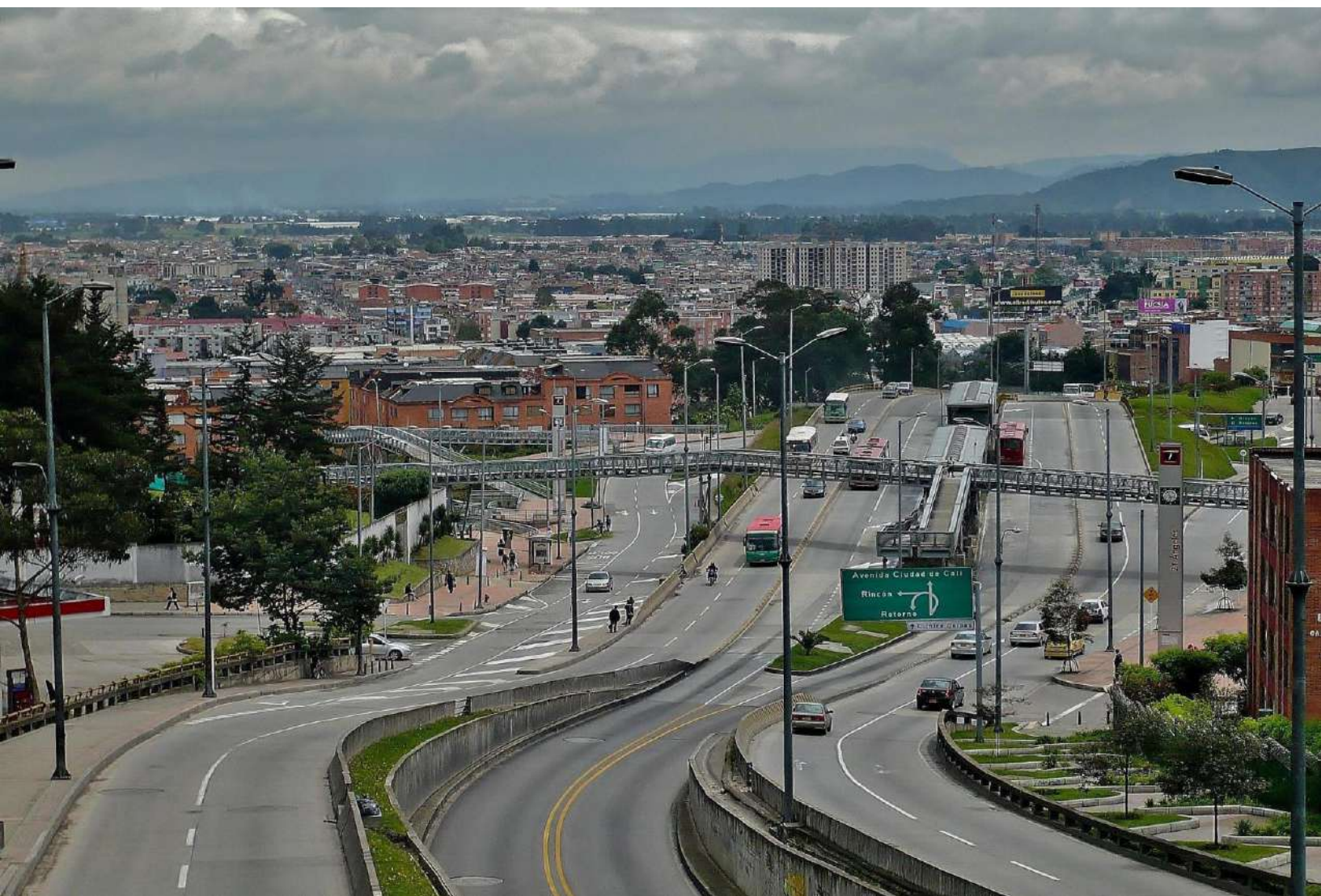




DOCUMENTO ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD LOCALIDAD SUBA

SUBRED NORTE E.S.E.
BOGOTÁ D.C. 13 JULIO 2022



SECRETARÍA DE
SALUD



Alcaldesa Mayor de Bogotá
Claudia Nayibe López Hernández

Secretario Distrital de Salud
Alejandro Gómez López

Subsecretario de Salud Pública
Manuel Alfredo González Mayorga

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Diane Moyano Romero

Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública
Gina Paola González Ramírez

Equipo local Accvsye

Liliana Toquica – Epidemióloga
John Marín - Epidemiólogo
Olga Pinzón - Epidemióloga
Andrea Palacios – Epidemióloga
Angelica Viracacha - Epidemióloga
Andrés Alfonso – Geógrafo
Luis Rodríguez - Geógrafo
Camilo Acosta – Antropólogo
Daniela Rodríguez - Antropóloga
Adriana Velandia - Líder Accvsye
Patricia Rey – Líder Análisis y Políticas

Lista de abreviaturas

Accvsye	Análisis de condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad
Aiepi	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ARL	Aseguradora de Riesgos Laborales
ASP	Actividades Sexuales Pagas
Caid	Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros
CAL	Comisión Ambiental Local
CAPS	Centro de Atención Prioritaria en Salud
CHC	Ciudadanos Habitantes de Calle
CIU	Clasificación Industrial Internacional Uniforme
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
Coliaf	Comité Operativo Local de infancia, adolescencia y familia
Copacos	Comité de Participación Comunitaria en Salud
Dadep	Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EEP	Estructura Ecológica Principal
EM	Encuesta Multipropósito
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
Gpaish	Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública
HTA	Hipertensión Arterial
Iboca	Índice Bogotano de Calidad del Aire y Riesgo en Salud
ICP	Índice de Condición del Pavimento
Ideca	Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital
Idepac	Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal
Idipron	Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte
IEC	Información Educación y Comunicación
IF	Índice de fallas
IMC	Índice de Masa Corporal
IPES	Instituto para la Economía Social
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IRAG	Infecciones Respiratorias Agudas Graves
IRI	Índice de Rugosidad Internacional
JAC	Junta de Acción Comunal
JAL	Juntas Administradoras Locales
Lgbtiqa	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Queer, Intersexuales y Asexuales
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCO	Problemáticas Colectivas
PEA	Población Económicamente Activa
PEDH	Parque Ecológico Distrital de Humedal
PEE	Población en Edad Escolar
PEI	Población Económicamente Inactiva
PET	Población en Edad de Trabajar
PIB	Producto Interno Bruto
PM	Material Particulado
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
Pspic	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
PYME	Pequeñas y Medianas Empresas
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad
RCV	Riesgo Cardiovascular
RIAS	Ruta Integral de Atención en Salud
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios

RPMS	Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud
RURO	Registro Único de Recicladores de Oficio
RUV	Registro Único de Víctimas
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SAP	Sistema de Áreas Protegidas
SDIS	Subdirección Distrital de Integración Social
SDP	Secretaría Distrital de Planeación
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SED	Secretaría de Educación Distrital
Sgss	Sistema General de Seguridad Social y Salud
Simat	Sistema de Matricula Estudiantil
Sisben	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
Sispro	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
Sisvan	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
Sisvecos	Subsistema de Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida
SITP	Sistema Integrado de Transporte Público
Sivigila	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
Sivim	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual
Sivistra	Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de Trabajadores de la Economía Informal
SPA	Sustancias Psicoactivas
TGP	Tasa Global de Participación
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
Uaes	Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
Uariv	Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
Umhes	Unidad Médica Hospitalaria Especializada
UMV	Unidad de Mantenimiento Vial
UPL	Unidad de Planeamiento Local
UPR	Unidad de Planeamiento Rural
UPZ	Unidad de Planeamiento Zonal
USS	Unidad de Servicios de Salud
UTI	Unidad de Trabajo Informal
Vespa	Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas
VSP	Vigilancia en Salud Pública
VSPC	Vigilancia en Salud Pública Comunitaria
WQI	Water Quality Index (Índice Calidad del Agua)

Tabla de contenido

Presentación.....	9
Introducción	9
Objetivos.....	10
Metodología.....	11
1. CAPÍTULO I: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA LOCALIDAD.....	13
1.1 <i>Características de la localidad.....</i>	13
1.1.1 Breve reseña histórica de la localidad	13
1.1.2 Localización y división política	14
1.1.3 Uso del suelo.....	16
1.1.4 Características ambientales.....	16
1.1.5 Riesgos naturales.....	21
1.1.6 Equipamientos colectivos concentración de oferta institucional	24
1.1.7 Espacio Público	26
1.1.8 Generalidades de la accesibilidad geográfica.....	30
1.1.9 Salud ambiental y sanitaria	33
1.1.10 Vigilancia comunitaria	33
1.2 <i>Estructura demográfica-poblacional.....</i>	34
1.2.1 Población total desagregada en la localidad.....	34
1.2.2 Hogares y viviendas	34
1.2.3 Estructura demográfica	37
1.2.4 Dinámica demográfica.....	39
1.2.5 Poblaciones diferenciales.....	40
1.3 <i>Perfil epidemiológico local.....</i>	47
1.3.1 Configuración de morbilidad en la localidad	47
1.3.2 Configuración de la mortalidad en la localidad	68
1.4 <i>Relación morbi-mortalidad – población</i>	79
2 CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS EN EL TERRITORIO.....	81
2.1 <i>Condiciones de trabajo y la relación con la salud</i>	81
2.1.1 Tasa de ocupación	82
2.1.2 Principales tipos de ocupación en la localidad.....	83
2.1.3 Tasa de Desempleo	85
2.2 <i>Condiciones socio económicas</i>	85
2.2.1 Indicadores de pobreza.....	85
2.2.2 Ingreso per cápita.....	86
2.2.3 Estrato socioeconómico	86
2.3 <i>Acceso o restricción a bienes y servicios</i>	88
2.3.1 Condiciones de vivienda	88
2.3.2 Seguridad	88
2.3.3 Nivel Educativo.....	90
2.3.4 Deserción escolar.....	91
2.3.5 Acceso a servicios de salud.....	92
2.3.6 Acceso a servicios públicos	93
2.3.7 Seguridad alimentaria y nutricional.....	94
2.4 <i>Organización social local.....</i>	98
2.4.1 Instancias locales normadas de coordinación institucional	98
2.4.2 Instancias Autónomas	99
2.4.3 Instancias de participación mixtas.....	99
2.4.4 Formas de participación en salud	100
2.4.5 Organizaciones sociales y comunitarias	101

2.5	<i>Relación morbi-mortalidad, ambiente, sociedad y economía en el territorio</i>	101
3	CAPÍTULO III: PROFUNDIZACION EN EL ANALISIS TERRITORIAL	103
4	CAPÍTULO IV: RESPUESTA INSTITUCIONAL – SOCIAL – COMUNITARIA Y POTENCIALIDADES DEL TERRITORIO	111
5	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	119
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

Lista de tablas

Tabla 1.	Población por UPZ y sexo, localidad Suba, 2021	34
Tabla 2.	Distribución hogares y viviendas por UPZ, localidad Suba, 2021	34
Tabla 3.	Distribución por sexo y momento de curso de vida, localidad Suba, 2021	38
Tabla 4.	Índices de estructura demográfica, localidad Suba, años 2016-2021-2026.	38
Tabla 5.	Indicadores demográficos, localidad Suba, años 2011, 2016, 2021	39
Tabla 6.	Autorreconocimiento étnico, localidad Suba, 2018	40
Tabla 7.	Distribución población con reconocimiento étnico y grupo de edad, localidad Suba, 2018	41
Tabla 8.	Número de atenciones según tipo, localidad de suba, 2018-2020	48
Tabla 9.	Número de atenciones según sexo, localidad Suba, 2018-2020	48
Tabla 10.	Número de atenciones e individuos por UPZ, localidad Suba, 2018-2020	51
Tabla 11.	Semaforización de los eventos de notificación obligatoria, Bogotá y Suba, 2016 a 2020	59
Tabla 12.	Distribución de los casos confirmados por SARS-CoV-2/COVID-19 y proporciones de incidencia, según grupos de edad, localidad Suba 2020 a 2021.	63
Tabla 13.	Características sociodemográficas de los casos, proporciones de incidencia y porcentajes por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Suba, 2020 a 2021.	64
Tabla 14.	Distribución de los casos confirmados y proporciones de incidencia por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad y UPZ, Suba 2020 - 2021.	65
Tabla 15.	Patologías más incidentes y relacionadas con los casos de Covid – 19, Suba y UPZ El Rincón, 2020 2021.	68
Tabla 16.	Defunciones según sexo y momento de curso de vida, localidad Suba, 2016 – 2020	68
Tabla 17.	Defunciones según régimen de aseguramiento, localidad Suba, 2016 – 2020	69
Tabla 18.	Defunciones según grupo étnico, localidad Suba, 2016 – 2020	69
Tabla 19.	Tasas crudas de mortalidad por enfermedades transmisibles, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020	72
Tabla 20.	Tasas crudas de mortalidad por neoplasias, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020.	73
Tabla 21.	Tasas crudas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020	74
Tabla 22.	Tasas crudas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020	74
Tabla 23.	Tasas crudas de mortalidad por causas externas, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020	75
Tabla 24.	Tasas crudas de mortalidad por todas las demás enfermedades, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020	76
Tabla 25.	Tasas crudas de mortalidad por síntomas, signos y afecciones mal definidas, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020	76
Tabla 26.	Tasas específicas de mortalidad en menor de 1 año, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020	77
Tabla 27.	Tasas específicas de mortalidad en menor de 1 a 4 años, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020	77
Tabla 28.	Tasas específicas de mortalidad, en menor de 5 años, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020	78

Tabla 29. Semaforización de la mortalidad materno infantil, localidad Suba Vs. Subred Norte, 2016 – 2020	78
Tabla 30. Tenencia de vivienda por hogar, localidad Suba, 2017	88
Tabla 31. Número de delitos de alto impacto, localidad Suba, 2014 a 2017	90
Tabla 32. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Suba, 2014-2018	91
Tabla 33. Tasa de aprobación, reprobación y deserción por sector educativo, localidad Suba, 2014-2018	92
Tabla 34 Tasa de aprobación, reprobación y deserción por nivel educativo, localidad Suba, 2018.92	
Tabla 35. Formas de participación comunitaria en salud, localidad Suba, 2021	100
Tabla 36. Actividades y población objeto, Entornos cuidadores de Vida, PSPIC, 2021	111

Lista de gráficas

Gráfica 1. Pirámide poblacional, localidad Suba, años 2016-2021-2026	37
Gráfica 2. Pirámide poblacional población con autorreconocimiento étnico, localidad Suba, 2018 ..	41
Gráfica 3. Número de atenciones e individuos, localidad Suba, 2018-2020	47
Gráfica 4. Número de atenciones según edad quinquenal, localidad Suba, 2018-2020	49
Gráfica 5. Estructura de población por edad y sexo, de la morbilidad por Covid – 19, localidad Suba, 2020 a 2021.	61
Gráfica 6. Curva epidémica de casos confirmados según fecha de inicio de síntomas, localidad Suba, 2020 – 2021	62
Gráfica 7. Curva epidémica de los casos confirmados por grupos decenales de edad, según fecha de inicio de síntomas, localidad Suba, 2020 – 2021	62
Gráfica 8. Distribución casos acumulados de COVID – 19 por UPZ localidad Suba, 2020 a 2021 ..	67
Gráfica 9. Tasas crudas de mortalidad por grandes causas, localidad Suba, 2016 – 2020	70
Gráfica 10. Tasa de muertes violentas por 100mil habitantes, Bogotá y Suba, 2014 - 2017	89
Gráfica 11. Número de muertes violentas por tipo, Localidad Suba, 2014 - 2017	89
Gráfica 12. Tasa bruta de cobertura educativa, localidad Suba, 2014-2018	91

Lista de figuras

Figura 1. Comportamiento del Rt por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Suba, 2020 a 2021.....	63
---	----

Lista de mapas

Mapa 1. Localización y división política, localidad Suba, 2021	15
Mapa 2. Estructura ecológica principal, localidad Suba, 2021	18
Mapa 3. Calidad de agua y aire, localidad Suba, 2020	20
Mapa 4. Riesgos naturales, localidad Suba, 2021	23
Mapa 5. Equipamientos y concentración de oferta insitucional, localidad Suba, 2021	25
Mapa 6. Espacio público efectivo, localidad Suba, 2017	27
Mapa 7. Espacio público verde, localidad Suba, 2017	29
Mapa 8. Accesibilidad a servicios de salud, localidad Suba, 2021	32
Mapa 9. Densidad poblacional y hogares por UPZ, localidad Suba, 2021	35
Mapa 10. Atenciones en salud según sexo, localidad Suba, 2018-2020	50
Mapa 11. Proporción de incidencia de casos acumulados por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad y UPZ, Suba, 2020 a 2021.....	66
Mapa 12. Concentración de casos morbilidad y mortalidad, según UPZ, localidad Suba, 2020	80
Mapa 13. Distribución de la ocupación informal, localidad Suba, 2017 – 2020	84
Mapa 14. Estratificación socioeconómica, localidad Suba, 2021	87

Mapa 15. Problemáticas territoriales, localidad Suba, 2021.....	104
Mapa 16. Concentración de población con canalización efectiva a RIAS, localidad Suba, 2021 ...	114

Presentación

En el marco del plan de desarrollo “Un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI 2020 - 2024”, se hace necesario el reconocer la realidad territorial local, a través del abordaje de determinantes sociales, integrando las características del mismo, de tal forma que se convierta en insumo para la toma de decisiones. Es así como el análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad local, es una herramienta útil de aproximación a la realidad del territorio.

Este documento es resultado de la implementación de análisis descriptivos, explicativos y de relaciones entre el contexto espacial, sociodemográfico, morbilidad y mortalidad de Suba; lo que permite presentar las características relevantes de la localidad, llegando a la identificación de prioridades en salud, respuesta institucional existente, potencialidades y actores relevantes para la intervención de las mismas. La información presentada tiene un nivel de desagregación territorial a UPZ, limitada por el alcance de las fuentes de información disponibles.

Este insumo se pone a disposición de los tomadores de decisiones a nivel local, tanto sectorial como intersectorial, así como de la comunidad en general; con el fin de aportar en la comprensión de las dinámicas territoriales, para el posicionamiento de prioridades en las agendas públicas, que orienten la planificación territorial y el diseño del Plan local de cuidado.

Introducción

El Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad de la localidad de Suba, es un proceso sistemático y organizado que permite identificar los principales elementos que pueden o no afectar la calidad de vida y salud de la población en la localidad. Su alcance procura trascender la observación institucional sobre las características de la enfermedad y la muerte, buscando una aproximación de la realidad local a través de entender la salud no solo como la simple ausencia de enfermedad, malformación o patógenos, sino como un producto de diversos aspectos contextuales, ecológicos, sociales, territoriales e históricos, que interactúan potencializando o no las características individuales de las personas en el área geográfica definida. De este modo se deriva una visión de la salud como un componente humano que no puede solo ser restringido y enfocado al acceso a servicios médicos.

En ese sentido, el objetivo de este trabajo es dar a conocer las relaciones entre las condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la población de Suba, que permita orientar la toma de decisiones y la planeación institucional de los sectores gubernamentales, buscando el bienestar colectivo en el territorio. De allí, que se presente en un primer momento la descripción de las generalidades de la localidad a nivel espacial

y demográfico, otorgando al lector una serie de indicadores que dan cuenta de la amalgama de elementos que constituyen la localidad en un territorio particular con sus características ambientales, estructura ecológica, hidrografía, altitud y relieve, temperatura, calidad del aire y del agua, equipamientos, entre otros.

Posteriormente, se hace un análisis de la estructura demográfica, los grupos de población en condición de vulnerabilidad o discriminación, la dinámica de las personas, los hogares y viviendas, bajo enfoques diferenciales, de curso de vida, género e interseccional, que ofrecen un abanico de datos acerca de las personas que habitan la localidad. Así mismo, se expresan los principales indicadores de salud que, como se mencionaba, son el resultado de la interacción de todo lo que compone el territorio y su población en el espacio social. Es así, que se describen los eventos en salud que más afectan el bienestar de la gente, las causas de enfermedad y de atención en salud, así como las primeras causas de muerte por edad y sexo. Lo anterior a la luz de indicadores socioeconómicos como las condiciones de trabajo, organización social, acceso a bienes y servicios entre otros.

En tercer lugar, se ubica al lector en el análisis del territorio, entendiendo este como el resultado del constructo social y político que cuenta con una configuración histórica de eventos de salud pública que permite establecer situaciones problemáticas que se traducen en inequidades en salud, que deben ser intervenidas y trabajadas desde el marco integral de los derechos; analizando además la respuesta existente, proponiendo finalmente algunas conclusiones y recomendaciones para el abordaje territorial.

Objetivos

Objetivo General

Generar conocimiento sobre las relaciones entre las condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la población de Suba, que sirva para orientar la toma de decisiones y la planeación local e institucional.

Objetivos Específicos

- Identificar niveles y patrones de distribución espacial y temporal de indicadores que afectan el estado de salud de la población, mediante la descripción de las características ambientales, dinámica demográfica y el perfil epidemiológico.
- Establecer relaciones entre los niveles de morbilidad y mortalidad, los determinantes sociales de la salud y las condiciones de vida en el territorio.
- Dar recomendaciones para la planeación de las acciones en los territorios, en el marco del modelo de salud distrital.

Metodología

La construcción del documento de Accvsye del año 2021 consta de cinco capítulos, los cuales se elaboraron mediante el desarrollo de tres fases de análisis; la primera fue el proceso de alistamiento de fuentes primarias y secundarias de información; de tal manera que permitieran la caracterización de la localidad y una mayor aproximación a la descripción de las condiciones espaciales, ambientales, demográficas, socioeconómicas y del perfil salud-enfermedad del territorio, buscando la desagregación territorial a nivel de UPZ. La segunda fase, denominada de análisis descriptivo y explicativo, retoma los indicadores e información procesada, permitiendo la integración del conocimiento e identificando situaciones que afectan o favorecen la calidad de vida y salud de los habitantes de la localidad. Finalmente, la tercera fase “análisis de relaciones que configuran el desarrollo de la autonomía”, permitió la consolidación de los hallazgos de las características del territorio, identificando relaciones entre los determinantes y la salud de los habitantes, así como la respuesta existente, obteniendo como resultado conclusiones y recomendaciones de abordaje dirigidas a los tomadores de decisiones.

En el capítulo uno se presentan tres grandes apartados: características generales de la localidad, estructura demográfica – poblacional y perfil salud enfermedad. En el primer ítem, se incluye una breve reseña histórica, de acuerdo a información publicada en las páginas web de las Alcaldías Locales; seguido por la descripción de la localización y división política, cuya fuente cartográfica es Ideca del 2021. El apartado de características ambientales, fue elaborado retomando información de antiguos diagnósticos locales y con insumos de otras fuentes como el documento del POT 2020; lo anterior apoyado en cartografías que permiten ubicar al lector en aspectos relacionados con la EEP, equipamientos, calidad del aire y del agua, entre otros. Es de aclarar, que dentro de este apartado se incluyen las características de la malla vial, un análisis de accesibilidad a los servicios de salud de la red pública y problemáticas ambientales percibidas por la comunidad entre los años 2017 a 2020, notificadas al subsistema de VSPC.

Para el apartado de estructura demográfica – poblacional, la fuente de información fueron las proyecciones poblacionales DANE del Censo 2018, donde a través del cálculo de frecuencias absolutas y relativas, representadas en tablas; se visibilizan los cambios de población y número de hogares y viviendas para 2021, tanto a nivel local como de UPZ, comparando los años 2011 y 2016. Para los indicadores que dan cuenta de la dinámica demográfica, la información fue obtenida de los datos publicados en el observatorio Distrital SaluData, aclarando que a la fecha no se cuenta con el 100% de los datos para 2021, debido a los procesos de sistemas de información de estadísticas vitales y migración.

Es importante señalar, que en esta parte del documento, se hace una caracterización de tipo descriptivo, de las poblaciones diferenciales, tomando diferentes fuentes de información de observatorios, informes y documentos elaborados anteriormente por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, los cuales se relacionan posteriormente en cada apartado. Es de aclarar, que para algunas poblaciones, no se cuenta con información

extensa a nivel local, es por ello que se toman características generales de Bogotá, como aproximación a la realidad de las condiciones de salud y vida de estas comunidades.

El perfil epidemiológico local, inicia con la distribución y el comportamiento de la morbilidad según las salidas entregados por SDS a partir de las bases de datos RIPS de los años 2018 a 2020; las cuales tenían las cifras de atenciones en salud (consulta externa, urgencias y hospitalizaciones) e individuos únicos que accedieron a servicios de salud, con residencia en la localidad. La desagregación espacial presentada en esta fuente de información fue en términos de localidad y UPZ. A partir de este insumo, se elaboraron análisis con frecuencias absolutas y relativas, teniendo en cuenta las variables de sexo y quinquenio, además de las primeras 20 causas de consulta.

El análisis de la morbilidad se complementó con la evaluación del comportamiento de la notificación de eventos de interés en Salud Pública, tomados de las bases Sivigila 2015 a 2020, comparando las cifras locales con las de Bogotá para el año 2020, tomando como insumo el instrumento ENOS suministrado por la SDS, lo que permitió hacer una semaforización de los eventos para el análisis. De igual forma, teniendo en cuenta la relevancia de la sindemia ocasionada por la Covid-19, se realizó un análisis de casos y defunciones desde marzo de 2020 hasta el 2 de octubre del 2021, tomando como insumo las bases de datos institucionales de “Casos positivos” de la Subred Norte; los resultados se muestran en tablas y gráficas de tendencia, además de cartografías por UPZ.

Como parte del perfil salud – enfermedad, se describe el comportamiento de las defunciones a partir del cálculo de las tasas crudas de mortalidad de la localidad, para los años 2016 a 2020, tomando como ordenador los listados de agrupación 6/67 definidos por la OPS, cuya fuente de información son las bases de Estadísticas Vitales, suministradas por la SDS y las proyecciones poblacionales del Censo DANE 2018; adicionalmente se presenta la mortalidad materno infantil y en la niñez, para el mismo periodo. Los datos obtenidos de mortalidad, se presentan mediante tablas, con gráficos de tendencia, distribuidos por sexo.

El segundo capítulo se organiza en cuatro apartados: condiciones de trabajo, socioeconómicas, acceso a servicios y organización social local; cuya información se obtuvo de diferentes fuentes como la Encuesta Multipropósito 2017, informes presentados por algunas entidades y consulta de observatorios, entre otros. Es de aclarar que en cada apartado el lector encontrará la fuente de información correspondiente. Para cada una de las condiciones, se profundizó en indicadores locales y según disponibilidad de información se desagregaron los datos a nivel de UPZ.

Tomando los insumos anteriormente mencionados, se elaboró el tercer capítulo; en el cual mediante la triangulación de información por UPZ, se realizó un balance inicial de

información como insumo para participar en la mesa territorial local¹; en dicho espacio se profundizó en los análisis a partir de los vacíos de información identificados, que sumado a los documentos e informes entregados por la Oficina de Participación Social, permitieron la identificación de prioridades por UPZ. Por lo anterior, este apartado, tiene las UPZ como ordenador, presentando para cada una, la descripción de aspectos relevantes y las problemáticas identificadas, dando paso al capítulo cuatro, en el cual se describe la respuesta, en términos de la oferta institucional y del sector salud. Finalmente, en el capítulo cinco, el lector encontrará una serie de conclusiones y recomendaciones, que se convierten en insumo para los tomadores de decisiones.

1. CAPÍTULO I: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA LOCALIDAD

1.1 Características de la localidad

1.1.1 Breve reseña histórica de la localidad

Sin desconocer el pasado indígena muisca de la localidad y sus importantes aportes históricos no solo a la población local sino a la construcción del territorio, pues sus asentamientos se extendían en lo que actualmente son las UPZ Tibabuyes, Rincón y Suba Centro, además de sus grandes cuerpos de agua: los ríos Bogotá, Juan Amarillo, Laguna de Tibabuyes, y los humedales de la Conejera, Guaymaral y Córdoba (1); se resaltan principalmente los procesos a partir de la época colonial, donde se incrementa su densidad poblacional y se configura como un centro de la zona sabanera con interacciones moderadas con la capital.

Hacia inicios del siglo pasado, convertida en un municipio de Cundinamarca, la población rural tuvo un paulatino crecimiento como eje periférico de Bogotá y en el año 1954, las ocho veredas que la conformaban se constituyeron como municipio anexo a la ciudad. Ello implicó un cambio en su estructura administrativa, pues su plaza fundacional dejó de ser punto de reunión comunal ya que la plaza de mercado fue trasladada hacia Cota y junto a las olas migratorias comenzó una aceleración de urbanismo no planificado (2).

Es bien conocido que el fenómeno de la migración de campesinos hacia los terrenos y fincas de las zonas circundantes de Bogotá conllevó a la parcelación y venta de lotes (incluso de manera ilegal) que definió el urbanismo desordenado de la ciudad. Como la mayor parte de las localidades de Bogotá, Suba inició un proceso de urbanización conectado a la ciudad con un proceso de transformación estructural y poblacional con la

¹ Espacio institucional, de periodicidad mensual, liderado por el equipo de Análisis y Políticas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, donde participan representante de los diferentes Entornos y Procesos Transversales de Salud Pública.

demanda de necesidades en servicios públicos, educación, salud, recreación, que aún se mantiene en la actualidad (3).

En las décadas del setenta y ochenta se dio un fenómeno fuerte de migración de familias enteras procedentes de otros municipios de Cundinamarca, Boyacá, Santander y Tolima, que generó tensiones complejas en los órdenes social, político, económico y cultural. La ciudad creció entonces hacia el sur y el occidente de forma considerable, siendo Suba afectada por procesos de construcción y autoconstrucción promovidos por agentes privados y programas de gobierno en lotes que contaban con las mínimas normas para su desarrollo urbano. En 1977, el Concejo Distrital divide el territorio del Distrito en diecinueve alcaldías menores, entre ellas Suba (3).

1.1.2 Localización y división política

La localidad de Suba es la número 11 de la ciudad de Bogotá, limita al norte con el municipio de Chía, teniendo como separador el Río Bogotá; al oriente con la localidad de Usaquén junto con la Autopista Norte y Avenida Carrera 45; al sur con las localidades de Engativá y Barrios Unidos y al occidente con el municipio de Cota y el Río Bogotá. Está conformada por 12 UPZ: La Academia, Guaymaral, San José de Bavaria, Britalia, El Prado, La Alhambra, Casa Blanca Suba, Niza, La Floresta, Suba, El Rincón, Tibabuyes (4) (Ver Mapa 1).

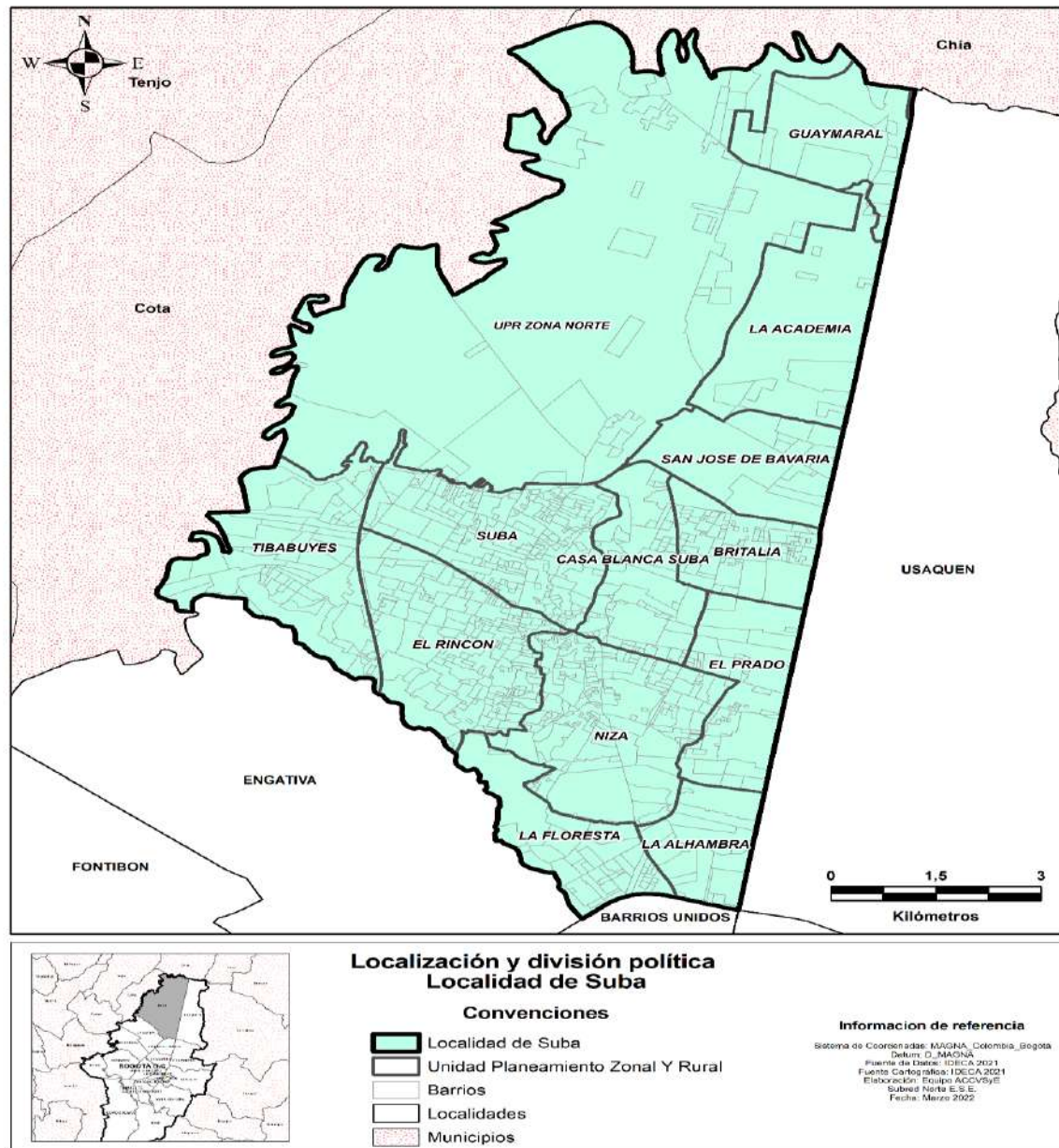
Cabe mencionar que, tras la presentación del POT 'Bogotá reverdece 2022-2035', que fue radicada ante el Concejo Distrital, se busca una transformación en el ordenamiento territorial de la ciudad de Bogotá. Estas nuevas UPL remplazarán a las actuales localidades, UPZ y UPR. Se considera a las UPL como ámbitos de planeación y gestión territorial que cuentan con una delimitación y tamaño acorde a las necesidades y oportunidades que tiene la ciudad, respondiendo al propósito de garantizar proximidad, disponibilidad y diversidad de soportes, servicios sociales y empleo en el marco del Modelo de Ordenamiento Territorial.

Para el caso de la localidad de Suba, se pasará de doce UPZ a cinco UPL; las cuales serían Britalia, Niza, Suba, Rincón de Suba y Tibabuyes. La UPL Britalia unificará las UPZ: San José de Bavaria, Britalia, Casa Blanca Suba y El Prado hasta la Calle 138 al sur. La UPL Niza unificará las UPZ: Niza, La Floresta, La Alhambra y El Prado hasta la Calle 133 al norte. Las UPL Suba y Tibabuyes conservarían la misma área, mientras que la UPZ El Rincón cambiaría su nombre a Rincón de Suba. La UPZ La Academia y Guaymaral pasarían a ser parte de la UPL rural denominada Torca (5).

Actualmente, la localidad cuenta con un total de 825 barrios de los cuales el 42% se encuentran en las UPZ Rincón y la UPZ Suba cada una con el 21% (174 barrios) respectivamente; por el contrario, las UPZ Guaymaral y La Academia concentran el menor número de barrios con el 1% (11 barrios, cada una). Del total de barrios que contiene la

localidad el 77% (636 barrios) se encuentran sin legalizar ²; de los cuales el 42% se localizan en UPZ Niza y Suba cada una con el 21% (137 y 134 respectivamente) (4).

Mapa 1. Localización y división política, localidad Suba, 2021



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de datos IDECA 2021

² Los requisitos para que un asentamiento pueda ser legalizado son los siguientes: 1. Estar consolidados urbanísticamente, es decir, que presenten una estructura urbana con vías existentes y lotes ocupados, construidos; 2. Estar constituidos por viviendas de interés social ubicados en estratos 1 y 2; y 3. No estar ubicados en las categorías de EEP, suelo de protección, áreas de reserva para la construcción de infraestructura de servicios públicos, áreas de afectación para el desarrollo y funcionamiento generales (62).

1.1.3 Uso del suelo

La localidad de Suba tiene una extensión de 10.056,0 hectáreas, de las cuales 5.800,7 son de suelo urbano, 3.762,7 de suelo rural y 492,7 de suelo de expansión. Además, representa el 15,3% de la superficie urbana total de la ciudad. En la localidad predomina el uso de suelo residencial como lugar de habitación y alojamiento permanente, con el 59,7%. La actividad residencial que tiene el mayor porcentaje de la población está localizada en desarrollos de origen formal (zonas residenciales en áreas urbanas integrales, zonas residenciales netas, zonas residenciales con áreas delimitadas de comercio y servicios), estos sectores se ubican principalmente en las UPZ El Rincón y Tibabuyes, que juntas albergan una población superior al medio millón de habitantes (6).

A diferencia de otras localidades, la diversidad o mezcla de usos de suelo es baja, dado que hay una baja destinación del suelo urbano a actividades económicas y productivas y en contraste, la concentración de actividades económicas se da en las urbanizaciones de lote individual de origen informal. Tan solo un 13% del suelo tiene una destinación a actividades comerciales e industriales. La concentración de actividades en el primer piso en el sector de origen informal de la localidad, en donde es importante destacar que el sector de El Rincón y Aures, tienen desarrollos con loteos irregulares y de diverso tipo de dimensión que son áreas consideradas de oportunidad para la gestión de nuevos usos en la localidad. El sector de Tibabuyes por el contrario, es una zona retirada de la localidad y de difícil acceso, en donde el alto grado de uso comercial se encuentra mezclado con la vivienda. Finalmente, Prado Veraniego se ha constituido en clúster de comercio de la zona norte de la ciudad (6).

El suelo rural de Suba se ubica en el costado noroccidental de la localidad, en colindancia con los municipios de Cota y Chía. Una porción del suelo rural de Suba ha sido incluida en la Reserva Forestal Regional Productora del Norte de Bogotá Thomas van der Hammen, declarada por la CAR el 19 de julio de 2011 (6).

1.1.4 Características ambientales

La Localidad de Suba se encuentra entre los 2.560 y los 2.700 m.s.n.m. de altitud, lo que conlleva a tener una topografía que combina una parte plana a ligeramente ondulada ubicada al occidente de la localidad y otra parte inclinada a muy inclinada localizada en los Cerros de Suba que se localizan en una orientación sur-norte y donde se emplaza gran parte de su desarrollo urbano en altura, especialmente en barrios de las UPZ Suba, El Rincón, Niza, Casa Blanca y en menor medida, en la UPZ San José de Bavaria (7). Es importante tener en cuenta este elemento ya que existe evidencia que comprueba el impacto que genera en la salud el vivir en zonas con altitudes mayores de 2.500 m.s.n.m.; tal como la baja presión atmosférica que dificulta el ingreso de oxígeno al sistema vascular, generando una reducción drástica de la saturación de la oxihemoglobina a nivel general (8).

De igual forma, Suba tiene una temperatura promedio anual 14,37°C, correspondiente a un tipo de clima frío subhúmedo. Para la zona, los registros históricos de los valores medios

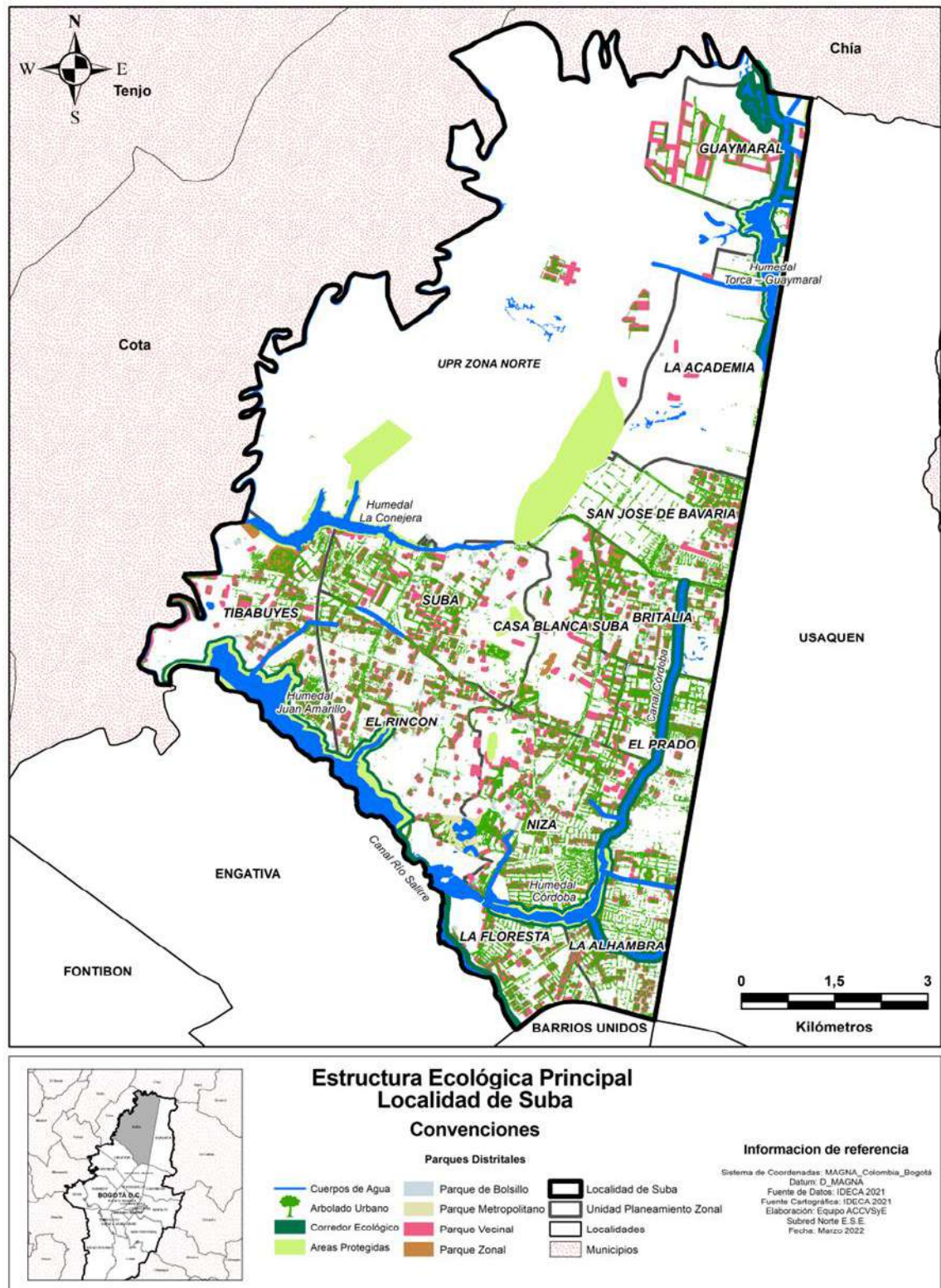
de temperatura de la estación climatológica Guaymaral, evidencian un valor inferior promedio de la temperatura de 12,9°C. En cuanto a la humedad relativa y precipitación el promedio diario anual es de 77% y de 900 a 1.000 mm³ respectivamente (9). La localidad, al igual que la ciudad en general, tiene cambios de temperatura que no solo presenta condiciones que aumentan enfermedades respiratorias en los comunes picos de la ciudad en épocas de lluvia sino la propagación de enfermedades infecciosas. De igual manera, en las épocas lluvias los sistemas hídricos presentan riesgos por contaminación de aguas, aumento de vectores e impactos económicos que igualmente afectan indirectamente la salud.

El territorio de la localidad de Suba contempla dos elementos de la EEP: por un lado, se encuentran las cuatro áreas protegidas de PEDH de carácter urbano compuesto por el Humedal Torca – Guaymaral con un área 71 hectáreas; el Humedal Córdoba con un área de 40.5 hectáreas, Humedal Juan Amarillo con 222,7 hectáreas y el Humedal La Conejera con 58,8 hectáreas; recordando que parte de las áreas protegidas corresponde a la Reserva Van der Hammen. Según la Secretaría Distrital de Ambiente el índice de calidad ambiental y del agua ICA-HUM para el periodo 2019-2020 del Humedal Córdoba varió entre aceptable y excelente, excepto para el sitio Junquera Zona 3, cuya calidad fue pobre; para el Parque Ecológico Distrital de Humedal Torca y Guaymaral la clasificación fue pobre, contrario al Humedal la Conejera, que tuvo clasificación buena y excelente (los valores más altos se asociaron a Laguna Verde y los más bajos al sitio Edificio Fontanar y Mirador 14). Respecto al Humedal Juan Amarillo los sectores del Brazo Sector 1, Chucua Cañiza y Chucua de los Curíes 2, obtuvieron una calificación muy pobre con valores entre 29,04 y 42,36 (10).

El segundo elemento de la EEP de la localidad, hace referencia a un sistema de parques y zonas verdes dentro del área urbana construida, en los cuales se resaltan dos parques metropolitanos (Cerros de Suba Cuchilla y Mirador de los Nevados), 10 parques zonales y las múltiples zonas verdes que corresponden a elementos construidos urbanos conectados ecológicamente dentro de la ECP de la ciudad (Ver Mapa 2) (6).

En relación al sistema hídrico de la localidad, además de ser parte de la gran cuenca del Río Bogotá, se distribuye en dos subcuencas: la subcuenca del Río Salitre y la Subcuenca Torca. El conjunto de corrientes que permite el drenaje son los canales Salitre y Torca. Adicionalmente, como ya se mencionó cuenta con los humedales Juan Amarillo, Córdoba, Conejera, Guaymaral y el Río Bogotá en lo que corresponde a la extensión de su límite occidental (Ver Mapa 2) (6).

Mapa 2. Estructura ecológica principal, localidad Suba, 2021



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de datos IDECA 2021

Como parte de las características de las condiciones ambientales de la localidad, el índice de calidad de Agua – WQI³ con la medición para el año 2020, identificó un nivel pobre para el Canal del Río Salitre, que recorre las UPZ de La Floresta y El Rincón, es decir, que la calidad del agua no cumple con los objetivos de la medición, la mayoría de las veces está amenazada o afectada y por lo general apartada de las condiciones deseables; esa misma clasificación la obtuvo para el periodo 2016-2017, mientras para 2018-2019 se clasificó como marginal. El canal de Río Guaymaral presenta un índice Bueno, en su recorrido por las UPZ de Guaymaral y La Academia, y el Canal del Río Córdoba presenta un índice excelente en su recorrido, atravesando la UPZ Niza, El Prado, Britalia y La Alhambra (10) (Ver Mapa 3). Adicionalmente, la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB) realiza el proceso de recolección y consolidación mensual del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para consumo humano, que para el periodo 2012 – 2021 se encuentran dentro del rango sin riesgo (0 a 5%), lo que indica que la población abastecida por la EAAB cuenta con agua apta para el consumo humano de excelente calidad.

