial ante las necesidades priorizadas, Usme, 2024



Fuente: Bases Gestión de la información GESI, 2024; Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital – IDECA.

PROBLEMÁTICA 1: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

La transformación demográfica evidencia un fenómeno de envejecimiento progresivo que se expresa en tres situaciones concretas: 1. el aumento de la población mayor de 60 años, 2. un aumento de la población mayor de 75 años y 3. feminización de la vejez, con una proporción creciente de mujeres en este grupo etario. Esta población enfrenta dificultades debido a la subvaloración sociocultural de la vejez, una alta dependencia económica, psicoafectiva y comportamientos negligentes y de abandono por parte de los familiares, principalmente en lo observado en el hospital de Usme, donde se encuentran 14 personas mayores en situación de abandono total. Adicionalmente, esta población es la principal afectada por la escasa oferta laboral formal en la localidad y se encuentra con más barreras para acceder a una calidad de vida en igualdad de oportunidades. Dicha situación puede ser cada vez más crítica, si se tiene en cuenta que, según las proyecciones del DANE, entre 2019 y 2029 la población mayor de Usme se duplicará y por lo tanto los índices de dependencia.

Lo anterior se expresa en una falta de manejo adecuado de condiciones crónicas asociadas a la edad, desde un enfoque preventivo. En ese sentido, es importante tener en cuenta los indicadores de morbilidad para esta población y el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Esta problemática se encuentra asociada a los núcleos de “inequidades en el acceso efectivo” e “inequidades poblacionales”. Para el primer núcleo, se encuentra asociada la categoría relacionada con calidad en la atención y las subcategorías de oportunidad y debilidades de infraestructura y tecnologías de diagnóstico. Para el segundo núcleo, se asoció la categoría de demografía y las subcategorías relacionadas con edad y población diferencial por situación o condición. En ese sentido, se tiene que el envejecimiento de la población debe ser atendido desde una multiplicidad de instancias institucionales.

Los grupos poblacionales más afectados se encuentran dentro del ciclo de vida vejez, especialmente las mujeres cuidadoras, los adultos mayores en situación de pobreza, abandono discapacidad o enfermedades crónicas, así como la población rural dispersa con baja red de apoyo. En ese sentido, se ha identificado como actores responsables de atender la problemática a la Secretaría de Salud y la Secretaría de Integración Social.

Desde el sector salud se han realizado acciones provenientes del entorno comunitario, institucional y laboral. En ese orden de ideas, desde el entorno comunitario se ha generado seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) a partir de tamizajes de riesgo cardiovascular y mental, estrategias de autocuidado y envejecimiento saludable, así como la promoción de estilos de vida activos y saludables.

De parte del entorno cuidador institucional se desarrollan acciones individuales y colectivas en instituciones, sin embargo, se ha encontrado que la población mayor se ve afectada por todas las problemáticas particulares de la localidad y las propias del curso de vida. En relación con el entorno laboral, se aborda a las personas mayores en las unidades de trabajo informal, ya bien sea como trabajadores o como cuidadores de niños, niñas y adolescentes. En esa instancia se realizan asesorías por parte de la enfermedad quien realiza educación para mejorar las condiciones de salud. En los casos donde se observa algún comportamiento relacionado con afectaciones en la salud mental, se realiza una intervención por parte del profesional en psicología.

Ahora bien, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la Subred Sur, las enfermedades hipertensivas se encuentran dentro de las 10 primeras causas de atención, razón por la cual se cuenta con la ruta cerebro cardiovascular y metabólica. Desde las acciones colectivas el PSPIC y el proceso transversal de Gestión y Análisis de Políticas, realizan acciones de promoción y prevención con todos los cursos de vida en hábitos de vida saludable, y alimentación adecuada.

En el nivel intersectorial, el entorno institucional ha incentivado la activación de la Ruta de promoción y Mantenimiento de la Salud y/o de riesgo de los casos con identificación de motivos o riesgos en salud que ameritan la canalización, mediante las modalidades sectorial e intersectorial, según corresponda, para lograr una respuesta integral e integrada. El entorno laboral realiza canalizaciones de acuerdo con la disponibilidad del portafolio de servicios enviado por el equipo de canalizaciones. Además, desde el proceso de Gestión y Análisis de Políticas, se trabaja la oferta social de integración con sus programas de alimentación y desarrollo económico. De igual manera se adelantan acciones relacionadas con la oferta de empleabilidad y la prevención del abandono a través del fortalecimiento de conexiones familiares.

Desde una perspectiva comunitaria, se cuenta con los comedores comunitarios, programas de subsidios y se ha trabajado con la organización comunitaria Sirwepa, la cual ha realizado iniciativas con personas mayores para la prevención del abandono.

Teniendo en cuenta lo anterior, se han identificado avances en los entornos laboral, comunitario, institucional y educativo. A partir de las acciones realizadas desde el entorno laboral, es posible identificar situaciones donde las personas mayores se vean afectadas y de esta manera se pueden generar canalizaciones a nivel sectorial e intersectorial, por lo que existen grupos organizados en UTIS.

Desde el entorno comunitario se identifica mayor cobertura en valoración del riesgo cardiovascular y atención extramural, así como un fortalecimiento de actividades de autocuidado y educación en salud. Se han fortalecido programas como Escuchar Más Bienestar, se han realizado articulaciones con organizaciones de base comunitarias e instituciones, en las cuales se desarrollan acciones de educación, donde se ha abordado el desarrollo habilidades y capacidades frente a los cambios físicos, y psicológicos dentro del ciclo propio del ser humano. De igual manera se enruta y se moviliza a usuarios para gestionar el tiempo libre; la población mayor es la más dispuesta y participativa para trabajar en estos espacios. Finalmente se ha identificado que los líderes sociales son, en su gran mayoría, personas mayores y son ellos quienes se involucran más en los procesos comunitarios.

No obstante, se han encontrado diferentes limitaciones como redes débiles de apoyo social y familiar, una reducida oferta a nivel intersectorial, la cual impide que las personas mayores puedan acceder a subsidios o apoyos económicos mínimos, pues muchas de ellas trabajan en la informalidad y sus condiciones de salud profundizan la situación de precarización y vulnerabilidad en que se encuentran. El entorno laboral tiene limitaciones en el personal de enfermería, ya que no se pueden abordar todas las UTIS, sino aproximadamente al 50% de la población.

El entorno comunitario ha identificado una proliferación de ETS con positivo para sífilis, que afecta a las personas mayores LGBTI, las cuales tienen más riesgo de vivir procesos de estigmatización y dificultades en el acceso a servicios de salud para la detección temprana de esta enfermedad. Además, se ha identificado

que muchas de las personas a las cuales no se les detecta la enfermedad a tiempo, viven solas, no cuentan con una red de apoyo sólida y no tienen el desarrollo de habilidades para navegar en el sistema de salud.

Finalmente, el análisis espacial del envejecimiento evidencia que la respuesta sectorial se ha concentrado en las UPZ60 Parque Entrenubes, UPZ57 Gran Yomasa y UPZ58 Comuneros, donde se observan los ratios más altos. Para estos dos últimos, esta concentración puede estar relacionada con una mejor accesibilidad, la presencia de unidades de servicios de salud y mayor densidad de población mayor, lo que ha facilitado la priorización institucional. Llama especial atención el abordaje en la UPZ60 Parque Entrenubes, que, si bien no tiene un comportamiento alarmante, ha registrado acciones sectoriales en gran medida por parte de los entornos comunitario y educativo. Sin embargo, existen limitaciones importantes en la respuesta en otras UPZ como la UPZ61 Ciudad Usme y en la UPR3, donde los ratios son bajos pese a la existencia de necesidades marcadas, particularmente por las condiciones geográficas y de dispersión de la población que dificultan la atención domiciliaria o comunitaria. Además, estas zonas enfrentan barreras sociales como el aislamiento y la falta de redes de cuidado, así como limitaciones administrativas por la baja cobertura institucional. La inequidad territorial es evidente: mientras en las zonas más urbanizadas se consolida la oferta, en los territorios rurales o periféricos hay una ausencia de estrategias diferenciales adaptadas a sus condiciones. Se requiere el fortalecimiento de rutas extramurales de atención geriátrica, unidades móviles adaptadas a las condiciones de movilidad y dispersión territorial, y la articulación con redes comunitarias para el cuidado de personas mayores solas o en situación de dependencia funcional. La toma de decisiones debe priorizar a las UPZ52 La Flora, la UPZ61 Ciudad Usme y UPR3 como zonas críticas, reconociendo sus barreras geográficas y sociales, e incorporando estrategias innovadoras de atención en territorio.

PROBLEMÁTICA 2: POBREZA MULTIDIMENSIONAL Y SALUD MENTAL

La localidad enfrenta una situación estructural de pobreza multidimensional que propicia el desarrollo de factores como estrés desde edades tempranas, debido a entornos familiares conflictivos, problemas económicos, violencias físicas, psicológicas y culturales, así como conflictos de convivencia e inseguridad. Estas problemáticas obligan a muchos menores a realizar actividades laborales para contribuir económicamente en sus hogares, lo cual perpetúa ciclos de trabajo informal y vulnerabilidad socioeconómica, limitando las oportunidades de desarrollo personal y comunitario; la localidad tiene una tasa de deserción escolar que supera el promedio de Bogotá. En ese sentido, los ciclos de vulnerabilidad tienen diferentes impactos en el desarrollo personal de los jóvenes.

Si bien no se pueden realizar relaciones directas o unicausales de los desenlaces en salud, es importante prestar especial atención a la etapa de vida de la juventud y toda la oferta institucional que requiere esta población para garantizar una óptima realización de sus derechos y una salud mental estable. En ese sentido, es importante revisar los posibles contextos de violencia intrafamiliar y económica que enfrentan los jóvenes, ya que estos pueden ser factores estrechamente asociados al consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida. En la localidad, los jóvenes son la población más representativa en el consumo de SPA: la edad promedio del inicio de consumo es en el ciclo vital de adolescencia con el 78% de los registros y hay mayor prevalencia entre los 12 y los 18 años. De otro lado, los jóvenes también son la población más representativa en las tasas de ideación suicida e intento de suicido, pues suman el 71% de los casos. Ambos desenlaces se encuentran acentuados en las UPZ Gran Yomasa y Comuneros.

Esta problemática se encuentra asociada a la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la suficiencia en la cantidad de profesionales que prestan el servicio de salud, teniendo como categorías la calidad en la atención y el acceso respectivamente, por lo que pertenece al núcleo de inequidades en el acceso efectivo. También se asoció al núcleo de inequidades poblacionales, dentro de las categorías relacionadas con situaciones y condiciones socioeconómicas y socioculturales, teniendo como subcategorías las redes de apoyo, reproducción social y organización comunitaria e ingresos.

Todos los cursos de vida se ven afectados por la problemática, especialmente aquellos que se encuentran en contextos escolares o de vulnerabilidad social, así como las mujeres víctimas de violencia, cuidadores, personas en situación de pobreza o aislamiento y la población con consumo problemático de SPA –se ha identificado una prevalencia en jóvenes y adultos entre 12 y 28 años-. En ese sentido, se ha identificado que esta problemática debe ser atendida por la Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, Integración Social y Educación.

Dentro del sector salud se ha abordado la problemática con acciones provenientes de los entornos comunitario, educativo, institucional y laboral, así como por el proceso Transversal de Gestión y Análisis de Políticas para el Bienestar en el territorio, el cual es el encargado de articular las acciones de salud mental con los otros sectores a través de diálogo y concertación en espacios o instancias de política pública. Es por ello por lo que la Subred Sur cuenta con la secretaría técnica compartida de la Instancia de Consejo Red de Buen Trato, la cual reúne a entidades como Integración Social, ICBF, Educación, Cultura, entre otros y se encargan de aunar esfuerzos en el territorio para acciones de salud mental.

Es así como desde la política pública en salud mental se permite el desarrollo de fortalecimientos de capacidades dirigidos a: representantes de otros sectores que directa o indirectamente identifican situaciones asociadas al problema público y comunidades según las diferentes solicitudes y temáticas priorizadas desde las IED de la localidad, fundaciones o grupos comunitarios.

Dicho lo anterior, los diferentes escenarios mencionados permiten la implementación de diferentes estrategias de los Entornos Cuidadores de la Subred, relacionadas con la intervención desde perfil de psicología, identificando en algunos casos el consumo de SPA en relación con problemas o trastornos mentales y el desarrollo de dinámicas asociadas al manejo de emociones, habilidades para la vida, entre otros.

La política pública de SPA cuenta con la secretaría técnica de la Mesa Local de Estupefacientes, que permite el reconocimiento de las necesidades relacionadas. De esta manera se fortalece el ejercicio de las diferentes estrategias que viajan por los Entornos Cuidadores, donde se implementan acciones para la prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de SPA, tales como los equipos de Escuchar para Más Bienestar, con estrategias como 'Jóvenes, Rumbea con Bienestar', 'SPAcios de Bienestar', espacios de integración con barras del fútbol, gestores comunitarios, entre otros.