En cuanto a la calidad del aire, la OMS recomienda realizar la medición teniendo en cuenta la concentración de contaminantes como PM, ozono, dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y monóxido de carbono; donde el PM10 y PM2,5, son los de mayor importancia, debido a su capacidad de penetrar los pulmones y el torrente sanguíneo, ocasionando en los menores reducción del crecimiento y de la función pulmonar, así como la aparición de infecciones respiratorias; mientras en los adultos se relaciona con cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares. Según la Resolución 2254 de 2017 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, los niveles máximos permitidos de PM10 y PM2,5, para evitar afectación a la salud en un tiempo de exposición de 24 horas son de 75 µg/m3 y 37 µg/m3, respectivamente; para un tiempo de exposición anual, los valores máximos son de 100 µg/m3 de PM10 y 50 µg/m3 de PM2,5.

Partiendo de lo anterior, la Secretaría Distrital de Ambiente realiza la medición del Iboca⁴; para el caso de la localidad de Suba se cuenta con tres estaciones de monitoreo: la estación Guaymaral, ubicada en la Autopista Norte 205 59, Colina en el Calle 142 55, y Suba en la KR 111 159A 61. Según el Observatorio Distrital de Medio Ambiente de Bogotá, en Suba, la concentración de PM₁₀, para el primer trimestre del año 2020⁵, fue menor a 50 µg/m3; niveles que no superan los estándares permitidos en relación a la afectación del estado de salud de los residentes; esto se debe principalmente a la influencia de la dirección del viento, que tiende a ser de oriente a occidente durante la mayor parte del tiempo; además de las variaciones de temperatura y precipitación que inciden en una mayor dispersión y remoción de contaminantes. Es de aclarar que la concentración más alta de PM₁₀ se observa en la zona occidental de las UPZ Rincón, Suba y Tibabuyes, especialmente en la

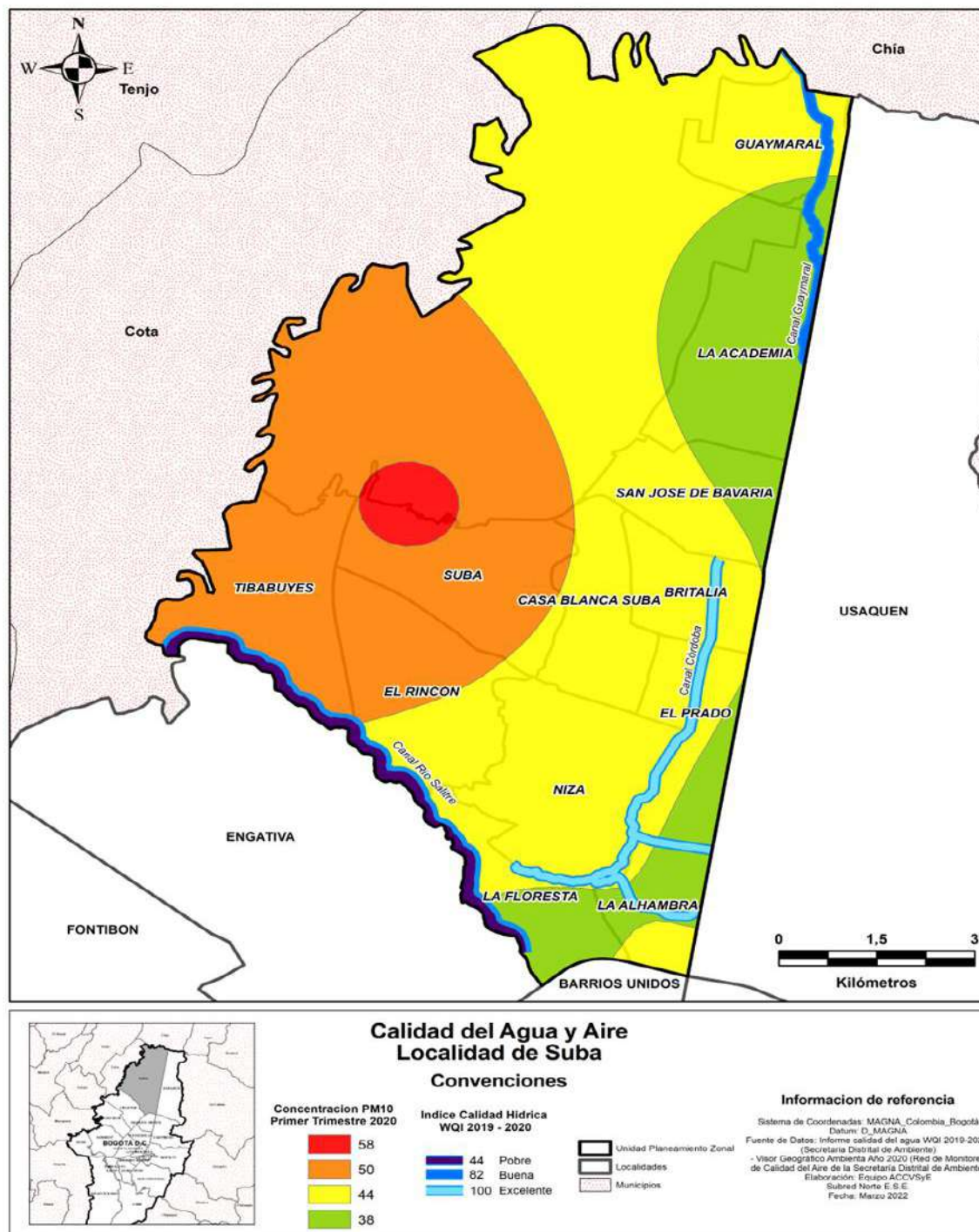
³ El índice de calidad de Agua – WQI, por sus siglas en inglés, permite determinar de forma aproximada la calidad del recurso hídrico, estableciendo cinco categorías: excelente, buena, aceptable, marginal y pobre.

⁴ Indicador que se calcula a partir de la concentración de contaminantes atmosféricos, en diferentes puntos de la ciudad, mediante sensores y analizadores automáticos, que reportan datos actualizados cada hora, con el fin de comunicar el riesgo ambiental en la ciudad, así como la afectación y recomendaciones para el cuidado de la salud

⁵ Periodo de tiempo que presento mayores concentraciones PM10 y PM2.5 principalmente por las no vigentes restricciones de movilidad y actividad en el marco de las acciones por la propagación del covid 19.

parte norte de la UPZ Suba en los límites con la UPR; por el contrario, los niveles más bajos se identificaron en la UPZ la Academia, Alhambra y Floresta (Ver Mapa 3).

Mapa 3. Calidad de agua y aire, localidad Suba, 2020



Fuente: Informe calidad del agua WQI 2019-2020, Secretaría Distrital de Ambiente y Visor Geográfico Ambiental 2020, Red de Monitoreo de Calidad del Aire de la Secretaría Distrital de Ambiente

EL buen índice de aire se encuentra relacionado al indicador de número de árboles por hectárea que establece los individuos arbóreos emplazados o establecidos en espacio público de uso público por hectárea en el área urbana de la ciudad de Bogotá. De acuerdo con el Dadep, a partir de los datos 2018 del Censo del arbolado de Bogotá del Jardín Botánico, en la Localidad de Suba se reporta un índice de arbolado de 0,265 árboles por habitantes en el año 2018, equivalente a 45 árboles promedio por hectárea.

Sin embargo, a pesar de los índices favorables de la localidad, resulta necesario mencionar que, de acuerdo con la UAESP, para el 2020 se identificaron 68 puntos críticos por la disposición inadecuada de residuos sólidos, concentrados en cuatro de las 12 Unidades de Planeación zonal con el 76% (52 puntos): Tibabuyes, El Rincón, Suba y El Prado. No obstante, el 38% de los puntos críticos se encuentran en Tibabuyes en barrios como La Gaitana, Lisboa y Santa Rota que están alrededor del Humedal Juan Amarillo.

Hasta aquí es importante tener estos elementos ecológicos en cuenta ya que la prevalencia de enfermedades en ciertas épocas y lugares está constituida por la totalidad de factores fisicoquímicos, bióticos, socioculturales que rodean a la población. Por ende, es sabido que las personas que conviven cerca de humedales y ríos, cerca de vías principales o de territorios con gran densidad, en particular con problemas de calidad de agua y aire, en las UPZ Rincón, Suba o Tibabuyes tiendan a manifestar mayores atenciones por eventos transmisibles, de la piel, digestivas, respiratorias en temporada de lluvias. De allí que se entienda que las personas soliciten fumigaciones por el aumento en temporada de lluvias de determinados vectores, en especial por los humedales cercanos a la comunidad pues los eventos respiratorios, transmisibles y demás sean dados por una red causal en donde el ser humano es susceptible de las enfermedades.

Sin embargo, aunque se percibe como algo común y cíclico en el sistema de vigilancia y de salud, es de entender que cualquier evento implica un elemento dinámico con la estructura ecología y ambiental del territorio y su continuo cambio y con las constantes interacciones entre los componentes que lo integran (humanos y no humanos); la salud es un resultado de dichas interacciones no solamente por una mutua adaptación con el medio sino por la supervivencia de otros seres que implica muchas veces la afectación humana.

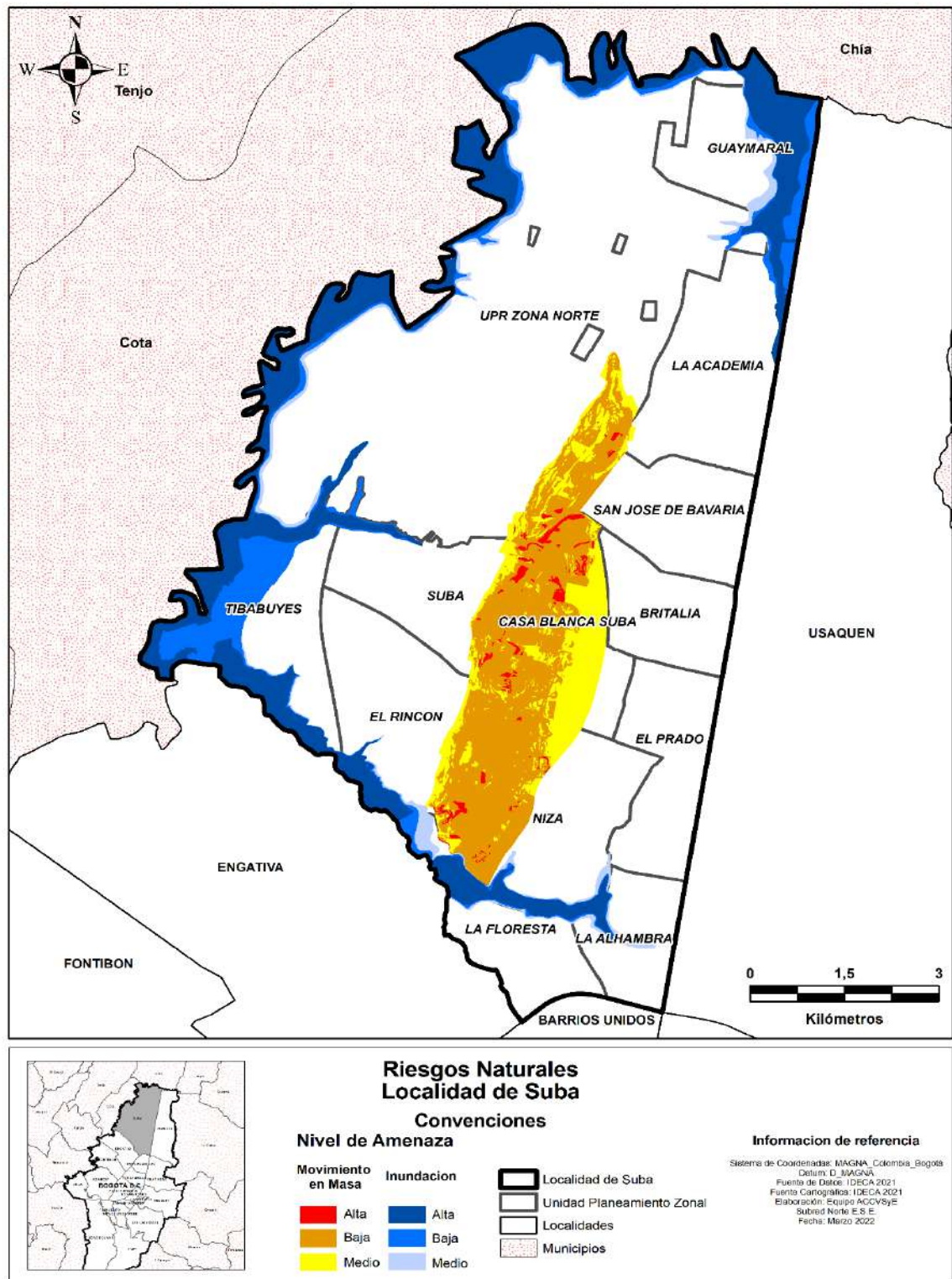
1.1.5 Riesgos naturales

Entre los escenarios de riesgo se debe mencionar los incendios forestales, que tiene en cuenta factores de origen humano y origen antrópico. En el primer caso se encuentra la plantación de especies no nativas como lo son el retamo espinoso, eucaliptos y pinos principalmente, los cuales contienen una gran cantidad de agentes acelerantes. La falta de control en la siembra de estas especies, representa un factor detonante que favorece la ocurrencia del fenómeno. En el segundo caso, los habitantes de calle han generado quemas indiscriminadas e instalación de cambuches, así como poblaciones visitantes en las zonas de la conejera que han elaborado estufas de leña para las reuniones. (11).

Por otra parte, los humedales Juan Amarillo, Córdoba, Conejera, Guaymaral y le río Bogotá constituyen escenarios de riesgo en épocas de lluvia provocando inundaciones, como consecuencia del deterioro y la falta de apropiación institucional para generar acciones que mitiguen los riesgos en estos ecosistemas. Las UPZ más afectadas en este escenario son Tibabuyes y El Rincón, donde una gran cantidad de barrios se podrían ver perjudicados por sus cercanías río Bogotá (4) (Ver Mapa 4).

Finalmente, el riesgo por movimiento en masa se localiza principalmente en la parte alta de los Cerros de Suba, en las UPZ de Suba, Rincón, Niza y Casa Blanca Suba. Se presentan 3 puntos críticos donde este fenómeno prevalece: La Conejera, Tuna Alta y el Mirador de los Nevados. Lugares como el sector de Tuna Alta han representado una atención especial, dado el movimiento en masa surgido en el año 2017 durante la temporada de fuertes lluvias. Lo ocurrido señaló un escenario de riesgo que capturó la atención de las entidades Locales y entes de control. A partir de entonces el cerro, representa un punto de permanente seguimiento y acciones orientadas a mitigar el riesgo, teniendo en cuenta que las familias residentes forman parte de uno de los cabildos indígenas habitantes en la Localidad (4).

Mapa 4. Riesgos naturales, localidad Suba, 2021



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de datos IDECA 2021

1.1.6 Equipamientos colectivos concentración de oferta institucional

De acuerdo al documento de diagnóstico POT del año 2020, existen alrededor de 738 equipamientos en la localidad de Suba, clasificados en las categorías de servicios urbanos básicos, colectivos y de recreación y deporte. En lo que a servicios urbanos se refiere, Suba cuenta con 7 servicios administrativos (públicos en su totalidad) y 19 de seguridad (94,7% de carácter público); para recreación y deporte registra 23 equipamientos y 689 equipamientos colectivos (350 educación, 29 bienestar, 216 de cultura y 94 de salud), de los cuales el 84,1% (580) son de carácter privado.

Para el caso local, la distribución sobre el territorio es disperso, aunque de difícil accesibilidad para las poblaciones no concentradas en las UPZ más densas (Rincón, Tibabuyes y Suba); esto, aunque pareciera ser una desigualdad social injusta realmente obedece la distribución poblacional más concentrada en los territorios con más equipamientos (Ver Mapa 5).

Al hablar de equipamientos, es importante resaltar la oferta institucional de sectores públicos como educación, integración social y salud. Para Suba en 2021, según información publicada por Ideca, se cuenta con 129 equipamientos de este tipo, donde el 44,2% corresponde a Colegios Públicos, 51,2% a SDIS y 4,7% a Salud, los cuales se describen a continuación:

Equipamientos colegios públicos

La Localidad de Suba dispone de 61 sedes educativas públicas que se agrupan administrativamente en 25 colegios y se concentran en un 77% en 3 UPZ: 27 sedes en la UPZ El Rincón, 10 en la UPZ Tibabuyes y 10 en la UPZ Suba. El resto de la infraestructura educativa pública de la Localidad se distribuye en 6 UPZ: El Prado, Britalia, La Floresta, Niza, San José de Bavaria y Casa Blanca Suba. Finalmente, el territorio conformado por las UPZ La Alhambra, Guaymaral y La Academia, no cuentan con infraestructura educativa de carácter público (Ver Mapa 5).

Equipamientos servicios SDIS

La Localidad de Suba cuenta con 66 equipamientos destinados a las funciones de la Secretaría de Integración Social dentro de los cuales están Jardines Infantiles, Comedores Comunitarios, Centros Crecer, Comisarías de Familia, Centros de Desarrollo Comunitario, entre otros, de los cuales el 76% (50 equipamientos) se concentran en las UPZ de El Rincón, Tibabuyes y Suba (Ver Mapa 5).

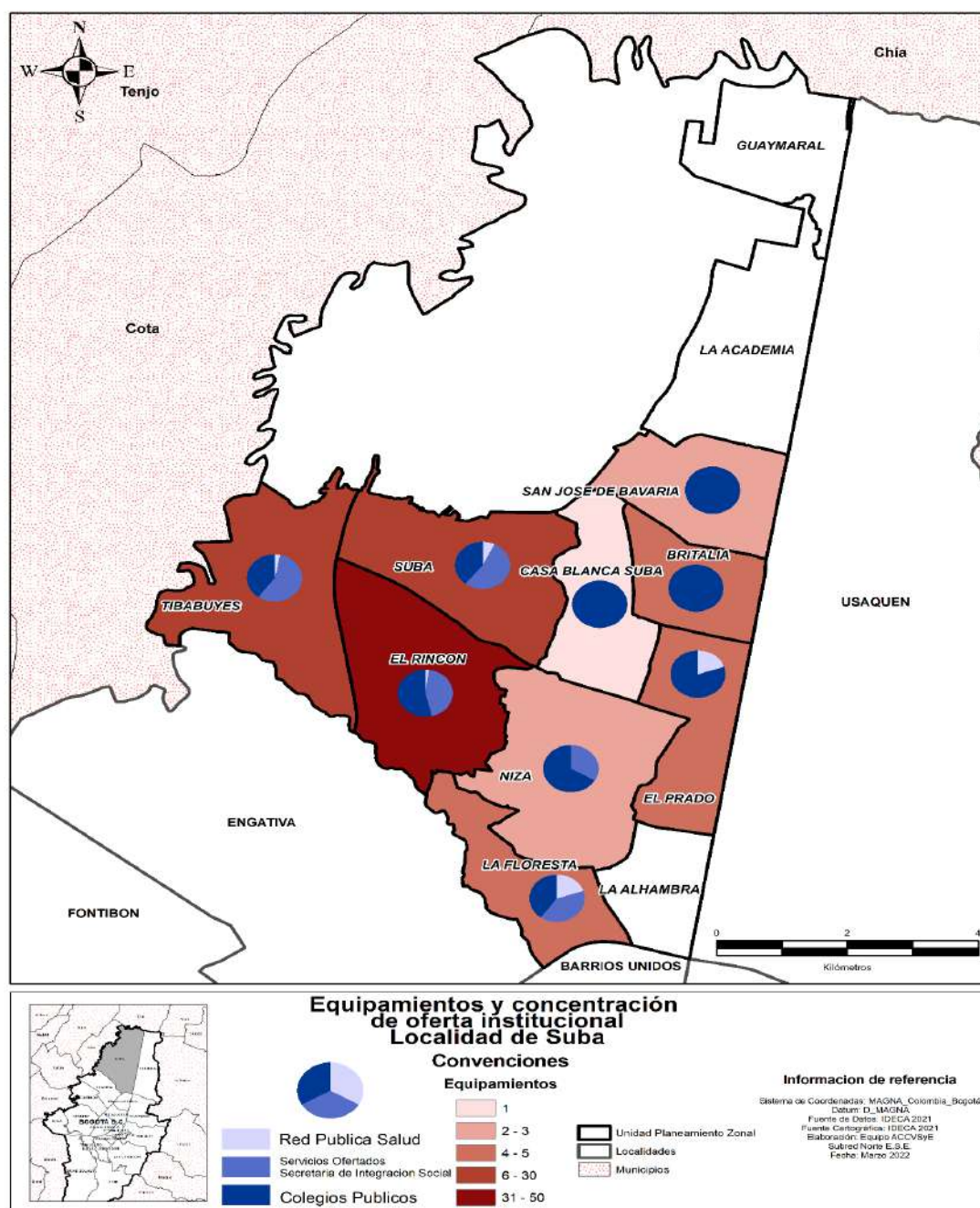
Equipamientos Red Pública de Salud

La Localidad de Suba cuenta con 6 equipamientos colectivos en salud: Una UMHEs Suba, 4 CAPS: Gaitana, Rincón, Suba, Fray Bartolomé; y una USS Prado Veraniego. Estos equipamientos se distribuyen territorialmente en las UPZ Suba, La Floresta, El Prado, Tibabuyes y El Rincón. Las restantes 7 UPZ no cuentan con infraestructura de la Red de Salud Pública (Ver Mapa 5).

Equipamientos comunales

Los equipamientos comunales, referidos a los salones comunales construidos en predios públicos de competencia del DADEP, se constituyen es espacios para el servicio de la comunidad barrial, por lo general, administrada por la Junta de Acción Comunal. La Localidad de Suba cuenta con 147 salones comunales, muy ligados a la función administrativa de las Juntas de Acción Comunal, que se concentran en un 73% en 3 de las 12 UPZ: El Rincón, Tibabuyes y Suba (4).

Mapa 5. Equipamientos y concentración de oferta institucional, localidad Suba, 2021



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de datos IDECA 2021

1.1.7 Espacio Público

Espacio público efectivo

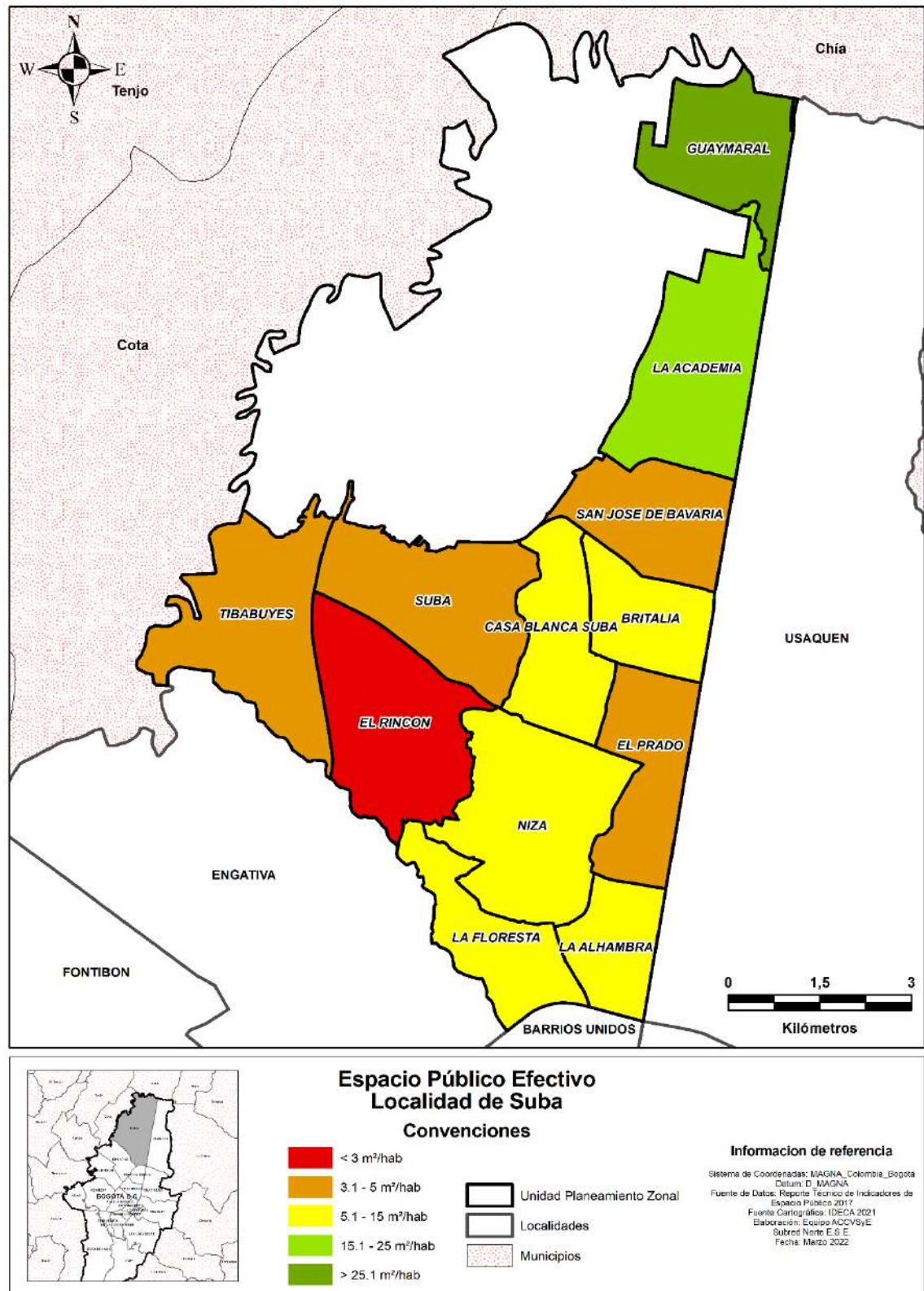
El espacio público efectivo⁶ refleja la relación de espacio para las actividades recreo-deportivas en la ciudad y la población. Según lo definido en el Decreto Único Reglamentario del sector vivienda, ciudad y territorio, el índice mínimo de espacio público efectivo debe ser de 15 m²/hab.; valores inferiores, se relacionan con la disminución de la calidad de vida de los habitantes, puesto que la ausencia de estos espacios, agudiza o afecta la salud física y mental de las personas (12).

El espacio público efectivo refleja la relación de espacio para las actividades recreo-deportivas de la ciudad y la población. Para el caso de la localidad de Suba con los resultados presentados por el Reporte de Indicadores del Observatorio del Espacio Efectivo del 2017, se resalta que la única UPZ con un espacio público efectivo menor a 3 metros cuadrados por habitante es El Rincón, donde lo esperado es mínimo 15 m²/hab. Según el decreto único reglamentario del sector vivienda, ciudad y territorio. que además es una de las zonas de mayor densidad poblacional de toda la ciudad. La UPZ La Academia tiene el mejor índice para esta localidad y se ubican al norte, donde no existe una infraestructura vial y poblacional tan densa como el resto de la localidad, y se ubican en proximidades a la localidad de Suba y el municipio de Chía (Ver Mapa 6).

Es sabido que las enfermedades no transmisibles y el cambio climático son de los desafíos más importantes para la agenda mundial, puesto que ambos representan una importante amenaza para la salud y el desarrollo sostenible. La exposición a un bienestar atmosférico y una actividad física constante y de forma segura son los elementos necesarios para prevenir mortalidades y desarrollo de enfermedades crónicas en zonas urbanas. Por lo tanto, el espacio público además de un medio de desarrollo social y personal, es un requisito de sanidad mental y física por lo que la ausencia o deterioro de este es de los determinantes sociales actuales de mayor impacto; ejemplo de su relevancia fueron las restricciones como una medida clave para reducir la transmisión del coronavirus (SAR-CoV-2) (13).

⁶ Indicador que recoge los elementos del espacio público que son de carácter permanentemente utilizados para el uso, goce y disfrute de la ciudadanía, compuesto por parques, plazas, plazoletas y zonas verdes.

Mapa 6. Espacio público efectivo, localidad Suba, 2017



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de datos Reporte Técnico de Indicadores de Espacio Público, 2017

Espacio público verde

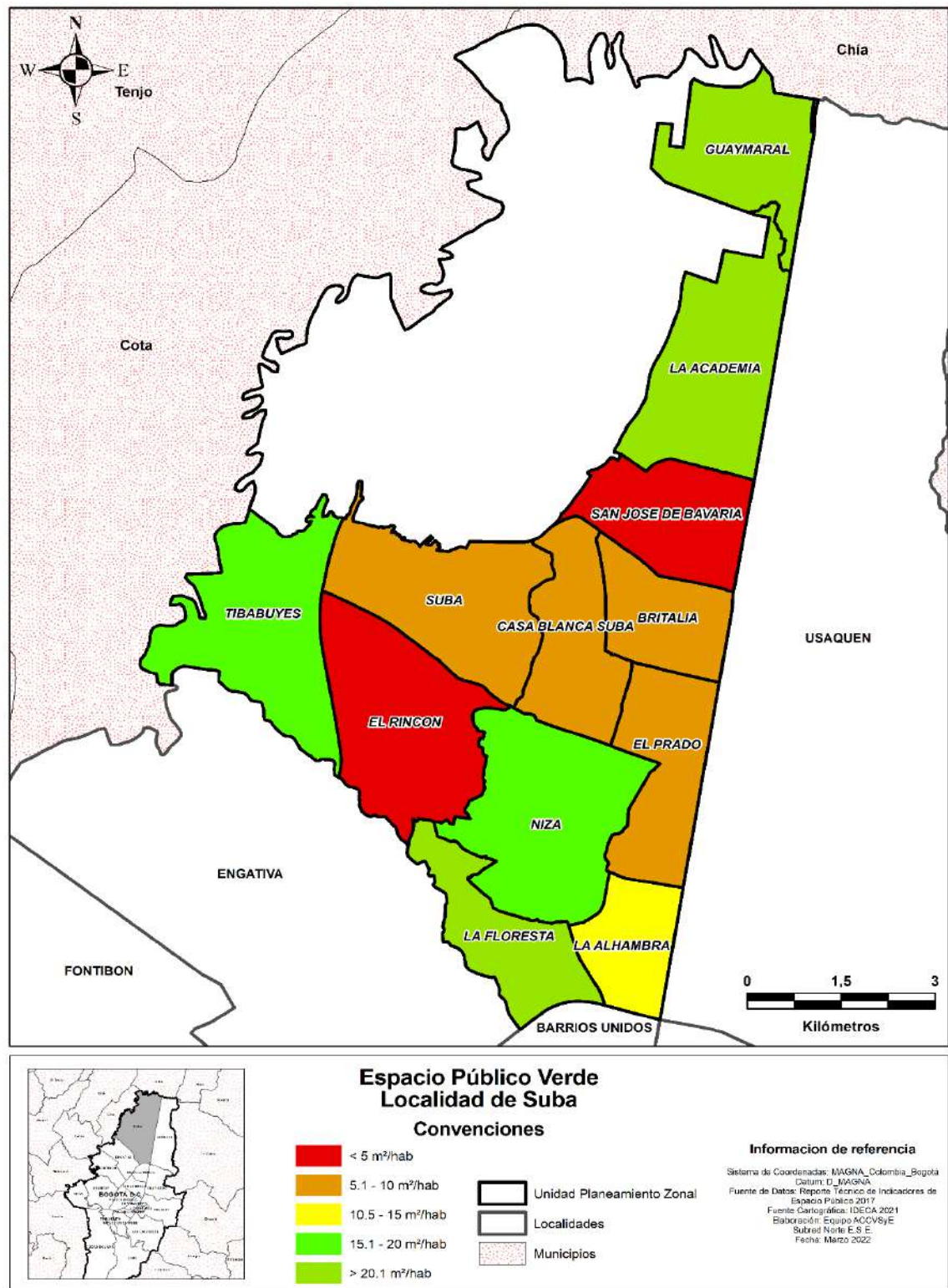
Para la categoría de espacio público verde⁷, según la OMS, es recomendado un mínimo promedio de 10 a 15 m²/hab., con una distancia no menor a 15 minutos de recorrido a pie de los residentes. Al contar con espacios públicos verdes urbanos, se mejora la salud mental de los habitantes; de igual manera contribuye a disminuir los niveles de estrés y depresión. A su vez, el aumento de la calidad de los espacios verdes contribuye a la mejora de las condiciones ambientales, a la mitigación del cambio climático y la reducción de la contaminación atmosférica. (14)

Considerado como índice de calidad de vida en las áreas urbanas, la defensoría del espacio público a través del Observatorio de espacio público verde indica que para el año 2017 la localidad de Suba tenía un registro de 10,59 m²/hab.; con un 27,6% de su territorio destinado a EEP y una participación inferior en 31,1 puntos porcentuales del total del territorio del Distrito Capital.

Teniendo en cuenta lo anterior, los indicadores de Espacio Público Verde para la localidad de Suba dejan nuevamente con un mal indicador a la UPZ El Rincón, que carece de estas estructuras dentro de su área, además de su gran densidad poblacional, que no cumple de las recomendaciones de la OMS, de igual manera aplica para la UPZ de San José de Bavaria (Ver Mapa 7).

⁷ Incluye todos los espacios que contemplan algún tipo y cantidad de cobertura vegetal como son: parques, zonas verdes, así como las áreas protegidas de la estructura ecológica principal de carácter urbano

Mapa 7. Espacio público verde, localidad Suba, 2017



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de datos Reporte Técnico de Indicadores de Espacio Público, 2017

1.1.8 Generalidades de la accesibilidad geográfica

Malla Vial

Bogotá cuenta con un total de 13.085,9 kilómetros de carril en vías urbanas de tres niveles: arterial, intermedia y local. La infraestructura vial que existe en Suba representa el 9,23% de la malla vial de la ciudad, por lo que ocupa el segundo puesto entre las localidades de Bogotá, seguida en extensión por localidades de Engativá (1.198 km/carril) y Ciudad Bolívar (1.028 km/carril). Suba se beneficia con el sistema Transmilenio, porque cuenta con dos vías que pertenecen a la red: Autopista Norte y Troncal de Suba. Además, cuenta con el Portal de Suba y el Portal Norte. Sin embargo, barrios como Spring, Alcalá, Prado Veraniego, Colina Campestre, Iberia, Cantabria, entre otros, no cuentan con este servicio alimentador y obliga a la población residente a utilizar el servicio de taxis para llegar a Transmilenio.

La Avenida Suba es la principal vía que conecta al sector tradicional de Suba (occidente de los cerros de Suba y La Conejera) con el resto de la ciudad. Otras vías incluyen la Avenida Ciudad de Cali al occidente y la Autopista Norte al oriente. De igual forma a la localidad la atraviesan otras vías como la Avenida Boyacá, La Avenida San José, la Avenida del Congreso Eucarístico o Avenida 68, la Avenida Calle 127 y la vía que conduce al vecino municipio de Cota, carretera que permite una conexión intermunicipal entre la localidad de Suba y el municipio de Cota, la cual está en el sector de La Conejera y colinda con la Calle 170 y la Transversal 91. Asimismo, los buses intermunicipales con destino al norte de Bogotá, que salen de la Terminal hacen su recorrido por la Avenida Boyacá. La localidad de Suba cuenta con la malla vial arterial de integración regional como la Autopista Norte, que conecta a la Localidad con los municipios del norte de la Sabana de Bogotá y el Departamento de Boyacá, así como una malla vial arterial de accesibilidad urbana. (15)

Movilidad y transporte

Según la Encuesta Multipropósito 2017, en la localidad de Suba las personas tardan en promedio 10,1 minutos caminando para acceder a los sistemas de transporte público, mientras que para el total de Bogotá el tiempo promedio es de 12,8 minutos. La Encuesta de Movilidad 2019 se promedia que son 3,66 el número de cuadras promedio caminadas para acceder al medio de transporte en Suba.

De acuerdo con la Encuesta de Movilidad 2015, la manera en que se desplazan los habitantes de Suba a sus diferentes destinos, se caracteriza principalmente por los viajes a pie, el uso del SITP o buses y colectivos de transporte público convencional; los viajes en automóvil particular y los desplazamientos en Transmilenio. En efecto, de un poco más 1.766.100 viajes que realizan diariamente los habitantes de Suba, en el 28,1% utilizan el desplazamiento a pie. Le siguen los viajes en SITP o bus tradicional que están presentes en el 18,0% de los viajes, el carro particular es reportado en el 15,1% de los viajes y Transmilenio, en el 14,5%.

Los estratos socioeconómicos que más tiempo emplean para llegar a una estación de Transmilenio o paradero de alimentador son el 4 y el 6 con 13,5 y 12,7 minutos respectivamente. Por otro lado, los que destinan menor tiempo para acceder al servicio son los hogares que se encuentran en el estrato 1 con 8,5 minutos en promedio, pero su peso porcentual en el total de hogares de la localidad es solo del 0,2%.

En la localidad, la mayoría de los hogares se encuentran clasificados en los estratos 2 y 3, representando el 74,0% del total. Los hogares en estrato 2 por su parte, reportan el segundo menor tiempo promedio de acceso a los paraderos de alimentadores y a estaciones de Transmilenio con 9,0 minutos y los de estrato 3 el tercero con 9,8. En el caso del Servicio Integrado de Transporte Público - SITP, los tiempos de acceso son menores a los de Transmilenio. El promedio de tiempo para acceder al servicio en la localidad es de 7,4 minutos frente a 7,8 minutos en promedio para Bogotá.

Malla vial cercana – paraderos SITP y radio de 500 m al CAPS

Se puede mencionar que el estado de la malla vial para la localidad de Suba varía dependiendo de la ubicación, ya que en los sectores más comerciales y transitados cuentan con un buen estado de la malla vial, en los sectores marginados de la localidad, cercanos al Río Bogotá y los cerros de Suba en la UPZ El Rincón, el estado y la presencia de la malla vial es precaria o nula.

La localidad acoge algunas de las vías principales de la ciudad, lo que facilita ubicar estructuras asociadas al sistema integrado de transporte público. De manera específica se puede mencionar la presencia de grandes vías como lo son la Avenida Suba, la cual atraviesa y conecta gran parte de las UPZ de la localidad y que además cuenta con Transmilenio. La Avenida Boyacá, paralela a la Avenida Carrera Cali, que conecta las localidades del norte, como Suba y Engativá, como las del sur de la ciudad. Por último, la Autopista Norte, que hace parte de la malla vial principal de la ciudad, al dar ingreso y conectar la ciudad con el norte del país, y contar con Transmilenio.

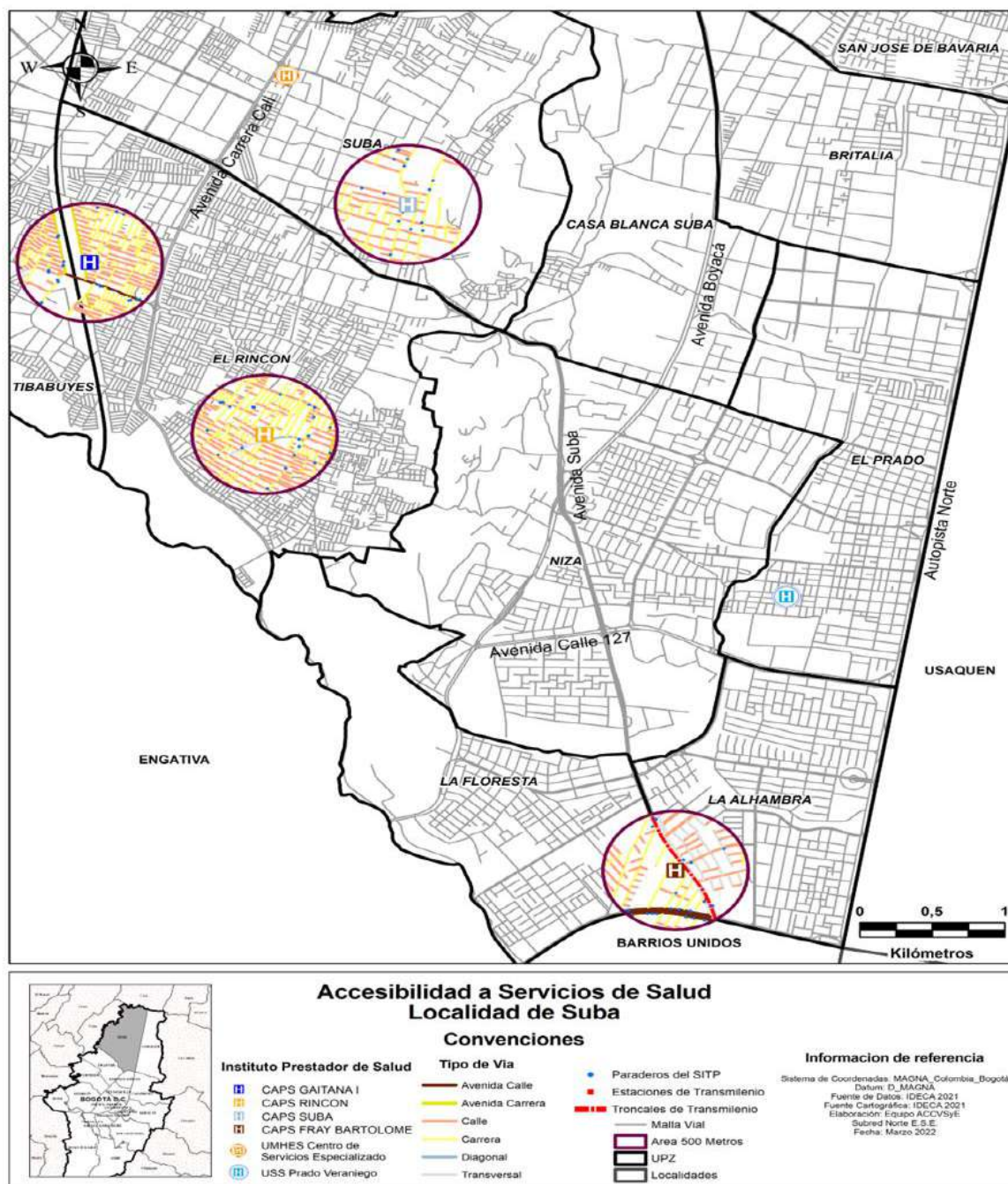
Se resalta que la malla vial general de la localidad se distribuye geográficamente dependiendo del sector, por lo que en las UPZ con una mayor densidad poblacional presentan una malla vial intermedia y local que permite a los habitantes el acceso y la fluidez en su movilidad a escala barrial y a las unidades de vivienda.

La localidad de Suba cuenta con una UPR que alberga una malla vial rural, esta permite el desplazamiento y comunicar los asentamientos, veredas, con la ciudad y los municipios cercanos, como Chía y Cota. En su mayoría la UPR tiene una malla vial en mal estado, y que sumado a su lejanía con el casco urbano dificulta el desplazamiento y la conectividad de la vida laboral y social de los habitantes con el resto de la ciudad.

La localidad de Suba cuenta con cuatro CAPS Gaitana, Rincón, Suba y Fray Bartolomé, dos de ellos con una vía principal a menos de 500 metros, CAPS Gaitana con Avenida El Tabor y CAPS Bartolomé con Avenida Suba. El CAPS de Suba se posiciona en cercanías

al centro administrativo de la localidad y con una distancia no mayor a 1000 metros se encuentran las estaciones de Transmilenio de la localidad de Suba. De igual manera el CAPS Fray Bartolomé se ubica en uno de los costados de la Avenida Suba y la Troncal de Transmilenio de Suba. Cada una de las áreas de 500 metros alrededor de los CAPS cuentan con paradas de SITP y una malla vial articulada con el resto de la ciudad (16) (Ver Mapa 8).

Mapa 8. Accesibilidad a servicios de salud, localidad Suba, 2021



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de datos IDECA 2021

1.1.9 Salud ambiental y sanitaria

Inspección Vigilancia, Control de establecimientos

Para el año 2020, se realizó intervención a 10.705 establecimientos de la localidad de Suba, de los cuales la mayor proporción corresponde a aquellos que preparan, comercializan, almacenan, distribuyen y expenden alimentos y bebidas (82,3%), seguido de Peluquerías (9,9%). Respecto al concepto sanitario emitido, el 66,7% fue favorable con requerimiento, 15,2% terminado, 14,5% favorable, 3,2% desfavorable y 0,4% no registran concepto.

Con relación a las medidas sanitarias de seguridad, en 2020 se aplicaron 519 medidas, que incluyen 346 clausuras y 19 suspensiones de establecimientos; respecto a los productos, 89 fueron decomisados, 63 pasaron a destrucción y dos a congelación⁸ (17).

Vacunación animal

En 2020, de acuerdo a proyecciones realizadas por SDS, en Suba había 124.789 animales (caninos y felinos) con propietario, de los cuales 22.462 fueron inmunizados, para una cobertura de vacunación antirrábica del 18,0%. Con respecto al 2019, la cobertura de vacunación en la localidad se redujo en un 33,3%, siendo la cobertura más baja desde 2017. De acuerdo a lo publicado en el observatorio de Bogotá SaluData, este comportamiento obedece al impacto de la pandemia en 2020, debido a las restricciones de movilidad, el temor a la infección y la baja demanda a los servicios médicos veterinarios.

1.1.10 Vigilancia comunitaria

Problemáticas Colectivas Ambientales

El Subsistema de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, durante los años 2017 al 2020, identificó 224 situaciones problemáticas colectivas, con una tendencia variable; de las cuales el 75,9% (n=170) de acuerdo a la clasificación de la PCO corresponde al eje ambiental, de estas el 52,4% (89 casos) corresponden a la problemática manejo inadecuado de residuos sólidos, identificado principalmente en la UPZ Rincón con 61 casos (68,5%). Los barrios más representativos son Antonio Granados, Jaime Bermeo, Java II sector, Suba Rincón y Villa Elisa; por condiciones relacionadas con escombros, residuos en espacio público y otros problemas⁹. Bajo la misma lógica, el segundo problema identificado en el eje ambiental se relaciona con la tenencia inadecuada de mascotas o animales con el 25,3% (43 casos), igualmente en la UPZ Rincón con el 41,8% (18 casos).

⁸ Es de aclarar que según la información publicada en SaluData - Sivigila D.C. 2013 - 2021 Bases definitivas; no se cuenta con información desagregada que permita identificar el tipo de establecimientos o productos a los cuales se les aplicaron medidas.

⁹ por contaminación del aire, ruido, olores o antenas de telecomunicación; riesgo de emergencias y desastres naturales o antrópicos; y riesgo de contaminación de fuentes de agua para uso humano.

1.2 Estructura demográfica-poblacional

1.2.1 Población total desagregada en la localidad

De acuerdo a proyecciones DANE, para el año 2021 Suba tenía 1.252.675 habitantes, de los cuales 52,9% (n=662.592) son mujeres y 47,1% (n=590.083) hombres. Esta población representa el 40,1% de la población de la Subred Norte y el 16% del Distrito. Según UPZ, Tibabuyes, Rincón y Suba, concentran el 60,9% de la población total de la localidad; por el contrario la UPR y las UPZ Guaymaral y La Academia registran la menor concentración de población (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Población por UPZ y sexo, localidad Suba, 2021

UPZ	Hombres	Mujeres	Total	% de población por UPZ
La Academia	2.407	2.546	4.953	0,4%
Guaymaral	1.243	1.329	2.572	0,2%
San José De Bavaria	23.536	27.214	50.750	4,1%
Britalia	43.166	50.136	93.302	7,4%
El Prado	47.676	56.484	104.160	8,3%
La Alhambra	19.106	23.294	42.400	3,4%
Casa Blanca Suba	27.716	32.191	59.907	4,8%
Niza	37.790	44.889	82.679	6,6%
La Floresta	20.369	24.556	44.925	3,6%
Suba	84.366	95.828	180.194	14,4%
El Rincón	137.890	149.781	287.671	23,0%
Tibabuyes	142.794	152.431	295.225	23,6%
UPR Suba	2.024	1.913	3.937	0,3%
TOTAL	590.083	662.592	1.252.675	100,0%

Fuente: Elaboración propia Equipo Accvsye a partir de proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018.