Del lado del entorno comunitario, se gestionan jornadas extramurales de salud mental, tamizajes de riesgo suicida y se implementan rutas de atención integral, y procesos comunitarios con enfoque de salud mental. Del lado del entorno educativo, el consumo de SPA ha sido abordado desde procesos psicoeducativos colectivos e individuales orientados a sensibilizar a la población sobre los riesgos asociados al consumo. Estas acciones incluyen actividades interactivas, audiovisuales que fomenten el manejo de emociones, la toma de

decisiones conscientes, resolución de conflictos, evaluación y estructuración del proyecto de vida y el bienestar integral. Para abordar las problemáticas relacionadas con la salud mental, desde el proceso de ‘entornos protectores’ se han realizado acciones enfocadas en la seguridad y convivencia del entorno, así como actividades preventivas frente al acoso callejero, violencias basadas en género y cartillas de líneas de atención.

El entorno ‘cuidado institucional’ realiza acciones encaminadas a la detección de alteraciones relacionadas con salud mental y consumo de SPA en los diferentes cursos de vida, desarrollando acciones de información, educación en salud, prevención y promoción. Finalmente, de parte del entorno laboral, si en el proceso de caracterización de las unidades de trabajo informal, se evidencia alguna situación puntual relacionada con el consumo de SPA o con afectaciones a la salud mental como por ejemplo trabajo infantil, se aplican tamizajes según necesidad y las personas son remitidas a psicología para realizar al menos cuatro asesorías. El profesional de psicología decidirá si es necesario activar rutas de intervención, prevención y erradicación.

En el nivel intersectorial, el entorno educativo ha realizado activaciones de ruta y acciones de articulación con Secretaría de la Mujer para brindar servicios a las comunidades y con instituciones educativas para ejecutar acciones conjuntas de prevención, sensibilización, concientización y orientación frente al consumo de SPA, dirigidos a niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos. En esta línea, se realizan canalizaciones y notificaciones a entidades garantes de derechos, se ha participado en asistencias técnicas y capacitaciones para mejorar la identificación temprana de problemas relacionados con el consumo de SPA y brindar un manejo adecuado a la comunidad educativa desde un enfoque integral. Se recibe e informa a la comunidad educativa sobre la oferta de servicios intersectorial, con el propósito de garantizar y promover el acceso a espacios de recreación, actividades deportivas, culturales y artísticas que buscan mantener a los jóvenes ocupados y alejados del consumo.

El entorno institucional activa rutas y/o notificaciones de eventos de interés en salud pública, acorde a los riesgos y alertas identificadas. De parte del entorno laboral, se busca realizar canalizaciones con base en la oferta institucional.

Ahora bien, la Subred hace parte de la secretaría técnica junto con ICBF y la Subdirección Local de Integración social-SLIS del Consejo Red del Buen Trato. A partir de allí se permite la coordinación de acciones como: planeación e implementación de escuela local de prevención de violencias, orientación en la identificación y notificación de los diferentes tipos de violencias desde los diferentes sectores, desarrollo de actividades con enfoque en salud mental en diferentes escenarios priorizados y en articulación interinstitucional. Esto a su vez permite la identificación de otro tipo de necesidades comunitarias y la oportunidad de su respuesta de manera integral. Además, se busca proyectar la formalización de espacios locales de participación de los medios alternativos comunitarios y planear, coordinar e implementar la Semana del Buen Trato.

Frente al consumo de SPA, mediante la articulación intersectorial, se ha permitido la planeación y desarrollo de actividades en instancias de la Mesa Local de Estupefacientes-MLE y Mesa de Entornos Escolares, tales como escuelas de padres, procesos de sensibilización en IED, fundaciones, grupos asociados a instituciones sociales, grupos comunitarios, entre otros. También se han realizado jornadas de servicios de manera articulada donde participan diferentes entidades, según la población y dinámicas de los diferentes sectores, vinculación de líderes sociales en la MLE y en las actividades propias del plan de acción, entre otras.

Existen iniciativas comunitarias para abordar la salud mental como el Taller en Prevención de Violencias y la elaboración de la cartilla de líneas de atención, así como ollas comunitarias que ha promovido el entorno educativo. Además, una de las iniciativas que se han posicionado está basada en el Consejo Tutelar, el cual permite el trabajo con niños, niñas y adolescentes de la localidad, donde se abordan temas como el manejo de emociones, entre otros. Además, las iniciativas comunitarias han permitido promover la participación de docentes y demás comunidad educativa en el proceso de prevención y sensibilización, con acciones psicoeducativas que proporcionan herramientas para identificar conductas de riesgo y manejar situaciones relacionadas con el consumo de SPA en las áreas de ajuste. Desde la Fundación Manos con Semillas de Vida, se implementan acciones enfocadas en la prevención del Consumo de SPA mediante la oferta de servicios de formación académica y el reconocimiento de los riesgos y daños asociados al consumo, mediante el desarrollo de jornadas asistenciales con personas en habitabilidad de calle.

Teniendo en cuenta los elementos mencionados anteriormente, se identifican los siguientes avances: existe reconocimiento de particularidades comunitarias en el territorio, lo cual permite la implementación conjunta de acciones de manera interinstitucional. Las agendas de los diferentes sectores, donde se tienen objetivos comunes, permiten el abordaje de manera objetiva respecto a las necesidades territoriales. La elección de un consejero Local de Paz en representación de la MLE ha permitido el posicionamiento de las actividades sectoriales e intersectoriales con relación a las SPA en respuesta integral al problema público.

Desde la intervención psicológica, se educa para promover la salud mental, el trabajo y las violencias de género, que conllevan a las mujeres cuidadoras a vivir una doble carga laboral. Es por ello por lo que el entorno cuidador laboral ha encontrado receptividad de los padres, cuidadores y niños, niñas y adolescentes frente a las intervenciones, informando que estas asesorías son de gran ayuda para ellos. Es posible evidenciar una búsqueda por promover el desarrollo de habilidades para la vida, buscando la estabilidad física, emocional y mental. También se ha promovido la intervención de psicología en casos extremos, o canalización para realizar intervención por parte de pediatría y posterior remisión a psicología. En la población juvenil, se ha buscado realizar por parte del entorno laboral, un fortalecimiento del autoestima, personalidad, aspiraciones en proyecto de vida y manejo de conflictos. Lo anterior se ha realizado mediante espacios de esparcimiento, manejo de tiempo libre y escuelas de fútbol.

Algunos de los avances que se observan frente a la actividad del entorno educativo, tienen que ver con la articulación favorable entre la comunidad y la Subred. Esto ha beneficiado el desarrollo de las acciones en el polígono, logrando dar respuesta a los factores de riesgo identificados. Además, se ha evidenciado adherencia a la psicoeducación y sensibilización de la comunidad educativa sobre los riesgos del consumo de SPA. En ese orden de ideas, los docentes y directivas están mejor informados para detectar y tratar este evento de salud mental de manera oportuna. El trabajo intersectorial ha permitido fortalecer la respuesta frente al consumo de SPA, especialmente en la colaboración entre los sectores de salud y educación. Se ha ampliado la cobertura de programas de prevención en las escuelas y en las comunidades, con la creación de espacios recreativos y deportivos que promueven hábitos saludables. En términos de análisis, se identifica que el entorno responde a las necesidades que requiera la comunidad relacionada, independientemente del grupo poblacional o curso de vida. Finalmente, se incluyen los tamizajes como apoyos en la respuesta de la problemática.

El producto de Entorno Escolares Protectores, parte del reconocimiento de las problemáticas, los factores de riesgo y los factores protectores fuera del entorno escolar. Se priorizan colegios por enfoque de educación y

se realizan iniciativas propias, donde participa la comunidad y otros sectores como personas en habitabilidad de calle y vendedores ambulantes. Para la Secretaría de Educación el producto se llama Entornos Escolares Inspiradores y una de las principales actividades son jornadas donde se identifican factores de riesgo, se realizan diferentes gestiones y a partir de la identificación multisectorial, se abordan las múltiples poblaciones afectadas.

Frente al entorno institucional, se han particulado acciones sectoriales e interinstitucionales que permitan la ocupación del tiempo libre y la posible vinculación laboral para mitigar el consumo de sustancias psicoactivas y fortalecer los hábitos saludables en el territorio.

En cuanto a la distribución espacial, se observa una respuesta fuerte en UPZ56 Danubio, UPZ57 Gran Yomasa y UPZ58 Comuneros, reflejada en los altos ratios. Estas UPZ, como se ha mencionado, concentraron mayor presencia de programas de fortalecimiento comunitario, acciones en entornos escolares, manejo del tiempo libre, y oferta de atención psicológica o psicosocial en los servicios de salud, lo que ha contribuido a ampliar el acceso y reducir barreras de estigmatización.

A pesar de los avances, también se han encontrado limitaciones que indican que persiste la necesidad de fortalecer el alcance territorial y la sostenibilidad de las acciones, ya que la implementación depende en gran medida de la articulación con actores locales y del compromiso permanente institucional, permitiendo mejorar la cobertura y frecuencia de las intervenciones según el sector o grupo poblacional priorizados. En algunas ocasiones los usuarios requieren oportunidades, no solo de atenciones resolutivas, sino desde la prevención. Este aspecto involucra la disponibilidad de los diferentes sectores públicos, pues esto a su vez incide en la vinculación de la población que demanda dichos servicios. Además, de parte del entorno laboral no se cuenta con disponibilidad de atención para casos por parte de psicología frente al consumo de SPA.

Para promover la salud mental, se requiere la existencia de programas sociales, sin embargo, al revisar el portafolio de servicios, se evidencia que en muchas ocasiones los usuarios no encuentran cupos o los programas ya no están disponibles. A pesar de que desde el entorno laboral se identifica la población con problemas de salud mental, los usuarios requieren de una atención terapéutica; en ese sentido los servicios de psicología son limitados. Por otro lado, aunque existe la disposición para hacer canalizaciones, no hay oferta para que los usuarios asistan a los servicios. Además, no se cuenta con una oferta amplia de espacios para la promoción de la salud mental, pues si bien hay piscinas, escuelas deportivas, entre otras, muchas veces es difícil garantizar que las personas asistan, ya que deben cumplir obligaciones laborales o no encuentran la pertinencia de ir a dichos espacios.

De parte del entorno educativo, se encuentran limitaciones frente a la presencia de la oferta intersectorial, ya que uno de los polígonos priorizados es lejano a la oferta institucional. En lo relacionado con el entorno institucional, se identifican diferentes determinantes que afectan la salud y nula oferta en la localidad por Empresas Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB. En relación con el consumo de SPA, este entorno cuidador identifica que existe desinformación de lo que implica el consumo de las sustancias psicoactivas: elaboración, fabricación, distribución, riesgos y consecuencias fisiológicas, mentales y conductuales en los menores. También se encuentra una baja percepción del riesgo de la problemática y normalización del uso y venta de dispositivos eléctricos como vaper, bebidas alcohólicas y cigarrillos.

La presión social, falta de recursos y oportunidades para el uso adecuado del tiempo libre, las carencias de redes de apoyo, habilidades sociales y emocionales, impiden que muchos estudiantes busquen ayuda, debido al temor por el rechazo social o la discriminación. Las barreras socioculturales y económicas de algunas familias dificultan la participación en programas de prevención y rehabilitación, lo que limita la efectividad de las intervenciones. A partir del análisis, se ha encontrado que la estrategia del entorno educativo tiene la particularidad de la priorización, porque solo los colegios priorizados tendrán las acciones del entorno para su comunidad. No obstante, teniendo presentes las particularidades del territorio, existe una cantidad considerable de territorios con afectaciones por el consumo y venta de sustancias psicoactivas. Finalmente, el entorno institucional identifica que existen proyectos cortos que no permiten dar cobertura a la población y falta de recursos.

Así pues, persisten brechas en las UPZ59 Alfonso López, UPZ61 Ciudad Usme y especialmente en el cálculo de los datos de la UPR3, donde los registros de consumo de SPA son nulos (y su cálculo es nulo) debido a la presencia de un denominador en 0. Estas zonas enfrentan barreras culturales que limitan la demanda, así como carencias institucionales para ofrecer atención especializada. En particular, UPR3 requiere un enfoque diferencial que reconozca la ruralidad, las trayectorias de vida de las comunidades campesinas y las dificultades de acceso a servicios.

3: POBREZA - SEGURIDAD, SOBERANÍA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Usme es la localidad con mayor proporción de personas en situación de pobreza en Bogotá, lo cual ha tenido consecuencias significativas en la seguridad alimentaria y nutricional de la población. Esta dinámica se relaciona con dos situaciones específicas: 1. Las barreras para acceder a alimentos de calidad y agua potable han aumentado en los últimos años: entre 2017 y 2021 hubo un incremento significativo en el número de hogares que enfrentaron dificultades para acceder a una alimentación saludable, lo cual profundizó las brechas de vulnerabilidad en el territorio. 2. A pesar de que el 85% del territorio de la localidad es rural y cuenta con producción agrícola, la ausencia de un centro de acopio y la ineficiencia en los sistemas cortos de abastecimiento, generan sobrecostos que afectan tanto a productores como a consumidores, limitando el abastecimiento local de alimentos. Actualmente existe una articulación con organizaciones de mujeres emprendedoras para fortalecer los sistemas cortos de abastecimiento, sin embargo, este factor aún requiere esfuerzos para mitigar la baja diversidad nutricional que puede existir en la localidad.

Estas dos situaciones tienen dos desenlaces en salud: el primero tiene que ver con un aumento en la notificación por desnutrición aguda en menores de 5 años a partir del 2021 y un aumento en la desnutrición global para 2023, especialmente en la UPZ 52 La Flora y UPZ 57 Gran Yomasa. Sin embargo, la malnutrición no solamente tiene que ver con índices de desnutrición o bajo peso, sino también con desequilibrios en la ingesta de micronutrientes debido a la baja diversidad de alimentos locales. Es por esto por lo que el segundo desenlace tiene que ver con el aumento de la obesidad, así como de enfermedades del sistema circulatorio ya que fueron principales representantes del índice de mortalidad por grandes causas en mujeres y hombres entre 2019 y 2022. De igual manera la diabetes mellitus tuvo una representatividad alta dentro de las causas de defunciones no fatales en 2022. La falta de un manejo integral de estas condiciones crónicas se ha identificado especialmente en la UPZ 58 Comuneros.

Esta problemática se encuentra asociada a los núcleos de inequidades poblaciones y debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud. Frente al primer núcleo, se asociaron las categorías de situaciones y condiciones socioeconómicas y socioculturales, por lo que se relacionaron con las subcategorías explicativas de condiciones de vida y autocuidado respectivamente. Frente al segundo núcleo, se asoció a las categorías de gobernanza y también se identificó que hace parte de una categoría emergente. En ese sentido, se asoció a las subcategorías explicativas de planificación y ejecución articulada de programas y acciones de gobierno local, distrital, regional y nacional, así como a una subcategoría explicativa emergente. Esto quiere decir que el sector debe revisar a partir de qué otros elementos no contemplados hasta el momento, puede atender a esta problemática.

Todos los cursos de vida y grupos poblacionales se ven afectados por la problemática, sin embargo, se sugiere prestar especial atención a niños y niñas menores de 5 años, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores, población rural dispersa, hogares en situación de pobreza e inseguridad alimentaria severa, así como víctimas del conflicto armado y migrantes. En ese sentido, se identifica que los actores responsables para atender la situación son la Secretaría Distrital de Salud, las instituciones educativas y los entornos cuidadores.

Desde la Subred Sur, se han realizado diferentes acciones para abordar la problemática, teniendo como eje central los entornos cuidadores. En el marco de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional, se llevan a cabo canalizaciones hacia servicios sociales como ICBF y SDIS, así como también a las EAPB para aquellos usuarios identificados con diagnóstico de desnutrición o riesgo de desnutrición. Además, se implementan fortalecimientos de capacidades, enfocados en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, con el objetivo de mejorar y contribuir a los factores que inciden en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, aportando al bienestar general de la población.

Dentro de las acciones desarrolladas a través del Comité Local de Seguridad Alimentaria, se adelantan iniciativas orientadas a la promoción de la lactancia materna y a la inmunización, contribuyendo a la protección y prevención de enfermedades. Estas acciones son fundamentales para garantizar el acceso a una nutrición adecuada, promoviendo el desarrollo integral de los individuos, especialmente de niños y niñas y reduciendo los riesgos asociados a la malnutrición.

El entorno cuidador comunitario se ha enfocado en prestar servicios de atención integral a las mujeres lactantes, así como de generar un seguimiento del estado nutricional de niños, niñas y madres. También se han realizado talleres educativos sobre nutrición y alimentación saludable. De parte del entorno educativo, se implementa en las diferentes instituciones educativas actividades psicopedagógicas, que incentivan el consumo de alimentos seguros, saludables y se desarrollan estrategias para el consumo seguro de agua, calidad en la alimentación y desinfección adecuada de alimentos para evitar EDA (enfermedad diarreica aguda). Adicionalmente se implementan proyectos de huertas escolares que involucran a padres de familia y buscan ser desarrollados en los hogares más vulnerables. Desde los entornos institucional y laboral, también se llevan a cabo acciones educativas y que promueven estilos de vida saludables para prevenir tanto la desnutrición como los problemas relacionados con el exceso de peso.

En el nivel intersectorial, se han evidenciado diversas iniciativas comunitarias que juegan un papel fundamental en la mejora de la nutrición y la seguridad alimentaria. Entre ellas se destaca la creación de

sistemas de abastecimiento -huertas comunitarias-, que permiten a las familias cultivar alimentos frescos y nutritivos, promoviendo la autosuficiencia alimentaria y el acceso a productos locales de calidad. Además, se han formado grupos de apoyo en lactancia materna, los cuales brindan orientación y acompañamiento a las madres sobre los beneficios de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su impacto en la salud infantil.

El entorno educativo manifiesta que se han adelantado alianzas con organizaciones para abrir huertas comunitarias y el entorno educativo manifiesta que desde salud pública se generan visitas a hogares y establecimientos donde se adquieren los alimentos. En los hogares se logran identificar personas con enfermedades crónicas no transmisibles, riesgo de bajo peso, desnutrición y se verifica el acceso al agua potable. En los establecimientos comerciales se busca verificar que los productos en venta sean seguros y tengan las condiciones higiénico sanitarias adecuadas, la reglamentación al día y que los productos sean totalmente seguros para la población. Desde el entorno laboral se realizan canalizaciones de acuerdo con el portafolio de servicios enviado por el equipo encargado.

A nivel comunitario se ha logrado avanzar en la articulación intersectorial, lo que ha permitido captar a un mayor número de personas interesadas en los temas de alimentación saludable y hábitos de vida saludables. Esta colaboración ha favorecido la creación de espacios de sensibilización y educación, logrando una mayor participación comunitaria en la promoción de prácticas nutricionales adecuadas y estilos de vida positivos. Además de la activación de huertas, se generan mercados campesinos para estimular la economía frente al acceso a alimentos seguros y diversos y de esta manera fortalecer la seguridad alimentaria.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde el entorno laboral se identifican avances en los procesos de caracterización de las acciones integradas, así como se hace entrega del formato de las condiciones de salud de los trabajadores, niños, niñas y adolescentes, el cual permite generar compromisos y seguimiento a los mismos durante el desarrollo de asesorías. Además, frente a las situaciones de obesidad identificadas, se realiza sensibilización y educación sobre hábitos de vida saludable. Se han evidenciado avances desde el entorno comunitario relacionados con la expansión de talleres de alimentación saludable y crecimiento de huertas comunitarias como estrategia de soberanía alimentaria. Se han realizado Jornadas Más Bienestar y Cuídate Se Feliz.

No obstante, se evidencia que muchos usuarios no tienen adherencia a tratamientos, no solo por barreras en la atención, sino porque la mayor parte de personas hacen parte del régimen contributivo. Sin embargo, las jornadas Más Bienestar son un avance en términos de abordaje colectivo frente a esta problemática para promover hábitos de vida saludable. En el entorno educativo hay dos avances importantes: el PRAE-Proyecto ambiental escolar desarrollado por nutricionista e ingenieros ambientales en los colegios priorizados (13 en Usme), en el cual se realiza fortalecimiento a través de huertas desde cero. En las ocasiones en que no hay capacidad de espacios, se realizan jardines de forma vertical. Es así como se realiza el seguimiento hasta la cosecha y con esos productos se realizan actividades que integran a las comunidades escolares.

Se ha encontrado la participación en el programa Mi Mascota Verde y Yo, desde el cual se aporta a la seguridad alimentaria y nutricional. El otro programa es el de Salud y Nutrición, donde se realiza la toma de talla, peso, pruebas visuales y auditivas, con niños menores de 6 años y se realiza canalización y seguimiento

a niños con situaciones especiales. En el presente año se han identificado dos jardines para realizar el Picnic Nutricional, que consiste en una jornada para fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional.

Espacialmente, este panorama muestra una respuesta con ratios altos en UPZ56 Danubio, UPZ57 Gran Yomasa y UPZ58 Comuneros. Estas acciones han sido más efectivas en zonas urbanas con infraestructura consolidada y mayores niveles de organización comunitaria. Sin embargo, en las UPZ59 Alfonso López, UPZ61 Ciudad Usme se registraron niveles medios o bajos de respuesta, a pesar de ser territorios donde persisten condiciones de inseguridad alimentaria asociadas a bajos ingresos, desnutrición crónica infantil, dificultades de acceso a alimentos saludables y limitado acompañamiento nutricional a familias. Las barreras geográficas, la baja cobertura de servicios especializados y la falta de continuidad en la articulación intersectorial (salud, educación, integración social) impiden una intervención eficaz.

En este sentido, a pesar de los esfuerzos realizados por los entornos y las diferentes entidades responsables, se han encontrado limitaciones como escasez de oferta institucional e intersectorial, mayormente en la zona rural, falta de consolidación entre los actores del Sistema de Abastecimiento y Distribución de Alimentos-SADA, ausencia de plazas de mercado, lo que limita el circuito corto de comercialización de los productores rurales y falta de cupos en servicios sociales para la comunidad como bonos alimentarios y comedores comunitarios para personas en situación de pobreza extrema.

La promoción de hábitos saludables requiere de una transformación cultural mucho más profunda que el alcance de los diferentes programas de sensibilización. Cuando se plantea una dieta saludable, culturalmente se tiende a pensar que no hay condiciones económicas suficientes para mantener dicha alimentación. Se evidencia que hay una malnutrición y preferencias por la compra de alimentos ultra procesados, lo cual está relacionado con las estrategias publicitarias de las empresas fabricantes. Además, se tiene que por lineamiento existen visitas priorizadas según el perfil de nutrición, generalmente orientado a la desnutrición y el bajo peso, por lo que los niños con obesidad y mayores de 5 años no son priorizados.

Desde el entorno comunitario se encuentran limitaciones en términos de acceso debido a la situación de pobreza de la población, que le impide destinar recursos económicos para asistir a citas médicas. Del lado de las canalizaciones, aunque estas se realicen, hay una alta probabilidad de no contar con el seguimiento adecuado, debido a la falta de personal destinado a ello, por lo que la respuesta puede ser tardía. Además, las personas canalizadas no siempre asisten a servicios de la oferta institucional del régimen subsidiado.

Existen discontinuidades en términos de talento humano y procesos, lo que dificulta la constancia de los servicios en los diferentes entornos. Por ejemplo, el perfil de gestor comunitario es el más requerido y al mismo tiempo el menos reconocido y remunerado, por lo que tiende a ser el perfil que más deserta, generando con ello reprocesos en los desarrollos del entorno. Frente al entorno educativo, se percibe la necesidad de que las instituciones educativas realicen una mayor articulación con padres de familia para comunicar información importante que permita mitigar los riesgos de la malnutrición. Es importante que estas instituciones fomenten la participación de los padres en las diferentes actividades que se desarrollan en las instituciones desde el nivel intersectorial. Otra de las limitantes se relaciona con que el enfoque de los programas relacionados con seguridad alimentaria y nutricional, generalmente están enfocados en población menor de 6 años, lo cual deja a una cantidad importante de personas sin cobertura.

PROBLEMÁTICA 4: BRECHAS DE GÉNERO Y SALUD MATERNOINFANTIL

Las desigualdades de género inciden directamente en las oportunidades de acceso a servicios básicos y en las expresiones de violencia física y psicológica, profundizando las condiciones de especial vulnerabilidad en niñas y mujeres. La localidad de Usme tiene una tasa de participación global y una tasa de ocupación que pone a las mujeres en una posición más desfavorable frente al promedio de la ciudad, después de Sumapaz. Estos determinantes se expresan en diferentes momentos del curso de vida. Las niñas y adolescentes atraviesan situaciones de violencia intrafamiliar, violencia sexual infantil y falta de apropiación de los derechos sexuales y reproductivos, lo que desemboca en una tasa de fecundidad entre los 15 y 19 años que, si bien ha disminuido, se mantiene por encima de la meta del Plan Territorial en Salud. Existen afectaciones en la salud materno-perinatal, con casos registrados de sífilis gestacional y sífilis congénita. En la fase adulta, las mujeres cabeza de hogar atraviesan mayores desigualdades en cuanto a pobreza. La edad de las madres en la mayoría de los casos de mortalidad en menor de 5 años y mortalidad infantil para 2023, osciló entre los 20 y los 29 años. De igual manera las tasas de mortalidad infantil en la localidad se han mantenido por encima de la meta distrital durante los últimos 6 años.

Esta problemática se encuentra asociada, por un lado, al núcleo de inequidades poblacionales, específicamente a la categoría de demografía, que a su vez está articulada a las subcategorías explicativas de edad y género. Por otro lado, se asoció al núcleo de inequidades en el acceso efectivo y la categoría relacionada con calidad en la atención, que tiene como elementos explicativos los factores de oportunidad y continuidad.

La población más relacionada con esta problemática, son las mujeres gestantes y lactantes, niñas y niños menores de 5 años, madres adolescentes, población migrante en situación irregular, habitantes de zonas rurales y periféricas pertenecientes a los cursos de vida primera infancia, juventud y adultez. De igual manera se identifica que los principales actores responsables para atender a la problemática son la Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Distrital de la Mujer, IDIPROM, Secretaría de Educación y organizaciones comunitarias.