1.2.2 Hogares y viviendas

En términos de hogares y vivienda para la localidad de Suba se encuentra que por proyección DANE para el año 2021, la localidad cuenta con 446.429 hogares con una población total de 1.252.675 dando un promedio de 2,8 personas por hogar en la localidad. La UPZ con mayor número de hogares es El Rincón con un total de 99.281; en relación con su población cuenta con un promedio de 2,9 personas por hogar, una décima por encima de lo que corresponde a la localidad.

Con relación a las viviendas se tiene 466.469 de las cuales el 93% (n=433.727) están ocupadas en la localidad; en cuanto a la UPZ con mayor ocupación de viviendas es La Academia con el 97,3% (n=1.383) y la de menor ocupación es La Alhambra con un 85,1% (n=18.960) (Ver Tabla 2).

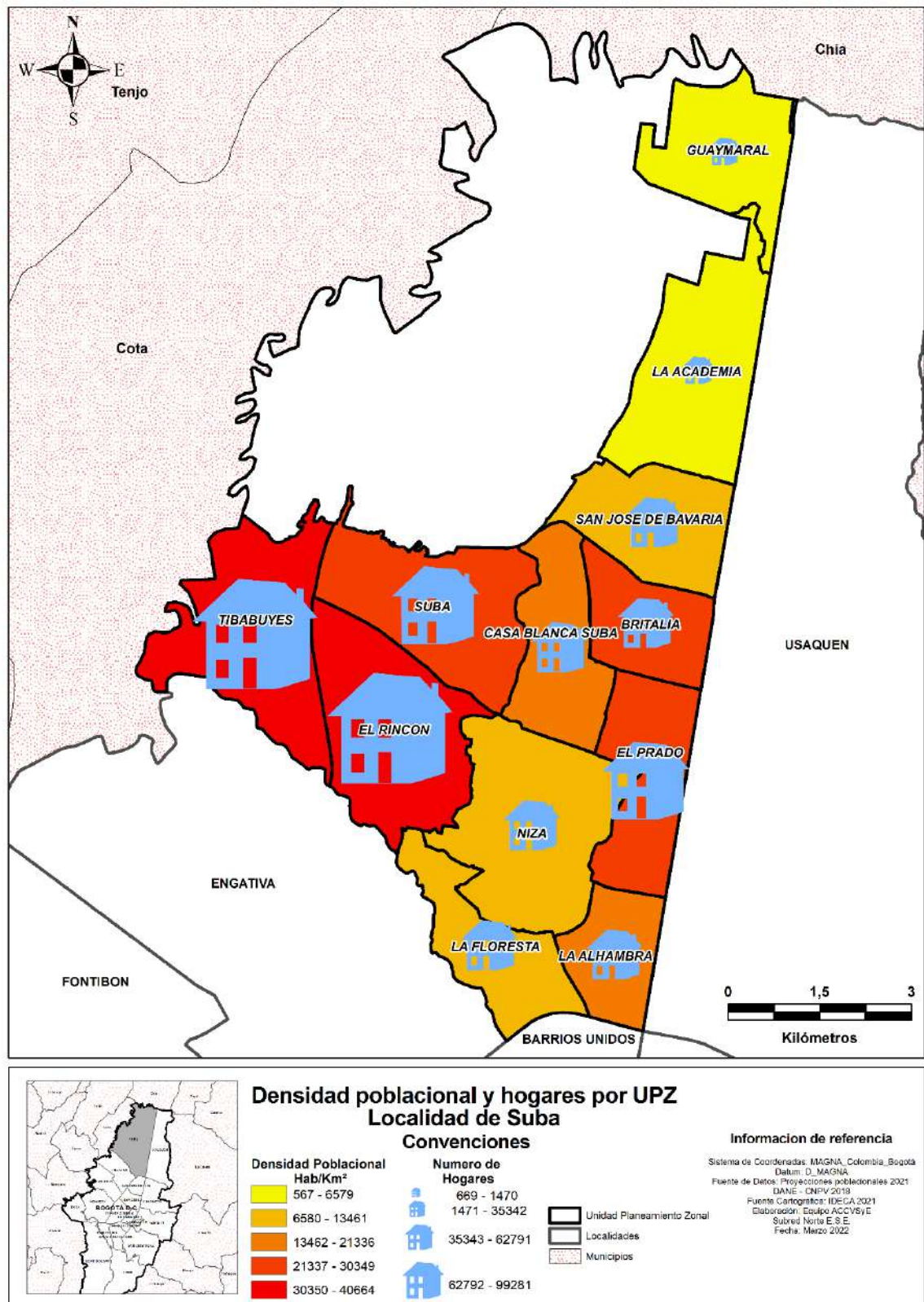
Tabla 2. Distribución hogares y viviendas por UPZ, localidad Suba, 2021

Código UPZ	UPZ	Población	Hogares	Viviendas totales	Viviendas Ocupadas
2	La Academia	4.953	1.470	1.421	1.383
3	Guaymaral	2.572	669	746	664
17	San José De Bavaria	50.750	18.968	20.105	18.637
18	Britalia	93.302	35.342	38.752	34.550
19	El Prado	104.160	40.789	43.062	39.541
20	La Alhambra	42.400	19.048	22.287	18.960
23	Casa Blanca Suba	59.907	21.414	24.200	21.327
24	Niza	82.679	30.876	33.865	30.576
25	La Floresta	44.925	16.914	18.178	16.825
27	Suba	180.194	62.791	67.458	62.160
28	El Rincón	287.671	99.281	96.814	93.545
71	Tibabuyes	295.225	98.867	99.581	95.559
911	UPR Suba	3.937	0	0	0
TOTAL		1.252.675	446.429	466.469	433.727

Fuente: elaboración propia Equipo ACCVSyE, a partir de hogares y viviendas totales y ocupadas, DANE - CNPV 2018

A partir del análisis espacial se puede evidenciar una correlación de los datos para la localidad de Suba, esto se evidencia en que las UPZ Tibabuyes y El Rincón tienen los datos más elevados de densidad y número de hogares de toda la localidad. En un segundo lugar se ubican las UPZ de Suba y El Prado, que mantiene un elevado número de hogares y una densidad poblacional destacable. En un tercer lugar se pueden ubicar UPZ como Britalia, Casa Blanca, La Alhambra, Niza, La Floresta y San José de Bavaria que distan de las primeras UPZ por tener una densidad poblacional inferior, lo que conlleva un menor número de hogares. Finalmente, las UPZ con menor densidad y número de hogares de Suba son La Academia y Guaymaral, ubicados al extremo norte de la ciudad (Ver Mapa 9).

Mapa 9. Densidad poblacional y hogares por UPZ, localidad Suba, 2021

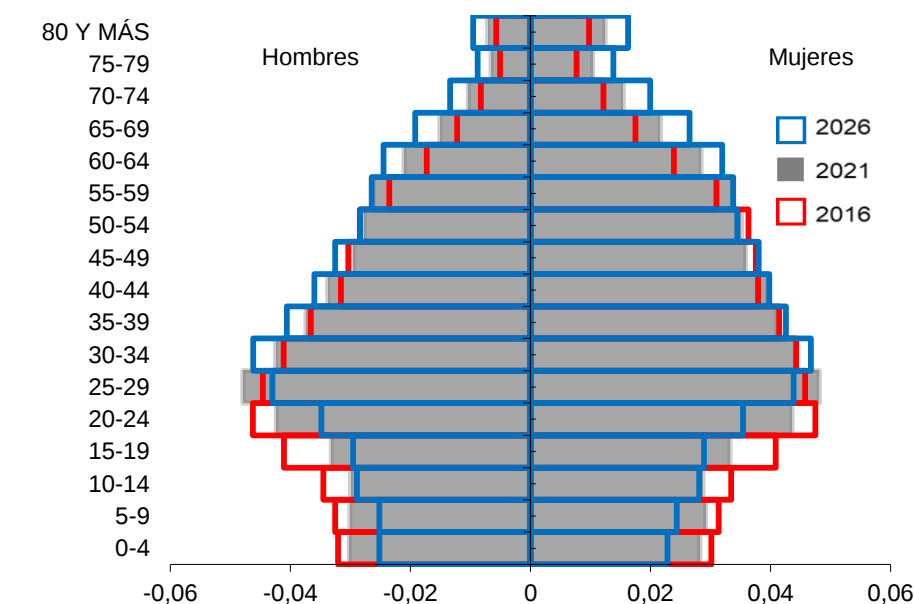


Fuente: elaboración propia Equipo AccvSyE a partir de proyecciones poblacionales 2021 DANE - CNPV 2018

1.2.3 Estructura demográfica

La pirámide poblacional de la localidad de Suba es regresiva ya que conserva una base estrecha de nacimientos e infantes con una marcada concentración de población joven adulta, esto dado a la reducción de la población infantil y un aumento de población económicamente activa comparando año 2016 y 2021. Para el 2016, la población en la localidad fue de 1.128.753 habitantes, siendo las mujeres el grupo más representativo con 596.690 (52,8%), mientras que los hombres fueron 532.063 (47,1%), para el 2021 el total de la población aumento a 1.252.675 y según proyección para el 2026 aumentara a 1.351.651. Respecto a los quinquenios, en la proyección para 2026 se presenta una reducción mayor en los menores de 29 años, en contraste, la población mayor de 30 años en adelante tiende a aumentar en las proyecciones realizadas por DANE censo 2018, en donde el mayor incremento se da para el rango de 30 a 49 años, en los hombres. En el grupo de 60 y más se observa también un aumento importante para ambos sexos (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Pirámide poblacional, localidad Suba, años 2016-2021-2026



Fuente: Elaboración propia Equipo Accvsye a partir de proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018.

Según momento de curso de vida, para el año 2021, en la localidad de Suba, la mayor proporción de la población es de juventud (53,5%), es decir se encuentra entre los 18 y 28 años de edad, seguido por los infantes de 6 a 11 años con un 52,5%; cabe resaltar que a partir de los 29 años según sexo, en adultos y la vejez, las mujeres representan más del 50%, mientras en los jóvenes, adolescentes e infancia, los hombres corresponden a la mayoría (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por sexo y momento de curso de vida, localidad Suba, 2021

Momento curso de vida	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera Infancia 0 a 5 años	45.552	51,6	42.728	48,4	88.280	7,0
Infancia 6 a 11 años	44.978	50,8	43.477	49,2	88.455	7,1
Adolescencia 12 - 17 años	46.341	50,4	45.559	49,6	91.900	7,3
Juventud 18 – 28 años	130.864	52,0	121.021	48,0	251.885	20,1
Adulthood 29 – 59 años	246.846	45,2	299.150	54,8	545.996	43,6
Vejez 60 y más años	75.502	40,6	110.657	59,4	186.159	14,9
Total	590.083	48,5	662.592	51,5	1.252.675	100

Fuente: proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018.

Frente a los índices demográficos de Suba, para la relación hombre mujer, no se observa cambio en 2021 con respecto a 2016, identificando 89 mujeres por cada 100 hombres, mientras la relación niños mujer presentó reducción en 2021 con respecto a 2016 con 20 menores de 5 años por cada 100 mujeres en edad fértil, situación igualmente evidenciada en el índice de infancia, el cual disminuye durante el periodo evaluado, indicando la reducción de este grupo poblacional en la localidad.

Por el contrario, entre 2016 y 2026 se evidencia incremento en los índices de vejez, envejecimiento y dependencia de mayores, lo que refleja mayor concentración de personas del momento de curso de vida vejez. Es así como el índice de envejecimiento pasó de 2016 a 2021, de 62 a 84 mayores de 65 años por cada 100 niños y jóvenes. Adicionalmente, debido a la reducción presentada en el índice de Friz, se podría estimar que para el año 2026, la población podría ser considerada como envejecida (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Índices de estructura demográfica, localidad Suba, años 2016-2021-2026.

Índice Demográfico	Año		
	2016	2021	2026
Población total	1.128.753	1.252.675	1.351.651
Población Masculina	532.063	590.083	638.570
Población femenina	596.690	662.592	713.081
Relación hombre: mujer	89	89	90
Razón niños: mujer	21	20	17
Índice de infancia	19	18	15
Índice de juventud	27	25	22
Índice de vejez	12	15	18
Índice de envejecimiento	62	84	119
Índice demográfico de dependencia	37	38	39

Índice de dependencia infantil	27	24	21
Índice de dependencia mayores	11	14	18
Índice de Friz	92	80	66

Fuente: -Bases de datos DANE - RUAF ND- Sistema de estadísticas Vitales SDS -Finales 2011-2016, 2021 preliminares.

1.2.4 Dinámica demográfica

Comparado con el año 2011, para Suba en 2021 se observa un incremento del 16,5% en el total de la población y del 10,2% en mujeres; al igual que un aumento en el crecimiento poblacional entre 2011 y 2016. Por el contrario, la tasa de natalidad se redujo en un 43,7% entre 2011 y 2021, lo que se relaciona con la disminución del 34% de los nacimientos respectivamente; donde la tasa global de fecundidad presenta variación mínima, con un promedio de 1,3 hijos por cada mujer, en el 2016. Para el 2021 se presentaron 16,6 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, evidenciando una reducción del 61,3% con respecto a lo reportado en 2011, y para el mismo periodo, la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años tuvo reducción del 75%.

Finalmente, para el año 2016, en Suba se registraron 3,1 decesos por cada 1.000 habitantes, manteniéndose igual con respecto a 2011. Mientras; que la tasa de mortalidad infantil presenta una tendencia a la disminución durante los años de análisis con una 32,1% para el 2021 con respecto al 2011 (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Indicadores demográficos, localidad Suba, años 2011, 2016, 2021

INDICADOR	2011	2016	2021
Proyecciones de Población de Suba	1.074.805	1.128.753	1.252.675
Crecimiento poblacional (exponencial) tasa %	SD	5,0	SD
Tasa de crecimiento %	10,4	7,9	SD ¹⁰
Tasa bruta de natalidad TBN	13,5	11	7,6
Tasa bruta de mortalidad TBM	3,1	3,1	SD ¹¹
Tasa de mortalidad infantil TMI por mil ambos sexos	10,9	9,8	7,4
Tasa global de fecundidad (TGF)	1,5	1,3	0,9
Tasa de fecundidad 10 a 14 años	1,2	0,6	0,3
Tasa de fecundidad 15 a 19 años	42,9	29,3	16,6
Nacimientos	14.436	13.759	9.533
Mujeres en edad fértil	324.375	333.360	357.490

Fuente: -Bases de datos DANE - RUAF ND- Sistema de estadísticas Vitales SDS -Finales 2011-2016, 2021 preliminares.

¹⁰ No es posible calcular el indicador dado que no se cuenta con datos de población migrante e inmigrante

¹¹ No es posible calcular el indicador dado que no se cuenta con bases de datos de defunciones para el 2021

Las trayectorias de desarrollo y los senderos sociales que contienen las vidas individuales están coherentemente estructurados por contextos, los cuales, a su vez, están sujetos al cambio (18). El cambio en las estructuras familiares de la sociedad actual y en los proyectos personales de desarrollo de vida, sumado a las medidas sanitarias de planificación y sensibilización de la maternidad y los derechos sexuales y reproductivos, han conllevado a cambios demográficos que se reflejan en los datos descritos. Plantean nuevos desafíos a los servicios de salud y la forma de organizar la salud entorno a los escenarios que plantean los hogares unipersonales o nucleares, sin mayor número de hijos y con un incremento población más dado por las dinámicas de migración y desplazamiento (19). La clase media en la localidad ha primado las decisiones de no extender sus hogares y priorizar interese individuales a razón de la incertidumbre laboral, inestabilidad económica e incluso la migración como opción de desarrollo personal y calidad de vida. (20)

1.2.5 Poblaciones diferenciales

Grupos étnicos

Según el censo del DANE para 2018, en cual se aborda el autorreconocimiento étnico como “aquel sentido de pertenencia que expresa una persona frente a un colectivo de acuerdo con su identidad y formas de interactuar en y con el mundo, el cual se refiere a la conciencia individual de compartir ciertas creaciones, instituciones y comportamientos colectivos de un determinado grupo humano” (21). La localidad de Suba cuenta con 1.252.675 personas censadas en 2018 de las cuales el 1,1% (n=13.751) se autor reconocieron dentro de uno de los grupos étnicos. De estos, la mayor parte con el 68,2% (n=9.385) corresponde a Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a); y en menor medida se identifican con el 0,2% (n= 22) a Gitano(a) o Rrom (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Autorreconocimiento étnico, localidad Suba, 2018

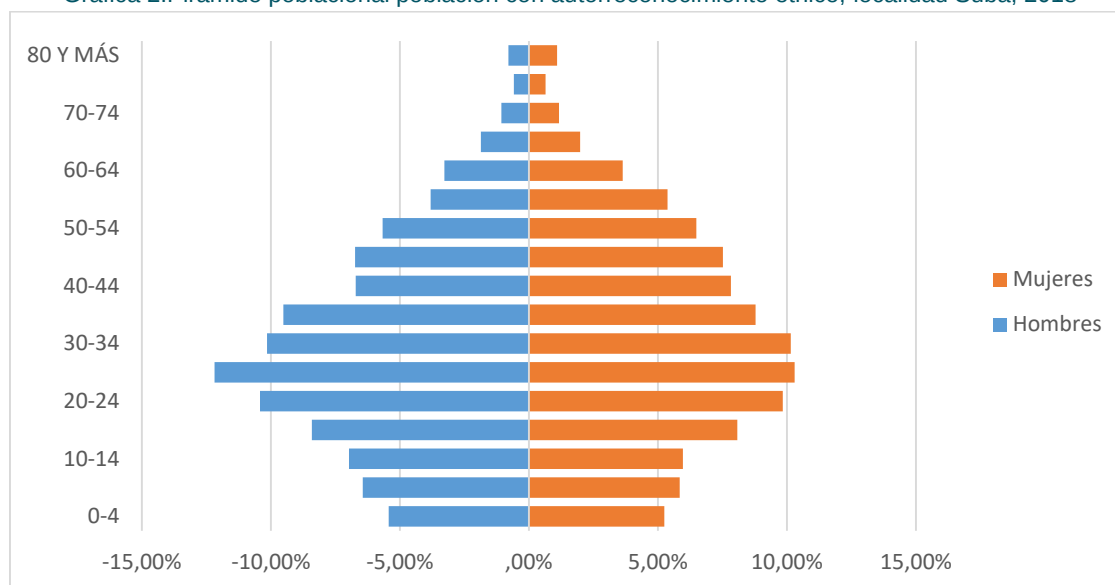
Autorreconocimiento Étnico	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	4.606	4.779	9.385	68,2
Indígena	1.965	2.172	4.137	30,1
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	87	90	177	1,3
Palenquero(a) de San Basilio	12	18	30	0,2
Gitano(a) o Rrom	12	10	22	0,2
Total Población Étnica	6.682	7.069	13.751	100

Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018.

En la distribución por sexo y grupo de edad se evidencia que aquellos habitantes que describieron un autorreconocimiento étnico el 51,4% corresponden a mujeres y el 48,6% a hombres. Los grupos de edad con mayor representación corresponde a los habitantes de 20 a 44 años que agrupan el 47,9% de la población étnica de la localidad, esto configura

una pirámide poblacional regresiva con su base estrecha y ancha en las edades medias, observando características similares al compararla con la pirámide general de la localidad (Ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Pirámide poblacional población con autorreconocimiento étnico, localidad Suba, 2018



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de proyecciones poblacionales DANE - CNPV 2018.

A continuación, se relaciona las etnias por grupos edad y quinquenio, la concentración se ubica en las edades de 20 a 44 años con el 47,9% (n=6.589) y la de menor proporción son el grupo de 75 años en adelante con 1,6% (n=215) (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Distribución población con reconocimiento étnico y grupo de edad, localidad Suba, 2018

Grupo de edad	Indígena	Gitano(a) o Rrom	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Palenquero(a) de San Basilio	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	Total por grupo
0-4	233	3	9	0	489	734
5-9	274	2	6	1	560	843
10-14	271	1	11	3	602	888
15-19	368	1	14	2	748	1.133
20-24	472	2	24	5	889	1.392
25-29	458	2	21	3	1.058	1.542
30-34	374	2	19	4	997	1.396
35-39	302	0	18	6	931	1.257

40-44	249	3	12	3	735	1.002
45-49	285	2	14	2	679	982
50-54	247	4	10	1	576	838
55-59	205	0	9	0	420	634
60-64	147	0	4	0	325	476
65-69	105	0	3	0	157	265
70-74	59	0	3	0	92	154
75-79	36	0	0	0	49	85
80 y MÁS	52	0	0	0	78	130
Total	4.137	22	177	30	9.385	13.751

Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de información acerca del autorreconocimiento étnico DANE - CNPV 2018.

De acuerdo al documento ASIS Diferencial de Comunidades Negras y Afrocolombianas, para el año 2020 la localidad de Suba era la cuarta a nivel distrital con mayor concentración de dicha población, en especial en las UPZ Rincón y Tibabuyes en los Barrios El Rincón, Aures, Gaitana y Lisboa. Adicional a esto, gran parte de la población afrocolombiana se agrupa en los estratos 1 y 2, lo que demuestra que gran parte de esta población se encuentra en condiciones vulnerables. Además gran parte de la población negra y afrocolombiana también se encuentra en condición de Víctima del Conflicto Armado, dado que la principal razón por la que esta población se ha asentado en Bogotá se da principalmente por el desplazamiento forzado que se vive en los territorios ancestrales de estas comunidades, situación que de igual manera comparte gran parte de las comunidades indígenas que residen en el distrito (22).

Cabe mencionar que en la localidad se tiene la presencia del cabildo Muisca como organización local de los indígenas residentes y también la estrategia de Centro de Escucha Raizal que viene trabajando en la localidad junto a la Organización de la Comunidad Raizal con Residencia Fuera del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina-ORFA, que a su vez genera acciones con las poblaciones afro de manera distrital.

Por otro lado, según el análisis de la situación en salud para la población diferencial Raizal, la mayor concentración de esta población se da en los cursos de vida jóvenes y adultos, con mayor proporción de representación en las mujeres. Para localidad de Suba cabe mencionar la particularidad de que allí se cuenta con personas pertenecientes a la población raizal afiliadas al régimen Subsidiado y Excepcional como son las fuerzas militares y de policía o jubiladas por este servicio (23).

Víctimas del conflicto armado

Según la información más reciente, con corte a diciembre 31 de 2021 (24), en Bogotá residen 370.252 víctimas del conflicto armado, lo que con respecto a las 360.018 registradas con corte a 30 septiembre de 2020, constituye un incremento de 10.234 víctimas en un periodo de tan solo 3 meses. Además, el hecho victimizante que más ha afectado a

las víctimas residentes en Bogotá es el desplazamiento forzado con 383.927 casos (25). Al ser la ciudad que más recibe población en situación de desplazamiento, los planes y políticas deben estar focalizados en los cordones de pobreza, miseria y marginalidad social a la que llega esta población. La información expuesta no representa la realidad del total de colombianos afectados por el conflicto, que por muchos motivos no han podido ser incluidos en el RUV.

De acuerdo a lo anterior, para el año 2020 se registraron 31.603 víctimas del conflicto armado, convirtiendo a Suba en la cuarta con más víctimas en relación con su total de habitantes, teniendo que el 2,2% de las víctimas de la ciudad, viven en esta localidad.

Los datos presentados a continuación surgen de la ficha de información local de Suba realizada por la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación en el año 2019. La UPZ Tibabuyes concentra el 43% de las personas víctimas que habitan en la localidad, seguida de El Rincón en donde vive el 37% de las mismas. En menores proporciones se encuentran las UPZ Suba (11%), Britalia (2%), Niza (2%) y El Prado (2%).

Respecto a características generales de las personas víctimas del conflicto armado que residen en Suba, se identificó que el 52,5% son adultos, donde el 54,2% corresponde a mujeres y 502 personas tienen algún tipo de discapacidad. Además, se reconocen 3.051 personas como afrocolombianas, 304 como ROM y 32 raizales (26).

Población LGBTIQ+

El observatorio de política pública LGBTI distrital de la secretaria Distrital de Planeación trabaja una serie de documentos en los cuales se encuentra la caracterización de los sectores sociales LGBTI, hasta el momento los datos se encuentran actualizados hasta el año 2015. Por tanto, la información cuantitativa aquí expuesta se centra en datos de la Encuesta Multipropósito del 2017.

En la localidad de Suba el 0,6% de las personas encuestadas con se reconocieron así mismas como pertenecientes a algún sector de la población LGBTI; de las 96 personas entrevistadas, el 82,3% se identificó como homosexual, 14,6% bisexual y 3,1% transgénero. Por otro lado, es importante mencionar que en el territorio local de Suba se ubica un Centro de Atención Integral a la Diversidad Sexual y de Géneros (CAIDS) ubicado en la KR 94 D 131A 15 el cual es un escenario estratégico para la inclusión, visibilización y fomento de la participación social de esta población a nivel territorial (27).

Varias investigaciones centradas en la población LGBTI, evidencian que esta población experimenta peores disparidades y resultados de salud que la población heterosexual. En esta población se presentan las mayores tasas de infección por VIH, depresión, ansiedad, consumo de tabaco, abuso de alcohol, suicidio o ideas de suicidio por estrés crónico, aislamiento social, y desconexión de una serie de servicios de salud y apoyo. De igual manera, las formas de abordar a la población por parte del personal de salud carecen de

humanismo y precisiones claras, comprender y abordar los problemas de salud específicos de este grupo es uno de los grandes desafíos para el presente (28).

Para finalizar es importante el reconocimiento de la mesa interinstitucional LGBTI en relación con la mesa de Suba que a pesar de haber tenido un trabajo de posicionamiento reconocido antes de la pandemia, actualmente se encuentra en fortalecimiento, pues antes el confinamiento condujo a que muchos representantes dejaran de asistir y los procesos tuvieran una ruptura y posterior abandono; ya que con la pandemia se llegó a una deserción frente a la gestión social y política, lo que fractura el consolidado de quienes conforman esta población de la mesa interinstitucional.

Población con discapacidad

Bogotá es la ciudad que más concentra personas registradas con alguna discapacidad a nivel territorial con un 18,3% al año 2020 (29). Para el caso específico de Bogotá, desde el año 2004 se ha realizado el proceso de “Inscripción en el Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad” por parte de la Secretaría Distrital de Salud, a través de diferentes puntos ubicados en la ciudad; sin embargo, con la implementación de la resolución 113 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, la identificación y certificación es realizada por las IPS para cargue al SISPRO, con el ajuste y los rezagos de información se encuentran limitaciones para obtener la caracterización de esta población para el año 2021, sin embargo se espera que la gestión individual permita garantizar y mejorar el registro de la población en la ciudad.

En la localidad de Suba para el año 2020 se identificó una población total de 19.146 personas registradas con una o más discapacidades, de las cuales 10.310 son mujeres y 8.836 son hombres. A nivel distrital se cuenta con algunos datos que permiten aproximarse a la realidad local, por ejemplo, los mayores de 80 años representan la mayor proporción de personas con discapacidad (16,1%), seguido del grupo quinquenal de 65 a 69 años (8,9%). En cuanto a las principales dificultades o discapacidades, se registra en primer lugar con un 19,4% la dificultad para caminar, seguida de la dificultad para pensar (13,5%) y finalmente la dificultad para ver (8,9%) (30).

Ciudadanos habitantes de calle

Según el VII Censo de habitantes de calle del año 2017, Suba concentra el 2,3% del total de la población censada en el distrito. De las 217 personas pertenecientes a esta población, que fueron identificadas en la localidad, el 96,7% duerme en el espacio público (puente, andén, alcantarilla, etc.) y el 3,3% restante, en un dormitorio transitorio (paga diario, inquilinato, residencia). Frente a esto, SDIS ha rastreado la densidad poblacional de la habitabilidad de calle en la noche, encontrando la primera concentración en la UPZ El Rincón y Tibabuyes en sectores cercanos al Humedal Tibabuyes; un segundo sector se encuentran los sectores que colindan con el Río Bogotá en barrios como Santa Cecilia, Villa Cindy y Santa Rita (31).

Alrededor de los cuerpos de agua esta población suele estructurar “cambuches” para habitar temporal o permanentemente, lo cual en muchas ocasiones genera contaminación de las fuentes hídricas, presencia de vectores, animales en abandono y deterioro ambiental.

Los datos expuestos por el censo de habitantes de calle a nivel distrital, permiten una aproximación de la realidad local, es así como en Bogotá, se identificó que el 88,9% de las personas en habitabilidad de calle son hombres y el 11,1% mujeres, además el 47% se encuentra entre los 25 y 39 años de edad. Las principales molestias de salud presentes en esta población son los problemas dentales (36%), problemas respiratorios (19%) y las lesiones por parte de terceros (15%). Al indagar por la morbilidad atendida en los últimos 30 días para esta población, se refieren como diagnósticos Tuberculosis, VIH-SIDA, hipertensión arterial, diabetes y cáncer.

Adicionalmente, las razones principales por las que se inicia la vida en calle son el consumo de sustancias psicoactivas con un 33,5%, seguido de los conflictos familiares con un 25,7% y finalmente por gusto personal con un 7,5%. Adicional a esto, el 61,7% indicó que lleva 5 años o más viviendo en las calles, es decir que cuatro de cada 10 personas habitan las calles desde su niñez o adolescencia. Por otro lado, cerca de 1.100 habitantes de calle afirmaron ser de origen venezolano, lo que expone la realidad adversa a la que se enfrentan los migrantes que llegan a la ciudad (32).

Recuperadores de oficio

De acuerdo a lo reportado en el Registro Único de Recicladores de Oficio, con corte a diciembre de 2020, 2.349 recicladores refirieron habitabilidad en Suba (10% del total distrital) y 1.210 trabajan en la localidad (5,0% del total de Bogotá). Aunque la información publicada se encuentra a nivel distrital, es válido mencionar algunos aspectos relevantes que permiten una aproximación a las características de esta población. La mayor proporción de recicladores son hombres (58%), según momento de curso de vida, el 59,7% son adultos de 31 a 60 años, 15,8% personas de 61 a 80 años, 13,5% jóvenes menores de 30 años y 1,3% mayores de 81 años de edad. El 59,2% nacieron en Cundinamarca y para el momento del registro, el 5,0% se encontraba caracterizado como habitante de calle.

Respecto a condiciones de salud, el 1,0% manifestó tener algún tipo de discapacidad, siendo la más relevante la afectación en la motricidad (50% de los casos), seguido de la discapacidad visual (13%); en cuanto al acceso a servicios de salud, el 83% se encontraban afiliados al régimen subsidiado, 6,0% a contributivo y el porcentaje restante no reportó información; para el caso de afiliación a una Aseguradora de Riesgos Laborales, solo el 1% cuenta con este beneficio. En cuanto a las condiciones socioeconómicas evidenciadas, el 44% vive en arriendo y 12% en casa propia, ubicadas principalmente en los estratos 1 y 2 de Bogotá. Para el caso del nivel educativo, el 34% registro primaria completa y 21% secundaria, llamando la atención que el 43% manifestó no saber leer ni escribir (33).

A pesar del avance en materia legislativa nacional que ha pretendido mejorar y dignificar el trabajo realizado por esta población, la mayoría sigue estando dentro del sector informal.

Aunque el reciclaje o actividad de recuperación, es una labor que genera una máxima transformación de los residuos y produce más beneficios en términos económicos, ambientales y de salud; la población recuperadora sigue permaneciendo en un sector de alta marginalidad, vulnerabilidad y sobre todo su trabajo sigue estando mal remunerado (34), lo que repercute directamente en su estado de salud y aparición de enfermedades.

Población migrante

De acuerdo con lo publicado en el documento “Diagnóstico del fenómeno migratorio con énfasis en salud en el distrito capital”, la ciudad de Bogotá concentra el 20% de los migrantes venezolanos con corte a 31 de mayo de 2020, con alrededor de 347.178 personas identificadas. Producto de la actual crisis social, política y cultural que presenta Venezuela, miles de ciudadanos venezolanos han ingresado a Colombia, dando como resultado uno de los mayores desafíos para el gobierno local y nacional, siendo Bogotá una de las ciudades con mayor recepción de esta población (35). De acuerdo a informe publicado por la Personería Distrital en enero de 2020, la localidad de Suba, concentraba el 14,33% de la población migrante de Bogotá.

Teniendo en cuenta que la calidad de la información es baja y no se cuenta con datos exactos de población por localidad, en este documento se realizan aproximaciones a la situación de salud de la población migrante a partir de la revisión de diferentes fuentes de información de la Secretaría Distrital de Salud. Como datos específicos a rescatar mencionados en el documento, se identificaron 796 gestantes residentes en Suba entre enero a julio de 2020 y fueron notificados 191 casos positivos Covid-19, con corte a agosto de 2020 (36).

Los mayores desafíos para el sector de la salud se encuentran en la inclusión igualitaria de esta población a sus servicios, una mayor labor de orientación y el papel preponderante en la transformación de los imaginarios discriminatorios, expresados en valores de servicio más empáticos y abiertos a su situación de vulnerabilidad.

Personas vinculadas a actividades sexualmente pagas

Frente al ejercicio de Actividades Sexualmente Pagas, se cuenta con la caracterización más reciente del año 2017, realizado a personas que ejercen actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución en Bogotá. La información recolectada obedece al Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de la Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá, de acuerdo a la caracterización realizada, para el año 2017 el 3,5% de las personas caracterizadas, manifestó realizar actividades sexuales pagas en la localidad de Suba; adicional a esto el 7,1% de personas que se dedican a ASP afirman vivir en esta localidad (37).

Aproximadamente el 96% de esta población son mujeres y el 1,8 % mujeres transgénero, es importante mencionar que la población masculina ha ido tomando cada vez más visibilidad en las últimas caracterizaciones, aunque en menores proporciones. Los cursos de vida que más representación tuvieron en la caracterización obedecen a las edades entre los 18 y 34 años, es decir mujeres en etapa juvenil y adultez temprana.

Los ejercicios de caracterización realizados, han permitido reconocer la complejidad de esta actividad, ya que gran parte de la población que llega a ejercer ASP se ve obligada por diferentes situaciones de precariedad económica. Ejercer ASP significa asumir situaciones de vulnerabilidad que se entrecruzan con otros tipos de discriminación, ya sea por pertenecer a un sector LGBTI, por pertenecer a un colectivo étnico-racial diferente, ser de otro lugar de procedencia, por tener alguna discapacidad, ser desplazada o desplazado por el conflicto armado o estar en un curso de vida específico, entre otras (38).

Es importante señalar, que las dinámicas propias de la pandemia a causa de la Covid-19, agudizaron la situación de las personas en ejercicio de ASP en cuanto a barreras de acceso y atención en salud (39). El desafío requiere abordar el tema por parte del sector salud de forma especial y de acuerdo al enfoque diferencial de derechos, ya que la Corte Constitucional en la sentencia T-594 de 2016 reconoció a las personas que realizan estas actividades como sujetos de especial protección.

1.3 Perfil epidemiológico local

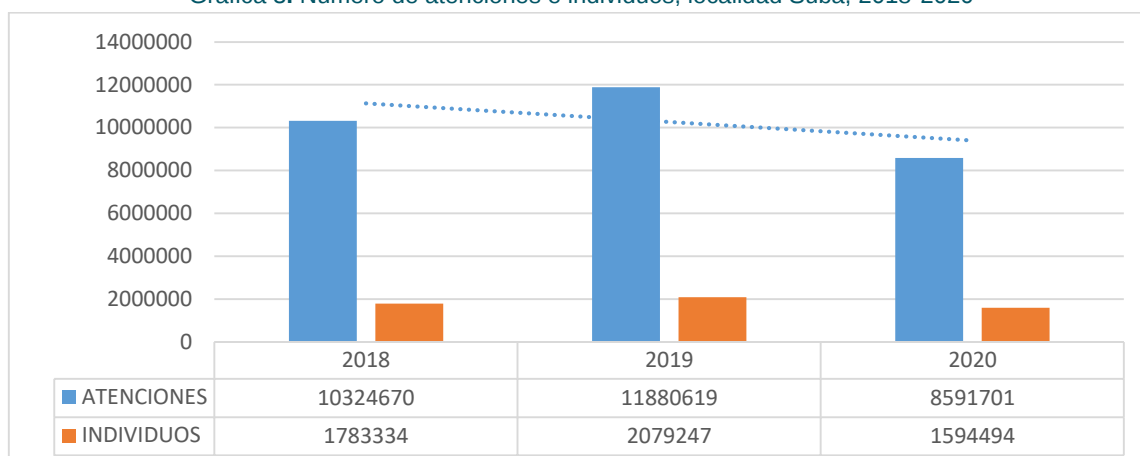
1.3.1 Configuración de morbilidad en la localidad

Morbilidad general

Entre los años 2018 y 2020, se han prestado 6.541.619 atenciones en salud a personas residentes en Suba, evidenciando un comportamiento variable en los últimos tres años; siendo el 2019 el que mayor proporción de atenciones registró con un 38,3%. Para el 2020 el número de atenciones se redujo en un 27,5% con respecto al 2019, lo anterior posiblemente relacionado con las medidas adoptadas en torno a la emergencia sanitaria decretada para el control de la transmisión del Covid-19, que incluyó restricciones de la movilidad y priorización en las atenciones en salud.

Ahora bien, para el mismo periodo asistieron a servicios de salud 1.292.832 personas residentes en la localidad de Suba, evidenciando el mismo comportamiento de las atenciones durante los últimos tres años; donde el 38,3% de los individuos consultaron en 2019. Para el 2020, el número de personas que acudieron a los servicios de salud se redujo en un 22,5% con respecto al año anterior. Es de aclarar que el número de atenciones por individuo bajo de 5,1 en 2019 a 4,8 atenciones en 2020, las cuales se realizaron en diferentes IPS de la ciudad (Ver **¡Error! La autoreferencia al marcador no es válida.**).

Gráfica 3. Número de atenciones e individuos, localidad Suba, 2018-2020



Fuente: elaboración propia partir de las salidas base de datos RIPS, SDS 2020. Guía metodológica para la construcción del ASIS local, Bogotá D.C.

De acuerdo con el tipo de atención, Suba tuvo 5.863.336 atenciones por consulta externa, hospitalizaciones, y 570.116 urgencias durante el periodo 2018-2020 (Ver **¡Error! La autoreferencia al marcador no es válida.**). Según UPZ, para consulta externa la mayor proporción de atenciones la registraron Tibabuyes con el 25,3%, seguido por un 25,0 de Rincón y 14,0 de Suba. En relación con hospitalizaciones el 21,7% se concentró en la UPZ Tibabuyes, 20,0% en Rincón y 11,0% de Suba. Respecto a las urgencias, se observa un comportamiento similar, donde la UPZ Tibabuyes representa el 28,6% de las atenciones de este servicio, seguida por El Rincón con 23,8%, y UPZ Suba con un 13,1%.

Tabla 8. Número de atenciones según tipo, localidad de suba, 2018-2020

Tipo atención	2018	2019	2020
Consulta externa	1.925.585	2.244.360	1.693.391
Hospitalizaciones	39.419	42.906	25.842
Urgencias	245.567	224.589	99.960
Total	2.210.571	2.511.855	1.819.193

Fuente: elaboración propia a partir de las salidas base de datos RIPS, SDS 2020. Guía metodológica para la construcción del ASIS local, Bogotá D.C.

Para los tres años de análisis las mujeres concentran el mayor número de atenciones con un 64,8%, lo que guarda relación con la proporción de individuos que accedieron a servicios de salud (Ver **¡Error! La autoreferencia al marcador no es válida.**).

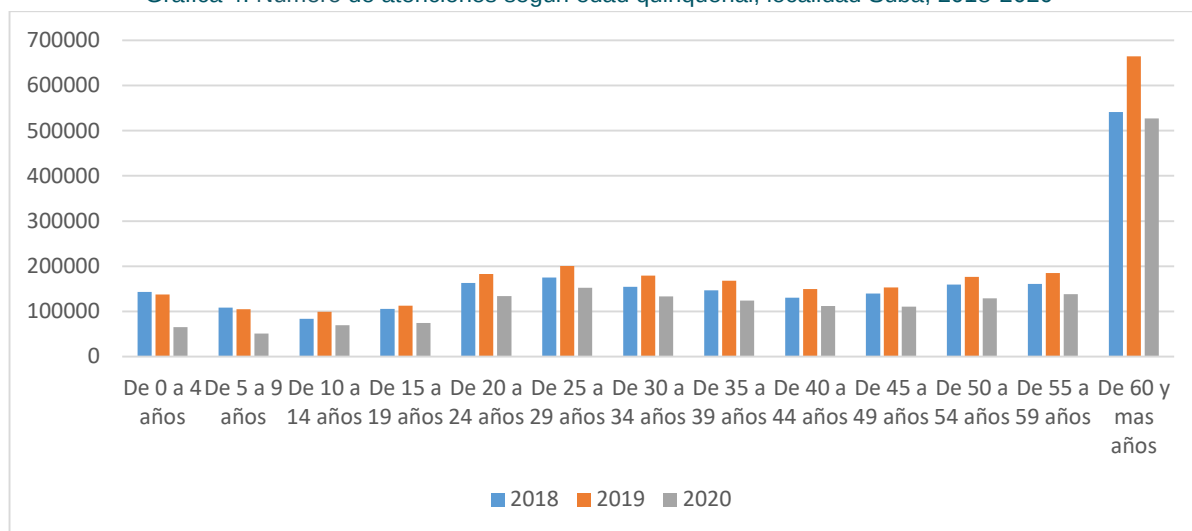
Tabla 9. Número de atenciones según sexo, localidad Suba, 2018-2020

Sexo	# Atenciones 2018	# Individuos 2018	# Atenciones 2019	# Individuos 2019	# Atenciones 2020	# Individuos 2020
Mujeres	1.475.038	251.539	1.610.834	277.508	1.157.610	215.376
Hombres	735.533	176.528	901.021	209.892	661.583	161.989
Total	2.210.571	428.067	2.511.855	487.400	1.819.193	377.365

Fuente: elaboración propia a partir de las salidas Base de datos RIPS, SDS 2020. Guía metodológica para la construcción del ASIS local, Bogotá D.C.

Para el periodo 2020, las edades que más concentraron las atenciones fueron las personas mayores de 60 años con el 26,5% (n= 527.336), seguido del grupo quinquenal de 25 a 29 años con el 8,0% (n= 152.270), los de 55 a 59 años con un 7,4 % (n= 137.887) y los de 20 a 24 años de manera muy cercana al anterior con 7,3% (n= 133.598) (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Número de atenciones según edad quinquenal, localidad Suba, 2018-2020

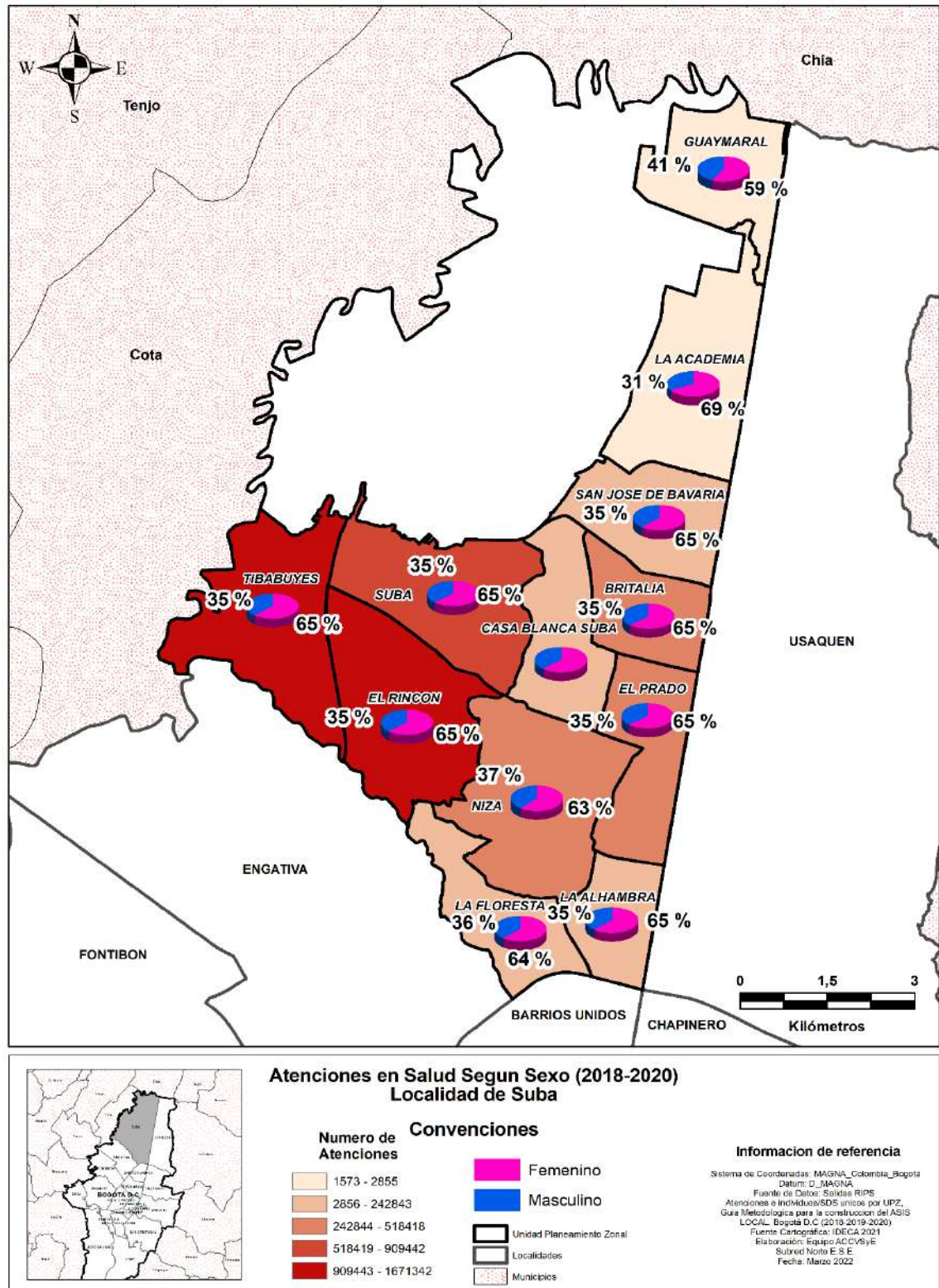


Fuente: elaboración propia a partir de las salidas base de datos RIPS, SDS 2020. Guía metodológica para la construcción del ASIS local, Bogotá D.C.

Morbilidad por Localidad y UPZ

Las atenciones, entre 2018 y 2020 se concentraron principalmente en la UPZ Tibabuyes con el 25,5%, seguido de Rincón con 24,9%; por el contrario, las de menor proporción de atenciones son la Academia y Guaymaral con 0% respectivamente (Ver Mapa 10) (Ver Tabla 10).