Desde el sector salud se han implementado diversas acciones y estrategias para abordar esta problemática, tanto en las acciones colectivas del PSPIC como en la atención asistencial. Se han desarrollado planes de salud pública con componentes específicos para la salud materna e infantil, como el Plan Decenal de Salud Pública en Colombia. Así mismo, se han establecido mecanismos como la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP) para garantizar un enfoque integral en la atención de madres y recién nacidos. Además, se ha implementado la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia-IAMI, orientada a brindar atención humanizada durante el embarazo, parto y posparto y se fortalecen capacidades en promoción de la lactancia materna y nutrición infantil desde espacios educativos y comunitarios.

Desde el entorno comunitario, se generan servicios y estrategias para prevenir y mejorar estados críticos de salud en niños menores de 5 años a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. El entorno educativo actúa desde la prevención de los riesgos en salud sexual, hasta la protección de la salud en caso de gestaciones tempranas. En ese orden de ideas, se participa en sesiones con escolares y docentes para abordar la educación sexual integral, el goce y el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de prevenir la maternidad y paternidad temprana, así como las enfermedades de transmisión sexual. A los grupos de docentes, se les brindan rutas de acción en caso de identificar alguna

situación que requiera especial acompañamiento. En este aspecto se ha sensibilizado a la población entorno a la función protectora de los establecimientos educativos y su importancia para promover entornos libres de discriminación, prevenir las maternidades y paternidades tempranas y las violencias sexuales y basadas en género.

Se realiza acompañamiento madres escolares gestantes y lactantes, así como a hombres con paternidad temprana, con el fin de promover la salud integral de la mujer en gestación, posparto y la salud infantil. De esta manera se busca fomentar el acceso a servicios de salud, la ruta de promoción y mantenimiento, conocimiento de signos de alarma, promoción de la lactancia materna, acceso al esquema regular de vacunación, entre otros. También se abordan pautas de crianza sin desertar de los estudios.

Desde el entorno cuidador institucional se desarrollan acciones de prevención y promoción de la salud para prevenir eventos como mortalidad perinatal, infantil, mortalidad de menores de 5 años, neumonía e infecciones respiratorias agudas (IRA). Finalmente, desde las intervenciones del entorno laboral, cuando se identifican personas gestantes, se brinda educación y si es pertinente, realiza el proceso de canalización.

La salud materno infantil se aborda desde un enfoque intersectorial que articula los sectores de salud, educación, protección social, desarrollo comunitario y organismos internacionales. Se destaca la Estrategia IAMI, orientada a brindar atención humanizada durante el embarazo, parto y posparto, en coordinación con familias, EPS e IPS. Además, se fortalecen capacidades en promoción de la lactancia materna y nutrición infantil en entornos educativos y comunitarios a todos los cursos de vida. Desde las instancias de participación y la articulación intersectorial, se establece la activación de rutas para la atención y valoración integral, se gestionan jornadas de vacunación y fortalecimiento de capacidades en temáticas que buscan incidir positivamente en los indicadores trazadores.

Desde el entorno comunitario, existe coordinación con el ICBF y la Secretaría de Integración Social para atención a madres adolescentes y niños en riesgo nutricional. Además, se busca fortalecer las rutas de atención a mujeres víctimas de violencia y programas educativos con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos. Desde el entorno educativo se interlocuta con el sector educación, especialmente con coordinadores, orientadores y docentes para generar acciones articuladas y apoyo a la construcción de las políticas de salud sexual en los colegios. También se realiza canalización intersectorial para acompañamiento con Integración Social y apoyo nutricional a gestantes y niños menores de dos años; en caso de vulneración de derechos de los menores atendidos, se notifica al ICBF.

Se articulan redes de apoyo para la gestación y la maternidad a través de los servicios que ofrecen las manzanas del cuidado y se brinda orientación para el acceso a seguridad social en salud. Del lado del entorno institucional, se activan rutas y/o notificaciones de eventos de interés en salud pública, acordes con los riesgos y alertas identificadas. Desde el entorno laboral se realizan canalizaciones de acuerdo con el portafolio de servicios enviado.

En la localidad de Usme han surgido diversas iniciativas comunitarias orientadas a fortalecer la salud materno infantil, especialmente en zonas con acceso limitado a servicios médicos y redes de apoyo. Estas acciones son impulsadas por líderes comunitarias, colectivos de mujeres, organizaciones sociales e instituciones que trabajan de manera articulada con la comunidad. La Subred Sur y distintas organizaciones sociales llevan a cabo jornadas que incluyen control prenatal, esquemas de vacunación, promoción de derechos en salud

sexual y reproductiva, así como atención integral a la primera infancia. Se cuentan con organizaciones, fundaciones y colectivos organizados por mujeres líderes comunitarias.

Como avances se encuentra un fortalecimiento de capacidades en atención prenatal, promoción de la lactancia materna, así como vacunación y control de valoración integral para la primera infancia. El sector salud da respuesta a los planes de acción locales y de las políticas a partir de fortalecimientos de capacidades en la activación de rutas y articulación sectorial e intersectorial.

El entorno educativo identifica avances en el reconocimiento por parte de docentes, orientadores y directivos sobre la relevancia del proyecto en sexualidad, en el cual se ha avanzado para lograr un reconocimiento de la diversidad sexual, los riesgos y las rutas de notificación, articulando salud y el sistema de alertas de la SED. Así mismo, el rol de la institución es fundamental frente a la decisión de la maternidad y paternidad, así como para brindar herramientas que mitiguen la deserción escolar de la población involucrada. De igual manera se ha logrado el reconocimiento de las responsabilidades, la importancia de la adherencia a los servicios de salud y puntualmente a la ruta materno perinatal, así como el reconocimiento de signos de alarma y orientación en caso de encontrar barreras para el acceso a los servicios de salud.

Un avance relevante para el entorno educativo se relaciona con el abordaje de maternidades y paternidades tempranas con un enfoque de responsabilidad afectiva, la vinculación de las familias en el proceso, el fomento de la crianza respetuosa libre de castigo físico, paternidad presente, relaciones positivas y roles de cuidado equitativos -aunque se continúa evidenciando una sobrecarga hacia las mujeres en el cuidado doméstico y de sus hijos-.

Es importante reconocer los procesos de divulgación de líneas y canales de denuncia, el abordaje de eventos obstétricos IVE, abortos espontáneos en los que se verifica estado de salud y acceso a métodos de regulación de la fecundidad, se socializa el acceso a la consulta preconcepcional y la importancia del periodo internatal, con el objetivo de prevenir el embarazo subsiguiente.

Por su parte, la distribución de la respuesta en salud materno-infantil muestra una alta concentración en UPZ57 Gran Yomasa, UPZ58 Comuneros y UPZ59 Alfonso López, territorios donde históricamente se han concentrado acciones preventivas como controles prenatales, promoción de la lactancia materna y seguimiento a niños menores de cinco años. Estos resultados reflejan la presencia consolidada de servicios de salud, así como una mayor cobertura de programas comunitarios y estrategias territoriales con enfoque en infancia. Sin embargo, preocupa la baja respuesta observada en, UPZ61 Ciudad Usme y la UPZ52 La Flora, donde las condiciones sociales y ambientales —como pobreza multidimensional y la barrera de acceso a servicios — elevan el riesgo materno-infantil, sin que exista una oferta proporcional a dichas necesidades. La fragmentación institucional, la dispersión geográfica y la baja densidad poblacional en zonas rurales representan limitaciones adicionales que dificultan la llegada oportuna de servicios.

Así pues, a pesar de los avances, es importante reconocer que existen limitaciones y retos para el sector salud y los demás actores responsables de atender a la problemática de la seguridad alimentaria y nutricional. Esta problemática requiere atención desde múltiples perspectivas que piensen en el fomento de la producción agrícola local y la garantía de una alimentación balanceada. Algunas iniciativas cubren a la población de las zonas urbanas y centrales, sin embargo, se requiere más presencia intersectorial en zonas rurales o periféricas, que se encuentran distantes de los centros de atención en salud.

Se ha encontrado que la pobreza, la desnutrición y la baja escolaridad de las madres, afectan el bienestar propio y de sus hijos. Los embarazos adolescentes requieren más redes de apoyo y acompañamiento institucional. Se identifica una baja oferta en la agenda de citas de nutrición y una baja accesibilidad por parte de niñas migrantes. Cabe aclarar que de parte de los usuarios también se requieren mayores esfuerzos para persistir en los tratamientos, pues en algunos casos se han perdido los seguimientos por negatividad de los y las usuarias o sus familias o se ha identificado prevención por parte de familias para aceptar abordaje de parte de los entornos cuidadores.

Así mismo se han identificado: tratos de inferioridad hacia los y las adolescentes por su condición de edad, etnia o género, desconocimiento de la sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional, que permite la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 24 de gestación. Desde el entorno cuidador institucional, se identifican diferentes determinantes que afectan la salud y nula oferta en la localidad por Empresas Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB.

PROBLEMÁTICA 5: CALIDAD DEL AIRE Y SALUD AMBIENTAL

La localidad se encuentra en una situación de vulnerabilidad ambiental frente al resto de la ciudad en dos vías: la primera se da gracias a la contaminación del aire, cuyo determinante estructural es el uso del suelo en el nivel distrital, que ha constituido industrias extractivas a cielo abierto, fábricas de ladrillos y centrales de mezcla. En ese sentido, existe una elevada presencia de partículas en suspensión y una obsolescencia tecnológica de las industrias, que en su mayoría son pequeñas y funcionan de acuerdo con la demanda del producto. Por otro lado, se encuentra la presencia del relleno sanitario Doña Juana, que produce lixiviados que generalmente contaminan el agua.

La segunda vía se da por el manejo de los residuos sólidos en el nivel local, pues se han encontrado deficiencias en la infraestructura para la recolección de basuras, que se combina con una falta de apropiación de los derechos relacionados con servicios de recolección y aseo, así como un bajo sentido de pertenencia de la comunidad hacia el territorio.

De los factores ambientales mencionados anteriormente, puede derivar un aumento de patologías asociadas como el aumento de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, especialmente en niños menores de cinco años en la UPZ Danubio. Aunque la salud ambiental es un fenómeno complejo y multicausal, diferentes autores en el mundo han estudiado la asociación entre el material particulado y las enfermedades respiratorias en niños menores de 14 años y se ha evidenciado que los niños entre 3 y 6 años de edad tienen mayor riesgo de enfermarse luego de una exposición prolongada a estos contaminantes.

De acuerdo con principios epidemiológicos generales, el manejo inadecuado de residuos sólidos puede crear condiciones propicias para la proliferación de vectores y reservorios de enfermedades zoonóticas. Este manejo inadecuado se evidencia principalmente en la UPZ57 Gran Yomasa, particularmente en su zona occidental, que limita con la UPZ58 Comuneros. Según VEBC, las UPZ Ciudad Usme, Comuneros y La Flora tienen las tasas más altas de presencia de insectos o roedores, lo cual puede aumentar las posibilidades de encontrar casos de ETOZ.

Esta problemática se encuentra asociada al núcleo de inequidades poblacionales, teniendo como categoría las situaciones y condiciones socioambientales, así como la geografía. En ese sentido, se relacionó con

factores explicativos como contaminación, manejo de residuos y vectores y con la infraestructura de la ciudad, que abarca el uso y la apropiación del espacio público. De otro lado se asoció con el núcleo de debilidad de la gobernabilidad y la gobernanza intersectorial y transectorial para obtener resultados en salud, especialmente con las categorías de gobernabilidad y gobernanza, que abarcan tanto la estructura de la autoridad sanitaria, como la planificación y ejecución articulada de políticas, programas y acciones de gobierno local, distrital, regional y nacional.

La problemática afecta a todos los cursos de vida, especialmente a recicladores, comunidades sin cobertura de aseo, población en situación de pobreza y población que habita barrios y veredas cercanas al relleno Doña Juana como La Fiscalía, El Tuno y Alfonso López. La atención debe ser realizada por parte de Secretaría Distrital de Ambiente, Secretaría de Salud y organizaciones comunitarias.

Desde el sector salud se han adelantado esfuerzos en la sensibilización comunitaria del manejo adecuado de residuos sólidos en barrios circundantes al relleno sanitario, medidas de prevención y encuestas de percepción frente a la calidad del aire, así como operativos de Vigilancia Comunitaria. Desde la Línea Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico, perteneciente a vigilancia en salud ambiental, se han adelantado actividades de desratización, desinsectación y recorridos de verificación de puntos críticos.

Para abordar los temas relacionados con calidad del aire, se implementan estrategias como Cuídate Se Feliz en el entorno comunitario y Mpoder en el entorno laboral, las cuales parten del Índice Bogotano de Calidad del Aire y Riesgo en salud, para promover entornos libres de humo, el uso de medios de transportes amigables y la prevención de enfermedades asociadas y de esta manera realizar acompañamiento a personas con condiciones crónicas.