Mapa 10. Atenciones en salud según sexo, localidad Suba, 2018-2020



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de datos base salidas RIPS_SDS de atenciones e individuos únicos por UPZ, 2018-2019-2020

Respecto a los individuos que consultaron para acceso a servicios de salud se concentraron principalmente en UPZ Tibabuyes con el 21,2%, seguido de Rincón con 20,4%; por el contrario, las de menor proporción de individuos son la Academia y Guaymaral con 0,1% respectivamente (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Número de atenciones e individuos por UPZ, localidad Suba, 2018-2020

UPZ	# Atenciones 2018	# Individuos 2018	# Atenciones 2019	# Individuos 2019	# Atenciones 2020	# Individuos 2020
La Academia	540	366	629	421	404	288
Guaymaral	1.002	587	1.122	714	731	488
San José de Bavaria	82.938	22.457	91.678	24.294	68.227	19.440
Britalia	142.075	32.737	155.452	35.817	118.794	28.651
El Prado	174.322	38.545	194.693	42.283	149.403	34.072
La Alhambra	60.085	19.182	70.729	21.082	55.438	17.064
Casa Blanca Suba	81.290	23.165	89.271	25.214	70.291	20.239
Niza	166.632	38.686	189.954	42.514	144.272	34.420
La Floresta	76.119	21.814	84.863	23.927	62.346	18.689
Suba	308.045	55.687	346.810	63.089	254.587	49.562
El Rincón	553.321	86.121	629.581	101.332	444.633	76.080
Tibabuyes	564.202	88.720	657.073	106.713	450.067	78.372
Suba	2.210.571	428.067	2.511.855	487.400	1.819.193	377.365

Fuente: elaboración propia a partir de las salidas base de datos RIPS, SDS 2020. Guía metodológica para la construcción del ASIS local, Bogotá D.C.

Es así que para la UPZ la Academia cabe mencionar que es la que menos casos presenta en atenciones e históricamente los individuos rara vez han pasado los 100 atendidos: Según el sexo las mayores participantes para el año 2020 son las mujeres con 177 individuos y 266 atenciones; la participación de ellas, a diferencia de los hombres, se ha visto drásticamente reducida durante los últimos tres años pasando de 372 individuos en 2018 a 272 en 2019. De acuerdo a la edad, las personas mayores de 60 años tienen la mayor relevancia con 135 atenciones durante el año 2020.

Morbilidad según causas CIE-10

Dentro de las grandes causas de morbilidad atendida para el año 2020 en la localidad de Suba se identificaron en primer lugar las enfermedades no transmisibles con 43% (n= 963.584), seguido de síntomas, signos y afecciones mal definidas con 34% (n= 753.551) y enfermedades cardiovasculares con 5,8% (n=129.519), para el año 2019 presentó un comportamiento similar en cuanto a las tres primeras causas. En 2020 la localidad registró (n= 1.819.193) atenciones, la morbilidad de la localidad se concentró en las enfermedades no transmisibles con el 41% (n=762.104) seguido de síntomas, signos y afecciones mal

definidas con el 31% (n= 572.513), y enfermedades cardiovasculares 9,3% (n= 169.607) (Ver Anexo 1).

Respecto a la morbilidad atendida por UPZ en el año 2020 se observó que la UPZ La Alhambra concentró el mayor número de atenciones (n= 55.438), de las cuales 42,5% correspondió a las enfermedades no transmisibles, el 29% correspondió a síntomas, signos y afecciones mal definidas, y enfermedades cardiovasculares 12%. En segundo lugar, la UPZ 71 Tibabuyes registró otro mayor número de atenciones (n=450.067) con un comportamiento similar respecto a las 3 primeras causas de atención, en la UPZ 28 El Rincón se registró (n=444.633) conservando un comportamiento similar respecto a las tres primeras causas de atención. La UPZ 2 La Academia presentó el menor número de atenciones de la localidad con (n=404) conservó el mismo comportamiento respecto a las primeras causas de atención (Ver Anexo 1).

Morbilidad según causas CIE-10, quinquenios y sexo

Para el periodo 2018 a 2020, en la localidad de Suba 6.541.619 atenciones, de las cuales el 64,9% eran mujeres y el 35,1% hombre; sin embargo, los grupos de edad hasta los 19 años predominan los hombres. Según edad quinquenal, la mayor proporción de atenciones se realizó en mayores de 60 años, con 697.234 (24,7%), seguido por el quinquenio de 25 a 29 años con 256.352 atenciones (9,1%) (Ver Anexo 2).

La UPZ La Academia, presenta un total de 1.880 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 347 (28,6%), seguido por los hombres en el mismo quinquenio con 253 atenciones (37,8%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 50 - 54 años en las mujeres con 183 atenciones (15,0%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 0 - 4 años, en hombres con 1 atención (0,1%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ Guaymaral, presenta un total de 2.057 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 347 (27,0%), seguido por los hombres en el mismo curso con 253 atenciones (32,6%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 50 - 54 años en las mujeres con 183 atenciones (14,2%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 0 - 4 años, en mujeres con 6 atenciones (0,4%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ San José de Bavaria, presenta un total de 155.094 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 31.787 (31,2%), seguido por los hombres en el mismo curso con 17.919 atenciones (33,6%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 55 - 59 años en las mujeres con 8.593 atenciones (8,4%). El quinquenio que

menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 5 - 9 años, en mujeres con 2222 atenciones (2,1%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ Britalia, presenta un total de 265.384 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 49.805 (28,2%%), seguido por los hombres en el mismo quinquenio con 24.826 atenciones (27,8%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 30 - 34 años en las mujeres con 15.366 atenciones (88,7%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 10 - 14 años, en hombres con 3.687 atenciones (4,1%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ El Prado, presenta un total de 327.943 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio da de 60 y más años, en las mujeres, con 78.327 (36,0%), seguido por los hombres en el mismo curso con 38.160 atenciones (34,5%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 55 - 59 años en las mujeres con 17.246 atenciones (7,9%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 10 - 14 años, en hombres con 3.739 atenciones (3,3%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ La Alhambra, presenta un total de 114.827 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 33.663 (44,7%), seguido por los hombres en el mismo quinquenio con 16.502 atenciones (41,6%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 55 - 59 años en las mujeres con 5.897 atenciones (7,8%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 10 - 14 años, en hombres con 709 atenciones (1,7%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ Casa Blanca Suba, presenta un total de 152.089 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 30.472 (30,4%), seguido por los hombres en el mismo curso con 15.211 atenciones (29,2%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 55 - 59 años en las mujeres con 8.405 atenciones (8,4%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presento, se concentra en 5 - 9 años, en hombres con 2.153 atenciones (2,1%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ Niza, presenta un total de 312.676 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 75.596 (37,3%), seguido por los hombres en el mismo curso con 41.698 atenciones (37,8%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 55 - 59 años

en las mujeres con 18.834 atenciones (9,2%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 10 - 14 años, en hombres con 3.048 atenciones (2,7%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ La Floresta, presenta un total de 137.049 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 33.810 (38,0%), seguido por los hombres en el mismo curso con 17713 atenciones (36,7%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 55 - 59 años en las mujeres con 7.437 atenciones (8,3%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 5 - 9 años, en mujeres con 1.414 atenciones (1,5%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ Suba, presenta un total de 596.659 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 88.714 (22,4%), seguido por los hombres en el mismo curso con 40.523 atenciones (20,1%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 25 - 29 años en las mujeres con 35.245 atenciones (8,9%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 45 - 49 años, en hombres con 11.534 atenciones (5,7%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ El Rincón, presenta un total de 1.085.582 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 155.639 (21,7%), seguido por los hombres en el mismo curso con 81.666 atenciones (21,9%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 25 - 29 años en las mujeres con 71.173 atenciones (9,9%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 45 - 49 años, en hombres con 16.798 atenciones (4,5%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

La UPZ Tibabuyes, presenta un total de 1.135.937 atenciones entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta las cinco mayores causas de atención, durante los años 2018 a 2020. El mayor número de atenciones en el periodo evaluado, se concentra en el quinquenio de 60 y más años, en las mujeres, con 119.904 (16,0%), seguido del quinquenio de 25 - 29 años en las mujeres, con 81.858 atenciones (10,9%) y en un tercer lugar se encuentra el quinquenio de 20 - 24 años, en las mujeres, con 78.454 atenciones (10,5%). El quinquenio que menor cantidad de atenciones presentó, se concentra en 40 - 44 años, en hombres con 18.181 atenciones (4,6%), durante los tres años (Ver Anexo 2).

Morbilidad según quinquenios y grandes grupos de causas CIE-10

Respecto a las principales grandes causas de morbilidad en la localidad de Suba se observa el siguiente comportamiento por edad quinquenal durante el periodo 2018 a 2020: para los menores de 0 a 4 años el 52% de las atenciones se concentra en los síntomas, signos y

afecciones mal definidas, seguido por enfermedades no transmisibles con un 30% y con el 12% las enfermedades transmisibles. Estas tres grandes causas son el 94% de eventos que impactan la salud en este grupo de edad afectando a ambos sexos de manera similar 52% hombres y 48% mujeres en signos y síntomas mal definidos. Todos los eventos han mostrado una tendencia a la disminución (Ver Anexo 3).

Con un comportamiento similar al anterior, para los menores entre los 5 y 9 años se evidencia que el 44% de la carga de enfermedad se debe a síntomas, signos y afecciones mal definidas, seguido por enfermedades no transmisibles con un 38% y de manera particular el 8% de eventos relacionado con la salud mental. Es menester mencionar que se distribuyen de manera muy pareja en ambos sexos (Ver Anexo 3).

En las edades de 10 a 14 años igualmente prevalece enfermedades no transmisibles con un 42%, seguido por síntomas, signos y afecciones mal definidas con 40% y 8% de eventos relacionado con la salud mental; todos de igual distribución por sexo. El quinquenio siguiente de 15 a 19 años de manera similar tiene las mismas grandes causas, pero con la diferencia de que la que mayor concentración la tiene las enfermedades no transmisibles con 46%, seguida de síntomas, signos y afecciones mal definidas con 38% y eventos relacionados con la salud mental con 8% (Ver Anexo 3).

A partir de este último quinquenio las mujeres manifiestan mayores condiciones maternas pasando de 0% en edades previas al 2% de participación en la carga de morbilidad femenina; en general las mujeres lideran el porcentaje de las grandes causas con un promedio del 64% de concentración por cada causa. Es necesario mencionar que, hasta estas edades descritas, todos los años tienden a la disminución (Ver Anexo 3).

A partir de los 20 años, las enfermedades no transmisibles comienzan a obtener un protagonismo cada vez mayor: en el quinquenio 20 a 24 años son el 42% de las atenciones, en el quinquenio. Las mujeres tienen el 75% de atenciones de síntomas, signos y afecciones mal definidas en este grupo de edad; del total de atenciones, las mujeres son más de cuatro veces los hombres 479.325 y 143.451 atenciones respectivamente (Ver Anexo 3).

En relación a las edades de 25 a 29 años y de 30 a 34 años se tiene el 43% y 46% con mayor atención en enfermedades no transmisibles y el mismo comportamiento ya descrito para quinquenios previos tanto en proporción de sexos como tendencias en el tiempo; sin embargo, para la edad de 35 a 39 años la notificación por año comienza a ser de menor notificación en el 2020 (Ver Anexo 3).

Entre los 40 a 49 años, a pesar de mantenerse el mismo comportamiento de las atenciones concentrándose el mayor número en enfermedades no transmisibles, es de anotar que los hombres aumentan la tendencia de cáncer y diabetes. Las mujeres por su parte tienden a la disminución de atenciones en todas las grandes causas de morbilidad (Ver Anexo 3).

Para las edades de los 50 a 59 años se tiene una tendencia al aumento de las enfermedades cardiovasculares que pasan a tener una participación del 9% al 12% en las atenciones. Las mujeres del quinquenio de 50 a 54 años presentan gran diferencia en la carga de la morbilidad respecto a los hombres en los siguientes: cáncer con el 69%, causa externa con 66%, enfermedades transmisibles 67%, y la salud mental que era en mayor proporción en hombre durante las edades más jóvenes, en las mujeres ahora se acumula el 69% de las atenciones. Las mujeres pareciesen enfermar mucho más o acudir mucho más a los servicios de salud (Ver Anexo 3).

Finalmente, para las personas mayores de 60 años son las Enfermedades no transmisibles con 43%, junto a los Síntomas, signos y afecciones mal definidas 22% y Enfermedades cardiovasculares 20%, son las grandes causas que más atenciones presentan. No obstante, aunque las primeras dos causas mantienen el liderato muestran una tendencia a la disminución mientras que las enfermedades cardiovasculares han ido en incremento en ambos sexos: en hombres pasa de 29.578 casos en 2018 a 48.858 en 2020; mientras en las mujeres pasa de 62.160 en 2018 a 80.729 en 2020 (Ver Anexo 3).

A nivel espacial todas las UPZ muestran un comportamiento muy similar al de la localidad en relación al número de atenciones por grupo de edad. Los eventos se distribuyen por cada territorio de la siguiente manera: La Academia 0,02%, Guaymaral 0,04%, San José de Bavaria 3,7%, Britalia 6,3%, EL prado 7,9%, La Alhambra 2,8%, Casa Blanca 3,6%, Niza 7,6%, La Floresta 3,4%, Suba 13,9%, El Rincón 24,8%, Tibabuyes 25,5% (Ver Anexo 3).

Sin embargo, hay que mencionar algunas de sus particularidades que sobresalen en el análisis. Para la UPZ La Academia la infancia hasta los 9 años mantiene las causas Signos y síntomas mal definidos con 50% y más casos siendo el principal grupo de causas, pero a partir de los 10 años y hasta los 19 años son las enfermedades transmisibles las que lideran la mayor cantidad de atenciones con hasta el 57%; a partir de los 35 años las enfermedades no transmisibles son las mayores consultas con hasta el 65% de las atenciones (Ver Anexo 3).

La UPZ Guaymaral como tiene la mayor parte de sus atenciones en las personas mayores de 60 años 31%, sus principales causas vienen siendo las enfermedades no transmisibles 45%, los signos y síntomas mal definidos 26% y enfermedades cardiovasculares con el 16% como las más altas. El grupo que lidera el segundo lugar son pertenecientes a las edades de 50 a 54 años 12%, teniendo sus principales afectaciones en las enfermedades no transmisibles 56% y como factor diferencial su concentración exclusiva del cáncer en las mujeres con 16 atenciones el 100% de los casos (Ver Anexo 3).

En la UPZ San José de Bavaria decrece el número de atenciones a medida que se avanza en los grupos de edad hasta los 14 años siendo los signos y síntomas mal definidos la principal causa de morbilidad con alrededor del 40%. Se resalta en los jóvenes y adultos de 15 a 34 años que las principales afectaciones son las enfermedades no transmisibles con acumulados superiores al 40%, acumulando mayormente la carga de morbilidad en las

mujeres. A modo de diferencias, se observa que a partir de los 35 años el cáncer en las mujeres crece exponencialmente en cada grupo de edad de 260 casos hasta los 1.224 casos, aunque con un deceso en el tiempo (Ver Anexo 3).

Por su parte, la UPZ Britalia sobresalen los jóvenes de 25 a 29 años (7%) con afectaciones que cabe mencionar como cáncer 369 casos, principalmente en las mujeres 85% (313 personas), y condiciones maternas con 487 atenciones. Es de destacar los niños menores de 4 años quienes toman un protagonismo siendo afectados por Síntomas, signos y afecciones mal definidas 45%, no obstante, se observa particularmente una proporción estadísticamente diferente en las Afecciones originadas en periodo perinatal 146 atenciones, principalmente en hombres 61% (Ver Anexo 3).

En UPZ El Prado tiene la mayor parte de sus grandes causas en la población mayor de 60 con la gran causa de estos en enfermedades no transmisibles con el 45%. Es de anotar que, el cáncer muestra un incremento abrupto pasando de 1.048 casos en el quinquenio previo (el más alto hasta el momento en los grupos de edades) a 5.679 personas diagnosticadas; con una distribución desigual por sexo ya que el 61% de las personas con cáncer son mujeres. También es de anotar que en todos los grupos de edades la causa de salud mental en hombres suele duplicar los datos de las mujeres (Ver Anexo 3).

UPZ La Alhambra, al igual que en UPZ Casa Blanca Suba, UPZ Niza y UPZ La Floresta, la mayor cantidad de población con grandes causas se encuentra en personas mayores de 50 años (alrededor del 8% en cada UPZ) donde igualmente se concentra en enfermedades no transmisibles con más del 45% en los grupos de edad. En la UPZ Alhambra en las personas mayores de 60 años con enfermedad cardiovascular, por cada 10 mujeres hay 4 hombres. Por su lado, en la UPZ Casa Blanca en la mayoría de grandes causas las mujeres tienen una proporción más alta, a excepción de la diabetes mellitus en edades de mayores de 50 años que alcanza incluso el 55% (n=893). En la UPZ Niza llama la atención, además del perfil similar a las anteriores descritas, que en las causas externas en la edad de 30 a 34 años es mayor en hombres con 14 atenciones que en mujeres 7 atenciones. En la UPZ la Floresta es relevante mencionar como en el grupo de 40 a 44 años el número de personas con cáncer es mucho mayor que el de hombres siendo 334 contra 76 casos respectivamente (Ver Anexo 3).

En UPZ Suba, UPZ EL Rincón y UPZ Tibabuyes comparten características sociales y demográficas muy similares, teniendo la mayor cantidad de población con grandes causas en las edades de 20 a 34 años 25%. Sus grandes causas se concentran en enfermedades no transmisibles con 44% (n= 30.582), 40% (n= 52.762), 40% (n= 60.379) en el orden ya mencionadas para cada una (Ver Anexo 3).

Por otra parte, en UPZ Suba es de anotar que, en menores de 4 años, el cáncer se concentra con mayores casos en mujeres con 211 casos que en hombres que son 17 casos, es decir, una razón de 12 niñas por cada niño con cáncer. Caso contrario en edades de 10 a 19 años, donde los hombres suelen ser la mayor cantidad de casos 2 hombres por cada

mujer. Para la UPZ Rincón en la las edades de 25 a 34 años tienen un aspecto importante de describir y es el hecho de que la morbilidad por salud mental se concentre más en las mujeres 67% (14.663 atenciones) y que sea un factor que se ha incrementado con el tiempo pues en las mujeres pasa de 1.690 casos en 2018 a 1.710 en 2020. Finalmente, en la UPZ Tibabuyes llama la atención que en las edades de 30 a 34 años el cáncer tenga como protagonista a las mujeres con el 74% (n= 1.223) de los casos de cáncer, lo que equivale a 3 mujeres por cada hombre (Ver Anexo 3).

Morbilidad según grandes grupos, subgrupos de causas CIE-10 y sexo

Al realizar en análisis de las atenciones por grandes causas en Suba, entre 2018 y 2020 se reportaron 6.541.619 atenciones, donde las enfermedades no transmisibles fueron el principal motivo de atención con el 45% del total de registros, seguido de signos y síntomas mal definidos (31%) y enfermedades cardiovasculares (8%), por el contrario, la menor proporción corresponde a afecciones del periodo perinatal con el 0,2%

Respecto a las enfermedades no transmisibles, se registraron 2.949.479 atenciones durante el periodo evaluado, evidenciando un comportamiento variable entre 2018 y 2020 donde el 64,5% corresponde a mujeres y el 35,4% restante a hombres. Dentro de este grupo las subcausas que registraron el mayor número de atenciones fueron enfermedades musculoesqueléticas (21%), seguido de condiciones orales (19%). Según sexo, para las enfermedades no transmisibles, tanto en hombres como en mujeres, se observa un comportamiento similar de las atenciones descritas para población general, según subcausa, a diferencia que en los hombres la subcausa principal son las condiciones orales (21%)

Para el caso de signos y síntomas mal definidos, es importante resaltar, que esta clasificación obedece a fallas en los sistemas de información, al momento del registro del diagnóstico. En cuanto enfermedades cardiovasculares, se reportaron 536.072 atenciones, evidenciando un comportamiento variable entre 2018 y 2020, donde el 62,9% corresponde a mujeres y el 37% restante a hombres. Dentro de este grupo las subcausas que registraron el mayor número de atenciones fueron las de Hipertensión Esencial (69,6%), seguido de Otras Enfermedades Cardiovasculares Terminales (10,9%). Según sexo, para las enfermedades cardiovasculares, tanto en hombres como en mujeres, se observa el mismo comportamiento de las atenciones descritas para población general, según subcausa.

Al analizar las atenciones entre 2018 y 2020 se observa el mismo comportamiento de la localidad para cada una de las UPZ, donde el principal motivo de consulta fueron las enfermedades no transmisibles; dentro de este grupo la mayor proporción de atenciones correspondió a condiciones orales y enfermedades musculoesqueléticas. Según sexo, para el grupo de enfermedades no transmisibles, las mujeres, presentan el mismo comportamiento de la población general; sin embargo, los hombres registran las enfermedades de órganos de los sentidos como el subgrupo con mayor proporción de atenciones (Ver Anexo 4).

Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Durante el periodo comprendido entre 2016 – 2020 se identifica que no se encontró eventos de alto impacto en la localidad sin embargo es preciso resaltar el comportamiento de algunos eventos que tienden al aumento alcanzando la mayor notificación en el año 2020 como cáncer de mama , cáncer infantil, mortalidad materna, sarampión rubeola, sífilis gestacional, encontrando relación con el perfil de morbilidad de la localidad, y las condiciones socioeconómicas de las UPZ que marcan la prevalencia de los eventos en mención, en cuanto a la notificación de eventos de transmisión aérea y contacto directo como , la enfermedad similar a la influenza IRAG (centinela), y la infección respiratoria aguda grave (IRAG Inusitado) podría relacionarse con la presencia de síntomas entre los eventos y el impacto inicial de la Covid-19 en el año 2020.

Se destaca que el comportamiento de los eventos a nivel local es bajo en comparación con el comportamiento a nivel distrital, es importante prestar especial atención en aquellos eventos que marcan una semaforización en amarillo para 2020, como accidente ofídico y cólera teniendo en cuenta que no corresponden a enfermedades endémicas del distrito (Ver Anexo 5) (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria, Bogotá y Suba, 2016 a 2020

Morbilidad ENOS	Bogotá 2020	Suba 2020	Comportamiento				
			2016	2017	2018	2019	2020
Causas externas							
Accidentes biológicos							
Accidente ofídico	6	1	↗	↘	-	-	↗
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	18.128	2.703	↗	↗	↘	↘	↘
Lesiones y muerte por accidentes de tránsito	0	0	-	-	-	-	-
Lesiones por causa Externa	45	5	↗	↗	↘	↘	↘
Eventos adversos de los servicios de salud							
Infecciones asociadas a la atención salud (IASO - IAD)	265	1	↗	↗	↘	↘	↗
Intoxicaciones							
Exposición a flúor	464	3	↗	↘	↗	↗	↘
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	2.245	360	↗	↗	↘	↘	↘
Mental							
Intento suicida	3.218	10	↗	↗	↗	↘	↗
Violencia							
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	96	5	↗	↘	↗	↘	↘
Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar	15.755	213	↗	↗	↘	↗	↘
Cáncer							
Cáncer (mama, cérvix)	3.105	505	↗	↗	↗	↗	↗
Cáncer infantil (menores 18 años)	523	88	↗	↗	↗	↘	↗
Congénitas							
Defectos congénitos	1.379	169	↗	↗	↘	↗	↘
Enfermedades huérfanas - raras	2.876	287	↗	↗	↗	↗	↘
Materno perinatal							
Bajo peso al nacer	4.210	634	↗	↘	↗	↗	↘

Morbilidad materna extrema	5.384	694	↗	↗	↘	↗	↘
Mortalidad materna	46	8	↗	↗	↘	↗	↗
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	1.126	135	↗	↘	↘	↗	↘
Nutrición							
Desnutrición aguda en menores de 5 años	2.079	232	↗	↗	↗	↗	↘
Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años	0	0	-	-	-	-	-
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años (IRA, EDA, Desnutrición)	40	0	↗	↘	↘	↘	-
Inmunoprevenibles							
Difteria	6	2	-	-	-	-	↗
Evento adverso seguido a la vacunación	190	26	↗	↘	↗	↘	↗
Meningitis	141	27	↗	↗	↘	↗	↗
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	13	1	↗	↘	-	-	↗
Parotiditis	1.840	351	↗	↘	↗	↗	↘
Sarampión-rubeola	446	39	↗	↘	↗	-	↗
Síndrome de rubeola congénita	237	23	↗	↘	↗	↘	↗
Tétanos accidental	1	0	-	-	-	-	-
Tétanos neonatal	1	0	-	-	-	-	-
Tosferina	318	48	↗	↘	↗	↗	↗
Varicela	3.371	592	↗	↘	↗	↘	↘
Materno perinatal							
Sífilis gestacional	1.264	144	↗	↗	-	↗	↗
Sífilis congénita	344	35	↗	↗	↘	↗	↘
Transmisión aérea y contacto directo							
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	40.040	4.033	↗	↘	↗	↗	↗
Infección Respiratoria Aguda	0	0	-	-	-	-	-
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	8.279	1.094	↗	↘	↗	↘	↗
Lepra	9	1	↗	↗	↘	↗	↘
Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	1.137	125	↗	↗	↘	↘	↘
Tuberculosis farmacorresistente	0	0	↗	↘	↘	-	-
Transmisión sexual y sanguínea							
Hepatitis distintas a A	407	61	↗	↗	↘	↗	↗
VIH/SIDA	4.337	669	↗	↗	↗	↗	↘
Chagas crónico y agudo	14	1	↗	↘	↘	↗	↘
Dengue	1.620	185	↗	↘	↗	↗	↘
Dengue grave	4	0	↗	↘	-	↗	↘
Enfermedades de origen priónico	0	0	-	-	-	-	-
Leishmaniasis cutánea	261	15	↗	↘	↗	↗	↘
Leishmaniasis mucosa	5	0	↗	↘	-	-	-
Leptospirosis	122	9	↗	↘	↗	↘	↗
Malaria	112	14	↗	↘	↗	↘	↘
Trasmitida por alimentos/suelo/agua							
Cólera	3	2	-	-	-	-	↗
Enfermedad Diarreica Aguda por rotavirus	69	3	↗	↘	↘	↗	-
Fiebre tifoidea y paratifoidea	44	5	↗	↘	↘	↗	↗
Hepatitis A	86	16	↗	↗	↘	↗	↘
ETA	561	55	↗	↘	↘	↘	↘
Vectores							
Zika	52	4	↗	↘	↘	↘	↘
Chikungunya	63	14	↗	↘	↘	↗	↘

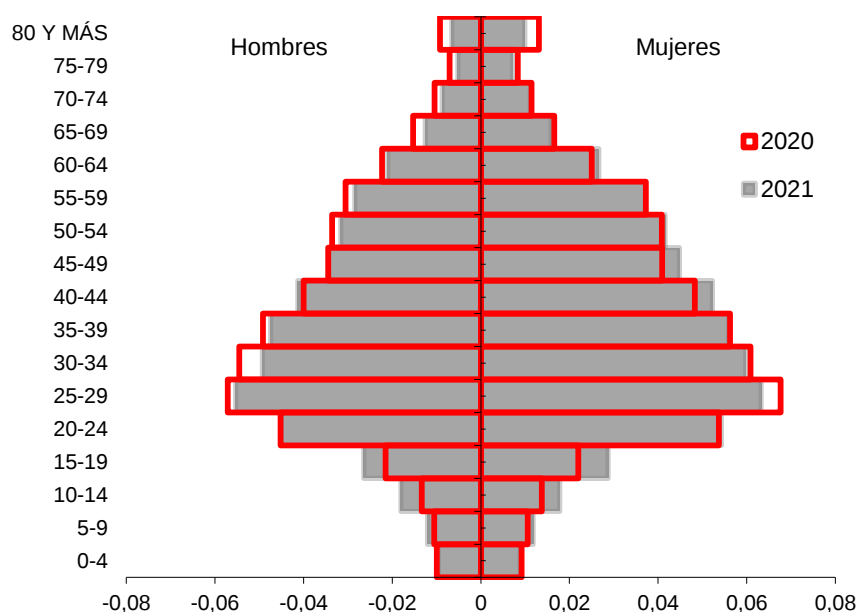
Fuente: Bases Sivigila 2016 al 2020 cerradas Vigilancia Salud Pública Secretaría Distrital de Salud, julio 2021.

Reporte de la Morbilidad debida a IRAG por virus nuevo, SARS-COV-2/Covid-19

Estructura de población por edad y sexo, de la morbilidad por Covid-19, localidad Suba 2020 – 2021.

A continuación, se relaciona la estructura de población de la morbilidad por Covid-19 de la localidad Suba, correspondiente al periodo marzo 2020 a octubre 2 – 2021, donde se notificaron a través del Sivigila 214.811 casos positivos, de los cuales y 142.322 son de lo llevado en el 2021. De acuerdo a la distribución por edad y sexo para los años 2020 y 2021 se evidenció una concentración mayor de casos positivos en los MCV entre los 20 a 29 en ambos sexos. Se presenta una disminución de casos en el MCV de los 39 años en adelante para ambos sexos y un aumento en el número de casos en mujeres entre los 40 y 49 años. En los MCV de 65 hasta 80 años y más se observa una disminución progresiva en el número de casos para el año 2021, lo cual podría relacionarse con la implementación en el mes de marzo del 2021 del plan de vacunación distrital contra Covid-19, en estos grupos de edad (Ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Estructura de población por edad y sexo, de la morbilidad por Covid – 19, localidad Suba, 2020 a 2021.

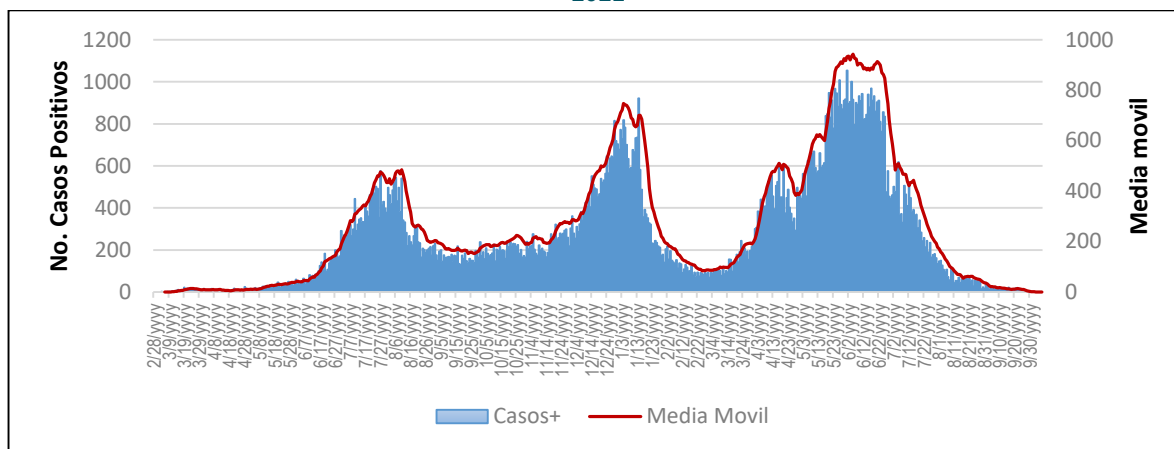


Fuente: elaboración propia equipo Accvsye a partir de base casos positivos Sub Red Norte marzo 3 – 2020 octubre 2 - 2021

Casos confirmados Covid 19, localidad Suba, según fecha de inicio de síntomas año 2020 – 2021

En relación a la fecha de inicio de síntomas se observan tres picos de contagio presentados en julio 2020, diciembre 2020 y mayo – junio 2021. En el mes de julio 2021 inició una fase decreciente manteniendo una meseta a partir del mes septiembre la cual se mantiene a la fecha de corte del presente análisis; la curva se caracteriza por ser una epidemia de tipo propagada con una fuente común (Ver Gráfica 6).

Gráfica 6. Curva epidémica de casos confirmados según fecha de inicio de síntomas, localidad Suba, 2020 – 2021

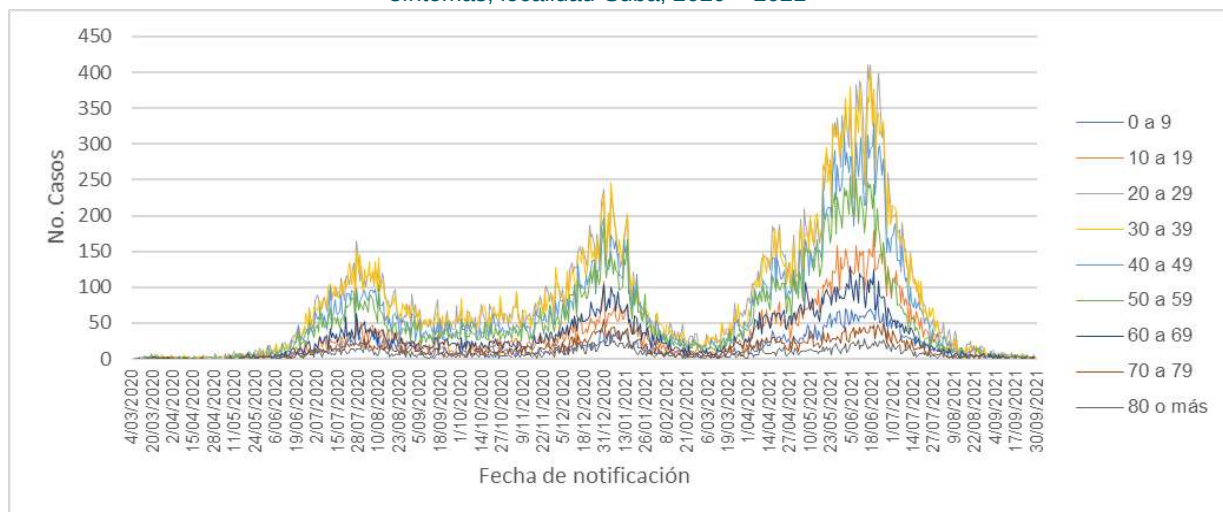


Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE a partir de base casos positivos Sub Red Norte marzo 3 – 2020 octubre 2 - 2021

Casos confirmados por grupos decenales de edad, según fecha de inicio de síntomas, localidad Suba, Bogotá 2020 – 2021

En cuanto a los casos confirmados por grupos decenales se concentra el mayor número de casos en el grupo de edad de 30 a 39 años, seguido de los 50 a 59 años lo cual se podría relacionar con el grado de exposición que se presentaba teniendo en cuenta factores como el uso de medios de transporte, así como la ocupación o actividad laboral ejercida por las personas (trabajo informal) entre otros. En menor proporción en el grupo de edad de 0 a 9 años, relacionado con el establecimiento de medidas preventivas como la educación virtual y el aislamiento preventivo en los hogares (Ver Gráfica 7 Gráfica 7. Curva epidémica de los casos confirmados por grupos decenales de edad, según fecha de inicio de síntomas, localidad Suba, 2020 – 2021).

Gráfica 7. Curva epidémica de los casos confirmados por grupos decenales de edad, según fecha de inicio de síntomas, localidad Suba, 2020 – 2021

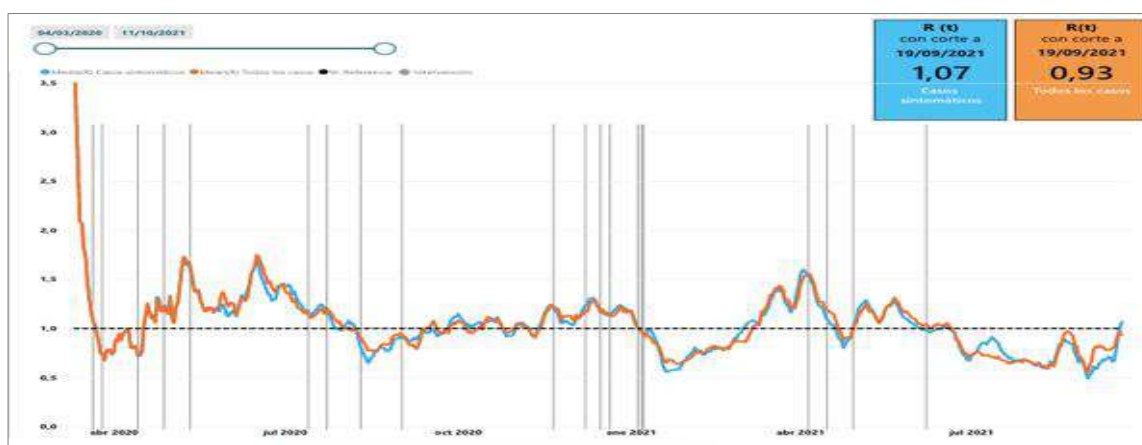


Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE a partir de base casos positivos Sub Red Norte marzo 3 – 2020 octubre 2 - 2021

Comportamiento del Rt por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Suba, fecha de corte septiembre 19 2021

En la localidad Suba para el año 2020 en marzo se observó una velocidad de contagio igual a 2, es decir, que cada caso positivo aproximadamente contagió 2 personas susceptibles, siendo este mes el de mayor velocidad de contagio. De igual manera, es apreciable que a partir del mes abril del mismo año hay una disminución en la velocidad de contagio a 1, lo cual puede relacionarse con la implementación de medidas como el aislamiento estricto en el distrito; manteniéndose a la baja con corte al 19 de septiembre de 2021 (Ver Figura 1).

Figura 1. Comportamiento del Rt por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Suba, 2020 a 2021.



Fuente: Salud Data Secretaría Distrital de Salud Bogotá Localidad Suba, fecha de consulta 12 de octubre 2021, fecha de corte de la medición 19 de septiembre 2021.

Distribución de los casos confirmados por SARS-CoV-2/COVID-19 y proporciones de incidencia, según grupos de edad, localidad Suba, 2020- 2021

Como ya se mencionaba, en la localidad Suba los casos positivos se concentraron en mayor proporción en los grupos de edad de 25 a 29 años con el 12,7% de los casos y el grupo de 30 a 34 con el 11,1% de los casos de la localidad, lo cual puede relacionarse con la ocupación siendo un grupo de población en edad productiva. Se observa una menor proporción de casos en los grupos de edad desde los 14 años hasta los menores de un año siendo el grupo de edad de 1 a 4 años el de menor proporción con 0,3%. Para el cálculo de la tasa de incidencia acumulada de los casos confirmados durante los años 2020 a 2021, se tomó como referencia la proyección poblacional del año 2020 (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Distribución de los casos confirmados por SARS-CoV-2/COVID-19 y proporciones de incidencia, según grupos de edad, localidad Suba 2020 a 2021.

Grupo de edad	Frecuencia	Población	Porcentaje	Proporción de incidencia *10.000 hab
< 1 año	758	15.243	0,4%	497,28
01 a 04 años	3.255	59.267	1,5%	549,21
05 a 09 años	4.929	73.297	2,3%	672,47

10 a 14 años	7.070	73.203	3,3%	965,81
15 a 19 años	10.994	84.533	5,1%	1300,56
20 a 24 años	21.312	109.850	9,9%	1940,1
25 a 29 años	25.930	117.037	12,1%	2215,54
30 a 34 años	23.895	104.965	11,1%	2276,47
35 a 39 años	22.341	96.507	10,4%	2314,96
40 a 44 años	19.719	88.771	9,2%	2221,33
45 a 49 años	16.762	79.738	7,8%	2102,13
50 a 54 años	15.804	77.699	7,4%	2034
55 a 59 años	14.245	73.105	6,6%	1948,57
60 a 64 años	10.212	58.685	4,8%	1740,14
65 a 69 años	6.354	43.158	3,0%	1472,26
70 a 74 años	4.408	30.178	2,1%	1460,67
75 a 79 años	2.870	19.575	1,3%	1466,16
80 a más años	3.953	22.976	1,8%	1720,49

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE a partir de base casos positivos Sub Red Norte marzo 3 – 2020 octubre 2 – 2021

Características sociodemográficas de los casos, proporciones de incidencia y porcentajes por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Suba, 2020 – 2021

En la localidad Suba para el año 2020 y 2021, las mujeres concentraron el 54,3% (n=116.696) de los casos positivos, en comparación a los hombres; en cuanto al estrato socioeconómico se evidenció que el 56,4% de los casos se presentó en habitantes estrato 3 con (n=72.244), dado que el nivel socioeconómico predominante en toda la localidad es el estrato 3; y en lo correspondiente a la pertenencia étnica se observó que el 0,2% de los casos se concentró en Rrom , Gitano, y en menor proporción en el grupo indígena con el 0,06% (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Características sociodemográficas de los casos, proporciones de incidencia y porcentajes por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Suba, 2020 a 2021.

Característica		Casos	Población	Proporción de incidencia *10.000 hab
Sexo	Hombre	98.115	578.556	16958,60
	Mujer	116.696	649.231	17974,50

Característica		Casos	Porcentaje
Estrato	1	8.795	4,10%
	2	70.171	32,70%
	3	72.244	33,60%
	4	26.329	12,30%
	5	13.463	6,30%

	6	2.354	1,10%
	SD	21.455	10,00%
Etnia	1. Indígena	208	0,10%
	2. Rom, Gitano	554	0,30%
	3. Raizal	258	0,10%
	4. Palenquero	59	0,00%
	5. Negro, mulato afro colombiano	415	0,20%
	6. Otro	213.317	99,30%

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE a partir de base casos positivos Sub Red Norte marzo 3 – 2020 octubre 2 – 2021

Distribución de los casos confirmados y proporciones de incidencia por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad Suba, UPZ 2020 – 2021.

La distribución de casos confirmados se identifica que la UPZ El Rincón concentró el 23% (n=47.341) de los casos de la localidad, la cual tiene una gran actividad económica, concentra servicios y comercio, vivienda multifamiliares, población migrante del nivel nacional e internacional, trabajo informal, baja demanda de transporte público; seguido de la UPZ Tibabuyes con un comportamiento similar con el 20,4% (n=41.883) de los casos de la localidad, se cuenta con una zona amplia de ruralidad con el 0,03% (n=55) casos (Ver Tabla 14).

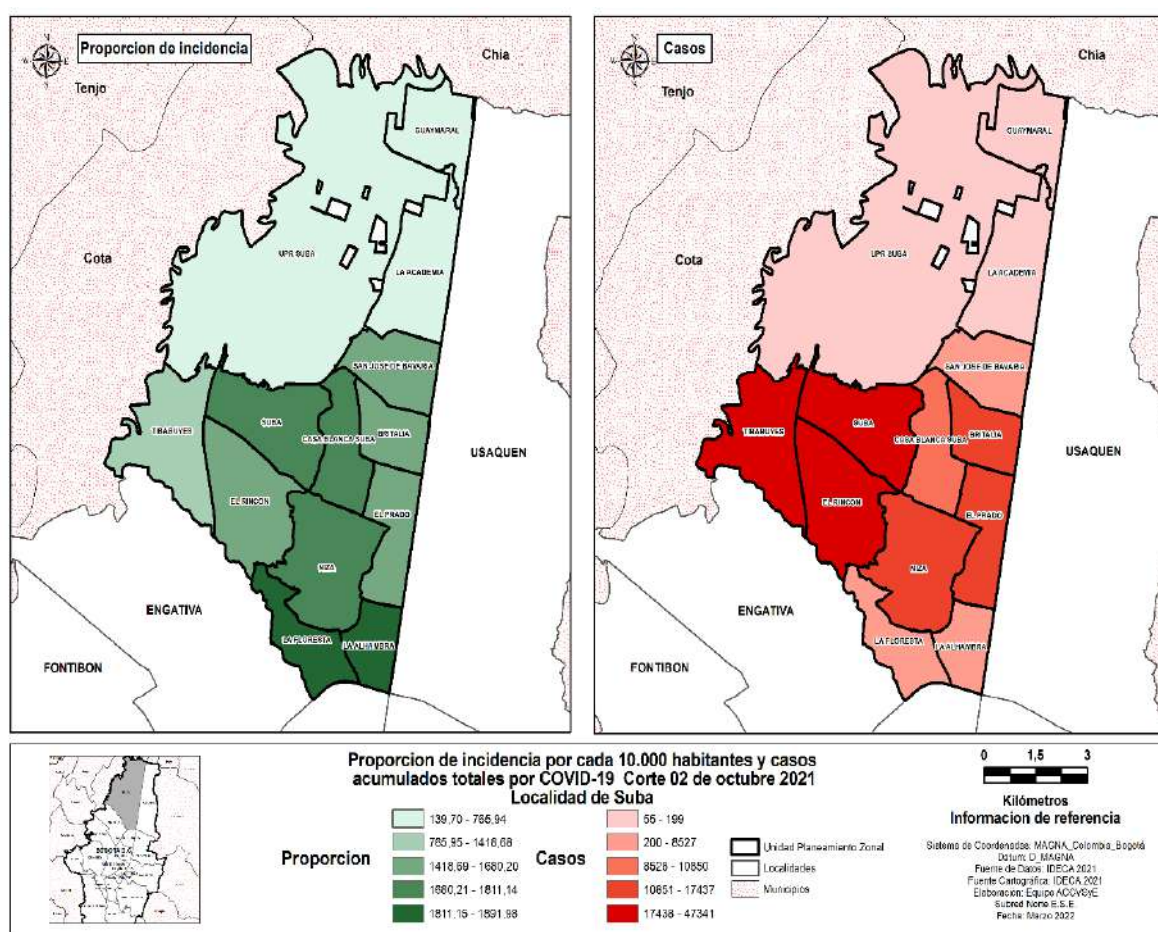
Tabla 14. Distribución de los casos confirmados y proporciones de incidencia por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad y UPZ, Suba 2020 - 2021.

UPZ	Casos	Porcentaje	Proporción de incidencia por 10.000 habitantes
UPR Suba	55	0,0%	139,70
Guaymaral	197	0,1%	765,94
La Academia	199	0,1%	401,78
La Alhambra	8.022	3,9%	1891,98
La Floresta	8.285	4,0%	1844,18
San José De Bavaria	8.527	4,2%	1680,20
Casa Blanca Suba	10.850	5,3%	1811,14
Niza	14.925	7,3%	1805,17
Britalia	15.170	7,4%	1625,90
El Prado	17.437	8,5%	1674,06
Suba	32.173	15,7%	1785,46
Tibabuyes	41.883	20,4%	1418,68
El Rincón	47.341	23,1%	1645,66

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE a partir de base casos positivos Sub Red Norte marzo 3 – 2020 octubre 2 - 2021

La proporción de incidencia presentada según los datos acumulados de contagios por SARS-CoV2/COVID-19 en la localidad de Suba presenta una diferenciación en las UPZ ubicadas al norte (Guaymaral, La Academia y UPR Suba) y las ubicadas en el sur de la localidad (La Floresta, La Alhambra). Se debe considerar tanto la densidad poblacional en cada uno de los sectores y su dinámica espacial. Se reconoce la vocación rural y la baja densidad poblacional de sectores en Guaymaral y La Academia, mientras que para las localidades con mayor densidad y mayor número de habitantes se puede presentar una mayor incidencia, ese es el caso de las UPZ del centro de la localidad, como El Rincón y Niza (Ver Mapa 11).

Mapa 11. Proporción de incidencia de casos acumulados por SARS-CoV-2/COVID-19, localidad y UPZ, Suba, 2020 a 2021.