Para abordar las situaciones relacionadas con el manejo de residuos sólidos, el entorno cuidador comunitario promueve acciones educativas entorno a la disposición adecuada de residuos y control de vectores. Por su parte el entorno educativo menciona que, desde los Entornos Escolares Protectores, se llevaron a cabo dos iniciativas: "El Corredor se Cuida por Todos" en el barrio Antonio José de Sucre, la cual incluyó actividades de limpieza, muralismo, pintura y siembra. También se llevó a cabo la iniciativa "Al Ritmo de la Comunidad, se Trabaja por el Entorno" en el barrio Tihuaque e incluyó actividades de embellecimiento de un entorno educativo, limpieza y siembra, con el objetivo de incentivar la mejora en el manejo de residuos y la recuperación de puntos de acumulación de desechos. A través de estas acciones, la comunidad está recuperando un espacio y abordando un punto crítico de residuos sólidos. Se trabajó de manera articulada con el entorno comunitario para maximizar el impacto de esta iniciativa. Por otro lado, durante la implementación de la estrategia Entornos Laborales Saludables en unidades de trabajo informal priorizadas, se realiza la educación sobre el manejo adecuado de los residuos sólidos.

Desde el nivel intersectorial, la problemática se ha abordado a partir de jornadas de sensibilización con las comunidades con el objetivo de recuperar espacios públicos y zonas verdes donde habitualmente se hace recolección de todo tipo de residuos mediante limpieza y ocupación de espacios, mejorando la visibilidad de estos y contribuyendo a la prevención de enfermedades. Además, se han realizado operativos de inspección, vigilancia y control de la calidad del aire con gestión policial, alcaldía local y bomberos.

El entorno comunitario ha participado en intervenciones con la UAESP y Secretaría de Ambiente para control de emisiones, disposición indebida de residuos sólidos y puntos críticos. Desde el entorno educativo, en

articulación con Análisis y Políticas, se ha escalado el tema de los puntos críticos, logrando una respuesta efectiva por parte de la Comisión Ambiental Local de Usme. Durante la implementación de la iniciativa participaron gestores de los Entornos Inspiradores de la Secretaría de Educación, lo que fortalece la colaboración y el impacto de las acciones emprendidas.

Frente a las iniciativas comunitarias, se ha encontrado que, para abordar factores relacionados con la calidad del aire, no se cuenta con aportes desde la comunidad. Ahora bien, frente al manejo de residuos sólidos, el entorno educativo manifiesta que La comunidad se encuentra empoderada y activa en la movilización de acciones. Este compromiso refleja un sentido de pertenencia y responsabilidad, que ha significado un mayor involucramiento en la recuperación y cuidado de su entorno. En el Jardín Infantil Barquito de Papel ubicado en el barrio Santa Librada, la comunidad en articulación con las entidades competentes (Alcaldía, UAESP, Proambiental, Subred Sur) vienen trabajando de forma articulada para la recuperación de un punto crítico a las afueras de sus instalaciones.

Se han identificado que los avances son limitados porque van enfocados a la prevención de enfermedades por exposición. Por el momento se realiza educación frente al Índice Bogotano de Calidad del Aire, indicando, por ejemplo, qué franjas horarias se pueden aprovechar más para realizar actividad física. Desde el entorno laboral se explica a los trabajadores y trabajadoras algunos elementos importantes de la página web de secretaria de Ambiente.

Aunque la calidad del aire es una problemática ambiental que corresponde a un determinante social en salud, debido a los vacíos normativos ambientales, la informalidad de algunas industrias y su funcionamiento clandestino se dificulta el accionar de las entidades que pueden ejercer algún tipo de control o sanción. Los factores conductuales, sociales, económicos, laborales y culturales siguen afectando a la población, manteniendo los riesgos de contaminación y disposición inadecuada de residuos.

Para el manejo de residuos sólidos, desde la mesa de residuos se planifican acciones territoriales que den respuesta a la recuperación de puntos críticos en la localidad con planes de trabajo e intervenciones semanales y mensuales. En las asesorías realizadas por los tecnólogos y especialistas en seguridad y salud en el trabajo, según el tipo de unidad de trabajo informal, se brinda información sobre el manejo adecuado de residuos sólidos. Hasta la fecha, el punto crítico de residuos ha sido recuperado, y el corredor se ha vuelto más amigable para la comunidad del sector. Este espacio ahora se utiliza para actividades culturales, impulsadas por la autogestión de los líderes territoriales comunales, fomentando así un ambiente más cohesionado y participativo.

Existen limitaciones debido a que los entornos manifiestan una falta de receptividad de parte de trabajadores y establecimientos comerciales como barberías y salas de belleza, para los que ya no es obligatorio contratar empresas especialistas en recolección de residuos, por lo que no se realiza una adecuada disposición de los mismos. Finalmente, se encuentran dificultades en la organización de los recicladores en tanto se percibe la falta de agremiaciones.

PROBLEMÁTICA 6: OFERTA Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD

En la situación geográfica de Usme se evidencian zonas de alto riesgo y alto riesgo no mitigable (ARNM), asociadas a fallas tectónicas y pérdida de la vegetación. Esta situación genera dificultades en la accesibilidad

a la oferta institucional para la localidad en su sector urbano y rural. A lo anterior se suma que la infraestructura vial es insuficiente, pues la malla vial arterial, intermedia y local se encuentran mayormente en estado regular.

De la oferta institucional en la localidad, en la mayoría de las UPZ a excepción de UPZ60 Parque Entre Nubes, la mayor proporción de oferta institucional se encuentra en el sector educativo, seguido de la asistencia social y la menor proporción se encuentra en el sector salud. Las UPZ que cuentan con mayor oferta en salud son UPZ57 Gran Yomasa, UPZ56 Danubio y UPZ61 Ciudad Usme. Después se encuentra la UPZ52 La Flora, seguida de UPZ59 Alfonso López, UPZ58 Comuneros y finalmente se encuentra la UPZ Parque entre Nubes, que no cuenta con cobertura en salud ni de servicios educativos. Lo anterior quiere decir que la oferta desigual en servicios de salud se agudiza con las restricciones de movilidad a las que se enfrentan los habitantes, especialmente en la ruralidad; por ejemplo, en el sector rural existen únicamente dos rutas de transporte público: Usme-Chiguaza y Usme-El Destino, las cuales no funcionan durante todo el día. Lo anterior incrementa los costos económicos de desplazamiento desde y hacia centros de salud y pone a Usme como la tercera localidad con mayor tiempo promedio de desplazamiento hacia los centros de salud.

Es importante tener en cuenta que, para la localidad de Usme, la escasa oferta y accesibilidad a servicios de salud recae sobre el régimen contributivo, pues, aunque existen ocho centros de salud de la localidad dispuestos por la Subred, la población del régimen contributivo solamente tiene acceso a un centro de salud -Colsubsidio- en Santa Librada.

Esta condición es más crítica en personas mayores y con discapacidad. La Encuesta Multipropósito 2021, reporta que en Bogotá el 58,2% de las personas con discapacidad no tiene acceso a transporte adaptado y, por otro lado, las personas mayores son el segundo grupo poblacional con más situaciones de discapacidad en la localidad. Esto se traduce en dificultades extremas para asistir a citas médicas, recibir autorizaciones, acudir a servicios de urgencias y tratamientos de enfermedades crónicas, especialmente en la UPR3, UPZ La Flora, Ciudad Usme y Alfonso López."

Esta problemática se encuentra asociada, por un lado, al núcleo de inequidades en el acceso efectivo, específicamente con la categoría que abarca la distribución de la oferta de servicios, teniendo como factores explicativos la oferta de prestadores y servicios en salud, así como la planeación urbana y los mecanismos de gestión del suelo. Por otro lado, se asoció al núcleo de insuficientes capacidades para prevenir, alertar y responder ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes y pandemias. En ese sentido, se asoció a la categoría de prevención, teniendo como factores explicativos el estado de la infraestructura y tecnología, así como la coordinación entre actores.

Aunque esta problemática afecta a todos los cursos de vida, los grupos poblacionales más vulnerables son las personas mayores, con discapacidad, mujeres gestantes, población rural dispersa (veredas como Curubital, La Requilina o Las Margaritas), personas en situación de pobreza extrema y migrantes sin aseguramiento. En ese sentido, desde el sector salud, especialmente desde el entorno cuidador laboral, se han desarrollado jornadas de vacunación y tomas territoriales, donde se realiza oferta de servicios e identificación de necesidades en salud para gestión de canalizaciones. Es así como a partir de cada una de las asesorías realizadas en las UTIS, los profesionales, especialistas y tecnólogos realizan las respectivas canalizaciones a los diferentes servicios de salud, de acuerdo con lo identificado en los seguimientos.

En el nivel intersectorial, desde las instancias de participación se establecen acciones en el marco de los planes de acción de la política con el fin de dar respuesta en el territorio. Desde el entorno comunitario se atiende a los barrios priorizados, además de los solicitados por otras instituciones. En cuanto a las labores administrativas, se han realizado esfuerzos para reducir el tiempo de ocupación en las mismas y que de esta manera, los profesionales puedan destinar su tiempo de trabajo en campo.

Aunque existen diferentes avances desde los entornos para abordar la problemática, se evidencia que existen retos para continuar fortaleciendo la accesibilidad de la población a los servicios de salud. Aún existen distancias largas entre los hogares y las unidades de salud, baja oferta en las agendas de citas, desinformación de los servicios de salud y rutas de atención. A los usuarios abordados desde el entorno laboral que pertenecen a otras EAPB, se les dificulta la asistencia a los servicios de salud por los tiempos de desplazamiento hacia los centros de salud y por la capacidad económica que implica asumir dicho desplazamiento y tiempo para una cita médica. De parte del entorno laboral se comenta que se han cerrado centros de atención como el de Perdomo, lo cual ha impactado en aquella población que se encontraba adaptada a recibir sus atenciones allí. Además, el Hospital de Usme presenta varias dificultades en términos de acceso para los habitantes de las veredas como Los Soches y El Tunjo.

Teniendo en cuenta el marco del Modelo + Bienestar, se ha encontrado la limitación de poder articular con algunas instituciones teniendo en cuenta que no siempre esto es efectivo para operar en algunos territorios. Hay cosas que no son soporte del sector salud, por lo que se debe articular con otras instituciones, no obstante, esto puede limitar el impacto del sector salud. Se han encontrado limitaciones frente a la armonización de los lineamientos entre períodos de vigencias, con el propósito de no generar reprocesos en los entornos.

4.2 Reflexiones finales

Como hallazgos finales y para concluir, se evidencia que la Subred Integrada de Servicios de Salud – Sur dispone de diferentes entornos cuidadores que velan por fortalecer espacios que permitan articular al sector salud con otras instituciones y con las realidades de los territorios, aunque se han dado pasos importantes, las problemáticas de Usme requieren políticas públicas de largo plazo que combatan las raíces de la inequidad: pobreza, exclusión territorial y falta de acceso a derechos básicos. La participación activa de la comunidad y el compromiso institucional son esenciales para lograr cambios duraderos.

CAPÍTULO V. CAPÍTULO V PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO

5.1. Introducción al proceso de priorización

El equipo ASIS ha encontrado la necesidad de articular los indicadores en salud y socioeconómicos analizados en los capítulos anteriores con los núcleos de inequidad, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud -de la cual se ha hablado a lo largo de este documento- y con las realidades que se viven en los territorios. En ese sentido, se realizó una identificación de las problemáticas que requieren mayor atención en cada localidad a partir de las siguientes fuentes: asistencias técnicas recibidas de la Secretaría Distrital de

Salud, bases de datos de VEBC, donde se sistematiza la notificación de las problemáticas colectivas percibidas por las comunidades y Talleres de Participación Social Transformadora. En ese sentido, las problemáticas se fueron construyendo y transformando en la medida en que se realizaban espacios de asistencia técnica y espacios participativos y de armonización con líderes de APS, así como espacios de políticas.

Para la localidad de Usme, se realizó un taller de Participación Social Transformadora el 28 de noviembre de 2025, el cual tuvo el objetivo de socializar el plan Más Bienestar, enfocado en abordar las necesidades de salud desde lo territorial y lo comunitario, así como discutir la problemática de la inseguridad alimentaria y nutricional en la comunidad. En dicho taller participaron profesionales de la salud, líderes comunitarios y habitantes de la localidad. De esta manera se identificaron múltiples factores interconectados que contribuyen a la inseguridad alimentaria y nutricional. A continuación, se detallan los principales hallazgos:

- Factores económicos y laborales: la falta de oportunidades laborales y la precariedad económica impiden que muchas familias accedan a una alimentación adecuada. Encarecimiento de los alimentos: los altos costos de la canasta básica, sumados a la intermediación en la comercialización (ej. compradores que prefieren adquirir productos en centrales como Abastos en lugar de directamente a los campesinos), elevan los precios. Dependencia de un solo ingreso: en muchos hogares, solo una persona genera ingresos, lo que limita la capacidad de compra de alimentos nutritivos.
- Ruralidad y problemas en la producción y distribución de alimentos: Usme es 86% rural, pero carece de infraestructura para aprovechar su potencial agrícola. Falta de una plaza de abastos local: los campesinos deben vender sus productos en otras localidades, lo que encarece los alimentos para los residentes de Usme. Priorización de la venta sobre el autoconsumo: los agricultores venden la mayoría de sus cosechas en lugar de reservar una parte para su propio consumo, lo que los hace vulnerables en épocas de escasez.
- Contaminación ambiental y degradación del territorio: impacto del relleno sanitario Doña Juana: recibe toneladas de basura diarias, contaminando el aire, el agua (río Tunjuelito) y el suelo, afectando la salud y la agricultura. Industrias contaminantes: Ladrilleras, minería y la planta de Cemex generan polución y daños a los ecosistemas locales. Pérdida de tierras cultivables: La expansión urbana (construcción de apartamentos) reduce el espacio disponible para cultivos y huertas comunitarias.
- Urbanización y pérdida de tradiciones alimentarias: invasión de terrenos y construcción masiva: la migración de población vulnerable (incluyendo víctimas del conflicto armado y migrantes venezolanos) ha aumentado la demanda de alimentos sin una planificación adecuada. Cambio en los hábitos alimenticios: se ha desplazado la comida tradicional por alimentos ultra procesados (gaseosas, salchipapas), lo que genera problemas de salud como diabetes e hipertensión.
- Inequidades en el acceso a la salud y servicios públicos: falta de acceso a servicios médicos: las citas con especialistas son escasas y requieren largas esperas, y no hay suficientes centros de atención para urgencias. Desabastecimiento de comedores comunitarios: hay una oferta limitada para adultos mayores y población vulnerable, con menús que no siempre son aceptados por los beneficiarios. Estigma y exclusión de poblaciones vulnerables: adultos mayores, niños y madres gestantes enfrentan dificultades adicionales por falta de políticas focalizadas.