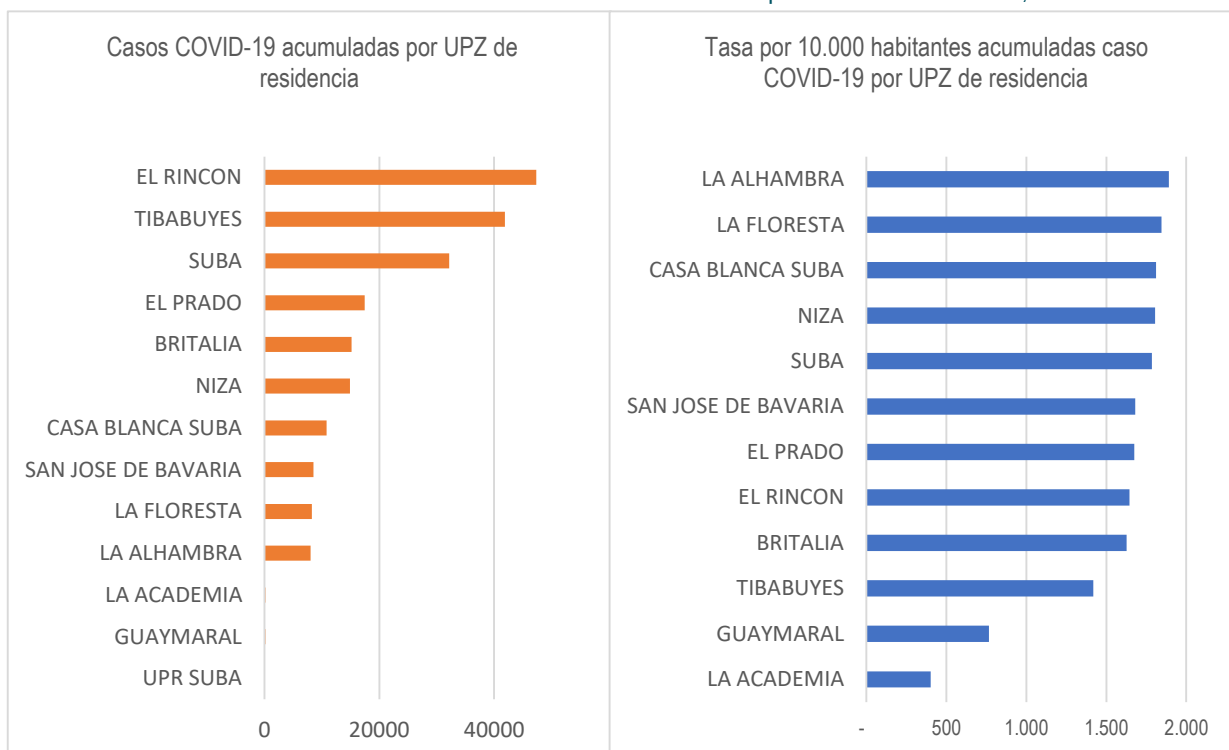
Fuente: elaboración propia equipo Accvsye a partir de base casos positivos Covid-19 Subred Norte 03/marzo/2020 a 02/octubre/2021

Distribución casos acumulados de COVID – 19, localidad Suba UPZ 2020 – 2021

En la localidad Suba para el periodo marzo 2020 – octubre 2- 2021 se observó una distribución mayor de casos positivos acumulados en las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba, en cuanto a la incidencia acumulada, se concentra en la UPZ La Alhambra por la densidad

poblacional que se concentra en la UPZ, en cuanto a la menor incidencia se ubica la UPZ La Academia (Ver Gráfica 8).

Gráfica 8. Distribución casos acumulados de COVID – 19 por UPZ localidad Suba, 2020 a 2021



Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE a partir de base casos positivos Sub Red Norte marzo 3 – 2020 octubre 2 - 2021

Patologías más incidentes y relacionadas con los casos de Covid-19, Bogotá, Localidad Suba, UPZ El Rincón 2020- 2021.

En cuanto a la morbilidad presentada en los casos positivos de Covid-19 la UPZ El Rincón concentra el mayor número de la localidad; el 23% presentó como más incidentes Hipertensión Arterial con el 25%, seguida de Obesidad con 19% y en tercer lugar Diabetes con un 18%, al compararlo con las otras UPZ de la localidad se observó un comportamiento similar en cuanto a la morbilidad HTA, Obesidad y Diabetes, las cuales son enfermedades crónicas que aumentan la susceptibilidad y el riesgo de complicación en las personas .

Es importante tener en cuenta que uno de los factores de riesgo que se identificó es ser fumador se encontró que 3816 casos positivos de la localidad tenían este factor asociado (Ver Tabla 15 y anexos). [COVID Patologías Incidentes Suba.xlsx](#)

Tabla 15. Patologías más incidentes y relacionadas con los casos de Covid – 19, Suba y UPZ El Rincón, 2020-2021.

UPZ El Rincón			Localidad Suba			Concentración local 2020
Total comorbilidad			Total comorbilidad			
Tipo de comorbilidad	Casos 2020	%	Tipo de comorbilidad	Casos 2020	%	
ASMA	705	9%	ASMA	3.648	11%	19%
CANCER	312	4%	CANCER	1.658	5%	19%
DIABETES	1.401	18%	DIABETES	5.665	17%	25%
ENFERMEDAD CARDIACA	479	6%	ENFERMEDAD CARDIACA	2.182	6%	22%
EPOC	424	6%	EPOC	1.537	5%	28%
HTA	1.880	25%	HTA	8.274	25%	23%
HIPOTIROIDISMO	410	5%	HIPOTIROIDISMO	2.132	6%	19%
OBESIDAD	1.421	19%	OBESIDAD	6.017	18%	24%
VIH	114	1%	VIH	443	1%	26%
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	465	6%	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	2.140	6%	22%

Fuente: Elaboración propia equipo ACCVSyE a partir de base casos positivos Sub Red Norte marzo 3 – 2020 octubre 2 - 2021

Ámbito de atención de casos de COVID-19, Bogotá, Localidad Suba, UPZ 2020-2021

En la localidad Suba en el periodo comprendido entre marzo 2020 – octubre 2 – 2021, concentró el 92,8% en atención en casa, seguido el servicio de UCI con el 3,7%, y en tercer lugar Hospital con 3,6%, en cuanto a las UPZ se concentró en la UPZ El Rincón en casa con 92,4%, seguido de UCI con 3,8% y en tercer lugar hospitalización con 3,7%, en cuanto a la concentración de casos la UPZ La Academia y Guaymaral presentó el 0,1% de los casos residentes en la localidad (Ver anexo 6).

1.3.2 Configuración de la mortalidad en la localidad

Mortalidad General

Para el año 2020, en Suba se registraron 5.766 defunciones, lo que representa una tasa de mortalidad de 469,6 muertes por 100.000 habitantes; comparado con el año anterior, se presenta un incremento del 23,6% en el indicador. Según sexo, el 50,3% de las muertes corresponde a hombres y el 49,7% restante a mujeres; por momento de curso de vida, la mayor proporción se registra en vejez con un 78,0%, seguido de la población adulta con el 18,0% (Ver Tabla 16).

Tabla 16. Defunciones según sexo y momento de curso de vida, localidad Suba, 2016 – 2020

MCV	Sexo	2016	2017	2018	2019	2020	Tendencia
P. Infancia	Hombres	93	91	71	65	52	
	Mujeres	66	58	51	67	41	
	Total	159	149	122	132	93	
Infancia	Hombres	4	10	8	0	3	
	Mujeres	5	8	2	0	4	
	Total	9	18	10	0	7	
Adolescencia	Hombres	19	15	16	18	11	
	Mujeres	14	7	8	17	6	
	Total	33	22	24	35	17	
Juventud	Hombres	106	108	96	133	74	
	Mujeres	32	41	34	44	38	
	Total	138	149	130	177	112	
Adultez	Hombres	375	410	448	450	575	
	Mujeres	320	329	334	302	463	
	Total	695	739	782	752	1.038	
Vejez	Hombres	1.270	1.470	1.541	1.518	2.183	
	Mujeres	1.570	1.769	1.745	1.918	2.316	
	Total	2.840	3.239	3.286	3.436	4.499	
Total Defunciones	Hombres	1.867	2.104	2.180	2.184	2.898	
	Mujeres	2.007	2.212	2.174	2.348	2.868	
	Total	3.874	4.316	4.354	4.532	5.766	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares MCV.

Nota: se identifica un registro de 2016, sin dato de edad

Según el régimen de afiliación en salud, del total de muertes registradas en la localidad para 2020, la mayor proporción se encontraba en régimen contributivo, seguido de subsidiado, con el 73,0% y 17,7%, respectivamente (ver Tabla 17).

Tabla 17. Defunciones según régimen de aseguramiento, localidad Suba, 2016 – 2020

Régimen de Aseguramiento	2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contributivo	2.669	68,9	2.960	68,6	2.847	65,4	3.197	70,5	4.207	73,0
Subsidiado	683	17,6	754	17,5	796	18,3	856	18,9	1.020	17,7
Excepción	229	5,9	249	5,8	277	6,4	309	6,8	364	6,3
Especial	18	0,5	25	0,6	21	0,5	30	0,7	30	0,5
No asegurado	116	3,0	64	1,5	71	1,6	103	2,3	117	2,0
Sin Dato	160	4,1	264	6,1	342	7,9	37	0,8	28	0,5
Total	3.875	100,0	4.316	100	4.354	100	4.532	100	5.766	100

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Del total de muertes del 2020, el 0,4% registraron pertenencia a un grupo étnico, donde los afrodescendientes, representan la mayor proporción con el 0,2%, seguido por los indígenas con el 0,1% (Ver Tabla 18).

Tabla 18. Defunciones según grupo étnico, localidad Suba, 2016 – 2020

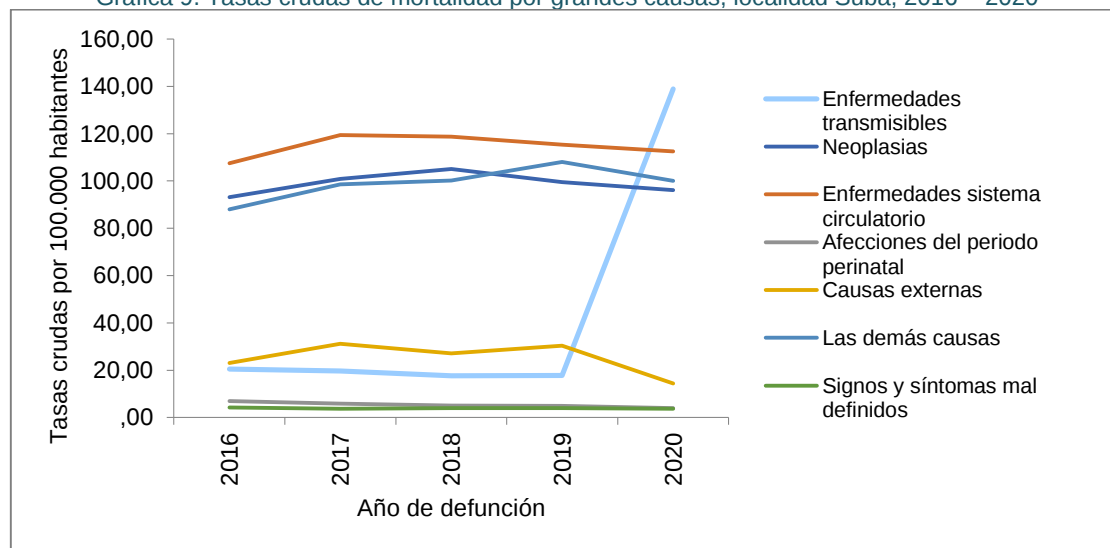
Pertenencia Étnica	2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	3.842	99,1	4.289	99,4	4.332	99,5	4.517	99,7	5.743	99,6
Afrodescendiente	25	0,6	24	0,6	14	0,3	15	0,3	14	0,2
Indígena	1	0,03	1	0,02	5	0,1	0	0,0	8	0,1
Raizal	1	0,03	0	0,0	1	0,02	0	0,0	1	0,02
ROM (Gitano)	0	0,0	0	0,0	1	0,02	0	0,0	0	0,0
Palenquero	0	0,0	0	0,0	1	0,02	0	0,0	0	0,0
Sin dato	6	0,2	2	0,05	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	3.875	100	4.316	100	4.354	100	4.532	100	5.766	100

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Mortalidad por Grandes Causas 6/67

De acuerdo a la clasificación 6/67, las tasas de mortalidad más altas para el año 2020 en Suba fueron las enfermedades transmisibles (138,9 por 100.000 habitantes), seguida de las enfermedades circulatorias (112,5 por 100.000 habitantes); mientras la tasa de mortalidad más baja corresponde a signos y síntomas mal definidos (3,7 por 100.000 habitantes). Entre 2016 y 2020, las causas de mortalidad presentan un comportamiento variable, observando descenso para las afecciones del periodo perinatal, causas externas y signos y síntomas mal definidos; las otras causas de muerte registran incremento, llamando la atención el comportamiento de las enfermedades transmisibles, puesto que la tasa de mortalidad es cinco veces mayor podría estar relacionada con el COVID-19 en la mortalidad de la localidad. Comparado con 2019, las causas de muerte que registraron mayor variación fueron las enfermedades transmisibles, con incremento del 681,7% (Ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Tasas crudas de mortalidad por grandes causas, localidad Suba, 2016 – 2020



Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Para el caso de los hombres, se observa un comportamiento similar al de la mortalidad general de la localidad, donde algunas de las causas registran reducción durante el periodo evaluado, excepto por enfermedades transmisibles, las demás causas y neoplasias; siendo las transmisibles quienes registran las tasas más altas de mortalidad (181,3 por 100.000 habitantes), evidenciando en segundo lugar las enfermedades del sistema circulatorio (101,5 por 100.000 habitantes). La tasa más baja de mortalidad en hombres, corresponde a signos y síntomas mal definidos (3,8 por 100.000 habitantes). Comparando 2020, con el año inmediatamente anterior, la mayor reducción se presentó en el grupo de las causas externas (58,2%), mientras las enfermedades transmisibles presentaron aumento del 879,4% (Ver anexo 7).

En cuanto a las mujeres, en general, el comportamiento de las causas de muerte es similar a lo descrito en la mortalidad general y la de los hombres, excepto por las enfermedades del sistema circulatorio y los síntomas mal definidos, los cuales aumentaron un 11,1% y 32,1%; mientras en hombres disminuyeron 3,1% y 36,8%, entre 2016 y 2020. De igual forma, varía la primera causa de muerte, registrando en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las demás causas (122,3 y 106,1 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente), ubicando en tercer lugar a las enfermedades transmisibles (101,2 por 100.000 habitantes). Comparando 2020, con el año inmediatamente anterior, la mayor reducción se presentó en el grupo de afecciones del periodo perinatal (36,3%), mientras las enfermedades transmisibles y las circulatorias, registraron incremento del 491,1% y 0,3% (Ver anexo 7).

Mortalidad específica subgrupos, Grandes Causas 6/67

Enfermedades Transmisibles

Para el periodo evaluado, se observó un comportamiento variable de las tasas de mortalidad en todas las causas, excepto en las infecciones respiratorias agudas, que registran tendencia a la reducción y las inmunoprevenibles sin variación de la tasa de mortalidad entre 2016 Vs 2020; por el contrario, las muertes por el resto de enfermedades infecciosas tuvieron el mayor incremento pasando de 1,1 a 128,4 muertes por 100.000 habitantes, debido a que en este subgrupo, fueron incluidas las mortalidades por COVID-19. Por lo anterior, para el año 2020, la principal causa de muerte en este subgrupo, son el resto de enfermedades infecciosas y parasitarias, seguido de las infecciones respiratorias agudas; situaciones que impactaron de igual forma la mortalidad en hombres y mujeres, señalando que, en mujeres, no se presentaron muertes por meningitis y enfermedades transmitidas por vectores y en hombres no se registraron defunciones por enfermedades inmunoprevenibles. Comparado con 2019, todas las causas de mortalidad presentan reducción, excepto el resto de enfermedades infecciosas, cuya tasa de mortalidad fue superior en hombres a la calculada en mujeres (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Tasas crudas de mortalidad por enfermedades transmisibles, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Enfermedades Transmisibles	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
Enfermedades infecciosas intestinales	0,8	1,1	1,1	0,7	0,3	1,2	0,8	1,6	1,6	0,8	1,0	1,0	1,4	1,2	0,6	
Tuberculosis	1,1	1,1	0,2	1,8	0,3	0,0	0,3	0,8	0,8	0,3	0,5	0,7	0,5	1,3	0,3	
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,9	0,6	0,9	0,4	0,3	0,8	0,5	0,7	0,5	0,0	0,9	0,5	0,8	0,4	0,2	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	
Meningitis	0,9	0,7	0,2	0,4	0,2	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,4	0,6	0,3	0,2	0,1	
Septicemia, excepto neonatal	0,6	1,1	0,4	0,4	0,3	0,5	0,2	0,5	0,6	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5	0,4	
Enfermedad por VIH (SIDA)	4,7	3,2	4,6	4,5	4,8	0,8	0,8	0,5	1,1	0,6	2,7	1,9	2,4	2,7	2,6	
Infecciones respiratorias agudas	12,6	12,7	12,0	8,9	7,1	13,9	14,0	9,5	11,1	5,7	13,3	13,4	10,7	10,1	6,4	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,3	1,1	1,3	1,4	167,8	0,8	0,7	0,8	1,3	93,2	1,1	0,9	1,0	1,3	128,4	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Neoplasias

Durante el periodo 2016 - 2020, la primera causa de mortalidad por neoplasias fue por tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (17,1 x 100.000 habitantes), seguido de los tumores malignos de otras localizaciones (15,0 por 100.000 habitantes), situaciones que adicionalmente presentaron incremento del 22,1% y reducción del 9,3% en 2020 respecto al año inmediatamente anterior; así mismo cabe aclarar que todas las causas registran reducción de la tasa de mortalidad, excepto la mortalidad por tumor maligno de órganos genitourinarios y los tumores in situ, los cuales se incrementaron el 98,9% y 21%, respectivamente. Según sexo, se observa el mismo comportamiento de la población general; sin embargo, la tercera causa de muerte en mujeres fue por tumor maligno de la mama (13,2 por 100.000 mujeres) y en hombres el tumor maligno de próstata (13,3 por 100.000 hombres) (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Tasas crudas de mortalidad por neoplasias, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Neoplasias	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
Tumor maligno del estómago	11,5	13,2	14,9	13,2	10,7	8,9	7,1	8,5	6,0	7,7	10,1	10,0	11,5	9,4	9,1	
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea	8,3	6,2	7,0	9,1	8,6	5,5	7,0	9,8	12,4	9,4	6,8	6,6	8,5	10,8	9,0	
Tumor maligno De los organos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,6	14,0	20,1	15,5	19,2	14,1	16,8	17,1	12,7	15,2	14,8	15,5	18,5	14,0	17,1	
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	8,1	9,9	7,6	8,2	7,6	8,5	8,8	9,2	7,0	5,7	8,3	9,3	8,4	7,5	6,6	
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	2,3	1,9	1,5	1,6	0,9	0,8	0,2	0,7	0,5	0,0	1,5	1,0	1,0	1,0	0,4	
Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,4	0,2	0,0	0,0	14,1	16,1	14,4	12,7	13,2	7,4	8,7	7,7	6,7	7,0	
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	3,7	5,4	4,6	3,9	2,7	1,9	2,9	2,4	2,0	
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	2,8	2,3	3,6	2,3	0,6	1,5	1,2	1,9	1,2	
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,8	1,5	4,1	0,8	0,9	0,4	0,8	2,2	0,4	
Tumor maligno de la próstata	10,5	12,7	14,6	14,8	13,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	6,0	6,9	7,0	6,3	
Tumor maligno de otros organos genitourinarios	3,9	4,5	5,0	4,8	4,0	7,9	12,6	6,6	2,4	9,7	6,0	8,8	5,8	3,5	7,0	
Leucemia	4,9	4,3	5,3	4,8	4,5	3,7	3,7	5,4	4,9	2,8	4,3	4,0	5,4	4,9	3,6	
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	7,7	6,7	6,8	8,0	6,4	6,2	6,3	4,8	5,9	4,9	6,9	6,5	5,7	6,9	5,6	
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	13,9	17,7	18,6	14,6	13,8	13,4	14,0	13,0	18,2	16,0	13,6	15,7	15,6	16,5	15,0	
Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	2,8	5,8	6,3	3,9	6,0	5,4	4,3	4,1	5,5	5,5	4,2	5,0	5,1	4,8	5,8	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Enfermedades del sistema circulatorio

Para el periodo 2016 a 2020, entre las primeras causas de mortalidad del sistema circulatorio se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón (60,9 por 100.000 habitantes) y las enfermedades cerebrovasculares (21,9 por 100.000 habitantes), las cuales tuvieron un comportamiento variable durante los cuatro años reportados. Comparando con 2019, para el año 2020, se observa incremento en las tasas de mortalidad por las demás enfermedades circulatorias (30,7%), enfermedades hipertensivas (20,5%) y enfermedad cardiopulmonar (4,2%); las demás causas de este subgrupo presentaron reducción y no se presentaron muertes por fiebre reumática. Según sexo, se observa el mismo comportamiento de la mortalidad tanto en hombres como en mujeres, resaltando que, en 2020, no se registraron muertes por arterioesclerosis en mujeres (Ver Tabla 21).

Tabla 21. Tasas crudas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Enf. Sistema Circulatorio	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,2	2,9	0,0	0,0	0,0	0,1	2,0	0,0	
Enfermedades hipertensivas	9,0	13,1	8,7	7,3	8,0	12,9	16,1	13,3	10,6	13,6	11,1	14,7	11,1	9,1	10,9	
Enfermedades isquémicas del corazón	63,0	68,1	67,8	64,3	58,9	60,2	63,6	64,4	61,8	62,7	61,5	65,7	66,0	63,0	60,9	
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	8,5	8,6	11,1	9,3	7,8	8,2	11,1	11,5	11,4	13,6	8,3	9,9	11,3	10,4	10,8	
Insuficiencia cardíaca	2,6	3,0	3,1	3,0	0,7	2,3	3,0	2,6	2,9	2,6	2,5	3,0	2,9	2,9	1,7	
Enfermedades cerebrovasculares	16,4	19,2	18,6	18,5	20,0	22,3	21,6	25,1	27,4	23,6	19,5	20,5	22,0	23,2	21,9	
Arteriosclerosis	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	5,3	6,0	6,5	4,5	5,7	3,9	5,3	4,3	4,8	6,3	4,5	5,6	5,3	4,6	6,0	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Afecciones del periodo perinatal

La mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal mostró que la primera causa de este grupo correspondió al resto de ciertas afecciones (1,9 por 100.000 habitantes), seguido de trastornos respiratorios (0,8 por 100.000 habitantes, cada una), causas que tuvieron un comportamiento variable a lo largo del periodo. Al comparar 2016 Vs 2020, se presentó aumento del 89,8% para feto o recién nacido afectado por afecciones maternas, mientras las muertes relacionadas con complicaciones obstétricas no registraron variación, las demás causas por su parte tuvieron reducción de la tasa de mortalidad. Respecto al 2019, todas las causas registran reducción, por el contrario, el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, incrementaron en un 123%. Según sexo, para 2020, las mujeres presentan el mismo comportamiento de la mortalidad general, señalando que no registran defunciones por retardo del crecimiento fetal ni sepsis bacteriana. Para los hombres, la segunda causa de muerte fue la sepsis bacteriana del recién nacido, sin registrar fallecimientos relacionados con afecciones maternas (Ver Tabla 22).

Tabla 22. Tasas crudas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Afecciones periodo perinatal	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1,3	0,7	0,0	0,4	0,0	0,3	0,3	0,5	0,2	0,2	0,8	0,5	0,3	0,3	0,1	
Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0,6	0,7	1,3	0,5	0,3	0,3	1,0	1,1	0,6	0,5	0,4	0,9	1,2	0,6	0,4	
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,4	0,6	0,2	0,5	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0	0,4	0,4	0,2	0,3	0,1	
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	2,6	1,1	2,0	2,0	1,2	1,7	1,8	1,0	1,6	0,5	2,1	1,5	1,5	1,8	0,8	
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,9	1,7	1,1	1,4	1,4	1,3	0,8	0,0	1,0	0,0	1,2	1,2	0,5	1,2	0,7	
Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2,3	2,1	2,2	0,5	1,9	1,8	0,7	0,7	1,1	1,8	2,0	1,3	1,4	0,8	1,9	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Causas externas

En el análisis de este subgrupo, se observó que las primeras causas de muerte fueron las agresiones (homicidios) (3,6 x 100.000 habitantes), seguida por las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) (2,9 x 100.000 habitantes). Durante el periodo 2016 a 2020, se observó una única muerte por accidente con arma de fuego en 2018, así mismo desde 2017 no se registran defunciones por exposición al humo, fuego y llamas. Respecto al 2019, todas las causas tuvieron reducción; donde los demás accidentes de transporte, ahogamientos y exposición a corriente eléctrica, alcanzaron disminución del 100%. Según sexo, los hombres registran el mismo comportamiento de la mortalidad general, por el contrario, las mujeres tienen como primera causa de muerte los demás accidentes (1,8 por 100.000 mujeres), seguido de caídas (1,5 por 100.000 mujeres); es de señalar que, las tasas de mortalidad por suicidios y homicidios, son superiores en hombres, respecto a los valores observados en mujeres (Ver Tabla 23).

Tabla 23. Tasas crudas de mortalidad por causas externas, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Causas externas	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
Accidentes de transporte terrestre	10,5	12,5	10,9	13,0	3,8	2,0	3,0	3,0	4,6	1,2	6,0	7,5	6,7	8,6	2,4	
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,2	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	
Caídas	2,1	3,7	3,3	3,2	2,1	1,2	3,0	0,7	1,1	1,5	1,6	3,3	1,9	2,1	1,8	
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,2	0,4	0,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,0	
Accidentes que obstruyen la respiración	0,2	0,9	0,6	0,5	0,3	0,2	0,5	0,2	1,1	0,2	0,2	0,7	0,3	0,8	0,2	
Exposición a la corriente eléctrica	0,6	0,7	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,4	0,2	0,1	0,0	
Exposición al humo, fuego y llamas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	
Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas	0,0	0,7	1,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,6	0,3	0,1	
Los demás accidentes	1,1	1,9	1,8	2,7	1,0	0,5	0,8	0,3	0,8	1,8	0,8	1,3	1,0	1,7	1,5	
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	6,0	6,3	8,3	9,1	4,7	2,0	1,7	2,3	2,2	1,2	3,9	3,9	5,1	5,5	2,9	
Agresiones (homicidios)	13,3	17,7	14,0	13,2	6,0	1,3	2,5	1,1	1,4	1,4	7,0	9,7	7,2	7,0	3,6	
Eventos de intención no determinada	3,9	4,7	4,4	5,5	2,2	1,5	2,2	2,0	1,4	0,8	2,7	3,3	3,1	3,4	1,5	
Las demás causas externas	0,2	0,2	0,7	0,9	0,7	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,4	

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Todas las demás enfermedades

En el grupo de las demás causas, se observó que las muertes ocurrieron principalmente por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguido por las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis con 18,7 y 18,1 fallecimientos por 100.000 habitantes, respectivamente. Para el periodo 2016 a 2020, todas las causas tuvieron un comportamiento variable, siendo las enfermedades del sistema nervioso, la única causa con tendencia al aumento durante el periodo evaluado, alcanzando la tasa más alta de mortalidad en 2020. Respecto al 2019, seis de las 14 causas tuvieron incremento, siendo la hiperplasia de próstata la de mayor proporción, con aumento del 100%, seguido por deficiencias nutricionales con el 32,5%. Según sexo, para 2020, hombres y mujeres tuvieron el mismo comportamiento mencionado para la mortalidad general (Ver Tabla 24).

Tabla 24. Tasas crudas de mortalidad por todas las demás enfermedades, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Demás enfermedades	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
Diabetes mellitus	6,2	11,4	12,9	10,1	11,8	8,7	10,1	9,5	8,2	9,9	7,5	10,7	11,1	9,1	10,8	
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,2	0,6	0,4	0,4	0,2	1,2	0,8	1,6	1,4	2,2	0,7	0,7	1,0	0,9	1,2	
Trastornos mentales y del comportamiento	1,1	1,3	2,8	3,0	1,7	2,5	3,2	3,3	5,5	5,4	1,9	2,3	3,0	4,4	3,7	
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	10,5	7,8	10,1	12,1	16,8	7,5	11,8	11,8	16,0	19,3	8,9	9,9	11,0	14,2	18,1	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	20,7	22,2	19,7	27,2	18,0	23,8	29,9	26,1	30,3	19,3	22,3	26,3	23,1	28,8	18,7	
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	6,0	5,4	7,2	6,8	4,0	5,9	6,8	5,9	4,3	5,7	5,9	6,2	6,5	5,5	4,9	
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	1,7	2,1	3,7	3,2	2,9	3,9	2,3	3,4	1,9	3,5	2,8	2,2	3,6	2,5	3,3	
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	4,3	5,6	4,8	4,6	3,8	4,0	2,3	3,3	4,8	3,4	4,2	3,9	4,0	4,7	3,6	
Resto de enfermedades del sistema digestivo	13,0	14,7	14,9	12,3	14,0	13,9	12,6	12,6	12,4	12,8	13,5	13,6	13,7	12,3	13,4	
Enfermedades del sistema urinario	6,6	9,0	11,2	11,0	8,0	7,9	8,6	9,2	8,1	9,9	7,3	8,8	10,2	9,5	9,0	
Hiperplasia de la próstata	0,0	0,9	1,8	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9	0,0	0,7	
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,0	0,5	1,0	0,9	0,4	0,5	0,3	0,5	0,5	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,1	4,3	2,9	4,1	2,1	3,9	3,5	3,3	4,6	2,6	4,4	3,9	3,1	4,4	2,4	
Resto de enfermedades	5,3	8,0	7,0	9,1	8,8	10,6	10,1	10,3	13,2	11,4	8,1	9,1	8,8	11,2	10,2	

Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Síntomas, signos y afecciones mal definidas

Para el 2020 se registraron 45 defunciones mal definidas, lo que representa el 0,8% del total de la mortalidad, con una tasa de 3,7 muertes por 100.000 habitantes y un comportamiento variable durante el periodo evaluado; respecto a 2019, se observa un incremento del 8,9% (Ver Tabla 25).

Tabla 25. Tasas crudas de mortalidad por síntomas, signos y afecciones mal definidas, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Signos y síntomas mal definidos	Hombres					Mujeres					Total					Tendencia
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	13,3	11,5	11,3	9,9	8,5	2,7	2,3	3,0	3,6	3,5	4,3	3,7	4,0	4,0	3,7	

Fuente: Bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Mortalidad Materno – infantil y en la niñez

La tasa de mortalidad específica en menores de 1 año para el periodo 2016 al 2020 descendió en las todas causas excepto en las enfermedades infecciosas, del sistema digestivo y genitourinario. Las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas, son las principales causas de muerte en este grupo de edad, con una tasa de mortalidad de 301,8 y 118,1 por 100.000 menores de 1 año. Al evaluar el comportamiento de la mortalidad por sexo, es de resaltar que durante el periodo evaluado, no se presentaron mortalidades por enfermedades del sistema genitourinario en hombres, mientras en las mujeres no se registran defunciones por causas externas y las demás enfermedades (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Tasas específicas de mortalidad en menor de 1 año, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	12,49	0,00	0,00	0,00	0,00	41,45	0,00	0,00	0,00	0,00	26,24
Tumores (neoplasias)	26,80	0,00	0,00	12,56	0,00	0,00	0,00	14,19	0,00	0,00	13,92	0,00	6,93	6,63	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,96	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,19	0,00	0,00	0,00	0,00	6,93	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	13,40	13,37	0,00	12,56	0,00	14,49	14,55	14,19	0,00	0,00	13,92	13,94	6,93	6,63	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	26,80	0,00	0,00	12,56	0,00	28,98	0,00	0,00	0,00	0,00	27,85	0,00	0,00	6,63	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	40,12	0,00	25,12	12,49	0,00	0,00	0,00	0,00	13,82	0,00	20,91	0,00	13,25	13,12
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	26,75	13,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,03	13,82	0,00	13,94	6,93	6,63	6,56
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	576,18	481,48	500,81	364,28	349,74	492,68	421,94	298,04	378,73	248,72	536,06	452,96	401,83	371,11	301,78
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	267,99	280,86	175,96	175,86	112,42	217,36	247,34	212,88	266,52	124,36	243,66	264,81	193,99	218,69	118,09
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	40,12	27,07	0,00	12,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,91	13,86	0,00	6,56
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	12,56	12,49	14,49	0,00	0,00	0,00	0,00	6,96	0,00	0,00	6,63	6,56

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Respecto a las tasas de mortalidad específica en niños de 1 a 4 años, se encontró que las principales causas de muerte están relacionadas principalmente con tumores, malformaciones congénitas y todas las demás enfermedades (3,4 por 100.000 menores de 1 a 4 años, cada una). Al comparar la mortalidad del 2020, con respecto al año inmediatamente anterior, no hay variación en la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso y circulatorio; además se observa reducción en la mortalidad por tumores, enfermedades del sistema digestivo, malformaciones y causas externas. Según sexo, las muertes por enfermedades infecciosas, del sistema circulatorio y respiratorio se concentran en hombres; mientras en mujeres, se agrupan las defunciones enfermedades del sistema nervioso, malformaciones y causas externas (Ver Tabla 27).

Tabla 27. Tasas específicas de mortalidad en menor de 1 a 4 años, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	3,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,69
Tumores (neoplasias)	3,48	10,51	6,92	6,71	3,28	7,37	3,71	3,60	7,03	3,48	5,37	7,21	5,29	6,87	3,37
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	10,44	7,01	0,00	3,35	0,00	0,00	0,00	3,60	0,00	3,48	5,37	3,61	1,76	1,72	1,69
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	3,50	0,00	0,00	3,28	3,68	0,00	0,00	3,51	0,00	1,79	1,80	0,00	1,72	1,69
Enfermedades del sistema respiratorio	3,48	3,50	0,00	0,00	3,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,79	1,80	0,00	0,00	1,69
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	3,35	0,00	0,00	0,00	0,00	3,51	0,00	0,00	0,00	0,00	3,43	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	3,50	0,00	0,00	0,00	3,68	0,00	0,00	0,00	0,00	1,79	1,80	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	17,39	3,50	6,92	0,00	0,00	3,68	3,71	3,60	17,57	6,95	10,74	3,61	5,29	8,58	3,37
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	10,51	0,00	0,00	3,28	3,68	0,00	0,00	3,51	3,48	1,79	5,41	0,00	1,72	3,37
Causas externas de morbilidad y mortalidad	3,48	10,51	13,83	10,06	0,00	0,00	3,71	7,20	3,51	3,48	1,79	7,21	10,58	6,87	1,69

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Al analizar el momento de vida primera infancia en su conjunto, se evidenció que la mortalidad predominantemente se enmarca en ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas, lo cual impacta de manera similar tanto a hombres

como a mujeres. Comparando con el año 2016, estas dos causas presentan reducción en la tasa de mortalidad; así como la mortalidad por tumores, enfermedades endocrinas, del sistema nervioso, circulatorio, respiratorio, genitourinario y causas externas. Comparando el 2020, con el año inmediatamente anterior, se registra incremento en la mortalidad por enfermedades infecciosas y todas las demás enfermedades (Ver Tabla 28).

Tabla 28. Tasas específicas de mortalidad, en menor de 5 años, según sexo, localidad Suba, 2016 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres					Mujeres					Total				
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	5,19	0,00	0,00	0,00	0,00	8,33	0,00	0,00	0,00	0,00	6,71
Tumores (neoplasias)	8,29	8,33	5,51	7,94	2,60	5,88	2,96	5,74	5,62	2,78	7,12	5,73	5,62	6,82	2,68
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,42	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	8,29	5,55	0,00	2,65	0,00	0,00	0,00	5,74	0,00	2,78	4,27	2,86	2,81	1,36	1,34
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,76	5,55	0,00	2,65	2,60	5,88	2,96	2,87	2,81	0,00	4,27	4,30	1,41	2,73	1,34
Enfermedades del sistema respiratorio	8,29	2,78	0,00	2,65	2,60	5,88	0,00	0,00	0,00	0,00	7,12	1,43	0,00	1,36	1,34
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	8,33	0,00	7,94	2,60	0,00	0,00	0,00	2,81	2,78	0,00	4,30	0,00	5,45	2,68
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	8,33	2,75	0,00	0,00	2,94	0,00	0,00	2,81	2,78	1,42	4,30	1,41	1,36	1,34
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	118,76	99,95	101,93	76,78	72,73	99,89	85,82	80,27	75,89	49,99	109,61	93,11	81,52	76,35	61,74
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	69,05	61,08	41,32	37,07	23,38	47,00	53,27	45,92	67,46	30,55	58,37	57,30	43,57	51,81	26,84
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	16,66	5,51	0,00	5,19	2,94	0,00	0,00	2,81	2,78	1,42	8,59	2,81	1,36	4,03
Causas externas de morbilidad y mortalidad	2,76	8,33	11,02	10,59	2,60	2,94	2,96	5,74	2,81	2,78	2,85	5,73	8,43	6,82	2,68

Fuente: bases Estadísticas Vitales RUAF_ND/SDS, años 2016 a 2019 definitivas, 2020 preliminares

Al realizar la semaforización del cálculo de las diferencias relativas de los indicadores de mortalidad materno infantil de Suba, respecto a la Subred Norte; no se evidencian diferencias para el año 2020. Durante el periodo evaluado no se registran casos de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años y desde 2017, no se registran muertes por EDA en este grupo de edad. El comportamiento de los demás indicadores es variable durante el periodo, siendo la mortalidad materna, el único indicador que registra incremento en 2020 respecto al año anterior (Ver Tabla 29).

Tabla 29. Semaforización de la mortalidad materno infantil, localidad Suba Vs. Subred Norte, 2016 – 2020

Causa de muerte	Subred Norte	Suba	2017	2018	2019	2020
Razón de mortalidad materna	26,20	26,90	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad neonatal	10,80	11,20	-	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	6,70	6,30	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	7,90	7,50	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	0,50	0,00	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,00	0,00	↘	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,00	0,00	-	-	-	-

Fuente: Aplicativo Web RUAF_ND, EEVV -SDSPRELIMINAR, corte 08-07-2021- ajustado 12-07-2021.

Identificación de prioridades para mortalidad general, específica y materno infantil y en la niñez

A partir del análisis de la mortalidad general para Suba, es evidente el impacto que tuvo la pandemia por COVID-19 en la localidad, identificando como principal causa de muerte al COVID-19; sin embargo, este es un comportamiento atípico y es importante prestar atención a las enfermedades del sistema circulatorio, en especial a las enfermedades isquémicas del corazón, además de las enfermedades cerebrovasculares; causas que presentaron las tasas más altas de mortalidad para el 2020.

Según sexo, tanto hombres como mujeres presentan el mismo comportamiento de la mortalidad general, sin embargo, en mujeres, la mortalidad por enfermedades circulatorias fue mayor a la ocasionada por las enfermedades transmisibles, con tasas de mortalidad superiores a la de los hombres para todas las causas de este subgrupo. Respecto a los menores de 5 años, se deben priorizar las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, situaciones que afectaron de igual forma a hombres y mujeres; en cuanto a la mortalidad evitable, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, que alerten el comportamiento de los indicadores locales frente a lo calculado para la Subred Norte, sin embargo, llama la atención el incremento de la mortalidad materna, respecto al año anterior.

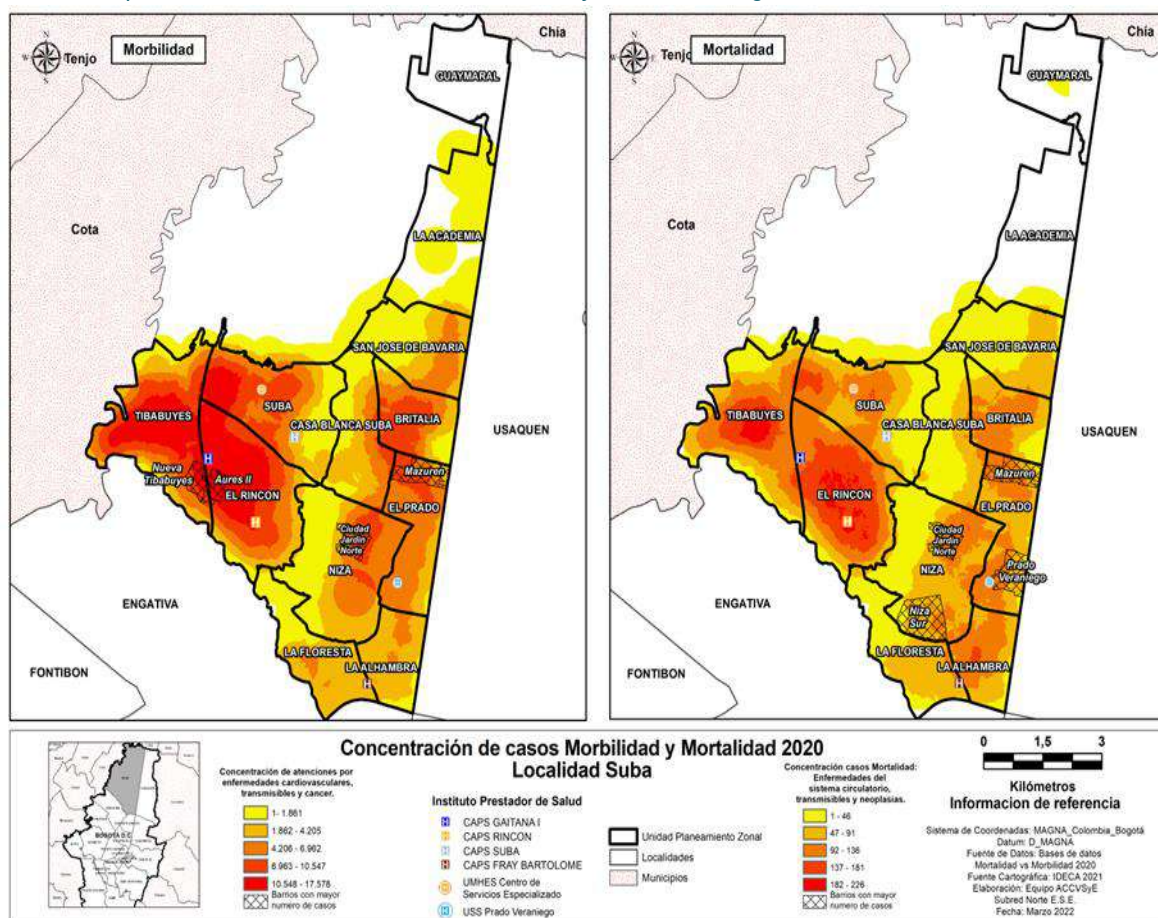
1.4 Relación morbi-mortalidad – población

Hasta aquí es importante mencionar que se han expuesto datos de un territorio muy heterogéneo y de grandes diferencias en su interior, en parte debido a su misma extensión y conformación. Respecto a la concentración de atenciones en salud y causas de muerte para el año 2020¹², se observan diferencias entre las UPZ La Academia o Guaymaral frente a Tibabuyes o El Rincón; siendo estas últimas las que tienen el mayor número de habitantes de la localidad (46,6%), con una densidad poblacional de más de 400 habitantes por Km². Es de aclarar que para la zona rural, no se identificaron defunciones ni atenciones en salud para 2020, al momento de la georreferenciación (Ver Mapa 12).

En cuanto a morbilidad y mortalidad, UPZ como El Rincón, Tibabuyes y Suba, concentran el mayor número de defunciones por enfermedades circulatorias, transmisibles y neoplasias, así como individuos que accedieron a servicios de salud por estas causas. Adicionalmente, llaman la atención las UPZ Britalia, El Prado y Niza, donde se observa concentración de atenciones en salud en especial en los barrios Mazurén y Ciudad Jardín Norte; sin presentar el mismo comportamiento para las defunciones (Ver Mapa 12).

¹² Para el análisis comparativo de morbilidad y mortalidad, se tomaron únicamente tres de las seis Grandes Causas 6/67: Enfermedades Transmisibles, Neoplasias y Enfermedades Circulatorias; las demás causas no se relacionan en el análisis espacial, puesto que las bases de morbilidad no se encuentran desagregadas por los mismos seis grupos.

Mapa 12. Concentración de casos morbilidad y mortalidad, según UPZ, localidad Suba, 2020



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de salidas RIPS_SDS Atención e individuos por UPZ, 2020 y base RUAF_ND_SDS, 2020

Para el caso de la UPZ El Rincón, la población enferma y muere por causas relacionadas con afecciones del sistema respiratorio como las ERA, EPOC y tumores de bronquios o pulmón; que aunque no es posible establecer una relación de causa-efecto, si es notoria la coexistencia entre elementos mutuamente influyentes como lo pueden ser las condiciones de mayor densidad poblacional, un bajo espacio público efectivo y verde, así como el deterioro ambiental de la estructura ecológica presente. Así mismo, existe un gran flujo vehicular debido a las grandes vías que atraviesan el territorio que favorecen la contaminación del aire, lo cual se valida con las concentraciones de PM_{10} identificadas en las UPZ el Rincón y Tibabuyes, descritas anteriormente.

Estos elementos de igual manera consideran el desgaste corporal de los residentes, especialmente población económicamente activa, adulta y persona mayor, con manifestaciones de Cáncer mama, enfermedades musculo esqueléticas, hipertensión, que se encuentran condicionadas a edades cada vez más tempranas y que al parecer no encuentran espacios de detección y prevención oportuna, pues son poblaciones con bajas consultas a pesar de contar con los servicios de salud del sector público del CAPS Rincón y Gaitana.

En relación a la UPZ Tibabuyes, la población enferma y muere por causas muy similares a la UPZ Rincón, pues mantienen varias características poblacionales (segunda de mayor densidad, la de mayor concentración de viviendas) y ambientales en común; sin embargo, aunque se tienen causas por otras neoplasias malignas como mama, próstata, colon y pulmón, es de resaltar la cantidad de muertes por agresiones por disparo de armas de fuego, aspectos relacionados con los problemas sociales de inseguridad y violencia que se profundizaran más adelante. Cabe aclarar que la UPZ no cuenta con presencia de IPS pública, aunque mantiene cercanía con el CAPS Gaitana en los límites con la UPZ Rincón. De igual manera, la UPZ Suba concentra casos de otros tumores malignos, de estómago y pulmón, hipertensión, enfermedades musculo esqueléticas, EPOC, que orienta a las personas adultas y mayores que residen en las partes altas de la localidad. Es necesario recordar que es la UPZ con el tercer puesto en densidad poblacional, número de hogares y de viviendas que coincide con la agrupación de casos residentes y en especial en límites con las UPZ Tibabuyes y Rincón. Es de recordar que la UPZ cuenta con la Umhes Suba y CAPS Suba.

Por su parte, en relación a la mortalidad los barrios cuya concentración son las de mayor atención en la localidad se caracterizan por ser de uso residencial pero particularmente de mayor distribución de población mayor de 60 años. Así mismo, es menester decir que la mortalidad por enfermedades transmisibles es de las grandes causas de muerte con un aumento considerable en el año 2020, lo cual se relaciona con el número de personas fallecidas por el virus SARS-Covid-19 primordialmente de personas mayores.

2 CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS EN EL TERRITORIO

2.1 Condiciones de trabajo y la relación con la salud

Las condiciones de vida y de trabajo a las que se enfrentan actualmente los habitantes de la localidad de Suba son aspectos relevantes para analizar las condiciones de salud y enfermedad que anidan en el territorio. Las condiciones laborales son factores económicos y socioculturales relevantes que inciden en la salud de las personas y sus micro-territorios, esto contribuye a identificar la manera en que las condiciones económicas e incluso de desempleo pueden representar múltiples situaciones de riesgo o cuidado de la salud.

De acuerdo a los resultados de la encuesta multipropósito del año 2017, que relaciona el contexto laboral para Bogotá, en la localidad de Suba la Población en Edad de Trabajar

(PET¹³) es de 1.088.229 personas. La Población Económicamente Activa (PEA¹⁴) o fuerza laboral es de 686.916 personas frente a la Población Económicamente Inactiva (PEI) que es de 401.314 personas. La PEA está dividida entre las personas ocupadas que para la localidad de Suba son 641.626 personas frente a las desempleadas que son 45.290 personas.

Uno de los principales indicadores del mercado laboral es la Tasa global de participación (TGP), la cual refleja la presión de la población en edad de trabajar sobre el mercado laboral. (40). Este un indicador nos permite tener una idea de la forma en que los habitantes interactúan con el sistema laboral, según la información obtenida para Bogotá esta alcanzó un 61,0%, mientras que para Suba fue del 63,1%.

Por otro lado, la informalidad en el trabajo es un factor social determinante de la salud, ya que, al interrelacionarse con otros determinantes estructurales e intermedios como edad, género, nivel educativo, estrato socioeconómico, entre otros; condiciona el proceso mismo de salud enfermedad de la población. La precariedad laboral y la falta de condiciones dignas para ejercer el trabajo aumentan las disparidades en términos de salud; lo anterior, contribuye a reforzar las barreras de acceso a los servicios de salud limitando a la población que no cuenta con afiliación al régimen de salud, mientras aumenta su desprotección legal, el empleo inestable y los ingresos bajos e irregulares. Lo que significa que la presencia de desempleo a nivel local conlleva efectos negativos, incidiendo en una alta carga de trastornos mentales como la depresión y afecciones psicosociales como la degeneración progresiva de la calidad de vida y salud.

De acuerdo al proceso de caracterización de las condiciones de salud de la población dedicada a la informalidad laboral, realizado por Sivistra durante el periodo de 2017 a 2020, se identificó que el 75,7% de la población residente en la localidad padecía algún tipo de condición mórbida como prurito y resequedad en la piel, irritación ocular y dolores articulares y musculares principalmente en columna, hombros y manos. Considerando que una de las principales recomendaciones realizadas por los profesionales que asesoran a la población, es identificar y utilizar los EPP apropiados para las tareas que realizan dentro de su jornada laboral, esta sintomatología está directamente relacionada con las actividades económicas que los usuarios refieren como ocupación, ya que el 57,8% de la población captada por el subsistema, se dedica a la mecánica de automotores, carpintería, soldadura, peluquería y control de abastecimiento. Las UPZ que concentran mayor reporte de afecciones en salud relacionadas a la ocupación son Rincón con el 26,2%, seguido de Tibabuyes (20,9%) y Prado con el 16,9%.

2.1.1 Tasa de ocupación

La Tasa de Ocupación es otro de los principales indicadores del mercado laboral. Se obtiene relacionando el porcentaje de la población ocupada y el número de personas que

¹³ PET: Indicador que muestra la relación entre el número de personas que compone la población en edad de trabajar, frente a la población total.

¹⁴ PEA: Personas que trabajan o están buscando empleo en la localidad.

integran la PET. Según la encuesta multipropósito del año 2017, para la localidad de Suba el 59,8% de la PET, trabajó al menos una hora en la semana anterior a la realización de la encuesta, lo que indica una tasa de ocupación baja en lo que respecta al Distrito.

2.1.2 Principales tipos de ocupación en la localidad

La información presentada corresponde a la dinámica empresarial y comercial con matrícula activa resultado de la encuesta multipropósito por localidad y UPZ, con corte a diciembre de 2017.

El mayor número de empresas registradas en Suba se concentran en las UPZ El Rincón (17,3%), el Prado (15,7%), Niza (10,8%), Tibabuyes (10,5%), Suba (10,5%), y la Alhambra (10,4%). Estas empresas registran como actividad principal comercio con 28,3%, servicios profesionales 15,6%, industria 9,4%, construcción, 8,3% alojamiento y alimentación 7,2% servicios sociales 5,8% servicios financieros, 5,5% servicios empresariales, 5,2% por homologar CIIU clasificación industrial internacional uniforme 5,1% comunicaciones, 4,5% transporte, 2,6% agropecuario y minero 1,5%.

La distribución por actividad económica evidenció que el 40,6% corresponde al sector comercio, 14% alojamiento y alimentación, 10,1% industria, 8% por homologar CIIU, 5,7% servicios profesionales, 3,7% servicios empresariales, 2,2% construcción, 1,6% transporte, 1,1 % servicios financieros, 0,3 % agropecuario y minero.

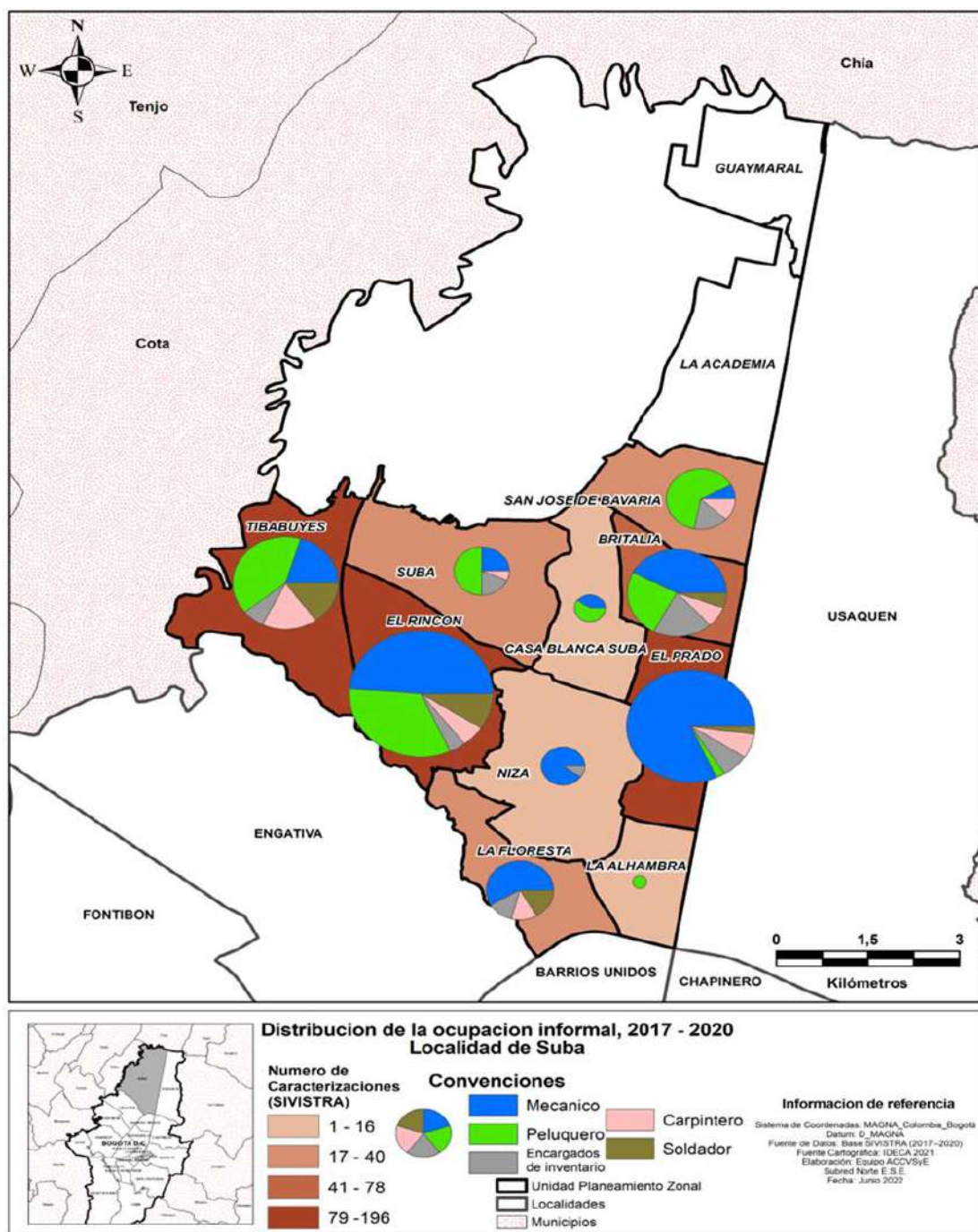
En cuanto a la información correspondiente a los establecimientos de comercio, se encontraban registrados en la Cámara de Comercio de Bogotá 483.209 establecimientos de comercio con estado de matrícula activa. De estos se encuentran localizados en Suba el 10,0%. Las UPZ de Suba con mayor número de establecimientos de comercio con matrícula activa fueron El Rincón (25,2%), El Prado (14,6%), Tibabuyes (14,0%) y Suba (12,1%).

Para el caso de la población informal, la base Sivistra permite identificar las cinco principales ocupaciones de la localidad de Suba a partir de la caracterización de esta población a nivel de UPZ (Ver Mapa 13). Algunos de los aspectos más importantes son la cantidad de caracterizaciones totales según la UPZ donde el mayor número de trabajadores informales se ubicó en las UPZ El Rincón, Tibabuyes y El Prado, seguido por la UPZ Britalia, en un tercer rango las UPZ La Floresta, San José de Bavaria y Suba y por último las UPZ Casablanca Suba, Niza y La Alhambra. De las UPZ Guaymaral y La Academia no se registraron caracterizaciones de trabajo informal.

La ocupación que más se ejerce de manera informal son los servicios de mecánicos y ajustadores de vehículos de motor, esta ocupación hace presencia en todas las UPZ de Suba, donde se evidencia gran cantidad de talleres de mantenimiento y reparación para automóviles y motocicletas, exceptuando La Alhambra. La segunda ocupación con mayor presencia en la localidad son peluqueros, especialistas en tratamientos de belleza y afines,

que hacen presencia en diferentes zonas de la localidad, destacando las UPZ El Rincón, Tibabuyes, Britalia, San José de Bavaria y Suba. En tercer lugar, se encuentran los encargados del control de abastecimiento e inventario, que trabajan dentro el sector comercial y son asociados con el transporte y carga de productos, posiblemente hacia tiendas de barrio y Fruver, los cuales tienen gran presencia en zonas de estratos 2, 3 y 4.

Mapa 13. Distribución de la ocupación informal, localidad Suba, 2017 – 2020



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de base SIVISTRA_SDS, 2017 - 2020

En cuarto lugar, se ubican los carpinteros, que se dedican a la fabricación y reparación de muebles, seguido de los soldadores y oxicortadores, quienes se destacan por tener oferta laboral en sectores de talleres y ensamblaje de materiales.

2.1.3 Tasa de Desempleo

Para el 2017 en la localidad de Suba la tasa de desempleo alcanzó el 6,6%, por debajo de la tasa de desempleo de la ciudad la cual alcanzó un 7,9%. Lo que indica que la tasa de desempleo es relativamente baja en comparación a la distrital (41)

2.2 Condiciones socio económicas

2.2.1 Indicadores de pobreza

Necesidades Básicas Insatisfechas

La medida de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es un método que visibiliza las carencias críticas en una población a partir del método directo y permite la medición de la pobreza¹⁵. Para el caso de Suba, esta localidad mantiene un NBI pobreza de 2,21 menor que el distrital que está en 2,66, un índice de NBI miseria de 0 igualmente menor que el de la ciudad que corresponde a 0,1 (42).

Índice de Pobreza multidimensional

El IPM es un mecanismo que permite identificar los niveles de pobreza y se construye a partir de cinco dimensiones¹⁶. Según este índice, son considerados pobres los hogares que tengan privación en por lo menos el 33% de los 15 indicadores que conforman las cinco dimensiones.

Para el caso particular de la localidad de Suba, la dimensión de pobreza multidimensional en la que más se encuentran personas es la de salud con un 49,9% y la dimensión de pobreza multidimensional que menos registra personas es la de vivienda (4,0%) (42).

Índice de GINI

El coeficiente o índice GINI es la medida estadística económica que se utiliza para medir la desigualdad salarial y la riqueza. Establece la concentración de ingresos entre los habitantes de una región, en un periodo de tiempo determinado. Los valores utilizados para la medición van de 0 a 1. donde 0 representa una equidad perfecta y 1 representa una inequidad perfecta (43). De acuerdo a la EMP, para el año 2017 Suba presentó un índice de GINI de 0,54, es decir superior al de Bogotá el cual es de 0,51.

¹⁵ El porcentaje de personas o de hogares que tienen insatisfecha una o más necesidades definidas como básicas para subsistir, es el indicador resultante NBI. Para analizar esos indicadores se tienen en cuenta aspectos relacionados con viviendas en hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados tanto de agua como sanitarios, condiciones relacionadas con pisos y paredes de las viviendas, dependencia económica, número de niñas y niños en edad escolar o desescolarizados y la escolaridad de los jefes de hogar.

¹⁶ Condiciones educativas del hogar, Condiciones de la niñez y la juventud, Salud, Trabajo, Acceso a los servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda.

2.2.2 Ingreso per cápita

El ingreso per cápita, también denominado PIB o producto interno bruto por habitante es un indicador económico que mide la relación existente entre el nivel de renta de un país y su población. Para ello, se divide el PIB de dicho territorio entre el número de habitantes. Lo anterior, es una cifra que se puede obtener a nivel distrital y nacional. En cuanto al distrital para el año 2020 el PIB fue de \$ 33.674.701 y nacional fue \$19.910.146 (44). Al ser Bogotá uno de los centros financieros y económicos más importantes del país, su PIB es uno de los más altos de Colombia

2.2.3 Estrato socioeconómico

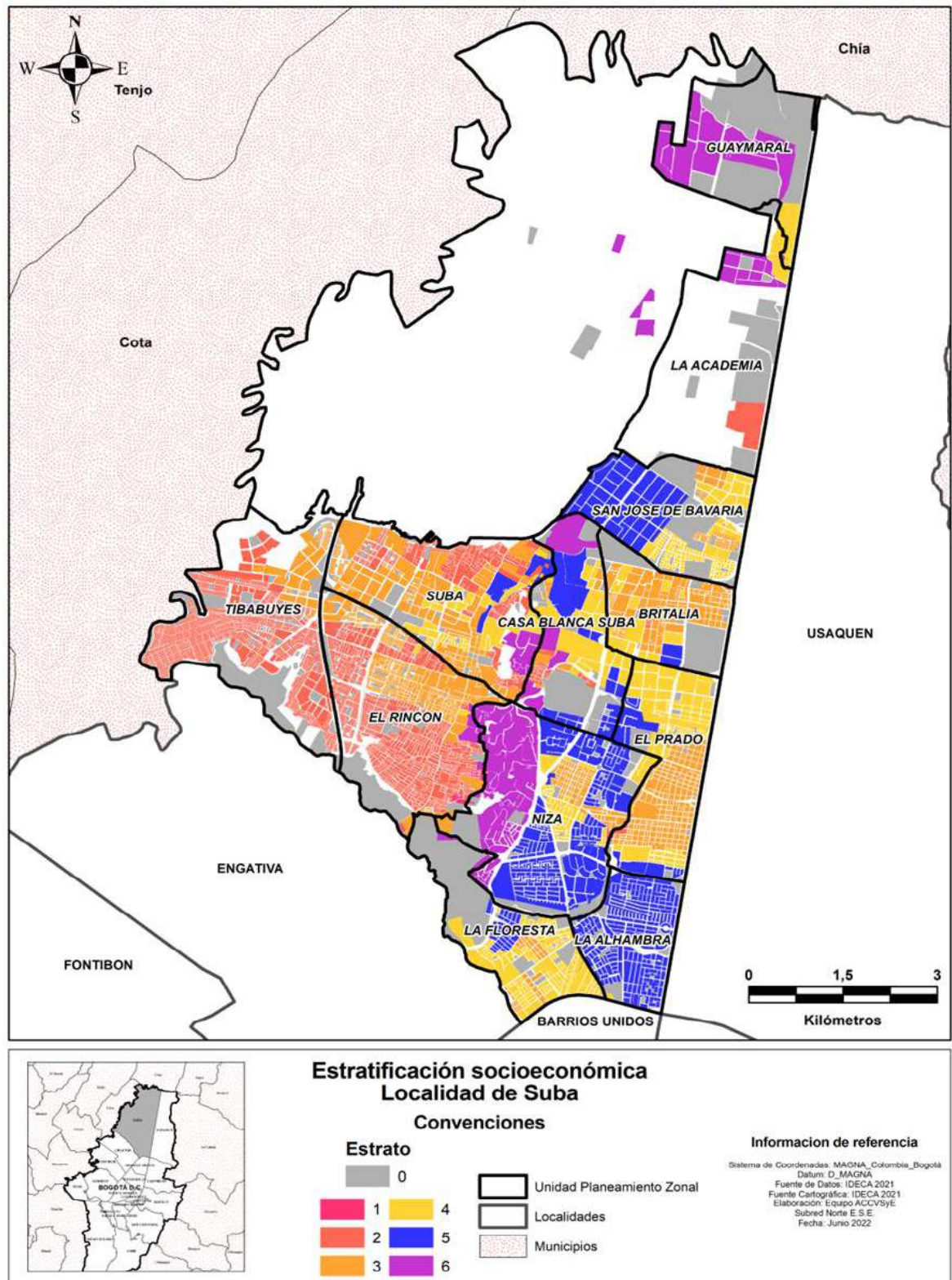
Suba posee un total de 4.874 predios urbanos lo que equivale al 10,8% de las manzanas estratificadas en la ciudad (45.041 predios). De las 12 unidades de planeamiento zonal que conforman la localidad de Suba, las tres que más concentran manzanas son: El Rincón con el 28,2%, Tibabuyes con el 22,2% y Suba con el 12,6% (4).

La distribución de la estratificación entre las manzanas de la localidad de Suba por UPZ está representada por una fuerte división espacial entre los estratos 1,2,3 de los estratos 4, 5 y 6; en donde los estratos 1, 2, 3 se ubican en casi su totalidad en las UPZ Tibabuyes, El Rincón, y Suba, mientras que los estratos 4, 5 y 6 se ubican en su mayoría sobre las UPZ Niza, Casa Blanca, y La Alhambra. El resto de UPZ presenta una distribución más homogénea de los estratos, como lo son: La Floresta, El Prado, Britalia y San José de Bavaria. Por último se encuentran las UPZ La Academia y Guaymaral, que cuentan en su mayoría con un suelo sin estratificación (4) (Ver Mapa 14).

La distribución a nivel de porcentaje de la estratificación socioeconómica con respecto al total de manzanas presenta en primer puesto el Estrato 2, con el 44,1% y se ubica principalmente en las UPZ Tibabuyes, El Rincón, y Suba. En el segundo puesto se ubica el Estrato 3, con 22,6% ubicado principalmente en las UPZ El Rincón, El Prado, Suba y Britalia. En el tercer puesto se ubica el Estrato 5, con el 10,7% del total, ubicado en las UPZ La Alhambra, Niza y Casa Blanca. El cuarto puesto lo ocupa el las manzanas calcificadas sin Estrato y que representan el 10,3%, estos sectores hacen referencia principalmente Humedal Juan Amarillo y sectores de La Academia y Guaymaral (4) (Ver Mapa 14).

La distribución de la estratificación se complementa con el Estrato 4, que representa el 9,0% y se ubica principalmente en las UPZ La Floresta, San José de Bavaria, El Prado Y Niza. El estrato 6 representa el 2,7 % de manzanas, y se ubican de manera consolidada casi en su totalidad en la UPZ Niza, en uno de los costados de los Cerros de Suba. Finalmente, el estrato con menor presencia es el Estrato 1, ubicado en la UPZ El Rincón, específicamente en los barrios La Aguadita y Ciudad Hunza (4) (Ver Mapa 14).

Mapa 14. Estratificación socioeconómica, localidad Suba, 2021



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de datos IDECA 2021

2.3 Acceso o restricción a bienes y servicios

Este apartado presenta el análisis de las condiciones de calidad de vida de los habitantes de la localidad de Suba en lo que concierne a las capacidades adquisitivas de cada hogar, los recursos disponibles para garantizar vivienda digna, sus condiciones de seguridad, el acceso a los recursos para acceder a educación y la salud como también las condiciones necesarias para acceder a una alimentación saludable entre otras. Todas estas y más, son dimensiones sociales que afectan la salud y el cuidado integral de una localidad y sus comunidades.

2.3.1 Condiciones de vivienda

Para el año 2017 la localidad de Suba contaba con 440.995 hogares de los cuales el 42,4% (187.179) ocupaban viviendas propias pagadas en su totalidad, 12,9% (56.921) habitaban en una vivienda por pagar, 41,6% (183.648) residían en arriendo o subarriendo, 1,7% (7.596) habitaban viviendas en usufructo y finalmente el 1,3% (5.610) de los hogares se encontraban bajo otra forma de tenencia (Ver Tabla 30).

Tabla 30. Tenencia de vivienda por hogar, localidad Suba, 2017

Localidad	Total, de Hogares	Propia, totalmente pagada	Propia, la están pagando	En arriendo o subarriendo	En usufructo	Otra forma de tenencia
Suba	440.955	187.179	56.921	183.648	7.596	5.610
Bogotá	2.697.440	1.090.325	257.992	1.204.781	81.943	62.399

Fuente: Encuesta Multipropósito -EM 2017

Teniendo en cuenta estos datos, se presenta información del déficit cuantitativo y cualitativo de vivienda para la localidad de Suba: en primera medida el déficit cuantitativo nos indica el número de viviendas adecuadas que se deben construir o agregar para que haya una relación equilibrada entre los hogares que necesitan una vivienda digna y el número de viviendas que faltan para garantizar este derecho (45). Para el caso de Suba este déficit pasó de 10.005 hogares que registraban déficit cuantitativo en 2014 a 4.259 hogares para 2017, una disminución apreciable.

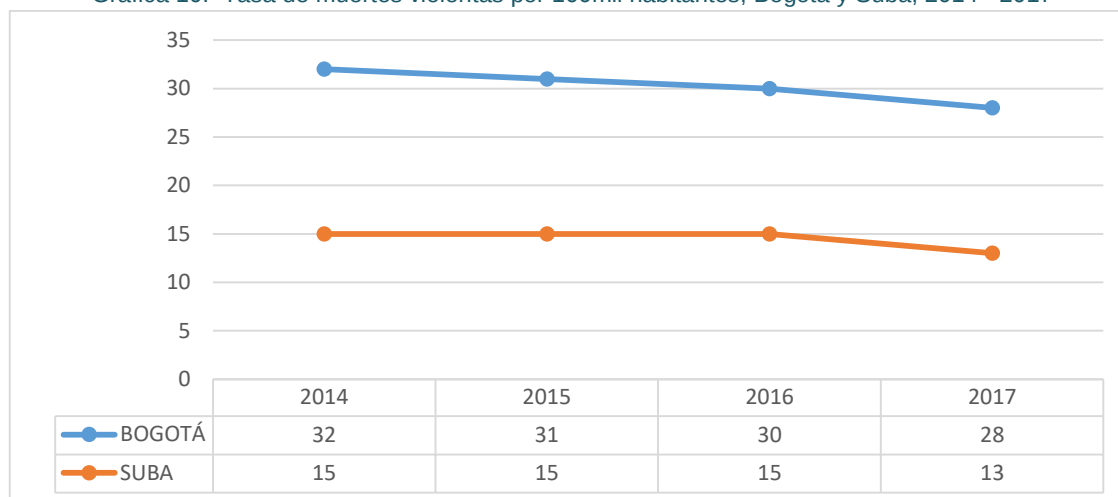
Para el caso del déficit cualitativo, este determina el número de viviendas en condiciones precarias o no aptas para vivir y que deben ser modificadas, mejoradas, ampliadas y dotadas de los servicios públicos y demás condiciones que garanticen una vida digna y saludable. Para la localidad de Suba este déficit presentó una disminución para el año 2017, se habla de 8.334 hogares con problemáticas en las viviendas frente a 12.089 hogares respecto al año 2014.

2.3.2 Seguridad

La localidad ha mantenido el siguiente comportamiento en relación a muertes violentas: ha pasado de un reporte de 171 casos en 2014, lo que equivale a una tasa de 15 muertes por 100.000 habitantes, a 189 casos en 2017 con una tasa de 13 muertes por 100.000 habitantes. En general, la localidad se encuentra de la tasa para el año 2017 ya que la

ciudad tiene una tasa de 28 muertes por 100.000 habitantes. Se resalta que la tasa para el año 2017 está por debajo del resto de localidades, teniendo la tasa más baja del distrito (13 por cada 100.000) (ver Gráfica 10).

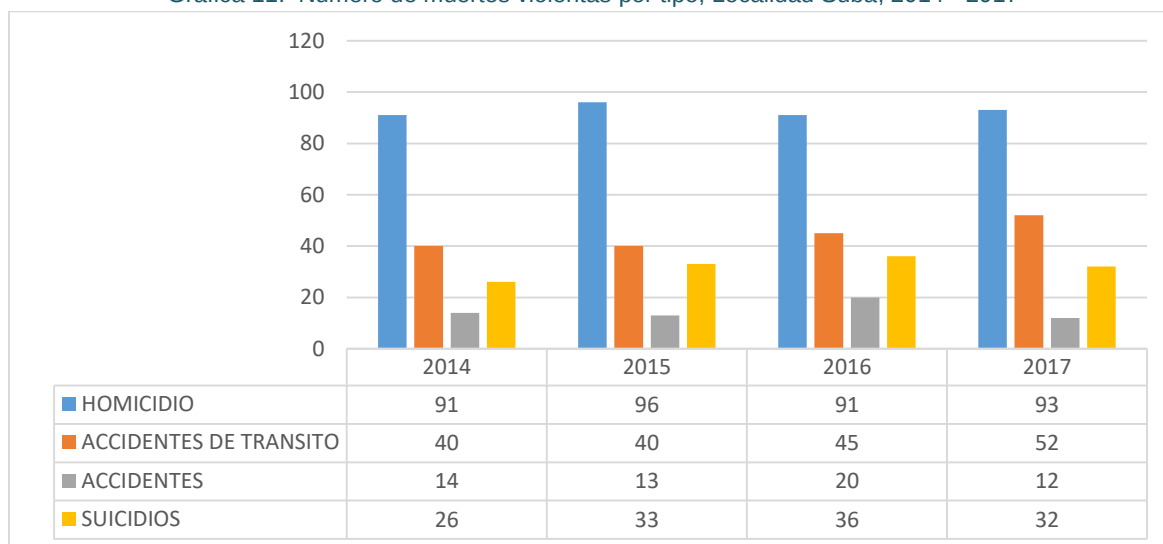
Gráfica 10. Tasa de muertes violentas por 100mil habitantes, Bogotá y Suba, 2014 - 2017



Fuente: Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia - Oficina de Análisis de Información y Estudios Estratégicos con base en información de SIEDCO de la DIJIN – POLICÍA NACIONAL. Monografías Suba 2017.

De las muertes violentas tenidas en la localidad durante el periodo 2014-2017, el mayor número de casos se concentra en los homicidios que acumulan el 50,5% (371 casos), seguido de accidentes de tránsito con el 24,1% (177 casos), 17,3% (127 casos) de suicidios y accidentes 8% (59 casos) (Ver Gráfica 11).

Gráfica 11. Número de muertes violentas por tipo, Localidad Suba, 2014 - 2017



Fuente: Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia - Oficina de Análisis de Información y Estudios Estratégicos con base en información de SIEDCO de la DIJIN – POLICÍA NACIONAL. Monografías Suba 2017.

Suba participó con el 8.1% de los 1.150 homicidios en Bogotá, esto equivale a una tasa de 7 por 100mil habitantes en el año 2017. Igualmente, participó con el 9,5% de las muertes

relacionadas con accidentes de tránsito en Bogotá que tuvo 549 casos registrados en el año 2017, una tasa de 4 por 100.000 habitantes. Para el mismo año, Suba registró una tasa de 1 muertes accidentales por cada 100.000 habitantes y una tasa de 2 por 100.000 en suicidios. Los suicidios en la localidad de Suba han mostrado tendencia al aumento y representan el 10,6 % de los suicidios en Bogotá D.C de los 301 casos registrados en el año 2017.

Por otro lado, durante el periodo 2014 a 2017 se registraron en Suba 6.732 casos de delitos de alto impacto en 2014; en 2015 fueron 6.009 casos, en 2016, 7.572 casos y en el 2017 se registró 10.743 casos, el hurto a personas es el que mayor incidencia presentó en este tipo de estadísticas seguido de lesiones comunes, el hurto a bancos es el delito de alto impacto con la menor incidencia para el año 2017 (Ver Tabla 31).

Tabla 31. Número de delitos de alto impacto, localidad Suba, 2014 a 2017

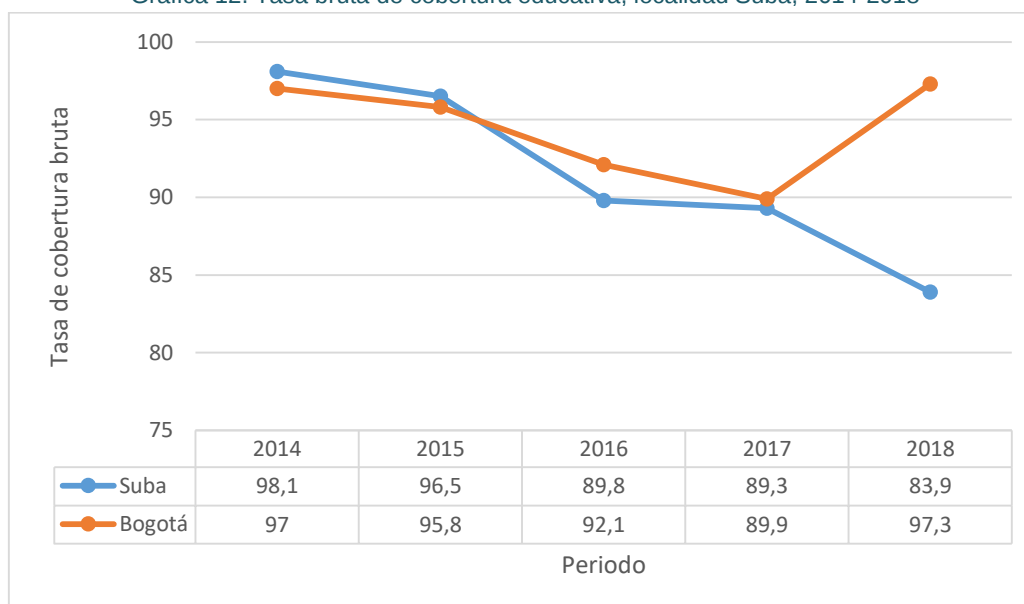
Delitos de Alto Impacto	2014	2015	2016	2017
Lesiones Comunes	1.482	1.405	1.871	2.073
Hurto A Vehículos	209	180	201	183
Hurto A Bicicletas	201	173	244	248
Hurto A Personas	2.964	2.622	3.884	7.062
Hurto A Residencias	1.088	785	810	614
Hurto A Establecimientos	783	839	557	561
Hurto A Bancos	5	5	5	2
Total	6.732	6.009	7.572	10.743

Fuente: Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia - Oficina de Análisis de Información y Estudios Estratégicos con base en información de SIEDCO de la DIJIN – POLICÍA NACIONAL. Monografías Suba 2017.

2.3.3 Nivel Educativo

De acuerdo a información de la SDE, la localidad de Suba mantiene un aumento constante de la PEE desde el año 2015 hasta el año 2020, ya aumento a una tasa promedio anual de 1,21% al pasar de 220.131 en 2016 a 230.965 en 2020. De igual manera, para el 2019 el número de sedes educativas de la localidad fue de 76. Estas se distribuyen en 27 colegios distritales que funcionan en 63 sedes; 2 colegios bajo la modalidad de administración contratada, y 11 colegios privados con matrícula contratada (Ver Gráfica 12).

Gráfica 12. Tasa bruta de cobertura educativa, localidad Suba, 2014-2018



Fuente: Censo DANE, elaboración y cálculos: Oficina Asesora de Planeación - Grupo Gestión de la Información SDE.

La tasa de cobertura bruta entre 2014 y el 2018 se muestra decreciente siendo el año 2015 inferior a la distrital, con un promedio de 91,5% disminuyendo 14,2 puntos porcentuales en el periodo al pasar de 98,1% en 2014 a 83,9% en 2018 (Ver Tabla 32).

Tabla 32. Tasa de cobertura bruta por nivel educativo, localidad Suba, 2014-2018

Nivel Educativo	2014	2015	2016	2017	2018
Preescolar	79	83,8	81,5	74,3	71,3
Primaria	93,9	96,6	88,8	86,9	85,4
Secundaria	106,8	101,6	95	94,9	85,6
Media	100,4	92,3	86,4	91,3	83,3

Fuente: Cálculos de SIMAT- Matrícula no oficial imputada del Registro de Información Estadística SED y Censo C600 - DANE de cada anualidad.

Todos los niveles educativos registran disminución en su tasa de cobertura si se compara 2017 y 2018, siendo el más alto el que se presenta en básica secundaria (9,3pp) y media vocacional (7,9pp). Igualmente se evidencia en preescolar una tendencia decreciente, ya que su promedio no alcanza el 79%.

2.3.4 Deserción escolar

La tasa de aprobación del sector oficial y no oficial registra un comportamiento estable durante el periodo 2014-2018. Entre ambos sectores existe una brecha que paso de 5,1 puntos porcentuales en 2014 a 5,8pp en 2018. En cuanto a la tasa de reprobación se observa un comportamiento variable en los dos sectores durante el periodo evaluado (Ver Tabla 33).

Las tasas de deserción de la localidad muestran una tendencia decreciente en el sector Oficial, con excepción del año 2015, para el sector no oficial se presenta un comportamiento variable. La brecha entre los sectores para el año 2018 es de 1,0 puntos porcentuales (Ver Tabla 33).

Tabla 33. Tasa de aprobación, reprobación y deserción por sector educativo, localidad Suba, 2014-2018

Sector	Tasa	2014	2015	2016	2017	2018
Oficial	Aprobación	91,7	91,4	90,2	90,4	91,8
	Reprobación	7	7,2	7,1	7,5	6,9
	Deserción	2,6	3	1,7	1,6	1,7
No Oficial	Aprobación	96,8	96,6	97	96,9	97,6
	Reprobación	2,6	2,7	2,3	2,2	1,7
	Deserción	0,7	0,8	0,7	1	0,7

Fuente: Cálculos de SIMAT- Matrícula no oficial imputada del Registro de Información Estadística SED y Censo C600 - DANE de cada anualidad.

Según nivel educativo, para el año 2018 la tasa de aprobación más alta en los dos sectores corresponde a preescolar y la más baja a educación secundaria; para educación preescolar no se registran casos de reprobación. La tasa de deserción más alta se observa en educación preescolar para los dos sectores, aclarando que el sector no oficial conserva tasas de deserción más bajas al oficial (Ver Tabla 34).

Tabla 34 Tasa de aprobación, reprobación y deserción por nivel educativo, localidad Suba, 2018

Sector	Tasa	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media
OFICIAL	Aprobación	98,5	94	88	92,2
	Reprobación	0	5	10,6	6,4
	Deserción	2,3	1,6	1,8	1,4
NO OFICIAL	Aprobación	99,1	98,2	96,4	97,8
	Reprobación	0	1	2,9	1,8
	Deserción	0,9	0,7	0,7	0,4

Fuente: Cálculos de SIMAT- Matrícula no oficial imputada del Registro de Información Estadística SED y Censo C600 - DANE de cada anualidad.

Finalmente, en relación a los resultados obtenidos por la Secretaria Distrital de Educación, en el sector Oficial de la localidad de Suba las mujeres registran mejores resultados que los hombres en todos los indicadores, pues la tasa de aprobación es mayor en las mujeres que en los hombres, igualmente su tasa de reprobación es menor, por lo que es posible que los hombres tiendan a reprobar y a dejar el sistema educativo en mayor proporción que las mujeres, quienes también tienen un menor grado de deserción del sistema educativo.

2.3.5 Acceso a servicios de salud

En Suba, para el año 2021, la población se encontraba afiliada al sistema de salud según régimen así: contributivo 89,6% de usuarios afiliados, subsidiado 8,5% y régimen de

excepción 1,9%. No se registran datos respecto a población encuestada por el SISBEN sin cobertura de afiliación para la localidad en el periodo reportado (46).

Es de vital importancia mencionar que el acceso a los servicios de salud ha representado un desafío complejo para las EAPB e IPS; en la actualidad, la realidad es que la población enfrenta múltiples barreras de tipo geográfico, sociocultural, político y económico. En ocasiones los grandes desplazamientos que debe realizar la población de sectores marginados o lejanos a los centros de salud representan las primeras barreras para acceder a estos servicios, los trámites administrativos que se deben realizar implican varios recorridos por la ciudad, lo que conlleva cargas económicas adicionales que varias familias no pueden asumir. Muchos de los servicios de salud aún no están diseñados para atender poblaciones diferenciales y facilitar el acceso a comunidades que emplean otros códigos culturales. La falta de conocimiento y potestad del ejercicio de los derechos por parte de la población facilita la inoperancia de los agentes de la salud y sus administradores; además, la falta de recursos económicos o la carencia de empleo junto con los altos costos de transporte y la atención, son las primeras barreras en el acceso a la salud (47).

2.3.6 Acceso a servicios públicos

De acuerdo a la Encuesta Multipropósito del año 2017 en Suba, la cobertura de servicios públicos muestra las siguientes características:

Para el caso de Suba, la cobertura de servicios públicos, muestra las siguientes características (42). Para acueducto, alcantarillado, recolección de basuras y energía eléctrica la cobertura es del 100%. En el caso de la energía eléctrica, la localidad presenta una incidencia de cortes de energía menor a la que se presenta para el total de Bogotá, los cortes son reportados por el 5,9% de los hogares frente a la cifra distrital que es del 6,6%. El 75,2% de los hogares de la localidad de Suba declararon haber tenido cortes o suspensiones debido a fallas en el servicio, mientras que el 1,6% de los hogares presentaron este evento por la falta de pago como causa de los cortes de energía.

En cuanto al Gas Natural, a nivel distrital este es el servicio que presenta la menor cobertura (94,8%). Suba tiene un 95,5% de cobertura en gas natural conectado a red pública, situación que la ubica como la octava con mayor disponibilidad de este servicio.

En el año 2017 se refleja un aumento en la cobertura de los servicios relacionados con las TIC. La conexión a Internet, presenta una cobertura del 74,8% en los hogares de la localidad, creciendo 9,1% con respecto a la medición de 2014, donde se ubicaba en 65,7% (42). Con respecto a la tenencia de teléfono celular en la localidad de Suba, se encontró que en las personas de 5 años y más, el 91,5% cuenta con este dispositivo, lo que se traduce en un incremento de 0,4% con respecto al 91,1% en el 2014.

En cuanto a la telefonía fija la localidad de Suba presenta una disminución del 3,7% con respecto al año 2014 cuando presentaba una cobertura de 67,7% en relación al 64,0% más reciente. Al comparar la cobertura de telefonía fija de Suba con la del total de localidades

urbanas de Bogotá, se encuentra que es mayor en 7,1 puntos porcentuales a la del total Bogotá que se ubica en 56,9%.

En la lista de los promedios de gasto mensual en servicios públicos domiciliarios los hogares de la localidad de Suba, ocuparon el séptimo lugar (de mayor a menor) con 178.424 pesos. En el 2014, el promedio del gasto mensual por ese mismo concepto en la localidad, fue de 155.199 pesos, ocupando en ese momento la posición 8 en ese mismo ordenamiento. El incremento del gasto promedio en servicios públicos para Suba entre los dos periodos, es del orden del 15,0%.

2.3.7 Seguridad alimentaria y nutricional

La información aquí presentada obedece a la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional “Construyendo Ciudadanía Alimentaria 2019-2031”, así como datos 2021 de las bases de datos Sisvan de la SDS, publicados en la página del observatorio Distrital SaluData, sobre el estado nutricional de la localidad de Suba.

Es importante mencionar que los datos hasta ahora presentados no contemplan información en cuanto a la disponibilidad, el acceso a los alimentos, la procedencia de estos, el nivel de abastecimiento o desabastecimiento, los costos de los alimentos, la cantidad y calidad de estos como el porcentaje de su desperdicio. Esta información es útil pues nos habla de una alimentación saludable o poco saludable en la localidad, lo que constituye uno de los factores determinantes en el aumento de las enfermedades no transmisibles como principal causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial (48).

Proporción de aceptabilidad de alimentos y bebidas

En la localidad de Suba, durante el primer semestre de 2021 de 4.977 nacidos vivos, el 14,7% presentaron bajo peso al nacer (n=733), en el 2020 de 11.134 nacidos vivos el 13,4% presentaron bajo peso al nacer (n=1.491) y en el 2019 de 11.955 nacidos vivos el 13,4% presentaron bajo peso al nacer (n=1.603). Si bien se evidencia una disminución en la tasa de natalidad, la proporción de bajo peso al nacer ha aumentado, lo cual hace suponer la presencia de deficiencias en la prestación de servicios de atención en salud, en términos de asequibilidad, accesibilidad y de calidad, cruciales para prevenir y tratar el bajo peso al nacer.

Por lo que se debe fortalecer el trabajo en la atención prenatal, entendiendo que las causas descritas en la literatura para el evento mencionan las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales (49).

Malnutrición en población gestante

En Bogotá, durante el periodo 2006 – 2020 se ha monitoreado el estado nutricional de la población gestante, evidenciándose en este proceso que en la localidad de Suba prevalece

más el exceso de peso que el bajo peso. En el primer semestre de 2021, se caracterizaron 3136 gestantes, evidenciando 222 que presentan bajo peso y 1151 exceso de peso.

Proporción bajo peso al nacer

Se define como bajo peso al nacer, todo recién nacido con peso inferior a 2.500 gramos, el cual, está asociado con mayor riesgo de morbilidad fetal y neonatal, deficiencias en el desarrollo cognitivo y el aumento del riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida, se debe considerar que gran parte de los niños nacidos con esta condición, presentan una edad gestacional por debajo de las 36 semanas, es decir que son recién nacidos pretérminos. Este indicador es de gran utilidad para monitorear las condiciones de calidad de vida y salud de las mujeres y familias gestantes, así como de los recién nacidos (50).

En la localidad de Suba, durante el primer semestre de 2021 de 4.977 nacidos vivos, el 14,7% presentaron bajo peso al nacer (n=733), en el 2020 de 11.134 nacidos vivos el 13,4% presentaron bajo peso al nacer (n=1.491) y en el 2019 de 11.955 nacidos vivos el 13,4% presentaron bajo peso al nacer (n=1.603). Si bien se evidencia una disminución en la tasa de natalidad, la proporción de bajo peso al nacer ha aumentado, lo cual hace suponer la presencia de deficiencias en la prestación de servicios de atención en salud, en términos de asequibilidad, accesibilidad y de calidad, cruciales para prevenir y tratar el bajo peso al nacer.

Por lo que se debe fortalecer el trabajo en la atención prenatal, entendiendo que las causas descritas en la literatura para el evento mencionan las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales (50).

Tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años

En los últimos 14 años la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Bogotá D.C. ha descendido. Para el caso de la localidad de Suba, no se han presentado muertes por desnutrición desde el 2012 hasta el primer semestre del 2021.

Malnutrición en niños menores de 5 años

La desnutrición aguda hace referencia al bajo peso para la talla. Esta es una enfermedad de origen social que expresa la situación de inseguridad alimentaria y nutricional a nivel poblacional, no solo está dada por el consumo insuficiente en cantidad y calidad de alimentos, sino por eventos estructurales adicionales que deben modificarse.

En la localidad de Suba, entre el año 2005 y 2020 este indicador ha presentado disminución, se observa que, a junio de 2021, se presentó un 2,3% (n=325) de casos de desnutrición aguda por cada 100 niños menores de 5 años en un total de población de 13.839 menores valorados, en 2020 presentó un 2,4% (n=451) de casos de desnutrición aguda, y en 2019 un 2,2% (n=466).

El retraso en la talla es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo, reflejando la relación entre la talla del niño y su edad. Se considera que un niño de una edad específica, manifiesta una deficiencia de talla cuando su altura es menor a la mínima esperada para su edad.

En la localidad de Suba, la proporción de retraso en la talla en niños menores de 5 años, presento un descenso entre el 2005 (13,9%) y 2012 (11,4%), a partir del 2013 muestra una fluctuación permanente entre el aumento y el descenso hasta el primer semestre de 2021, en este último periodo (datos preliminares), se presentaron 1.410 casos con retraso en la talla, equivalente al 10,2 % de la población caracterizada (n=13.839) en este periodo, en 2020 se presentaron 2.366 casos con retraso en la talla, equivalente al 12, 8 % de la población caracterizada (n=18.424) y en 2019 se presentaron 2.285 casos con retraso en la talla, equivalente al 10,7 % de la población caracterizada (n=21.435).

Por su parte, la desnutrición global es la deficiencia del peso con relación a la edad y es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Se considera que un niño de una edad específica, manifiesta peso insuficiente cuando éste es menor al mínimo que se espera para esa edad.

En Suba, entre el 2005 y el primer periodo de 2021, la proporción de desnutrición global, aunque ha presentado un descenso general (2005= 7,6% y pp2021= 4,9%). Para el primer semestre 2021 (dato preliminar), por cada 100 niños menores de 5 años, 4,9% (n=678) presentaron desnutrición global entre una población total de 13.839, en el 2020 por cada 100 niños menores de 5 años, 5,9% (n=1.094) presentaron desnutrición global entre una población total de 18.424 y en 2019 por cada 100 niños menores de 5 años, 4,9% (n=1.042) presentaron desnutrición global entre una población total de 21.435.

En cuanto a la obesidad infantil, es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI a nivel mundial, afectando progresivamente a países de bajos y medianos ingresos, principalmente en el medio urbano. Se calcula que en el año 2016 más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos (51).

Como dato preliminar, en el primer semestre del año 2021 por cada 100 niños menores de 5 años el 4,4% (n=608) presentaron exceso de peso, entre una población total de 13.839, en el 2020 por cada 100 niños menores de 5 años, el 4,4% (n=817) presentaron exceso de peso, entre una población total de 18.424, en 2019 por cada 100 niños menores de 5 años, el 3,5% (n=748) presentaron exceso de peso, entre una población total de 21.435.

Malnutrición en población de 5 a 17 años

De acuerdo con la información recopilada en los colegios que hacen parte de la vigilancia nutricional y alimentaria centinela del escolar, en relación con la presencia de delgadez en la población entre 5 y 17 años de edad, en la localidad de Suba, durante el periodo 2005 a 2020 se presenta una fluctuación constante, sin embargo, se evidencia un descenso

mínimo entre las dos cifras (2005= 2,2%, 2020=1,8%). Al analizar el comportamiento del indicador para Suba, se observa que para el primer semestre 2021 (dato preliminar y parcial), se presentó una proporción del 1,9 % (n=279) para una población caracterizada de 14.987, en 2020 se presentó una proporción del 1,8% (n=233) para una población caracterizada de 12.704, en 2019 se presentó una proporción del 2% (n=137) para una población caracterizada de 6.930.