- Factores culturales y de educación alimentaria: Desinformación nutricional: muchas personas desconocen cómo preparar alimentos balanceados con recursos limitados. Influencia del marketing de comida chatarra: la publicidad de productos ultra procesados fomenta su consumo, especialmente en niños. Hábitos poco saludables: estrés, ansiedad y falta de tiempo llevan a preferir comidas rápidas en lugar de preparaciones caseras.
- Falta de articulación institucional y gobernanza: políticas públicas discontinuas: programas como comedores comunitarios o huertas urbanas cambian con cada administración, sin sostenibilidad. Corrupción en proyectos de vivienda: se denunció que alcaldes anteriores favorecieron a constructoras en detrimento de los terrenos agrícolas. Ausencia de liderazgo comunitario efectivo: hay poca veeduría ciudadana sobre las decisiones que afectan la seguridad alimentaria.

Las problemáticas discutidas en el taller reflejan una crisis multidimensional que requiere: Soluciones estructurales, políticas públicas sostenibles (mayor cobertura de comedores comunitarios, apoyo a agricultores locales), educación y participación comunitaria (huertas urbanas, talleres de nutrición, veedurías ciudadanas). Esto quiere decir que la inseguridad alimentaria en Usme no es solo un problema de acceso a comida, sino de equidad, medio ambiente y justicia social. El taller destacó la importancia de escuchar las voces de los habitantes, quienes compartieron experiencias y propuestas concretas. La relatoría refleja un llamado a la acción colectiva y a la responsabilidad institucional para abordar esta problemática.

El planteamiento de las problemáticas se fundamentó en la metodología establecida por la Secretaría Distrital de Salud, a través de diversas asistencias técnicas a las que asistió el equipo. De esta manera, se definió estructurar las problemáticas de la siguiente manera:

- Identificar los determinantes sociales de la salud a los que corresponden y de esta manera realizar una introducción en la que se logre demostrar de qué manera estas situaciones corresponden a un nivel estructural.
- Identificar los factores intermedios a los cuales se articula la dimensión estructural. En este sentido, se entiende que el determinante se manifiesta en situaciones que no solamente afectan a la salud de la población, sino que hacen parte de dinámicas relacionadas como la educación, el trabajo, el género, entre otros.
- Identificar los desenlaces en salud a los cuales se articulan esos determinantes estructurales y factores intermedios.

De esta manera, se reconoce que los desenlaces en salud no responden a una simple relación causal con los determinantes estructurales e intermedios, sino que surgen de interacciones sociales complejas. Al abordar las problemáticas desde estos determinantes y promover la articulación intersectorial y transectorial del sector salud, se logra una intervención más efectiva sobre los diversos ámbitos sociales que configuran los modos, condiciones y estilos de vida de personas, familias y comunidades, permitiendo que los indicadores en salud mejoren.

Por otro lado, las bases de datos de VEBC son herramientas que recopilan, analizan y comparten información sobre la salud de las comunidades, utilizando la participación de los propios miembros de la comunidad para

identificar y reportar eventos de interés en salud pública. Se trata de una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades, para que agentes comunitarios identifiquen y gestionen potenciales situaciones de interés en salud pública en los territorios.

El funcionamiento de estas bases de datos se puede resumir en los siguientes puntos:

1. Identificación temprana de problemas de salud: la VEBC permite a los agentes comunitarios detectar señales tempranas de eventos de interés en salud pública, como enfermedades transmisibles, problemas de salud mental, o factores de riesgo que puedan afectar la salud de la comunidad.
2. Participación comunitaria: los agentes comunitarios, entrenados y reconocidos por la comunidad, son los principales responsables de la recolección de información, a través de la observación, el diálogo con los vecinos y la identificación de situaciones de riesgo.
3. Reporte y notificación: los agentes comunitarios reportan la información a los sistemas de vigilancia en salud pública, que la analizan y validan.
4. Análisis y respuesta: la información recopilada se analiza para identificar patrones, tendencias y problemas de salud emergentes. A partir de este análisis, se pueden implementar estrategias de prevención, control y respuesta a las situaciones de salud identificadas.
5. Compartir información: las bases de datos de VEBC permiten compartir la información con los responsables de la formulación de políticas de salud, los profesionales de la salud y otros actores relevantes.
6. Empoderamiento de la comunidad: al involucrar a los miembros de la comunidad en la vigilancia de la salud, se fortalece su capacidad de autogestión y se promueve la corresponsabilidad en la mejora de la salud de la población.

Finalmente, el equipo asistió al espacio sectorial de coordinación de políticas el día 14 de marzo de 2025, para la localidad, donde se expusieron las problemáticas y cada uno de los delegados realizó diferentes aportes u observaciones.

El día 18 de marzo se realizó la mesa de priorización con los líderes de todas las localidades donde se expuso la metodología para el proceso de priorización.

5.2. Metodología usada para el proceso de priorización

Se utilizó el método Hanlon, el cual es una herramienta metodológica que permite priorizar problemas de salud de acuerdo a su magnitud, trascendencia o severidad, eficacia de la intervención y por la factibilidad del problema. Con base en esta metodología, que tiene más de 70 años de vigencia, se evaluaron las priorizaciones de la Subred. Se explicó cada uno de los elementos de la siguiente manera:

Magnitud: Busca establecer qué tan grandes e importantes son las consecuencias en salud del problema (expresadas en carga de enfermedad por medio de tasas de morbilidad y mortalidad). Esta se mide en una escala de 0 a 10. Se busca responder la siguiente pregunta: ¿Qué tan grande e importante son las consecuencias en salud del problema, (expresadas en carga de enfermedad por medio de tasas de morbilidad y mortalidad)?

Gravedad: En una escala de 0 a 10 (a mayor puntaje mayor gravedad) busca encontrar qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas (ej. años de vida potencialmente perdidos, alto costo para el sistema y para los usuarios, familias y comunidades). De esta manera, se responde a la siguiente pregunta: ¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas (Ej. Años de Vida Potencialmente Perdidos, alto costo para el sistema y para los usuarios, familias y comunidades)

Viabilidad de intervención: Cuando el problema no se puede intervenir, su valor es 0.5, si se interviene parcialmente es igual a 1 y si tiene intervención total, es igual a 1.5. Este elemento encuentra si las circunstancias institucionales permiten realizar la intervención a la problemática. Para puntuar este criterio se considera el personal humano capacitado, los recursos materiales e infraestructura, la capacidad física instalada y las capacidades básicas para la gestión de la salud pública en el territorio. Se responde a la pregunta ¿Las circunstancias institucionales permiten realizar la intervención en la problemática? Para puntear este criterio considere el personal humano capacitado, recursos materiales e infraestructura, capacidad física instalada, capacidades básicas para la gestión de la salud pública en el territorio.

Factibilidad de la intervención: se realiza una valoración por el método PEARL donde P= pertinencia E= factibilidad económica, A= aceptabilidad, R= disponibilidad de recursos, y L= legalidad. A cada uno de los elementos se les da un valor de 1 si es positivo y 0 si es negativo. Aquí se indaga si políticamente es posible la intervención de la problemática a partir de las posibilidades de que se aborde desde los instrumentos de planeación (planes de desarrollo distritales y locales, plan territorial de salud, proyectos distritales y locales, entre otros) políticas existentes y costos de intervención de la problemática. Se responde a la siguiente pregunta ¿Políticamente es posible la intervención de la problemática? Se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político, es decir que este incluida o se aborde desde los instrumentos de planeación (Planes de desarrollo distritales y locales, plan territorial de salud, proyectos distritales y locales, entre otros) políticas existentes, y de costos de intervención de la problemática.

Priorización: así, la fórmula para establecer la priorización de problemas por el método de Hanlon menciona que el Índice de Hanlon = $(A + B) C \times D$.

Finalmente se compartió el enlace al formulario de Google que el equipo ASIS creó para que cada uno de los asistentes realizara la evaluación a partir del método Hanlon en sus dispositivos móviles. De esta manera se ubicaron 4 mesas de trabajo, cada una correspondiente a una localidad de la subred y liderada por un miembro de equipo ASIS. Cada miembro expuso las problemáticas de la respectiva localidad de la mesa que se encontraba liderando. La lectura de cada problemática abrió una discusión enriquecedora, donde se realizaron aportes y sugerencias al equipo ASIS para continuar fortaleciendo las priorizaciones y al mismo tiempo los asistentes respondieron el formulario de Google. A continuación, se presentan los principales aportes realizados para la mesa de Usme.

Esta mesa estuvo liderada por una de las sociólogas del equipo ASIS, quien dio inicio realizando la lectura de la primera problemática correspondiente al envejecimiento de la población, sobre la cual las asistentes plantearon que, teniendo en cuenta que la problemática se encuentra bien planteada, es importante determinar unos desenlaces en salud más específicos con sus respectivos indicadores. La mesa en conjunto acordó tener como referencia para la problemática de violencias que viven las personas mayores, el

abandono. Por otro lado, se acordó tener en cuenta los indicadores de morbilidad para esta población, ya que, de acuerdo con el último boletín de situación de salud y calidad de vida en el territorio, las personas mayores no son las que más acuden a los servicios de urgencias en la localidad. Por otro lado, mientras las asistentes respondían en formulario, surgió la pregunta por los vacíos legales que existen frente a las intervenciones de salud para las personas mayores y se reflexionó sobre las limitaciones que tienen muchas de estas personas que se encuentran en situación de abandono o que requieren el tratamiento de enfermedades crónicas, pero que por cuestiones legales como no encontrarse en los puntajes más inferiores del SISBEN, no pueden acceder a la oferta que tiene la Subred. Esta última reflexión no quedó estipulada como un aporte para la redacción de la problemática, sino como un elemento sobre el cual vale la pena continuar pensando.

En una escala de 0 a 10 donde a mayor puntaje se obtiene mayor magnitud y gravedad, las asistentes consideraron que esta problemática tiene una magnitud de 10 y una gravedad de 10. Por otro lado, frente a viabilidad de la intervención, se obtuvo un puntaje de 1 y finalmente frente a la factibilidad, se obtuvo un puntaje de 3.

Frente a la segunda problemática, las asistentes sugirieron revisar la redacción de la problemática porque de la forma en que se encuentra actualmente, se da a entender que existe una relación causal o directamente proporcional entre los determinantes estructurales, los factores intermedios y los desenlaces en salud; para justificar los desenlaces en salud se sugiere revisar los conectores. Esta discusión se dio porque, por ejemplo, no se encuentra la pertinencia para determinar una relación directa entre la tasa de deserción escolar y las conductas suicidas, ni entre el consumo de SPA y las conductas suicidas, lo anterior porque un paciente con conducta suicida no necesariamente ha pasado por un proceso de desescolarización o de consumo de SPA. Al mismo tiempo se reconoce la importancia de los determinantes estructurales e intermedios que se encuentran redactados en la problemática, por lo cual se plantea un ajuste más hacia la forma en que se redacta. Finalmente, una de las asistentes aclara que si bien la ideación suicida y el intento de suicido sí están más presentes en los jóvenes, el indicador demuestra que la población que ocupa el primer puesto en el suicidio consumado para la localidad es la adulta.

Las asistentes consideraron que esta problemática tiene una magnitud de 7, una gravedad de 9, viabilidad de 1 y factibilidad de 3.

Frente a la tercera problemática, las asistentes consideran que la problemática está bien redactada y logra abarcar diferentes elementos que engloba la malnutrición, por lo que únicamente sugieren hacer énfasis en cuáles son las enfermedades de las que se está hablando en el indicador de mortalidades por grandes causas, ya que efectivamente es un indicador apropiado para la problemática. Frente a ello la socióloga de ASIS aclaró que se está hablando de las enfermedades circulatorias, por lo cual las asistentes le piden hacer esa especificación en la redacción.