Respecto al exceso de peso, en Suba se observa una tendencia ascendente, pasando de 20,3 % en el 2005 a 31,3 % en el primer semestre de 2021. Para el primer semestre pp2021 el 31,3% (n=4.686) presentaron exceso de peso, en un total de población de 14.987, en el 2020 el 30,5% (n=3.880) presentaron exceso de peso en un total de población de 12.704, en 2019 el 25,7% (n=1.779) presentaron exceso de peso en un total de población de 6.930.

Estos resultados dejan en evidencia un aumento progresivo del exceso de peso en la población infantil, que se agudiza a lo largo del curso de vida y, por ende, aumentan las probabilidades de sufrir enfermedades crónicas. Dentro de los principales factores asociados se encuentran: el sedentarismo, la ocupación inadecuada del tiempo libre y las inadecuadas prácticas alimentarias de la población escolar que basan el consumo diario en alimentos procesados con bajo contenido nutricional y exceso de calorías. Es importante resaltar que el fenómeno de doble carga nutricional, se consolida como uno de las principales problemáticas en seguridad alimentaria y nutricional, para la planeación y ejecución de las acciones en salud, ya que se ve agudizado en cada curso de vida, donde disminuye lentamente la prevalencia de déficit de peso, pero aumenta en proporciones considerables el exceso de peso, lo cual, genera una gran sobrecarga en el sistema de atención en salud, con un marcado y progresivo deterioro de la calidad de vida de la población (52).

En cuanto al retraso en la talla, la localidad de Suba, aunque presenta disminución entre el 2005 y el primer semestre 2021 (2005=11,4%, pp2021=4,4%), se muestra fluctuante entre el ascenso y el descenso anual con tendencia al descenso. En el primer semestre 2021 el 4,4% (n=660) presenta retraso en talla, dentro de una población total de 14.987, en 2020 el 5,5% (n=698) presenta retraso en talla, dentro de una población de 12.704, en 2019 el 6,3% (n=440) presenta retraso en talla, dentro de una población de 6.930.

Malnutrición en población de 18 a 64 años

En la localidad de Suba, durante el periodo 2011 – 2020 se ha monitoreado el estado nutricional de la población entre los 18 y 64 años de edad, de este proceso se ha evidenciado que prevalece más el exceso de peso que la delgadez en este grupo de edad, lo que puede desencadenar enfermedades de tipo crónico que afectan la calidad de vida de quien la padece. Durante primer semestre de 2021, se caracterizaron 9.129 personas correspondientes a este grupo de edad, evidenciado 67 casos de delgadez y 6.100 exceso de peso. En el 2020 se caracterizaron 7.092 personas correspondientes a este grupo de edad, evidenciado 41 casos de delgadez (prevalencia de 0,57%) y 4.873 exceso de peso (prevalencia 68,7%), en el 2019 se caracterizaron 6.837 personas correspondientes a este

grupo de edad, evidenciado 43 casos de delgadez (prevalencia de 0,62%) y 4.457 exceso de peso (prevalencia de 65,1%).

Malnutrición en población mayor de 65 años

El proceso de envejecimiento implica una serie de cambios que repercuten directamente sobre el estado nutricional de la población adulta mayor, que la hace vulnerable con un riesgo elevado de sufrir deficiencias nutricionales. La pérdida del gusto u olfato, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, trastornos neurodegenerativos, enfermedades como el cáncer o cambios en la composición corporal, se consideran factores de riesgo, así como la pérdida de soporte psicosocial de la red de apoyo y vulnerabilidad socioeconómica.

En la localidad de Suba, en este grupo poblacional, se ha evidenciado que prevalece más el exceso de peso que la delgadez. Durante el primer semestre de 2021, se caracterizaron 10.136 personas correspondientes a este grupo de edad, evidenciado 29 casos de delgadez (prevalencia de 0,28%). y 4.711 exceso de peso (prevalencia de 46%). En el 2020 se caracterizaron 9.106 personas correspondientes a este grupo de edad, evidenciado 849 casos de delgadez (prevalencia de 9,3%). y 4.145 exceso de peso (prevalencia de 45%)., en el 2019 se caracterizaron 10.545 personas correspondientes a este grupo de edad, evidenciado 1.131 casos de delgadez (prevalencia de 10%) y 4.386 exceso de peso (prevalencia de 41%).

2.4 Organización social local

2.4.1 Instancias locales normadas de coordinación institucional

Según el acuerdo 257 de 2006 del Concejo de Bogotá “el Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital es el conjunto de políticas, estrategias, instancias y mecanismos que permiten articular la gestión de los organismos y entidades distritales, de manera que se garantice la efectividad y materialización de los derechos humanos, individuales y colectivos, y el adecuado y oportuno suministro de los bienes y la prestación de los servicios a sus habitantes”, definiendo además las instancias de coordinación Distrital: Consejo de Gobierno Distrital, Consejo Distrital de Seguridad, Consejos Superiores de la Administración Distrital, Comités Sectoriales de Desarrollo Administrativo, Comisiones Intersectoriales, Consejos Consultivos y Consejos Locales de Gobierno.

Adicionalmente, mediante la Resolución 233 del 2018 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, se expidieron los lineamientos para el funcionamiento de las instancias de coordinación, las cuales deben contar con una Presidencia y una Secretaría técnica para garantizar su operación y seguimiento a los compromisos adquiridos. En términos generales, la presidencia es la responsable de orientar y liderar la instancia de acuerdo al objetivo de la misma, mientras la Secretaría Técnica, está a cargo de la articulación de la gestión y seguimiento.

Es de aclarar que las instancias de coordinación institucional, no son instancias de participación, puesto que sus funciones son de carácter técnico, consultivo y de recomendaciones a las autoridades correspondientes (53). De acuerdo a lo publicado en la página de la Alcaldía Local, se relacionan el Consejo Local de Gobierno, el Consejo Local de Seguridad y el Consejo Local de Productividad, Competencia, Reactivación, Desarrollo y Sostenibilidad Económica.

2.4.2 Instancias Autónomas

Son aquellas instancias en las cuales la ciudadanía se organiza y es el actor más importante. Las instituciones pueden participar en estos espacios en calidad de invitados, pero no hacen parte de la organización (54). Para la localidad de Suba, según lo publicado en la página oficial de la Alcaldía Local, se encuentran activas las siguientes instancias de participación autónomas:

- Consejo Local de Sabios y sabias
- Consejo de Planeación Local
- Mesa Local de Víctimas
- Mesa de Agricultura Urbana
- Comité Local de Justicia Transicional

2.4.3 Instancias de participación mixtas

Son las que están compuestas por representantes de la comunidad, sectores sociales o ciudadanos en general, grupos de interés, representantes de organizaciones sociales y servidores públicos (53). Para la localidad de Suba, según lo publicado en la página oficial de la Alcaldía Local, se encuentran activas las siguientes instancias de participación mixtas:

- Comité Operativo Local de Envejecimiento y Vejez
- Comité de Familias
- Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia
- Red Buen Trato
- Comité Operativo Local de Juventud
- Consejo Consultivo Local de Niños, Niñas y Adolescentes
- Consejo Local de Discapacidad
- Mesa Interinstitucional LGBTI
- Consejo Local Afro
- Consejo Local de Propiedad Horizontal
- Consejo Local de Política Social
- Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático
- Comisión Ambiental Local
- Consejo Local de Arte, Cultura y Patrimonio
- Comité Operativo Local de Mujer y Género
- Consejo Local de Bienestar y Protección Animal

- Comité Local de Derechos Humanos
- Comisión Local de Movilidad
- Comité Civil de Convivencia Local
- Consejo Local de Seguridad para las Mujeres

2.4.4 Formas de participación en salud

El Sector Salud, a través de la SDS, cuenta con diferentes formas de participación comunitaria en salud, para el año 2021, en la localidad de Suba se cuenta con los mecanismos que se relacionan a continuación:

Tabla 35. Formas de participación comunitaria en salud, localidad Suba, 2021

Forma de participación	Descripción	Funciones	Requisitos
Asociación de Usuarios (Decreto 1757/1994 y 780/2016)	Agrupación de usuarios afiliados al régimen Contributivo y Subsidiado en salud, que vela por la calidad en la prestación de los servicios y la defensa de los derechos en salud de los usuarios. La localidad cuenta con dos asociaciones: Gran Alianza y Asodesuba	*Asesorar a los usuarios para acceso a servicios de salud. *Participar en juntas directivas de EAPB e IPS, para mejorar la calidad de los servicios ofertados a partir de las necesidades identificadas con los usuarios.	Acercarse a las Oficinas de Participación Social de las EAPB o IPS, en la que se encuentre afiliado o reciba atención en salud y manifestar su interés en hacer parte de este espacio de Participación Social en Salud.
Copacos (Decreto 1757/1994 y 780/2016)	Espacio de concertación en donde se encuentran representantes de organizaciones sociales y comunitarias de la localidad, las instituciones locales encabezadas por el alcalde Local o su delegado y representantes del sector salud del orden distrital y local.	Concertar, articular y coordinar acciones encaminadas a contribuir en la adecuada ejecución y seguimiento de los planes, programas y proyectos en el Plan de Desarrollo de la respectiva entidad territorial	Acercarse a la Alcaldía de la respectiva localidad con la carta que lo acredita como delegado de una organización social para solicitar su vinculación.
Junta Asesora Comunitaria en Salud (Acuerdo 641 de 2016 y Decreto 475/2016)	Instancia que busca fortalecer la participación activa comunitaria en salud en las Unidades de Servicios de Salud, con el fin de asesorar, apoyar y mejorar la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios.	*Canalizar y presentar a las IPS las inconformidades que la comunidad manifieste respecto de la calidad de los servicios. *Participar en las iniciativas de la salud propuestas por la autoridad sanitaria *Asesorar y apoyar procesos de planeación, ejecución y evaluación de las acciones en salud de su área de influencia.	Requiere un proceso de elección del representante de las Asociaciones de Usuarios y COPACOS ante la Junta Asesora Comunitaria.
Veedurías Ciudadanas en Salud	Mecanismo para ejercer el control social, mediante acciones lideradas por la ciudadanía, acompañadas por la Entidad, promoviendo una participación social efectiva. En la localidad se realiza veeduría a los Proyectos de Inversión Local, al PIC y al CAPS Suba.	*Informarse sobre todos los aspectos del plan, programa o proyecto sobre el cual se está ejerciendo la Veeduría, atendiendo las inquietudes de la comunidad frente al mismo. *Solicitar documentación e informes necesarios a los ejecutores del proyecto, sugiriendo ajustes y denunciando irregularidades ante las autoridades competentes.	Acercarse a las Oficinas de Participación Social y Servicio al Usuario/Servicio al Cliente de su EAPB o IPS

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Norte / Participación comunitaria
(<http://www4.subrednorte.gov.co/drupal/participacion-comunitaria>)

2.4.5 Organizaciones sociales y comunitarias

El Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, es el encargado de formular, orientar y coordinar políticas para la implementación y funcionamiento de las organizaciones sociales y comunitarias al interior de las localidades, además de realizar procesos de inspección, vigilancia y control sobre las organizaciones comunales.

Las principales instancias de participación comunal constituidas en las localidades son las Juntas de Acción Comunal, las Asociaciones de Junta de Acción Comunal y la Junta de Vivienda Comunitaria. Las JAC son organizaciones sociales, cívicas y comunitarias, de naturaleza solidaria, sin ánimo de lucro y de carácter privado, mientras las Asociaciones funcionan como organismo de acción comunal de segundo grado, con la misma naturaleza jurídica de las JAC. La junta de vivienda comunitaria es una organización cívica sin ánimo de lucro, integrada por familias que se reúnen con el propósito de adelantar programas de mejoramiento o de autoconstrucción de vivienda (55).

2.5 Relación morbi-mortalidad, ambiente, sociedad y economía en el territorio

Siguiendo con el análisis de la información presentada, se tomaron los determinantes socioeconómicos y ambientales más relevantes para analizar su relación con el estado de salud de los habitantes de la localidad de Suba. Se observa que la mayor actividad económica y laboral se concentra a nivel territorial en las UPZ El Rincón, Prado, Tibabuyes y Suba, en donde se encuentran sectores destinados principalmente al comercio, servicios profesionales, la industria y la construcción. Lo anterior tiene relevancia al ser las UPZ con mayor densidad poblacional y que coincide con el perfil morbi-mortalidad a nivel territorial puesto que el mayor número de atenciones en estas UPZ correspondieron a afecciones como la hipertensión arterial y enfermedades respiratorias, causas que se pueden relacionar con el creciente deterioro de condiciones y hábitos de vida en los habitantes.

En este sentido, como se observó en el perfil epidemiológico de la localidad, el número de atenciones y defunciones en UPZ como El Rincón, donde se evidencia una alta afección por enfermedades en el sistema respiratorio, tumores en bronquios o pulmón, puede relacionarse con problemáticas ambientales agudizadas por la contaminación del aire, la insuficiencia en el índice del espacio público verde y efectivo y el manejo inadecuado de los residuos sólidos y escombros en el espacio público.

Adicional a esto, el déficit cualitativo de vivienda es reflejo de las condiciones socioeconómicas de la población, que además puede estar relacionado con condiciones de hacinamiento en los hogares y sumado a la calidad de los materiales para la construcción de las viviendas, la poca ventilación y las condiciones de humedad pueden estar causando que patologías como IRA, ERA y EPOC, que así mismo inciden en la aparición de tumores en las vías respiratorias, generando complicaciones en el estado de salud, gastos en atención médica e incremento de la incidencia de enfermedades deterioran la calidad de vida de la población.

Las condiciones socioeconómicas que se reflejan en el bajo poder adquisitivo se relacionan con la dificultad de acceder a alimentos saludables y orgánicos; a su vez el escaso tiempo para propiciar una alimentación saludable junto con el auge de los alimentos industrializados y ultra-procesados, son factores que promueven la aparición de condiciones crónicas en la población (56) como el exceso de peso y/o la malnutrición. Esta situación se suma a los pocos espacios para la práctica de actividades lúdico recreativas y sedentarismo, situación que se ha relacionado con la aparición y mantenimiento de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, diabetes y cáncer de seno, que se encuentran entre las primeras causas de consulta en las UPZ El Rincón y Tibabuyes

Por otra parte, las condiciones laborales de los habitantes pueden estar relacionadas con las enfermedades musculo-esqueléticas, ya que gran parte de la fuerza de trabajo pertenece al sector la construcción, en donde las dolencias lumbares, fracturas debido a fragilidades óseas y trastornos de las articulaciones se ven agudizadas con el tiempo y con el desgaste físico propios de la actividad laboral.

La situación de la UPZ Tibabuyes es similar a la UPZ El Rincón, ya que la población tiene características similares, con la variable del alto número de muertes por lesiones de causa externa por arma de fuego y blanca, lo que se relaciona directamente con las condiciones sociales de inseguridad y violencia. Dichas condiciones se ven acrecentadas por múltiples factores en donde la pobreza, la falta de oportunidades a nivel educativo y laboral, sumado a casos de violencia intrafamiliar y social, situaciones que inciden directamente en el aumento de las alteraciones de la salud mental, inadecuado manejo de estrés y conductas suicidas. Adicional a esto, estas UPZ son las que concentran la mayor parte de la población víctima del conflicto armado dentro de la localidad.

A pesar del número de consultas reportadas, el índice de pobreza multidimensional para la localidad de Suba registra barreras de acceso a los servicios de salud, asociado a dificultades con el aseguramiento, costo de los copagos, tiempos de desplazamiento, entre otros. Adicional a esto, Suba es una de las localidades que presenta una de las tasas más alta de desempleo a nivel distrital, presentando alrededor de 45.290 personas sin empleo, lo que puede conllevar al incremento de población en situación de informalidad que se encuentra en riesgo ambiental, social y económico, repercutiendo en la necesidad de atención en salud y en las dificultades para el acceso a la misma.

3 CAPÍTULO III: PROFUNDIZACION EN EL ANALISIS TERRITORIAL

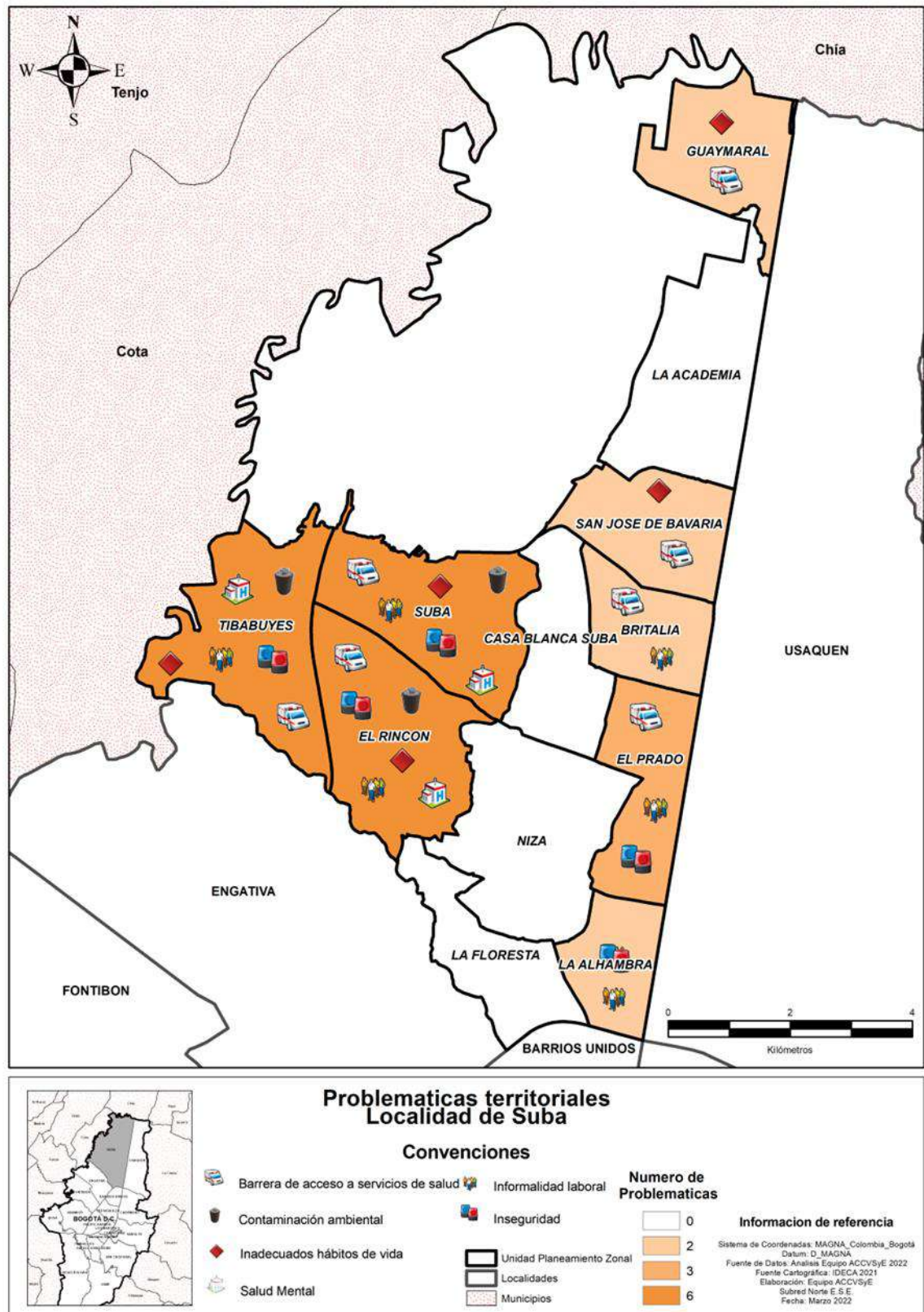
Este capítulo tiene como propósito profundizar en el análisis territorial por UPZ, a través de la conjugación de elementos descritos en capítulos anteriores, que influyen en la relación de salud-enfermedad de los habitantes de Suba. Al observar las condiciones y calidad de vida de la localidad, es evidente encontrarse con un territorio heterogéneo y diverso, donde las UPZ como La Academia y Guaymaral se caracterizan por ser de uso dotacional, mientras la Alhambra y Casablanca tienen baja habitabilidad en comparación con las demás UPZ. Por otra parte, El Rincón y Tibabuyes reúnen toda la amalgama de eventos en salud y de tensiones sociales de Suba. Para las primeras y segundas sobresalen características más de tipo ambiental o de morbilidad atendida que fueron abordados en los capítulos previos, pero los análisis de situaciones en salud determinados por condiciones sociales y territoriales se concentran gran parte de los análisis en las UPZ Suba, El Rincón y Tibabuyes; los cuales se describen a continuación.

En ese sentido, a partir de los análisis realizados en la Mesa Territorial, fueron priorizadas como problemáticas locales las afectaciones en la salud mental, barreras de acceso a los servicios de salud, inadecuados hábitos de vida, consumo de SPA, contaminación ambiental y habitabilidad en calle; focalizadas en las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba. Adicionalmente, tomando insumos como los diálogos ciudadanos, las problemáticas colectivas identificadas a través de VSPC con líderes locales y las Salas de Crisis, se conjugaron otras problemáticas relacionadas o consecuentes, como la inseguridad, dificultades de acceso a servicios de salud, la disposición inadecuada de residuos sólidos y la informalidad laboral.

El análisis espacial demuestra y representa que las problemáticas anteriormente mencionadas, se concentran en las UPZ El Rincón, Tibabuyes y Suba, en parte porque son las UPZ más densamente pobladas, con mayor concentración de tensiones como ya se mencionaba, y también porque son los territorios donde más se concentra la oferta institucional en general. También se debe reconocer que Suba es una localidad fuertemente asociada al aspecto ambiental, ya que presenta algunos de los cuerpos de agua y humedales más grandes de la ciudad, esto valida la respuesta de la población a las problemáticas de contaminación ambiental en la mayoría de UPZ.

Por último, se debe reconocer que las mismas características físicas y de su amplio territorio dejan vulnerable a la población de Suba para acceder a los servicios en salud. Si bien este problema de accesibilidad se presenta en gran parte de la localidad, el más claro ejemplo es el de la UPZ Guaymaral, ya que su ubicación resulta distante para acceder a los servicios de salud (Ver Mapa 15).

Mapa 15. Problemáticas territoriales, localidad Suba, 2021



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye 2022

A continuación, se amplían las problemáticas priorizadas, así como los determinantes relacionados y focalización de las mismas:

Barreras de acceso a servicios de salud

Es una problemática de gran extensión en el territorio pero que adquiere diferentes características según la UPZ donde se analice. En ese sentido, se manifiesta desde los diálogos ciudadanos que la población tiene dificultades en el sistema de salud en relación al acceso a los servicios de atención, seguimiento y de control, siendo las personas mayores con condiciones crónicas, la primera infancia y las gestantes, las poblaciones más afectadas.

En el caso de las UPZ Guaymaral, San José de Bavaria, Britalia y El Prado se habla de unas barreras más de tipo administrativo, en el sentido de no disponer de citas oportunas, la cancelación de su agendamiento de manera arbitraria, medicamentos insuficientes o no disponibles, errores administrativos (inconsistencia de información en bases de datos, no entrega o demoras en autorizaciones médicas y medicamentos, inadecuada orientación), y especialmente los puntos limitados de atención: infraestructura insuficientes, puntos de atención distantes, limitaciones del personal de salud para ordenar los servicios y tecnologías requeridos, humanización del servicio, entre otros. A ello se le suma la falta de programas de prevención y promoción en salud con énfasis en enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, cáncer, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), artritis, asma, Alzheimer, enfermedades huérfanas, entre otras; pues son particularmente la población del momento de curso de vida de vejez de estos territorios los que mayor demanda exigen.

Por su parte, en las UPZ Suba, El Rincón y Tibabuyes se asocia a una barrera de acceso por desconocimiento, pues junto a las mesas territoriales, la información de vigilancia comunitaria y la oficina de participación social, se concuerda que no ha sido suficiente la labor de comunicación y sensibilización de la oferta institucional y de las rutas de cuidado materno infantil, que logre disminuir el BPN, los embarazos tempranos, la anemia materna, las infecciones intrauterinas, los partos prematuros, las hemorragias graves, las ITS, la hipertensión gestacional y la malnutrición en los menores. La problemática se localiza principalmente en los barrios Lagos de Suba y Costa Rica, de la UPZ El Rincón y en Bilbao II sector y la Gaitana que son parte de Tibabuyes.

Se argumenta así mismo que lo anterior, encuentra un escenario que se acentúa con el fenómeno migratorio y la exclusión de comunidades étnicas residentes en el territorio. Esto se debe a que, por un lado, la inmigración, especialmente irregular, es un hecho de difícil caracterización por las propias dinámicas de desplazamiento e inestabilidad de las personas en el territorio, pues su integración social no termina de ser un proceso relativamente nuevo en la sociedad colombiana. Por ende, se ha sabido por diferentes entornos y programas de salud pública, que sus afectaciones en salud se encuentran relacionadas en el desconocimiento de la oferta de servicios y la no adherencia a controles y tratamientos médicos, particularmente para los infantes y las gestantes; parte de los

determinantes que actúan en la problemática están asociados a la inestabilidad laboral, la exclusión, la irregularidad en la permanencia, casos de habitabilidad de calle y situaciones de mendicidad.

Por otro lado, se menciona que no existe realmente un enfoque diferencial y de interculturalidad aplicado en las entidades, que además de acentuar la marginalidad social de algunas comunidades étnicas en estos territorios, se convierte en determinantes sociales de las malnutriciones en los niños y niñas, las morbilidades gestacionales y crónicas ya descritas. A lo mencionado, resulta pertinente recordar que entre estas UPZ (El Rincón, Suba y Tibabuyes), se cuenta con el 77% de la población víctima del conflicto armado.

Inadecuados hábitos de vida en niños, niñas y adolescentes

Como otra de las situaciones problemáticas identificadas se encuentran los inadecuados hábitos de vida, como mala alimentación, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco; que se han agudizado durante la emergencia por Covid-19, siendo en consecuencia un factor de riesgo para el aumento en la incidencia y tasas de condiciones crónicas no transmisibles en los adultos y personas mayores vistos en el perfil de morbilidad y que, aunque es un fenómeno local, tiende a ser más marcada en la UPZ Tibabuyes particularmente en los menores.

Dicha situación de hábitos inadecuados de vida se soporta, además del perfil de morbilidad y mortalidad, en parte con los indicadores de Sisvan ya que han establecido una prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años en 5,9% y 4,9% para los años 2020 y 2021 respectivamente. El mismo comportamiento sucede con la desnutrición aguda en menores de 5 años que presentó una prevalencia de 2,4% en 2020 y 2,3% en 2021. De igual manera, el retraso en talla en menores de 5 años mostró una prevalencia de 12,8% y 9,5% para los años 2020 y 2021 respectivamente. El exceso de peso en este grupo de edad, pasó de 4,4% a 3,8% entre los años anteriormente descritos.

Del total de escolares valorados en la localidad (36.893), la UPZ Tibabuyes concentra el 28% (10.269); de estos se resalta el sobrepeso con el 20% (2.056). Así mismo, existe un riesgo de delgadez en el 10% de la población valorada (1.072).

Sumado a lo anterior, en un ejercicio de Sala de Crisis se ha trabajado un índice de pobreza multidimensional, en particular con el índice de hogares sin alimentos por falta de recursos que tiene su concentración particularmente en las UPZ Tibabuyes, pero también en El Rincón, Suba, San José de Bavaria y Guaymaral.

Contaminación ambiental y deterioro de espacio público

Suba es de los territorios con un proceso histórico de asentamiento que permite entender la organización social actual. Su constitución se llevó a cabo alrededor de fuentes hídricas que hoy son escenarios de riesgo y de afectación debido en gran parte a la actividad humana: por una parte, es de resaltar el nivel pobre para el Canal del Río Salitre que acumula sedimentos y malos olores; por otro lado, los humedales Juan Amarillo, Córdoba,

Conejera, Guaymaral y el río Bogotá que además del riesgo de inundaciones son escenarios de vertimientos y puntos críticos de disposición de residuos; y finalmente, un permanente riesgo por movimiento en masa localizado principalmente en la parte alta de los Cerros de Suba.

La inadecuada relación con el espacio ambiental y social, junto a un débil sentido de pertenencia al territorio de parte de familias residentes, ha generado puntos críticos de disposición de residuos e inadecuados manejos de excrementos de mascotas en los espacios verdes de la localidad. Paralelo a la alta densidad poblacional, acentuado por el escaso espacio público y espacio verde de las UPZ El Rincón, Tibabuyes, Suba y Prado, ha conllevado a un hacinamiento que facilita la transmisión de eventos en salud que sobresalen en los perfiles de morbilidad como lo son las IRA, Covid-19 e infecciones de la piel.

En adición, son estas últimas UPZ las que mayores porcentajes de problemáticas comunitarias registran respecto al manejo inadecuado de alimentos en vía pública, tensiones sociales por ruido, inseguridad, violencias y contaminación por malos olores. También se identificó un porcentaje importante de problemas ambientales relacionados a excrementos, tenencia inadecuada de animales y escombros ocasionados por población habitante de calle y carreteros.

Una de las poblaciones más afectadas por estas dinámicas es la población en condición de discapacidad, identificando que Suba tiene 44.231 personas caracterizadas, donde el 56% de los mismos viven en la UPZ El Rincón y la principal discapacidad es física con el 73%; estos resultan estar afectados por la inadecuada disposición residuos sólidos (escombros, heces de animales) y la invasión de los andenes y rampas. Lo anterior conduce a que se hayan constituido algunos puntos críticos dentro de las UPZ, generando elementos de contexto que actúan como fuerzas sobre los eventos de salud pública.

Deterioro salud mental y convivencia social

De acuerdo a la priorización de las mesas territoriales en salud, el confinamiento resultado de la emergencia por Covid-19, agudizó las afectaciones en la salud mental de la comunidad, desencadenando problemáticas como aumento del consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y violencias, esencialmente hacia la mujer.

De acuerdo con Vespa, el consumo de SPA mostró un aumento en casos pasando de 311 casos en 2020 a 498 casos en 2021, siendo los adultos los que más concentran el evento con el 41% (128 registros) y el 42% (213 registros) respectivamente; los hombres son los más representativos del consumo de SPA con 207 (66%) y 314 (63%) casos respectivamente para cada año. Para Suba con corte al año 2022 se lleva un registro de 1.110 casos, de estos la UPZ Suba tiene el 18% de representatividad (202 casos) siendo los hombres los que más casos registran con 129 casos, es decir, el 64% de la UPZ.

Se argumenta desde este espacio de análisis, que los cambios provocados por las dinámicas del país y acrecentadas, aceleradas o constituidas durante la pandemia, como

el desempleo, el encierro, la ansiedad por la emergencia sanitaria y la priorización de la oferta hacia la atención del Covid-19, conllevó a disminuir drásticamente las actividades institucionales para este evento que, junto a la pérdida de familiares, de cambios en sus rutinas y el afán de subsistencia, encontraron refugio en el consumo de sustancias.

Algunos elementos resaltados en el análisis y que carecieron de alguna asistencia fueron la falta de autocontrol y de las herramientas para la resolución de conflictos y manejo de emociones; el desconocimiento en la oferta de servicios/ayudas y canales de atención de las entidades que aunque limitadas estuvieron disponibles, así como la desinformación de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental; la frustración y el afrontamiento de adversidades; las estructuras familiares que se sustentan en la “Naturalización” de la problemática y de unos vínculos familiares débiles.

A su vez, la conducta suicida registrada en Sisvecos en la localidad, acumuló un total de 1.822 casos en el año 2020 y 3.338 casos en 2021. En los análisis generales del evento, se tiene que la mayor parte de los casos se concentran en la juventud, personas entre los 18 y 26 años siendo los problemas en la familia: relaciones de pareja o esposos, con los padres y familiares o con la vivienda y problemas económicos; el desencadenante principal en ambos años. Se señala a su vez que en Suba “el puente de la virgen” se ha convertido en un lugar asociado con el suicidio para los habitantes. No obstante, la UPZ para el año 2020 tuvo el 25% (449) de casos y en 2021 tuvo el 26% (863) de casos en conducta suicida de la localidad, siendo la que más concentra el evento de Suba.

Finalmente, de acuerdo a Sivim, se tiene un registro en la localidad de 2.379 casos de violencia intrafamiliar en 2020, frente a 1.124 casos reportados en 2021, en donde las personas más afectadas son las mujeres 75% (1781) y 76% (858) de los casos respectivamente. Del reporte en general de la notificación, la mayor concentración del evento se produce en los grupos entre los 6 a 13 años con el 23% (540 casos) para el año 2020 y el grupo de 14 a 17 años con el 53% (602 casos) para el año 2021.

El maltrato infantil paso de tener un reporte de 122 casos en 2020 a una notificación de 174 casos en 2021, siendo las niñas las más afectadas del evento con el 60% (74 casos) y 62% (67 casos) respectivamente. La UPZ Tibabuyes es la que más concentra casos de violencias con el 32% (767 casos) siguiendo las mismas características locales en sexo con 71% (545 casos) en mujeres y edad de 6 a 13 años con el 27% (205 casos).

Informalidad laboral

Parte de la inadecuada administración del espacio y el hacinamiento, conduce a tensiones en la convivencia en la comunidad por la invasión de vehículos como se mencionaba párrafos atrás, y por el aumento de la economía informal y los establecimientos con conceptos desfavorables.

Desde el Sistema de Vigilancia Sivistra se tiene un total de 671 UTI caracterizadas en la localidad durante el periodo 2017 a 2020. De estas, el 29% (196 casos) se concentran en la UPZ El Rincón y el 19% (131 casos) en la UPZ El Prado.

A pesar de ser una situación que se despliega en el territorio de El Rincón y El Prado, se menciona que el hecho se extiende alrededor de 20 ejes o puntos específicos identificados por las instituciones y la comunidad en la localidad: Portal Suba, Centro Suba – Subazar, La Gaitana, El Rincón, Lisboa, Britalia, San Cipriano, CC Colina, CC Iserra 100, La Campiña, Compartir, Autopista Norte, Portal Norte, Gilmar, El Plan, Casa Blanca, Avenida Tabor. Tibabuyes, Plaza Fundacional, Calle 138 – Kr 58. Parte de las personas en actividades económicas informales suele igualmente generar aglomeraciones en los colegios de la localidad.

Este hecho obedece a que la economía informal ofrece a muchas personas una alternativa de subsistencia y de poder adquisitivo de mayor oportunidad para solventar sus necesidades diarias. Además de convertirse en un modo de vida durante la pandemia y la reactivación económica, se ha venido consolidando de manera más prolongada en espacios comerciales como los mencionados. La pobreza, los costos altos de formalización, la inmediatez de los recursos y la relativa facilidad de cualificación permite que la informalidad sea un problema destacado en la localidad.

Inseguridad

Actualmente la población local, según hallazgos desde participación social, considera a la UPZ Suba como uno de los territorios con mayor porcentaje de hurtos y delincuencia común; generando tensión y temor en los habitantes residentes y transeúntes que, ante la sensación de ausencia institucional, pérdida de autoridad por parte del Estado, y un sistema sancionatorio ineficiente e inoportuno, propicia en la comunidad situaciones de violencia como la justicia por mano propia.

De acuerdo a las narrativas construidas desde los espacios de participación social, la comunidad asegura sentir la inseguridad ciudadana como uno de los principales problemas que los afecta, con una percepción de aumento especialmente después de la pandemia del Covid-19 y que surge de los contextos del consumo de SPA y el microtráfico cada vez más pronunciados en los territorios de la UPZ El Rincón y Suba. Una negativa situación que afecta primordialmente a las mujeres adultas y adolescentes, aunque es un hecho que no discrimina edad ni sexo. Parte de la dinámica encuentra explicación para la comunidad en la exclusión social y la marcada desigualdad en la estructura de oportunidades socioeconómicas que afecta negativamente la economía familiar y social de la localidad. Gran parte de la inseguridad le encuentran igualmente significado en el incremento constante de población migrante en situación de pobreza y habitabilidad en calle; y tiende a ubicarla en puntos estratégicos de falta de iluminación alrededor de los cuerpos de agua y ríos, así como parques comunales.

Otras Generalidades

A pesar de no ser de gran protagonismo en las anteriores descripciones, cabe mencionar algunos elementos que ocurren y coexisten en otros territorios de la localidad. Respecto al territorio conformado por las UPZ La Academia y Guaymaral no se tienen suficientes aspectos a resaltar si se compara con otros territorios de la localidad, pues sus características de densidad poblacional y de infraestructura son casi inexistentes. No obstante, es de mencionar que sus viviendas tienen el 97% de ocupación, con un promedio de tres personas por hogar y para los cuales dentro de sus mayores desafíos se encuentra el riesgo latente de inundación por el Humedal Torca y el canal del Río Guaymaral, y de carecer de equipamientos públicos en salud cercanos con una marcada ausencia institucional.

Las UPZ San José de Bavaria y Britalia tienen continuos procesos de construcción de propiedad horizontal que atraen y albergan familias con procesos de expansión nuclear, que demandan una gran necesidad de servicios de salud enfocados actualmente a la salud sexual y reproductiva, en especial a la materno infantil y salud en la primera infancia. Al no contar con los equipamientos disponibles de manera cercana, se incrementan los factores que inciden en el desarrollo y agudización de morbilidades: se tiene las prevalencias de desnutrición global en menores de 5 años más alta de la localidad y una de las más altas en exceso de peso en los infantes; así mismo, contiene las mayores tasas de mortalidad infantil y de niñez de la localidad, reforzado por la demora en la atención primaria de los niños, niñas y gestantes.

La UPZ El Prado tiene características territoriales que no promueven el adecuado espacio público y aún menos el espacio público verde que son necesarios para la recreación, la salud, el ocio y una buena salud mental y física. Esta UPZ congrega a varias poblaciones, residentes y flotantes, a empresas e industrias que agudizan los contaminantes atmosféricos, de ruido y de olores en el territorio, que facilitan la dispersión de agentes patógenos en el espacio, de allí que las enfermedades transmisibles encuentren cabida, especialmente el covid-19 en ambientes cerrados, hacinados y de poca oxigenación. La población crónica es de las más representativas y de las más afectadas por las condiciones territoriales descritas al no contar con elementos protectores y por ser uno de los territorios con mayor mortalidad por Covid-19.

Para las UPZ Alhambra, Niza, Casablanca y Floresta, de parte de los equipos de vigilancia comunitaria se han identificado y notificado por parte de la comunidad situaciones de inseguridad y de habitabilidad en calle que se configuran en tensión frente a los parajes donde se encuentran ubicados los contenedores de basuras. Se suele asociar a la persona recolectora de “Basuras” como un migrante que opera en grupo y que junto al habitante de calle son considerados puntos de inseguridad móviles en el territorio. También son territorios en los que se tiene la mayor parte de problemáticas comunitarias concentradas en la contaminación por olores y ruido.

En lo que respecta a la UPR de Suba, no se tienen datos desagregados, razón por la cual el cálculo de indicadores y la información relacionada para ampliar el contexto es inminentemente cualitativa y dependiente del trabajo de campo relacionado en el territorio. Por lo sabido, lo que sobresale en las necesidades manifestadas por la comunidad son la falta de vías y servicios básicos como problemáticas que afectan a los habitantes de la vereda Chorrillos. Es una situación tensa que tiene el debate sobre la Reserva Thomas Van Der Hammen pues la comunidad está dividida respecto al tema, particularmente la comunidad indígena Muisca que se manifiesta en contra de la intervención y construcción de la vía Suba-Cota abogando por la riqueza natural y agronómica del suelo.

4 CAPÍTULO IV: RESPUESTA INSTITUCIONAL – SOCIAL – COMUNITARIA Y POTENCIALIDADES DEL TERRITORIO

En este apartado se describe la respuesta existente a nivel institucional y comunitario, a las situaciones priorizadas identificadas por UPZ en el capítulo anterior. Es de aclarar que desde el sector salud, se ejecutan acciones colectivas e individuales de promoción de la salud y gestión del riesgo, dirigidas a toda la población; por lo cual, este capítulo inicia con un contexto general de dichas intervenciones y posteriormente, se profundizará en la respuesta a nivel territorial, de acuerdo a las características de cada UPZ.

En consecuencia, con lo anterior, es importante mencionar que la SDS, mediante convenios con las Subredes Integrales de Servicios de Salud, ejecuta el PSPIC en el Distrito Capital, que se encuentra enmarcado en los contenidos del Plan Decenal de Salud Pública, el Modelo de Acción Integral Territorial y el actual Plan de Salud Territorial. El objetivo del plan, es impactar de manera positiva los determinantes de salud en los territorios, con un conjunto de intervenciones, organizadas de manera estructural por cuatro Procesos Transversales (Análisis y Políticas, GPAISP, VSP, Vigilancia Sanitaria y Ambiental) y cinco Entornos Cuidadores de Vida, los cuales se describen a continuación:

Tabla 36. Actividades y población objeto, Entornos cuidadores de Vida, PSPIC, 2021

Entorno cuidador	Interacciones	Actividades	Población Objeto
Hogar	Cuidado para la salud familiar	*Caracterización Familiar *Identificación riesgos en salud *Plan de cuidado familiar	Familias
	Abordaje étnico diferencial	*Búsqueda y seguimiento activo *Activación de rutas de salud y sociales	Comunidades étnicas
Educativo	Promoción de la salud	*Acciones de IEC (Sesiones educativas) *Fortalecimiento de líderes escolares que promuevan la cultura de la salud *Jornadas de promoción de la salud en escenarios universitarios	Comunidad educativa de establecimientos educativos priorizados

	Gestión integral del riesgo	*Gestión del riesgo de eventos de interés en salud pública *Tamizaje nutricional a menores de 5 a 17 años *Gestión para vacunación *Canalización a servicios sectoriales e intersectoriales	
	Acompañamiento en la reapertura del sector educativo	*Acompañamiento y asesoría técnica en la implementación de los protocolos de bioseguridad	
Laboral	Desvinculación progresiva de NNA del trabajo informal	*Caracterización perfil de riesgo en NNA *Asesoría y monitoreo de la desvinculación del trabajo infantil	NNA que realizan algún tipo de actividad económica
	Promoción del autocuidado y gestión del riesgo en los trabajadores de las UTI	*Caracterización de condiciones de salud y trabajo para concertación de planes de cuidado *Asesorías para modificar los entornos de trabajo	Trabajadores y Trabajadoras de las UTI
Comunitario	Promoción de la Salud y Gestión del Riesgo en el Entorno Comunitario:	*Acciones de IEC para población que vive o transita en puntos considerados como críticos, para promoción de hábitos saludables *Fortalecimiento de entornos ambientalmente saludables *Caracterización barrial y comunitaria	Comunidades, líderes, grupos y organizaciones; así como las personas que transitan en espacios públicos.
	Comunidades Promotoras y Protectoras de la Salud	*Centros de escucha (mujeres, CHC, LGBTI y población Raizal) *Barrismo social y salud colectiva *Red de cuidado colectivo de la RBC para población con discapacidad y afectaciones sociales *Servicios de acogida juveniles (grupos de riesgo consumo de SPA) *Cuidate y Se Feliz (tamizaje cardiovascular)	
Institucional	Cuidado para la salud de las personas institucionalizadas y sus cuidadores	*Promoción de la salud a través de panes de cuidado institucional (instituciones de protección, hogares comunitarios, instituciones de protección de persona mayor e instituciones sostenibles por la salud mental)	Personas institucionalizadas, sus familias, cuidadores y cuidadoras

Fuente: documento técnico del plan de salud pública de intervenciones colectivas, Secretaría Distrital de Salud, 2021

Respecto a los Procesos Transversales; desde Análisis y Políticas se articulan acciones intersectoriales y posicionamiento de las Políticas Públicas en diferentes espacios locales. A través de Gpaish se implementan los programas de vacunación intra y extramural, que hacen parte del esquema regular, así como el programa de Tuberculosis y Lepra, que incluye prevención, diagnóstico y tratamiento; desde este proceso se realiza el monitoreo de las canalizaciones a diferentes servicios de salud, manteniendo contacto con las EAPB y los entornos en respuesta a las necesidades de la población, además de aportar mediante asistencias técnicas a IPS y EAPB, al funcionamiento de los servicios de salud.

El proceso de VSP, se encuentra organizado en diferentes subsistemas, que incluyen Estadísticas Vitales (vigilancia demográfica, natalidad y mortalidad), atención humanizada a la defunción en casos de muertes no violentas que ocurren fuera del ámbito de una institución de salud, vigilancia de eventos de interés en salud pública que incluyen salud sexual y reproductiva, estado nutricional de la población infantil, gestantes y adultos mayores, eventos transmisibles y no transmisibles (discapacidad, cáncer, salud oral y

trabajo informal) y eventos de salud mental (violencias, conducta suicida, consumo de SPA), todo esto en el marco del sistema de información del aplicativo Sivigila. Es de aclarar que dentro de VSP, se encuentra el ejercicio de vigilancia comunitaria en Salud Pública.

Finalmente, para el caso de acciones colectivas, desde Vigilancia Sanitaria y Ambiental, se realizan procesos de inspección, vigilancia y control, organizados en cinco líneas: alimentos sanos y seguros, calidad del agua y saneamiento básico, seguridad química, medicamentos seguros, aire, ruido y radiación electromagnética, cambio climático y vigilancia de eventos transmisibles de origen zoonótico.