Las asistentes consideraron que esta problemática tiene una magnitud y una gravedad de 10, viabilidad de 1 y factibilidad de 3.

Para la cuarta problemática referente a las brechas de género y su relación con la salud materno infantil, se sugirió revisar los trazadores 2024 para rangos de edad de madres en casos de mortalidad en menor de cinco años. Por otro lado, se planteó la posibilidad de incluir un factor relacionada con la sobrecarga al cuidador,

que recae sobre las mujeres. Durante esta discusión se revisó el observatorio de mujeres dispuesto por Secretaría de la Mujer y no se encontró ningún indicador relacionado con ese último elemento, por lo cual se acordó que no se va a incluir la sobrecarga al cuidador desde un indicador específico.

Las asistentes consideraron que esta problemática tiene una magnitud y una gravedad de 10, viabilidad de 1 y factibilidad de 3.

Frente a la problemática relacionada con calidad de aire y salud ambiental, la ingeniera ambiental aclara que los lixiviados principalmente no se evaporan, sino que contaminan el agua, por lo cual se ajusta la redacción en la problemática. Se menciona también que los datos de vigilancia epidemiológica están basados en la autopercepción de las comunidades y no reflejan datos reales, por lo cual se sugiere revisar información en el observatorio de salud ambiental. Finalmente se comenta que no existen desenlaces en salud que se puedan asociar directamente a esta problemática por la forma en que los médicos registran las enfermedades. Para articular esta problemática a desenlaces en salud, deberían existir estudios que las sustenten. Para ello, se comenta que es un tema complejo pero que se puede empezar por revisar los indicadores de los en SaluData, los cuales se encuentran desagregados por edad.

Las asistentes consideraron que esta problemática tiene una magnitud y gravedad de 6, viabilidad de 1 y factibilidad de 2.

Finalmente se dio lectura a la sexta problemática relacionada con la oferta y accesibilidad a servicios de salud, frente a lo cual se realizó el aporte de que es importante revisar que este tema recae principalmente sobre el régimen contributivo, porque es allí donde hay escasa oferta en salud; aunque existan 8 centros de salud en la localidad, dispuestos por la Subred (régimen subsidiado), la población del régimen contributivo solamente tiene acceso a un centro de salud Colsubsidio en Santa Librada.

Frente a esta problemática, las asistentes consideraron que tiene una magnitud de 10, una gravedad de 8, viabilidad de 1 y factibilidad de 3.

Teniendo en cuenta lo anterior, se tiene que de acuerdo con el método Hanlon adoptado, las problemáticas correspondientes a envejecimiento de la población, pobreza, seguridad y soberanía alimentaria y nutricional y brechas de género y salud materno-infantil obtuvieron el mismo puntaje, quedando como las problemáticas que requieren mayor atención en la localidad. después de ello, se tiene que la oferta y accesibilidad a servicios de salud es la cuarta problemática en términos de priorización, mientras que la pobreza multidimensional y la salud mental ocupan el quinto lugar. Por último, se tiene la problemática relacionada con la calidad del aire y la salud ambiental.

Sin embargo, es importante hacer énfasis en el resultado de la última problemática, ya que este puntaje tiene que ver más con la articulación entre los determinantes estructurales y los desenlaces en salud. En otras palabras, los profesionales que asistieron a la mesa de priorización plantean la dificultad entre articular directamente la calidad del aire y el manejo de residuos sólidos con indicadores en salud, no porque esto no sea una problemática, sino porque en el momento del diagnóstico de las enfermedades respiratorias, los médicos no realizan una identificación de las causas a través de elementos relacionados con la calidad del aire o el manejo de residuos. Por otro lado, argumentan la falta de estudios en la localidad que permitan

establecer dicha relación directa. Sin embargo, como se ha expuesto en los capítulos anteriores, esta es una problemática que requiere especial atención desde diferentes frentes.

En primer lugar, debe existir una transformación cultural de parte de los médicos que realizan el diagnóstico de las enfermedades respiratorias, así como de parte de las perspectivas que aseguran que los determinantes estructurales, en este caso el deterioro del medio ambiente, no se relacionan con la salud de la población. Lo anterior porque para mejorar los indicadores en salud, es importante poner atención sobre el uso del suelo y el papel de las fábricas, así como del relleno Doña Juana en la salud de los habitantes de Usme.

Criterio	Magnitud	Gravedad	Viabilidad de la intervención	Facitibilidad de la intervención	Priorización		
Método Hanlon adaptado	Escala de 0 - 10 A mayor puntaje mayor magnitud	Escala de 0- 10 A mayor puntaje mayor gravedad	Cuando el problema no se puede intervenir su valor es 0.5, si se interviene parcialmente es igual a 1 y, si tiene intervención total es igual a 1.5.	Valoración por método PEARL P= pertinencia E= factibilidad económica, A= aceptabilidad. R= disponibilidad de recursos, L= legalidad. A cada uno de los elementos se les da un valor de 1 si es positivo y 0, si es negativo.	Así, la fórmula para establecer la priorización de problemas por el método de Hanlon, menciona que el Índice de Hanlon = (A + B) C x D		
Problemas identificadas (Las identificadas en el capítulo III). Pensado	¿ Qué tan grande e importante son las consecuencias en salud del problema , (expresadas en el capítulo III). Pensado	¿Qué tan grave es el problema por las repercusiones o consecuencias psicosociales y socioeconómicas (Ej. Años de Vida Potencial)	¿Las circunstancias institucional es permiten realizar la intervención en la problemática ?	¿Politicamente es posible la intervención de la problemática? <i>Se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político, es decir que este incluida o se aborde desde los instrumentos de planeación (Planes de desarrollo distritales y</i>	A+B	C x D	Orden

y escri to desd e la Caus a	morbilida d y mortalida d)?	mente Perdidos, alto costo para el sistema y para los usuarios, familias y comunid ades),	<i>capacitado, recursos materiales e infraestructu ra, capacidad física instalada, capacidades básicas para la gestión de la salud pública en el territorio.</i>	<i>locales, plan territorial de salud, proyectos distritales y locales, entre otros) política existentes, y de costos de intervención de la problemática.</i>				
<i>Probl emát ica 1</i>	10	10	1	3	20	3	60	
<i>Probl emát ica 2</i>	7	9	1	3	16	3	48	
<i>Probl emát ica 3</i>	10	10	1	3	20	3	60	

<i>Probleática 4</i>	10	10	1	3	20	3	60	
<i>Probleática 5</i>	6	6	1	2	12	2	24	
<i>Probleática 6</i>	10	8	1	3	18	3	54	

5.3. Conclusiones

El proceso de priorización de problemáticas de salud en Usme da cuenta de una metodología aplicada por el equipo ASIS, cual buscó conectar indicadores de salud y socioeconómicos con los determinantes sociales de la salud y las realidades territoriales. Mediante la implementación del método Hanlon, talleres de Participación Social Transformadora, bases de datos de la VEBC y espacios de coordinación sectorial, se logró identificar y evaluar problemáticas críticas que afectan a la población. Este enfoque multidimensional permitió determinar que el envejecimiento poblacional, la pobreza, la inseguridad alimentaria y las brechas de género en salud materno-infantil constituyen las áreas que requieren mayor atención en la localidad.

La inseguridad alimentaria y nutricional emerge como un problema complejo influenciado por múltiples factores interconectados, entre ellos: económicos y laborales, ruralidad y problemas en la producción y distribución de alimentos, contaminación ambiental, urbanización y pérdida de tradiciones alimentarias, inequidades en el acceso a servicios, factores culturales y falta de articulación institucional. Estos hallazgos demuestran que las problemáticas de salud no responden a relaciones causales simples, sino que surgen de interacciones sociales complejas que requieren intervenciones intersectoriales y transectoriales.

Es importante destacar la necesidad de fortalecer la articulación entre determinantes estructurales y desenlaces en salud, particularmente en áreas como la calidad del aire y salud ambiental. La mesa de priorización identificó dificultades para establecer relaciones directas entre factores ambientales y

enfermedades respiratorias, no por la inexistencia de estas relaciones, sino por limitaciones en los sistemas de diagnóstico médico y la falta de estudios locales que evidencien estas conexiones, lo que sugiere la necesidad de una transformación cultural en la práctica médica.

La priorización realizada constituye un llamado a la acción que trasciende el sector salud, reconociendo que el mejoramiento de los indicadores sanitarios depende de intervenciones sobre determinantes estructurales como el uso del suelo, el impacto de las actividades industriales y la gestión de residuos (ejemplificado por el relleno Doña Juana). Este ejercicio participativo y técnico establece las bases para desarrollar políticas públicas sostenibles, estrategias de empoderamiento comunitario y acciones intersectoriales que aborden de manera efectiva las inequidades en salud identificadas en la localidad de Usme.

CAPÍTULO VI. CAPÍTULO VI. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES EN EL TERRITORIO EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022 — 2031, PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL, PLAN TERRITORIAL DE SALUD Y MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MÁS BIENESTAR.

Después del proceso de análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad realizados a lo largo de este documento, se realizarán las siguientes propuestas de respuesta y recomendaciones en el marco del plan decenal de salud pública 2022-2031, el plan de desarrollo distrital, el plan territorial de salud y el modelo de atención en salud MÁS bienestar.

Teniendo en cuenta que uno de los pilares metodológicos ha sido la identificación de problemáticas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, las recomendaciones que aquí se generan, buscan que la formulación de políticas públicas sectoriales e intersectoriales, atienda a dinámicas que necesariamente trasciendan el accionar del sector salud, para que de esta manera la calidad de vida de los habitantes de la localidad aumente de manera integral.

Es importante tener presente que, en la medida en que la calidad de vida mejore desde una perspectiva global, los indicadores en salud se fortalecerán. De igual manera, el hecho de que los indicadores en salud se fortalezcan, será una evidencia de que la calidad de vida de los habitantes estará mejorando.

Para atender las problemáticas priorizadas, se recomienda partir del pilar del Modelo Más Bienestar, el cual aborda la intersectorialidad para el Bienestar, así como la coordinación, articulación e integración de actores del sector público y privado, gubernamentales, institucionales y sociales para incidir positivamente en los determinantes sociales y mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población. Frente al Plan Decenal de Salud pública, se recomienda trabajar sobre el eje estratégico 3: Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud, el eje estratégico 4: Gestión Integral de Riesgos en salud pública y el eje estratégico 5: Gestión del Conocimiento para la Salud Pública.

Para atender integralmente el fenómeno de envejecimiento progresivo en Usme, es fundamental fortalecer las redes de apoyo social y familiar, ampliando la cobertura de programas existentes como "Escuchar Más Bienestar" y estableciendo nuevas alianzas con organizaciones comunitarias como Sirwepa. Es prioritario aumentar la oferta intersectorial para subsidios y apoyos económicos, considerando que muchas personas mayores trabajan en la informalidad y enfrentan situaciones de precarización. Resulta esencial incrementar el personal de enfermería en el entorno laboral para lograr una cobertura superior al actual 50% de la población mayor, y desarrollar estrategias específicas para abordar la situación de abandono que afecta a 14 personas mayores en el hospital de Usme, así como implementar programas preventivos para el manejo adecuado de enfermedades crónicas no transmisibles, que constituyen una de las principales causas de atención según el perfil epidemiológico de la Subred Sur.

Se recomienda además diseñar intervenciones específicas para atender las necesidades diferenciadas de la población mayor LGBTI, quienes enfrentan mayor riesgo de estigmatización y barreras en el acceso a servicios de salud para la detección temprana de ETS como la sífilis. Es imperativo revisar los criterios de acceso a programas sociales, considerando que existen vacíos legales que limitan la atención a personas mayores que necesitan tratamiento para enfermedades crónicas, pero no califican por sus puntajes en el SISBEN. Finalmente, resulta estratégico potenciar el papel de los líderes sociales mayores, quienes según el documento son los más involucrados en procesos comunitarios, facilitando su capacitación para que puedan servir como multiplicadores de información sobre autocuidado y navegación efectiva en el sistema de salud, especialmente dirigido a personas mayores que viven solas y carecen de redes de apoyo sólidas.

Frente a la problemática articulada a la seguridad y soberanía alimentaria y nutricional, es prioritario fortalecer los sistemas cortos de abastecimiento mediante la creación de un centro de acopio local que conecte eficientemente a los productores rurales con los consumidores, aprovechando que el 85% del territorio de Usme es rural y cuenta con producción agrícola. Se recomienda ampliar la cobertura de los programas de seguridad alimentaria para incluir no solo a menores de 6 años sino también a otros grupos etarios vulnerables, implementando estrategias específicas para personas con obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Resulta fundamental aumentar los cupos en servicios sociales como bonos alimentarios y comedores comunitarios, especialmente para personas en situación de pobreza extrema, y extender la oferta institucional e intersectorial hacia la zona rural de la localidad, garantizando que los servicios sean continuos y no se vean afectados por la alta rotación del personal.

Se recomienda diseñar campañas educativas que contrarresten la influencia de la publicidad de alimentos ultra procesados, enfatizando que una alimentación saludable puede ser económicamente accesible a través de productos locales. Es necesario expandir el modelo de huertas comunitarias y escolares, asegurando el acompañamiento técnico continuo y vinculando activamente a las familias para promover su adopción en los hogares. Asimismo, se debe fortalecer la articulación entre instituciones educativas y familias para transmitir información crucial sobre nutrición y establecer un sistema eficaz de seguimiento a las canalizaciones realizadas, garantizando que las personas accedan efectivamente a los servicios. Finalmente, es importante consolidar los mercados campesinos existentes e incentivar la creación de plazas de mercado locales que faciliten el acceso a alimentos frescos, diversos y de calidad, contribuyendo así a mejorar la diversidad nutricional en la localidad y a reducir tanto la desnutrición como los problemas de obesidad.

En relación con las brechas de género y la salud materno-infantil, es fundamental fortalecer la presencia intersectorial en zonas rurales y periféricas de Usme, donde el acceso a servicios de salud es más limitado. Se recomienda ampliar las jornadas móviles de atención prenatal, vacunación y control integral para la primera infancia, así como incrementar la oferta en la agenda de citas de nutrición, especialmente para población migrante. Adicionalmente, se deben intensificar las acciones educativas sobre derechos sexuales y reproductivos en las instituciones educativas, incluyendo la capacitación de docentes y orientadores sobre la Sentencia C-055 de 2022 y las rutas de atención, para prevenir la maternidad adolescente y garantizar un acompañamiento adecuado cuando esta ocurre.

Se sugiere implementar programas específicos para abordar la sobrecarga de cuidados que enfrentan las mujeres, aprovechando y ampliando los servicios de las manzanas del cuidado, con énfasis en madres adolescentes y cabeza de hogar. Es necesario fortalecer las redes comunitarias de apoyo a la maternidad y lactancia, lideradas por organizaciones de mujeres locales, para mejorar los indicadores de salud materno infantil que se mantienen por encima de las metas distritales. Estas iniciativas deben incluir componentes para la promoción de la paternidad responsable y relaciones de cuidado equitativas, trabajando de manera articulada con los sectores de salud, educación, ICBF, Secretaría de Integración Social y la Secretaría Distrital de la Mujer para garantizar un enfoque integral y sostenible.

Para abordar la problemática relacionada con la salud mental, es fundamental fortalecer la articulación intersectorial para garantizar una respuesta integral y sostenible a los problemas de salud mental en la localidad. Se recomienda ampliar la cobertura de los programas de prevención e intervención, especialmente en zonas alejadas de la oferta institucional, y asegurar la continuidad de los proyectos más allá de intervenciones cortas o esporádicas. Resulta prioritario aumentar los recursos destinados a servicios de psicología y la oferta de programas sociales, garantizando que existan cupos suficientes y accesibles para toda la población afectada, particularmente para jóvenes en riesgo. Adicionalmente, es necesario fortalecer las estrategias de educación sobre los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo información clara sobre sus consecuencias y desmitificando su normalización.

Se recomienda desarrollar iniciativas que aborden los determinantes estructurales de la pobreza multidimensional que afectan la salud mental, como el acceso a oportunidades laborales formales y educativas para romper ciclos de vulnerabilidad. Es importante crear más espacios recreativos, deportivos y culturales en el territorio que promuevan la ocupación saludable del tiempo libre, especialmente para adolescentes y jóvenes. Las intervenciones deben enfocarse en el desarrollo de habilidades para la vida, manejo de emociones y resolución de conflictos, fortaleciendo las redes de apoyo comunitario. Finalmente, se sugiere implementar un sistema de seguimiento y evaluación de las acciones implementadas para medir su impacto real en la reducción de los indicadores de conducta suicida y consumo de SPA, ajustando las estrategias según los resultados obtenidos.

Frente a la problemática relacionada con la oferta y accesibilidad a servicios de salud, es prioritario implementar un plan integral de mejoramiento de acceso a los servicios, especialmente para la población del régimen contributivo, que actualmente cuenta con un solo centro de atención en Santa Librada. Se recomienda establecer acuerdos con las EPS del régimen contributivo para ampliar puntos de atención estratégicamente ubicados en las UPZ con menor cobertura, como Parque Entre Nubes, Alfonso López y

Comuneros. Paralelamente, es fundamental mejorar la infraestructura vial y ampliar la frecuencia y cobertura del transporte público, especialmente en zonas rurales, implementando rutas circulares que conecten las veredas más alejadas como Curubital, La Requilina y Las Margaritas con los centros de salud existentes, y estableciendo un sistema de transporte especializado para personas mayores y con discapacidad.

Se sugiere fortalecer y expandir las tomas territoriales y jornadas móviles de atención, priorizando las UPZ La Flora, Ciudad Usme y Alfonso López, así como la UPR3, que presentan mayores dificultades de acceso. Estas jornadas deberían incluir no solo servicios de vacunación, sino también atención primaria, gestión de autorizaciones médicas y entrega de medicamentos para enfermedades crónicas. Adicionalmente, se recomienda implementar un sistema de telemedicina especialmente diseñado para las zonas rurales y de difícil acceso, complementado con brigadas presenciales periódicas y un mecanismo de coordinación intersectorial permanente que garantice la continuidad de la atención entre los diferentes actores del sistema de salud, reduciendo los tiempos administrativos y mejorando la información disponible sobre rutas de atención para la población.

Finalmente, frente a la problemática relacionada con la calidad del aire y la salud ambiental, se recomienda fortalecer la gobernanza intersectorial mediante la creación de una mesa técnica permanente que integre a la Secretaría Distrital de Ambiente, Secretaría de Salud, UAESP, alcaldía local y organizaciones comunitarias, enfocada en desarrollar un plan de acción integral para abordar tanto la contaminación generada por las industrias extractivas como el manejo inadecuado de residuos sólidos. Este plan debería incluir un componente de actualización tecnológica para las pequeñas industrias, inspecciones regulares con poder sancionatorio efectivo para las emisiones irregulares, y un programa de monitoreo comunitario de calidad del aire, especialmente en las zonas cercanas al relleno Doña Juana. Asimismo, es crucial ampliar la estrategia exitosa de recuperación de puntos críticos, como la implementada en el Jardín Infantil Barquito de Papel, hacia otras áreas problemáticas identificadas en las UPZ Gran Yomasa, Comuneros y La Flora.

Es necesario implementar un programa integral de educación ambiental y empoderamiento comunitario que vaya más allá de la sensibilización, incorporando incentivos para la correcta disposición de residuos y la conformación de agremiaciones formales de recicladores. Se sugiere expandir iniciativas como "El Corredor se Cuida por Todos" y "Al Ritmo de la Comunidad, se Trabaja por el Entorno", incluyendo componentes de vigilancia comunitaria y responsabilidad empresarial, especialmente dirigidos a establecimientos como barberías y salones de belleza que requieren manejo especial de residuos. Adicionalmente, se debería desarrollar un protocolo específico de prevención y atención en salud para niños menores de cinco años en la UPZ Danubio, población identificada con mayor vulnerabilidad a enfermedades respiratorias asociadas a la contaminación atmosférica, y fortalecer las acciones de desratización y desinsectación en zonas con altas tasas de presencia de vectores para prevenir enfermedades zoonóticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría Distrital de Salud. Modelo de Salud de Bogotá. 2024.
2. Concejo de Bogotá. Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá camina segura”. 2024;
3. Ministerio de Salud y Protección Social. GUIA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA PARA LA CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA. 2023.
4. Secretaría de Planeación. Plan de Ordenamiento Territorial Documento de Diagnóstico Usme. 2020 [citado el 27 de octubre de 2024]; Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/05_usme_-_diagnostico_pot_2020_version_2.pdf
5. Decreto 190 de 2004 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. [Internet]. [citado el 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13935>
6. Secretaría de Planeación. POT Plan de Ordenamiento Territorial Bogotá Reverdece 2022-2035 Decreto 555 de 2021.
7. Bogotá A. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/cuales-son-los-hospitales-de-primer-nivel-en-el-sur-de-bogota>. 2021. Tres hospitales de primer nivel a los que puedes asistir en el sur de Bogotá.
8. google. Usme - Google Maps [Internet]. 2025 [citado el 28 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/maps/place/Usme,+Bogot%C3%A1/@4.5125166,-74.1374732,5496m/data=!3m1!1e3!4m6!3m5!1s0x8e3fa3f96481dab7:0xa43270a0bc7ba2e0!8m2!3d4.508056!4d-74.1140039!16s%2Fm%2F02rgscg?entry=ttu&g_ep=EgoYMDI1MDEyNy4wIKXMDSoASAFQAw%3D%3D
9. Lopez Hernandez C, Mayor De Bogota A, Andrea M, Toledo S, Local A, Usme D, et al. PLAN AMBIENTAL LOCAL DE USME: USME UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL SIGLO XXI [Internet]. 2020. Disponible en: www.usme.gov.co
10. Alcaldía Local de Usme. Atlas Usme Ambiental [Internet]. 2017. Disponible en: www.usme.gov.coAtlasUsmeAmbiental

11. Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático. Plan Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático PLGR-CC Localidad Usme.
12. Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá - IDECA. Mapa de Referencia para Bogotá D.C [Internet]. 2024 [citado el 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ideca.gov.co/recursos/mapas/mapa-de-referencia-para-bogota-dc>
13. Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá -RMCAB. Informe Anual de Calidad del Aire de Bogotá - Año 2023. 2024.
14. Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (EPA). <https://espanol.epa.gov/espanol/efectos-del-material-particulado-pm-sobre-la-salud-y-el-medioambiente>. 2024. Efectos del material particulado (PM) sobre la salud y el medioambiente | US EPA.
15. Caracterización General de Escenarios de Riesgo localidad de Usme (5). 2021.
16. SALUD - Hospital Usme. DIAGNÓSTICO LOCAL DE SALUD CON PARTICIPACIÓN SOCIAL. 2010;
17. INSTITUTO DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO IDIGER, SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE RIESGOS Y EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO BOGOTÁ C. PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL DE BOGOTÁ - Anexo 14 del Documento Técnico 04. Mapa de Amenaza por Incendios Forestales [Internet]. Disponible en: www.idiger.gov.co
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta multipropósito 2021 [Internet]. 2021 [citado el 12 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-multiproposito>
19. Departamento Nacional de Planeación (DANE). Ley 142 de 1994 [Internet]. 1994 [citado el 27 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=2752>
20. Metodología | Secretaría Distrital de Planeación [Internet]. [citado el 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estratificacion/metodologias>
21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. PROYECCIONES DE POBLACIÓN BOGOTÁ 2018-2035 [Internet]. 2020 [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion/proyecciones-de-poblacion-bogota>
22. Vista Encuesta Resultados | Secretaría Distrital de Planeación [Internet]. [citado el 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estudios-macro/encuesta-multiproposito/resultados>
23. Secretaría Distrital de la Mujer. Caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución Bogotá. 2019;
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. [Internet]. 2025 [citado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro%20Actual&pageHlp=

25. Secretaría de Integración Social. Diagnóstico local Usme. 2023.
26. Transmilenio S.A. Buscador de rutas [Internet]. 2024 [citado el 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.transmilenio.gov.co/loader.php?lServicio=Rutas&lTipo=busqueda&lFuncion=ruta&idRuta=89&estacion=4073&tipoRuta=8>
27. Vigilancia de la Salud Ambiental - Subred Sur. Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de establecimientos. 2024.
28. Secretaría de Educación Distrital. Oficina Asesora de Planeación. Territorialización de la inversión. Localidad 05 USME. 2023;
29. Observatorio de Salud de Bogotá D abiertos gobierno transparente. SaluData [Internet]. 2024 [citado el 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>
30. Vega A. Trabajo infantil: 11 cosas que debes saber. Amnistía Internacional España. el 12 de junio de 2024;
31. Molina M, 1a S, Ferrada C, 1a N, Pérez R, 1a V, et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar The relationship between teenage pregnancy and school desertion.
32. Does a Higher Income Have Positive Health Effects? Using the Earned Income Tax Credit to Explore the Income-Health Gradient Joint Committee on Taxation. Vol. 89, The Milbank Quarterly. 2011.
33. incidencia del niveleducativo en el proceso de busqueda de empleo.
34. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta multipropósito (EM) 2017. 2017.
35. Beaudart C, Biver E, Bruyère O, Cooper C, Al-Daghri N, Reginster JY, et al. Quality of life assessment in musculo-skeletal health. Vol. 30, Aging Clinical and Experimental Research. Springer International Publishing; 2018. p. 413–8.
36. Velasquez S. Ser mujer jefa de hogar en Colombia. Revista de Información Básica. 2005;4.
37. secretaria de la Mujer. Observatorio de Mujeres y Equidad de Género. 2024.
38. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. PCO 2023 2024. Bogotá; 2024.
39. Lechner M. Elaborado por: Sean Sebastián Suret y Christian David Torres-Equipo OAB.
40. Romero-Lankao P, QH, & BCM. Exploración de los efectos del desarrollo urbano en la exposición a riesgos climáticos y su interacción con la vulnerabilidad en las ciudades de América Latina: el caso de la contaminación del aire en la Ciudad de México, Santiago y Bogotá. Medio Ambiente y Urbanización 78(1). 2013;125–42.
41. Subsistema de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria.



SECRETARÍA DE
SALUD