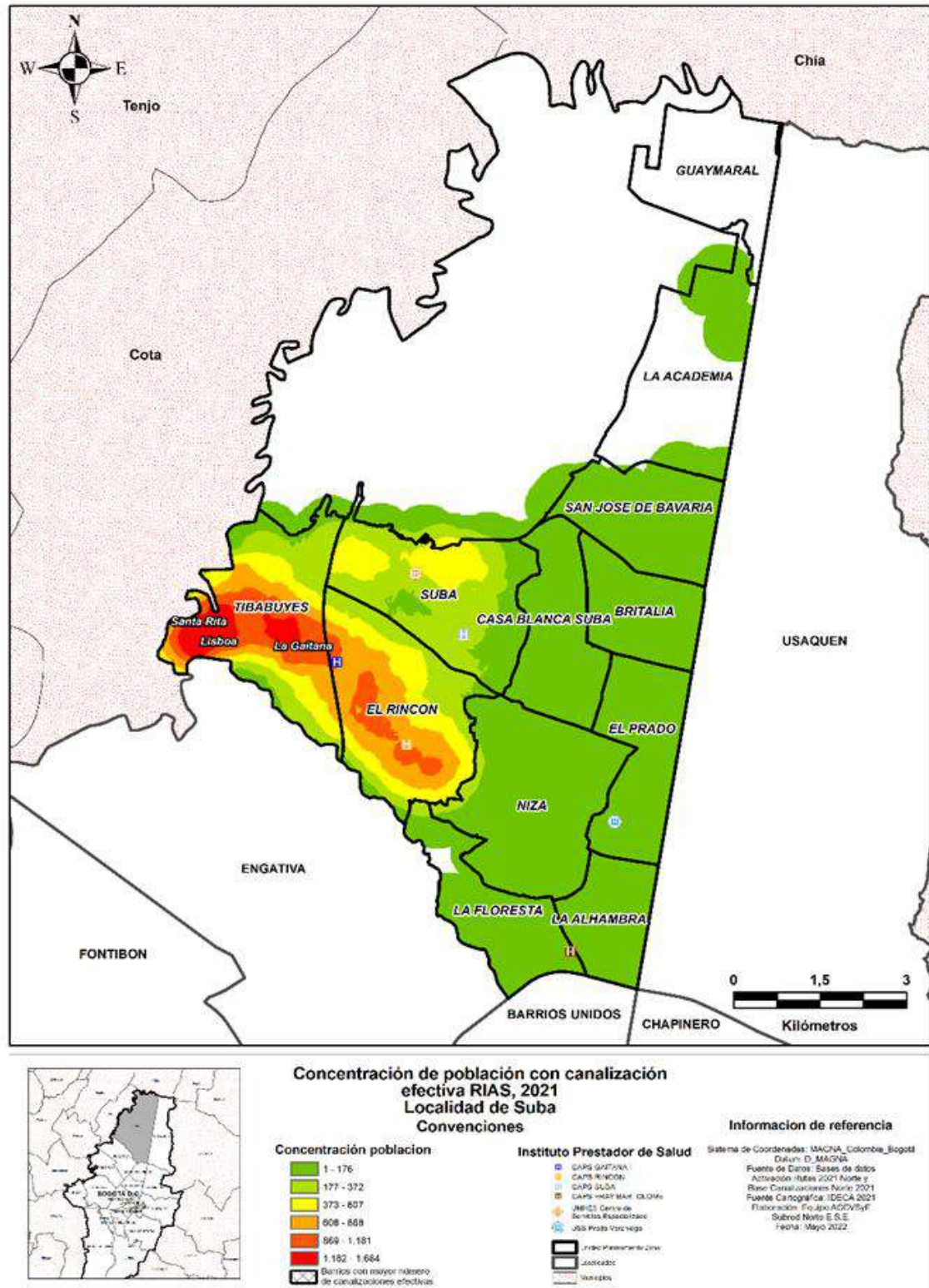
Por otra parte, desde el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran normadas las atenciones individuales para la promoción de la salud, prevención y manejo de la enfermedad, es así como las EAPB administran los recursos para la prestación de servicios de salud a través de una red prestadora propia o adscrita, según lo definido en el plan básico de salud. Así mismo, con la puesta en marcha de la Resolución 3280 de 2018, se implementaron las RIAS, organizadas en tres grandes grupos:

- RPMS, cuyo ordenador son los momentos de curso de vida, “incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores”.
- RIAS para grupos de riesgo: “comprende las intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento”.
- RIAS de atención específica para eventos, “dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas” (57).

Como parte de las acciones colectivas se realiza la identificación y canalización a la RPMS, así como a los servicios de salud definidos en el plan básico. Para la población no asegurada o afiliada a la EAPB Distrital Capital Salud, los servicios anteriormente mencionados, son ofertados por las Subredes Integrales de Servicios de Salud, que cuentan con Umhes, CAPS y USS, para la atención de los usuarios.

Respecto a la canalización a rutas accionadas de manera efectiva para la atención de la población, se observa que estas tienden a concentrarse en las UPZ de mayor problemática a nivel local, es decir, Tibabuyes (40,6%), Rincón (31,9%) y Suba (13,8%); siendo los barrios con mayor cantidad de canalizaciones: Santa Rosa, Lisboa y Gaitana (Ver Mapa 16).

Mapa 16. Concentración de población con canalización efectiva a RIAS, localidad Suba, 2021



Fuente: elaboración propia Equipo Accvsye a partir de base de datos Activación de rutas 2021 Norte y Base Canalizaciones Norte 2021

Partiendo del contexto de la respuesta del sector salud y retomando aspectos abordados en el documento, se presenta a continuación la particularidad de la respuesta para cada una de las problemáticas priorizadas en la localidad de Suba:

Barreras de acceso a los servicios de salud

Para mitigar parte de las barreras que están afectando la salud de la población local en las UPZ, la respuesta ha sido enfocada a la promoción de las Rutas Integrales de Atención en Salud que, a pesar de no contar con una amplia cobertura, ha permitido acceder a servicios de salud requeridos.

En ese sentido cabe destacar que se realizaron 14.742 canalizaciones efectivas a diversas rutas entre las cuales están: la RIA de promoción y mantenimiento a la salud con el 58,9% (8.691 usuarios) en las que se brindó atención a menores por valoración integral primera infancia (2.264 personas), se atendió a las personas para toma de prueba ADN-VPH o de citología (entre los 25 y 29 años para citología / entre los 30 y 65 años ADN-VPH) (1.979 personas), y se atendió a personas mayores de un año sin profilaxis, se les realizó remoción de placa bacteriana, aplicación de barniz de flúor y asistencia odontológica (1.208 personas); se completaron esquemas de vacunación (1.108 personas) y se brindó atención en salud por medicina general o medicina familiar del adulto (445 personas), de la vejez (406 personas), Adolescente (341 personas) y Juventud (306 personas).

De igual manera, en las UPZ se ha logrado cobertura de la RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio, cerebro, vascular y metabólicas manifiestas con un 14,6% (2.158 usuarios) de las canalizaciones efectivas; teniendo la atención a las personas con diagnóstico de obesidad y/o hipertensión arterial y/o diabetes no adherente a tratamiento y/o controles médicos (1.168 personas); seguido por la atención a personas con riesgo CVM medio, alto o con diagnóstico de obesidad y/o hipertensión arterial y/o diabetes para prescripción/recomendación de actividad física (658 personas), atención a persona con tamización de riesgo CCV (escala cardiovascular de OMS y FINDRISC) y estratificación de riesgo medio, alto y muy alto (150 personas), y las personas con complicaciones secundarias a la patología de base sin control reciente (125 personas). Desde el programa de crónicos de la Subred Norte se atendieron a 6.258 usuarios de los cuales un 35% estaba en un riesgo alto (1.646 personas) o muy alto (377 personas).

Por último, para la RIAS para población materno - perinatal se realizaron 91 atenciones, principalmente para gestante sin control prenatal o no adherente a controles (39 usuarias), gestante no valorada por nutricionista o con alteración nutricional o que no recibe suplementación con micronutrientes (12 usuarias), gestante sin esquema de vacunación adecuado para la edad gestacional (9 usuarias), y gestante o en post parto que al momento de indagar, identifica una situación emocional que en ese momento afecta su vida (7 usuarias).

A pesar de existir una oferta que entra a cubrir los límites que de por sí tiene el plan obligatorio de salud, está muy lejos de responder a las principales causas de las barreras

en salud de la localidad, pues no se han generado canales efectivos de comunicación y sensibilización que oriente al conocimiento y divulgación de los mismos, y en parte se ha delegado la función a solo el sector salud por su misionalidad sin ser conscientes de la transversalidad que requiere de los otros sectores para dicha tarea. Así mismo, los procesos administrativos propios del sistema, aunque naturalizados, carecen de soluciones reales y se percibe una resolución parcial de algunos casos mediante vías jurídicas más no mediante una estrategia corporativa de las IPS y EAPB.

Inadecuados hábitos de vida en niños, niñas y adolescentes

De igual manera, se ha logrado cobertura de la RIA para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales con un 1,8% (269 usuarios) de las canalizaciones efectivas; siendo los más participes los menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición aguda sin control por nutrición o pediatría en el último mes (160 personas), seguido por la atención a menor de 5 años con diagnóstico de desnutrición aguda sin tratamiento médico o nutricional (54 personas). Se tienen de igual forma atenciones en menores de 5 años sin control médico en el último semestre con desnutrición aguda (36 personas), niño, niña o adolescente con diagnóstico de obesidad sin tratamiento (14 personas), y niño, niña o adolescente con diagnóstico de obesidad sin control en el último semestre (5 personas).

De otro lado, desde la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, en el Comité Local de SAN, han hecho énfasis con la población que se dedica al trabajo de huertas caseras y urbanas. Ha sido un punto álgido dentro de la localidad ya que se debe contar con la articulación intersectorial para adelantar procesos de formulación y reconocimiento de estos proyectos de emprendimiento. Adicionalmente, se logra identificar que la mayoría de la población se encuentra en los momentos de curso de vida de adultez y vejez.

No obstante, a los esfuerzos generados, es observable que la respuesta es limitada a un evento que demanda más cobertura y alternativas de acción en la población menor de la localidad. El abordaje clínico y de salud es un elemento necesario pero obsoleto, sin una modificación real de hábitos de vida saludables que carecen de oferta institucional e intersectorial.

Contaminación ambiental y deterioro de espacio público

Se ha realizado articulación específicamente con los centros de escucha del Entorno Comunitario, y con las bodegas de reciclaje ubicadas en el sector, en intervenciones con la población habitante de calle, carreteros y recicladores de oficio, en la sensibilización para la disposición adecuada de los residuos sólidos en el espacio público y la no utilización de estos espacios para ejercer esta actividad de recuperación y en la garantía de los derechos de acceder a una afiliación al régimen de salud y el proceso de carnetización que les brinda Uaesp.

De otro lado, el comportamiento de los residentes debe ser el factor de transformación que no solo mitigue el daño ambiental, sino que promueva su cuidado. La respuesta en este

sentido ha sido insuficiente encontrando no solo dificultades en la lucha contra el cambio climático sino en la actividad humana.

Deterioro salud mental y convivencia social

La respuesta se concentra de parte del sector en la RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento con el 13,5% (1.996 usuarios) en donde se brindó atención a personas con ideación, plan, amenaza o intento de suicidio (779 personas), seguido por las personas con síntomas de trastorno mental y del comportamiento (525 personas), atención a personas con problemas psicosociales (duelo, pautas de crianza, estrés, trastornos del aprendizaje, aquellos asociados con otras enfermedades en salud, entre otras) (334 personas), abordaje de personas con trastorno mental y del comportamiento (depresión, demencia, esquizofrenia, ansiedad, fobias), sin atención integral (262 personas), a personas víctima de violencia intrafamiliar o maltrato infantil sin atención integral (45 personas), y a personas víctima de violencia sexual (24 personas). De igual manera, de las RIAS cabe mencionar la atención a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas (400 personas).

Informalidad laboral

En relación al trabajo informal se ha logrado que los vendedores tengan procesos de autorregulación, a través del acompañamiento y la sensibilización para la prevención del Covid-19 de parte del entorno laboral del sector salud. En cuanto a las jornadas y actividades realizadas, se han establecido reuniones desde el Puesto de Mando Unificado, jornadas de identificación y caracterización, pedagogía en el espacio público, jornadas de sostenibilidad del espacio público articulación interinstitucional, jornadas de inscripción y elección a Consejos Locales de vendedores informales, jornadas de organización y acompañamiento a ferias navideñas en el Portal de Suba, entrega de kit de bioseguridad, jornadas de acompañamiento a ferias institucionales y jornadas de proyectos de organización. Para un total de 1.626 jornadas desarrolladas durante el 2021.

Para concluir desde el IPES, se cuenta con un equipo permanente en la localidad de Suba, con cuatro gestores locales, uno de ellos es el referente local que es el encargado de cargar la información de la caracterización de los vendedores informales y establecer articulación con las entidades que realizan acciones dentro del territorio.

Adicionalmente, dentro de la localidad se realizaron 36 jornadas de identificación y caracterización, divididas en 23 jornadas en espacio público, 9 de ferias institucionales, dos de transporte público y dos de bicitaxistas; para un total de 1.080 personas identificadas y caracterizadas. De acuerdo a la oferta de servicios que brinda la institución dentro de la localidad, se cuenta con 21 mobiliarios semi estacionarios (Triciclos con logos de la Alcaldía Local), cuatro quioscos (Ubicados en vías principales) y tres puntos comerciales.

Finalmente, esta institución ha realizado una serie de pactos en el espacio público, acordes al plan de desarrollo, enfocados en una autorregulación, corresponsabilidad y control del espacio público. Se ha venido trabajando de manera articulada con todas las instituciones

(Secretaría de Movilidad, SDIS, Transmilenio, Subred Norte), que tienen presencia en el territorio.

Los esfuerzos permiten logros asertivos frente a la problemática, pero el aumento de la inestabilidad económica y de la pérdida de capacidad adquisitiva a nivel estructural, dificulta no solo la regularización de los trabajadores sino la subyugación propia del fenómeno, pues su incremento parece inevitable.

Inseguridad

Actualmente el sector salud no tiene respuesta frente a la inseguridad de manera directa. Cabe aclarar que existe en toda la localidad una oferta sectorial e intersectorial en la implementación de políticas públicas, programas y proyectos de cada institución gubernamental. Se remite al lector a la consulta de estas a cada entidad pues sus resultados, logros y coberturas obedecen a una misionalidad y una lógica que no necesariamente se orienta a ser competencia del sector salud.

No obstante, se mencionan algunas canalizaciones de parte del sector salud a las distintas entidades: se realizaron 308 activaciones de rutas con acceso efectivo, 135 a Secretaría Distrital de Integración Social, 59 a la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, 30 al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar regional Bogotá, 23 Instituto Distrital de Recreación y Deporte, 16 Secretaría de Educación Distrital, 18 Alcaldía Local, 11 Secretaría Distrital de la Mujer, tres Registraduría Distrital, cinco a Casa de Igualdad de Oportunidades, 3 IDIPRON, tres Secretaría de Desarrollo Económico, uno a Defensoría del pueblo y una a Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal.

Ruralidad

A pesar de no contar con información respecto a las acciones implementadas en la zona rural de la localidad, es importante mencionar que desde Entorno Hogar, en el marco de la estrategia de abordaje periurbano, para el año 2021, se realizó la identificación de 54 familias en la zona de Chorrillos, logrando la intervención de 15 menores de cinco años, 21 personas con condiciones crónicas, siete gestantes, dos casos de violencias reiteradas y seis casos para abordaje psicosocial; a los cuales se realizó la respectiva canalización y activación de rutas, de acuerdo a los riesgos identificados.

5 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez se mencionado lo anterior, a modo de análisis y síntesis, se resalta de manera general que Suba cuenta en su mayoría con una población adulta y de vejez ya que el índice de envejecimiento ha sido mucho más alto, junto a una natalidad que va en decrecimiento, con los años; con unas características socioeconómicas diversas, pero en donde principalmente resalta la clase media. Las familias residentes son representativamente nucleares de tres o más miembros y suelen concentrarse en los cinturones periféricos de la localidad siendo la UPZ Rincón la de mayor densidad demográfica.

Ha sido una localidad con una estructura organizada desde su fundación y tradición indígena, lo que ha permitido auges de expansión paulatino y controlado, pero también una herencia de ruralidad que sobrevive en medio de una urbanización acelerada. El territorio cuenta con varios elementos ecológicos e hidrográficos pero que han estado en amenaza por las inadecuadas prácticas sociales del manejo de residuos; ambos aspectos concentrados en la UPZ Tibabuyes. De allí que resulte indispensable partir de que Suba tiene una lógica de “metrópoli moderna” puesto que la comunidad local, ancestral residente no puede disolver los vínculos sociales con el territorio y la naturaleza “se vincula de forma íntima con el regreso al lugar... se asume que el territorio supone un vínculo indisoluble entre la cultura y la naturaleza, en el que el espacio geográfico es apropiado en la práctica social local, y su forma está determinada por las maneras en que los diferentes grupos humanos ocupan los lugares a lo largo de la historia y producen formas de pensarlo, hacerlo y valorarlo en escenarios de relaciones de poder”; una lucha por los humedales, miradores, senderos y demás riqueza natural.

Por su parte, la UPZ Rincón es la de menor espacio público efectivo y la de mayor número de hogares, pero con una gran concentración de equipamientos colectivos. Esta UPZ cuenta con un elemento que, aunque de fenómeno reciente es de carácter permanente: la inmigración, como proceso que conduce a la creación de nuevos modos de vida por parte de personas involucradas en un tipo de migración recurrente y continuo. Esto es percibido en el aumento de población joven y por su puesto de morbilidades como sífilis congénita, rubéola, tétanos y difteria, que, aunque prevenibles con esquemas básicos de vacunación y controles prenatales, la situación de la migración en el país no permite una integración efectiva con el sistema de salud.

En las UPZ mencionadas Rincón y Tibabuyes, junto a UPZ Suba, es donde se acumulan el 73% de las atenciones en salud, siendo estas en su mayor parte solicitadas por mujeres, en cursos de vida juventud y vejez; siendo las enfermedades no transmisibles, las musculoesqueléticas, la salud oral y las endocrinas, las que más sobresalen en los registros de atenciones en salud.

Se tiene índices de desigualdad bastante marcados en el territorio reflejados tanto en el GINI como en las zonas de segregación y de contraste entre UPZ como Rincón y San José

de Bavaria, y, por ende, en la distribución de la morbilidad y mortalidad. Es pertinente comprender que los eventos de salud ameritan y proclaman territorializaciones como sucede con el suicidio en el alto de la virgen o de las experiencias particulares de los pacientes crónicos que implica una fractura familiar, simbólica y social, ya que la enfermedad conlleva a una transformación de las dinámicas discursivas y prácticas de la persona y su familia, así como un cambio de las trayectorias y de los modos de apropiación de aquellos espacios que eran paulatinamente frecuentados y habitados.

Generar análisis en una localidad tan grande, diversa y compleja, resulta un desafío de interminables procesos, sin embargo, es necesario que se identifiquen puntos específicos que fundamenten focalizaciones y conlleven a los aspectos clave de la localidad que por lo menos permitan una aprehensión de la realidad que está condicionando y determinando la salud en el territorio.

Es de destacar que, a partir de la sistematización de propuestas por localidad, fruto de los diálogos ciudadanos realizados en el año 2021, y de acuerdo con las diferentes problemáticas identificadas, surgen como propuestas específicas para la localidad algunas recomendaciones. En relación con la seguridad, se propone, por un lado, diseñar estrategias académicas y laborales para las personas, gestionando becas y trabajando los proyectos de vida de los más jóvenes; la Alcaldía Local en relación con la Universidad Distrital y el Sena con educación técnica y tecnológica, deben ser actores protagonistas para esta propuesta. Por otro lado, relacionado con la inseguridad y el consumo de SPA, es necesario brindar orientación, informar y educar en torno a los riesgos, donde involucre a los menores, adultos y personas mayores, pedagogía respecto al consumo de SPA de una manera responsable, generando diálogos de convivencia, involucrando talleres de grafitis y demás tendencias deportivas y culturales.

Así mismo, es importante fortalecer el Comité de Seguridad de la JAL, identificar los puntos de mayor inseguridad y realizar acciones en los territorios, como charlas en temas de seguridad y demás. Las JAC deben identificar el porcentaje de jóvenes que no se encuentren estudiando en los territorios y gestionar becas para los más necesitados, llevando la educación al barrio. Desde la mesa debe posicionarse la ruta futura de la disminución del consumo de SPA y la reducir la disponibilidad de sustancias.

Por otra parte, para la contaminación ambiental se considera relevante generar acuerdos entre el sector de bares, barristas y comunidad con carácter vinculante, mediados por la policía para garantizar su cumplimiento, donde los organizadores asuman compromisos generando planes de contingencia o llevando a cabo acciones de responsabilidad social.

Además, es importante promover la adecuada disposición de residuos, a partir de bolsas que diferencien su origen y se cree un mecanismo de multa por el incumplimiento. Esto junto a las actividades ambientales como: pacas digestoras, jornadas de limpieza, fortalecer las huertas caseras y comunitarias, promoviendo la educación mental y la conciencia ambiental; es parte de la necesidad de recuperar los espacios verdes. Se requiere el apoyo

de la Alcaldía Local de Suba y de la Secretaría de Ambiente para que no se permita pavimentar los ante jardines de las casas, e involucrar las instituciones educativas básicas y superiores para servicios sociales o pasantías que fomenten la participación ambiental en el territorio.

Se propone igualmente para la salud mental el trabajar en la mitigación de la atención deshumanizada por parte del cuerpo médico a las personas con diagnóstico psicosocial y a sus familias. Capacitar al talento humano en humanización del servicio, con enfoque diferencial, así como desde la academia sensibilizar a estudiantes y practicantes en el trato humanizado a pacientes. Se sugiere contratar personal en salud acorde a la demanda de los servicios que se ofrecen, dado que actualmente se percibe el aumento de la carga laboral y se debe realizar seguimiento a cada profesional referente a los casos que maneja.

Por su parte, se debe fortalecer la instancia de participación de mujeres del Comité Operativo Local de Mujer y Equidad de Género, para que identifiquen sus derechos y los servicios a los que tienen acceso, realizar recorridos y ferias de servicios para que se conozca la oferta institucional de la Secretaría de la Mujer y la Ruta de atención para violencias. La Alcaldía Local y el sector salud se debe articular con instituciones de educación superior, para que los practicantes realicen sus pasantías en los territorios donde se presenten mayores casos de problemáticas en salud mental, en los salones de las JAC.

De manera especial frente a la atención en salud es considerable insistir en el fortalecimiento étnico y diferencial. Reconocer los saberes médicos ancestrales, desde la formación en los territorios, en el uso de plantas medicinales como la “Coca, Marihuana, Amapola”, entre otras. De acuerdo con diferentes técnicas para recuperar la memoria, desde las huertas comunitarias y desde allí fortalecer el concepto, utilidad y la historia de la herencia cultural que se tiene desde el uso de estas. Las instituciones que hagan un fortalecimiento y reconocimiento del enfoque étnico, donde se pueda vincular a la comunidad y a sus sabedores médicos ancestrales, sabedores y mayores junto con el fortalecimiento y respeto por su lengua propia, entendiendo que son parte del legado cultural y reconociendo las bases del conocimiento popular a través de actividades con la comunidad, raíces y su relación con el otro, no solo por compartir el territorio sino por sus saberes. Los espacios de encuentro y diálogo, institucional y comunitario, deben ser posicionados.

Es necesario considerar algunas recomendaciones particulares para las poblaciones diferenciales debido precisamente a sus aspectos y dinámicas en la localidad. Por un lado, la población con discapacidad presentó una mayor afectación durante la pandemia, debido principalmente a las diferentes medidas de confinamiento y por el cierre parcial o total de instituciones, fundaciones y colegios, que les proveen de servicios y bienes necesarios para su desarrollo.

Las transformaciones y procesos adaptativos en salud de las personas con discapacidad y sus cuidadoras y cuidadores continúan siendo desafiantes aún más con las consecuencias

generadas, a saber: afectaciones a la salud mental por ansiedad, estrés y depresión, acentuado por la falta de medicamentos y disponibilidad de citas; malnutrición, el acceso al bono alimentario y la disponibilidad de productos complementarios y suplementarios propios de algunas personas con discapacidad promovió una alteración en sus hábitos alimenticios; la tasa de desempleo recae aún más fuerte para la población con discapacidad que se encuentra laborando, especialmente en la informalidad; y finalmente, por desconocimiento o por temas punitivos moralmente, los derechos sexuales y reproductivos en la población con discapacidad requiere de un trabajo en el acceso a la información y en los canales de dialogo para preservar la intimidad y privacidad de las personas (58).

De igual manera garantizar y mejorar el acceso a los servicios de salud y toda la oferta institucional para la población víctima del conflicto armado y en situación de discapacidad, en las UPZ Tibabuyes y el Rincón, ya que estas son las que más albergan este tipo de población. Lo anterior conlleva esfuerzos en múltiples niveles, como capacitar el personal de salud en el respeto y comprensión entorno a contextos de conflicto armado vividos, de igual manera reforzar el conocimiento del personal en las rutas integrales para la atención a víctimas y generar orientaciones claras entorno a instituciones a las cuales se puede acudir, además de apoyo u orientación en procesos de duelo y cuidado de la salud mental y emocional.

Adicional a esto reforzar la soberanía alimentaria y nutricional ya que gran parte de la población que es desplazada no solo carece de vivienda propia sino de la capacidad para adquirir alimentos sanos y medicinas naturales de acuerdo a sus sentidos sociales y culturales, para esto es necesario fortalecer el derecho a las huertas comunitarias y a los bonos alimentarios para toda la población, para esto se hace necesario ampliar las garantías para el derecho al acceso a esta población.

Al ser Suba una de las localidades con mayor presencia de población Negra y Afrocolombiana, lo cual puede verse como una de sus potencialidades humanas y territoriales, se recomienda realizar ejercicios permanentes de reconocimiento, fortalecimiento e integración del conocimiento de la medicina ancestral propia de las comunidades negras, afros y palenqueras, es vital establecer alianzas con los kilombos distritales (centros de medicina ancestral) como el *Kilombo Seriema* y/o organizaciones comunitarias (Escuela de Formación Afro de Suba, Fundación Arte y Cultura del Pacífico – FUNDARTE, entre otras), los cuales son espacios de fortalecimiento de la identidad cultural afrocolombiana y negra; ya que son lugares de sanación física y espiritual, así como espacios de construcción de conocimiento para la población afro y para la población en general.

Por otra parte, las barreras de acceso a los servicios de salud pueden encontrar, a perspectiva de la comunidad, una solución mediante las siguientes consideraciones: mejorar la orientación, información y direccionamiento que se le brinda a la ciudadanía desde la EAPB y las IPS, trabajando el buen trato en la atención, claridad en la comunicación profesional y médica, reconocimiento de la diferencia y la discapacidad, y

fortaleciendo la capacidad técnica y de recursos para la identificación de riesgos. Es necesario mantener los portafolios de servicios y puntos de atención actualizados de EPS y USS, así como la agenda de citas.

Se pueden eliminar barreras de acceso a derechos a la salud logrando que los medicamentos e insumos se entreguen en puntos centralizados y equidistantes para la ciudadanía de parte de las diferentes Subredes, así como los de Audifarma para especialidades. Es indispensable que la información sea clara y actualizada entre Audifarma y Capital Salud, frente a los procesos Mipres y autorización de medicamentos especiales y sus requerimientos.

Fortalecer y apoyar con recursos iniciativas como "Salud a mi barrio" enfocado en la salud a domicilio, estos recursos estarían orientados en brindar incentivos a las organizaciones y propuestas ciudadanas de la comunidad que participa. Esta actividad puede aportar al abordaje de prioridades en salud, para lo cual se podría llevar a cabo en zonas determinadas por los mapas de calor que tiene la Subred Norte, fortaleciendo la articulación interna para aprovechar estas y otras iniciativas.

Es comprensible que las respuestas, al ser en sí mismo recursos limitados, no cuenten con coberturas amplias ni metas suficientes y en muchos casos no respondan a los problemas y se desagreguen de manera desigual en la localidad. No obstante, resulta pertinente sugerir algunos elementos a tener en cuenta según algunos hallazgos por UPZ.

Con relación a la UPZ La Academia y Guaymaral, la respuesta no coincide en mitigar las principales características de morbilidad y mortalidad de la población, no obstante, a que se generan atenciones oportunas y efectivas en el territorio. Por ende, es pertinente fortalecer no solo las acciones y estrategias en torno a la promoción y prevención de la obesidad, hipertensión arterial y/o diabetes, sino a la generación de actividades intersectoriales de integración con la institucionalidad con la actividad física, la recreación y el deporte aprovechando los espacios verdes. Así mismo, deben implementarse alternativas que mitiguen los desgastes físicos por desplazamientos o actividades laborales, y la fumigación eventual para prevenir eventos transmisibles.

Para el caso de las UPZ San José de Bavaria, Britalia, Casablanca, Floresta y Niza, aunque mantienen una respuesta para algunas situaciones de salud, es necesario fortalecerlas ampliando la cobertura y generando enlaces y trabajos mancomunados con otros sectores en aspectos ambientales y de convivencia, en especial con respecto a la primera infancia y la juventud. De igual manera, mantener y reiterar en estas UPZ las acciones como la valoración integral primera infancia, el examen clínico de la mama, la toma de mamografía y la atención integral a las gestantes; que son determinantes para la transformación del escenario actual de la salud.

En la UPZ El Prado, la respuesta coincide en dar soporte a la serie de circunstancias que han determinado la salud de la población. No obstante, resulta recomendable ampliar la

atención a las personas con riesgo de cáncer de próstata (tamizaje PSA por oportunidad a partir de los 50 años), a aquellas con complicaciones secundarias a la patología de base sin control reciente, sin toma de mamografía o sin realización del examen clínico de la mama. Así mismo, se requiere un ejercicio de prevención de las enfermedades crónicas mediante hábitos saludables, actividad física y trabajo en la recuperación de espacio público y regularización de establecimientos y UTI aplicando la normativa ambiental.

En las UPZ Suba, El Rincón y Tibabuyes se concentra la mayor parte de las respuestas. En Suba, sin embargo, es prioritario mejorar las acciones de prevención del consumo de SPA y la conducta suicida. Igualmente, aunque se tiene un margen de acción esta es insuficiente en temas de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual o maltrato infantil pues se presentan casos sin atención integral, en temas de trastornos mentales y de consumo de SPA, manejo de cutting y conducta suicida especialmente con el acompañamiento a los familiares del suicidio consumado. Como problema central de la UPZ es urgente el trabajo intersectorial para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y de comportamientos manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Por su parte, en El Rincón es importante continuar con el fortalecimiento de acciones que mitiguen las barreras de acceso a la salud; atención prioritaria a la población materno - perinatal, especialmente las afectadas en su salud mental y nutricional; población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas sin tratamiento o sin adherencia al tratamiento y población con riesgo o presencia de cáncer. Es una UPZ que debe ser abordada en temas de conciencia ambiental y recuperación de los espacios verdes como escenarios saludables y protectores.

Finalmente, para Tibabuyes es menester fortalecer las acciones y rutas estratégicas para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas, infecciosas (Sífilis y VIH), así como aquellas con riesgo de agresiones, accidentes y traumas, particularmente las afectadas por las violencias físicas, abandonos y negligencias.

Suba es de las localidades que concentra un componente de ruralidad que debe ser considerado y caracterizado, pues gran parte de su ausencia en los análisis obedece a que no ha sido discriminada la información para este sector o se encuentra sin caracteriza, por lo que resulta menester emprender actividades de identificación, caracterización y orientación de trabajo hacia la ruralidad.

A modo de cierre, es bien sabido tanto por la comunidad como la estructura institucional estatal, que la pérdida de la experiencia debido a la alta rotación del talento humano, aunque permite la transformación de las dinámicas territoriales también equivalen a reprocesos de aprendizaje y conocimiento que la comunidad no siempre considera pertinente y tolerable, incluso entre sectores mismos de gobierno. Las acciones en este sentido se convierten en conocimiento “archivable” pero no necesariamente transferible ni de efectos asertivos. Es necesario trabajar los nodos de transferencia de conocimiento intra

e intersectoriales que permitan la dinámica de las Políticas Públicas y su efectividad en campo.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcaldía Local de Suba. La cuestión indígena y ambiental. [Online]. Available from: <http://www.suba.gov.co/mi-localidad/conociendo-mi-localidad/historia>.
2. Rojas NG. Análisis de la influencia del proceso de urbanización de la localidad. [Online].; 2013. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12155/GonzalezRojasNicolasAlexander2013.pdf?1>.
3. Secretaría Distrital de Hacienda. Diagnóstico físico y socioeconómico. [Online].; 2004. Available from: <https://www.shd.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/RECORRIENDO%20SUBA.pdf>.
4. IDECA. Mapas Bogotá. [Online].; 2021 [cited 2021 noviembre 30. Available from: <https://mapas.bogota.gov.co/?l=646&e=-74.22388074513934,4.506703751269957,-73.89429090138978,4.6725101830838245,4686&b=7256>.
5. Alcaldía Mayor de Bogotá. Documento Técnico de Soporte: Anexo 06 construcción y caracterización de las unidades de planeamiento local (UPL). ; 2021.
6. Secretaría Distrital de Planeación. POT- Documentos. [Online].; 2020 [cited 2022 marzo 18. Available from: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/11_suba_-_diagnostico_pot_2020_version_2.pdf.
7. Subred Integrada de Servicios en salud Norte ESE. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad localidad Suba. [Online].; 2018 [cited 2022 marzo 18. Available from: https://www.subrednorte.gov.co/sites/default/files/salud-publica/Documento%20ACCVSE%202018_Suba.pdf.
8. INFOSALUD. Que le ocurre a tu salud si vives a mas de 2.500 metros de altitud? [Online].; 2021 [cited 2022 Marzo 2018. Available from: <https://www.infosalud.com/salud-investigacion/noticia-le-ocurre-salud-si-vives-mas-2500-metros-altitud-20210427073633.html>.
9. IDIGER. Localidad de Suba: Consejo local de Gestión del Riesgo Y cambio climático. [Online].; 2018 [cited 2021 noviembre 30. Available from: <https://www.idiger.gov.co/documents/220605/308168/Identificaci%C3%ADon+y+priorizaci%C3%B3n.pdf/f7fba903-6d59-469f-89a4-b64045e87a54>.
10. Secretaria Distrital de Ambiente. OAB. Informe calidad del agua WQI 2018-2019. [Online].; 2018-2019 [cited 2021 noviembre 30. Available from: https://oab.ambientebogota.gov.co/?post_type=dlim_download&p=13926.
1. Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático. Caracterización General de Escenario de Riesgo por Incendios Forestales. [Online].; 2018 [cited 2021 noviembre 30. Available from: <https://www.idiger.gov.co/documents/220605/308168/Escenarios+de+Riesgo+por+Incendios+Forestales+.pdf/cb17ad54-0797-4524-8ab9-386ce0f1c6ef>.
- 1 Obando L. Parques Salud pública y calidad de vida. 2015..
- 2.
- 1 Organización Naciones Unidas ONU. Los espacios verdes: un recurso indispensable para lograr una salud sostenible en las zonas urbanas. [Online].; 2021 [cited 2022 marzo 21. Available from:

<https://www.un.org/es/chronicle/article/los-espacios-verdes-un-recurso-indispensable-para-lograr-una-salud-sostenible-en-las-zonas-urbanas>.

- 1 Organización Naciones Unidas. Los espacios verdes: un recurso indispensable para lograr una salud sostenible en las zonas urbanas. [Online].; 2017 [cited 2022 marzo 18. Available from: <https://www.un.org/es/chronicle/article/los-espacios-verdes-un-recurso-indispensable-para-lograr-una-salud-sostenible-en-las-zonas-urbanas>.
- 1 Cámara de Comercio de Bogotá. Perfil económico y empresarial Localidad Suba. [Online].; 2007 [cited 2021 5. noviembre 30. Available from: https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/2888/6231_perfil_economico_suba.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 1 IDECA. Mapas Bogotá. [Online].; 2021 [cited 2021 Noviembre 30. Available from: <https://mapas.bogota.gov.co/?l=646&e=-74.22388074513934,4.506703751269957,-73.89429090138978,4.6725101830838245,4686&b=7256>.
- 1 Secretaría Distrital de Salud_SIVIGILA. Observatorio de Bogota SaluData. [Online].; 2020 [cited 2022 7. febrero 28. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-ambiental/inspeccion-vigilancia-sanitaria/>.
- 1 Colín LÁ. Familia, desarrollo y cambio social. Claves para un estudio interdisciplinario. En-claves del 8. pensamiento. 2008 diciembre; 2(4).
- 1 Guillén NP. Transformaciones en las familias: análisis conceptual y hechos de la realidad. Rev. Ciencias 9. Sociales. 2007; 2(116).
- 2 INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. CONSECUENCIAS DE LAS TRANSFORMACIONES EN 0. FAMILIAS DE ESTRATOS POPULARES URBANOS SOBRE LA REPRODUCCIÓN INTERGENERACIONAL DE LA POBREZA. [Online]. [cited 2022 MARZO 23. Available from: http://www.iin.oea.org/Seminario_Contexto_Familia/Conferencia_Ruben_Kaztman.htm.
- 2 Orozco AH. El sentido de pertenencia y la identidad como determinante de la conducta. Una perspectiva desde 1. el pensamiento complejo. Revista de Investigacion educativa de la REDIECH. 2018 diciembre; 9(10).
- 2 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. ASIS Diferencial Comunidades 2. Negras y Afrocolombianas. 2020. Equipo de Gobernanza.
- 2 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE. Análisis de la situación en salud para la 3. población diferencial Raizal. 2020..
- 2 Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Información del Registro Único de Víctimas 4. (RUV) de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). ; 2020.
- 2 Unidad para la atención y reparación unico de víctimas. Información del Registro Único de Víctimas (RUV) 5. de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). Base de datos. ; 2021.
- 2 Unidad para la atención y reparación integral para las víctimas. Información del Registro Unico de Victimas. 6. Bogotá: Unidad para la atención y reparación integral para las víctimas, Cundinamarca; 2021.
- 2 Subred Integrada de Servicios en Salud Norte ESE. Equipo entorno comunitario Subred Norte. Centro de 7. Escucha LGBTI.. ; 2021.
- 2 S. A. Experiencias de atención en salud de personas LGBT y significados del personal de salud que les 8. atiende.. Cundinamarca: Bogotá: Universidad del Bosque; 2018.
- 2 Ministerio de Salud y Protección Social. Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad.. , Oficina de 9. Promoción Social. Diciembre 2020..
- 3 Ministerio de Salud y Protección Social -SDS. Aplicativo del Registro para la Localización y Caracterización 0. de. [Online].; Agosto 2020 - diciembre 2021 [cited 2022. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-cronicas/discapacidad-res113/>.

- 3 Dirección de Análisis y Diseño Estratégico -DADE-. Secretaría Distrital de Integración Social-SDIS. Bogotá, 1. 2020..
- 3 Universidad de los Andes. Habitantes de la calle ¿cómo entenderlos? El derecho a la salud por Hernando Zuleta González director del Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas (Cesed). [Online].; 2018 [cited 2022 Marzo 18. Available from: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/antropologia/habitant>.
- 3 Unidad administrativa especial de servicios públicos. Caracterización población recicladora 2020, 3. Subdirección de aprovechamiento, Bogotá D.C..; Enero de 2021.
- 3 Montenegro AP. "Ojalá pudieran entender mejor nuestro trabajo". Aproximaciones a los aspectos 4. generacionales en la informalidad de una asociación de recicladores en Bogotá. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2018..
- 3 Infobae. Nuestros datos muestran como se concentra lapoblación de migrantes venezolanos en Bogotá. 5. [Online].; 2021 [cited 2022 marzo 21. Available from: <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/02/14/nuevos-datos-muestran-como-se-concentra-la-poblacion-de-migrantes-venezolanos-en-bogota/>.
- 3 Secretaria Distrital de Salud. Diagnóstico del Fenómeno Migratorio con Énfasis en Salud en el Distrito 6. Capital [Internet]. [Online].; Agosto 2020. [cited 2021 diciembre 3. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/Fen_migratorio/Diagnostico_FMM_agosto_2020.pdf.
- 3 Secretaría Distrital de la Mujer.. Caracterización de personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas 7. en contextos de prostitución en Bogotá, 2017.. [Online].; 2017 [cited 2021 diciembre 7. Available from: <http://omeg.sdmujer.gov.co/asp/results.html>.
- 3 Secretaría Distrital de la mujer. DOCUMENTO DIAGNÓSTICO E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES 8. ESTRATÉGICOS POLÍTICA PÚBLICA DE ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS 2019-2029. 2019..
- 3 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, entorno laboral, equipo ASP. Gestión del riesgo con 9. personas vinculadas a las actividades sexuales pagadas.. 2020..
- 4 Ministerio de salud. Observatorio del Mercado de Trabajo. Revisado el 21 de enero de 2022.. 0.
- 4 Bogotá AMd. Monografía 2017 Suba. Diagnóstico de los principales aspectos territoriales, de 1. infraestructura, demográficos y socioeconómicos. Bogotá: Secretaría de Planeación; 2017.
- 4 Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta multiproposito 2017. ; 2018. 2.
- 4 Banco Mundial, Grupo de investigaciones sobre el desarrollo.. 3.
- 4 Cámara de Comercio de Bogotá.. Observatorio de la región Bogotá-Cundinamarca.. [Online]. [cited 2021 4. diciembre 11. Available from: https://www.ccb.org.co/observatorio_en/Economia/Analisis-Economico/Crecimiento-economico/Crecimiento-economico/Y-Bogota-tiene-uno-de-los-PIB-p.
- 4 Alcaldía Mayor de Bogotá. Déficit de vivienda urbana en Bogotá y Cundinamarca, año 2017.. 5.
- 4 BDUA - ADRES. Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de marzo de 2022. 2022. Datos consultados en 6. Observatorio Distrital - SaluData.
- 4 J&VG. M. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias.. 7. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.. 2009; 2(27).
- 4 Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Organización Mundial para la Salud. Ginebra,Suiza.. 8.
- 4 Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y 9. perspectivas a futuro Vol.61 no.1 México feb. 2004.. [Online]. [cited 2022 febrero 23. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100010&script=sci_arttext.

- 5 Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre bajo peso al nacer “metas mundiales de 0. nutrición 2025”..
- 5 OMS | Sobrepeso y obesidad infantiles [Internet]. WHO. [citado 21 de junio de 2019]. [Online]. [cited 2021 1. diciembre 11. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.
- 5 Murcia-Moreno NP COV[BoMiCaaAtiSDRFM2. [Online]. Available from: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.49609>, 64(2): 239-47. Spanish. doi.
- 5 IDEPAC. [Online]. [cited 2022 febrero 20. Available from: <https://www.participacionbogota.gov.co/somos-idpac/estructura/promocion/asesoria-tecnica-instancias-espacios-de-participacion#:~:text=Instancias%20Aut%C3%B3nomas%3A%20Son%20aquellas%20en,hacen%20parte%20de%20la%20organizaci%C3%B3n>.
- 5 IDEPAC. [Online]. [cited 2020 febrero 11. Available from: [Fuente: https://www.participacionbogota.gov.co/somos-idpac/estructura/promocion/asesoria-tecnica-instancias-espacios-de-participacion#:~:text=Instancias%20Aut%C3%B3nomas%3A%20Son%20aquellas%20en,hacen%20parte%20de%20la%20organizaci%C3%B3n](https://www.participacionbogota.gov.co/somos-idpac/estructura/promocion/asesoria-tecnica-instancias-espacios-de-participacion#:~:text=Instancias%20Aut%C3%B3nomas%3A%20Son%20aquellas%20en,hacen%20parte%20de%20la%20organizaci%C3%B3n).
- 5 IDEPAC. [Online].; 2021 [cited 2022 febrero 12. Available from: <https://www.participacionbogota.gov.co/las-organizaciones-comunales-trabajan-por-y-para-su-comunidad>.
- 5 RedASA. Sobre la intersección de la alimentación y la salud. Trayectorias antropológicas y trabajo en salud. [Online].; 2020 [cited 2022 marzo 31. Available from: <https://www.redasa.net.ar/wp-content/uploads/2020/11/Libro-de-Actas-II-Jornadas-redASA-final.pdf>.
- 5 Ministerio de Salud y Protección Social. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las 7. RIAS. 2018..
- 5 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. Transformaciones y procesos adaptativos en salud 8. de las personas con discapacidad y sus cuidadoras y cuidadores en Bogotá durante la pandemia de COVID-19, a la luz de algunas dimensiones prioritarias del PDSP. 2020..
- 5 Montenegro AP. "Ojalá pudieran entender mejor nuestro trabajo". Aproximaciones a los aspectos 9. generacionales en la informalidad de una asociación de recicladores en Bogotá. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2018.
- 6 Centro de Investigação e Estudos de Sociologia C. Imaginarios de la Integración en Colombia. Análisis del 0. Discurso de Inmigrantes Venezolanos y en las Políticas Públicas. Bogotá: Universidad Santo Tomás ; 2020.
- 6 MUJER SDDL. DOCUMENTO DIAGNÓSTICO E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ESTRATÉGICOS 1. POLÍTICA PÚBLICA DE ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS 2019-2029. Bogotá; 2019.
- 6 Alcaldía Mayor de Bogotá. Así va la legalización de barrios en Bogotá. [Online].; 2021 [cited 2022 marzo 2. 18. Available from: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/habitat/legalizacion-de-barrios-en-bogota-0>.
- 6 INFOSALUD. ¿Qué le ocurre a tu salud si vives a más de 2.500 metros de altitud? [Online].; 2021 [cited 3. 2022 marzo 18. Available from: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-le-ocurre-salud-si-vives-mas-2500-metros-altitud-20210427073633.html>.
- 6 Borden Institute. Medical Aspects of Harsh Environments, Volume 2. [Online].; 2008 [cited 2022 marzo 18. 4. Available from: https://web.archive.org/web/20090111214536/http://www.bordeninstitute.army.mil/published_volumes/harsEnv2/harshEnv2.html.
- 6 Salud sin Daño. Cambio climático y salud humana. [Online]. [cited 2022 marzo 18. Available from: <https://saludsindanio.org/americalatina/temas/cambio-climatico-salud-humana>.
- 6 PNUD- MANDEEP DHALIWAL. El clima y la salud van de la mano. [Online].; 2019 [cited 2022 marzo 18. 6. Available from: <https://www.undp.org/es/blog/el-clima-y-la-salud-van-de-la-mano>.
- 6 Rebecca Morelle. Resucitan a un virus de 30.000 años. [Online].; 2014 [cited 2022 marzo 18. Available from: https://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2014/03/140304_ultnot_virus_milenario_descongelan_lav.

- 6 Secretaria Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá SALUDATA. [Online].; 2020 [cited 2022 febrero 28. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-ambiental/inspeccion-vigilancia-sanitaria/>.
- 6 Equipo ACCSyE Subred Norte.. Documento población trans-mujeres.. ; 2021.
- 9.
- 7 (Cesed) HZGddCdEsSyD. Habitantes de la calle ¿cómo entenderlos? El derecho a la salud. [Online].; 2020 [cited 2022 marzo 22. Available from: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/antropologia/habitantes-de-la-calle-como-entenderlos>.
- 7 Infobae.. Nuevos datos muestran cómo se concentra la población de migrantes venezolanos en Bogotá. [Online].; 2020 [cited 2021 febrero 14. Available from: <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/02/14/nuevos-datos-muestran-como-se-concentra-la-poblacion-de-migrante>.
1. [Online].; 2020 [cited 2021 febrero 14. Available from: <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/02/14/nuevos-datos-muestran-como-se-concentra-la-poblacion-de-migrante>.
- 7 MUJER SDDL. DOCUMENTO DIAGNÓSTICO E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ESTRATÉGICOS
2. POLÍTICA PÚBLICA DE ACTIVIDADES SEXUALES PAGADAS 2019-2029. Bogotá; 2019. ; 2019.
- 7 Equipo ASP Subred Norte.. Gestión del riesgo con personas vinculadas a las actividades sexuales pagadas.
3. Informes mensuales. Bogotá: Subred Norte, Entorno Laboral; 2020..
- 7 EL. M. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores.. Salud Colectiva. 2005 Enero-Abril; 1(1): p. 9-32.
4. .
- 7 KV. F. Salud, pobreza y derechos humanos.. Gac Méd Caracas [Internet]. 2003 Diciembre;(111(4)): p. 271-273. .
- 7 A. C. La crianza en disputa. Un análisis del saber médico sobre el cuidado infantil. In VIII Congreso Argentino
6. de Antropología Social; 2006; Argentina: Universidad Nacional de Salta. .
- 7 J. R. Sobre la intersección de la alimentación y la salud. Trayectorias antropológicas y trabajo en salud.
7. 2020; 57. .
- 7 E. G. Del derecho a la alimentación a la autonomía alimentaria. In Dossier para el seminario de
8. sustentabilidad.; Febrero 2010.; San Cristóbal de las Casas, Chiapas. .
- 7 ByHD. L. The cultural production of the educated person. Critical ethnographies of schooling and local
9. practice; 1996. .
- 8 D. T. Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. 2003; 1(8). .
- 0.
- 8 Menendez EL. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva. 2005 Enero-Abril; 1(1):
1. p. 9-32.
- 8 Monaco VCd. Trayectorias antropológicas y trabajo en salud Argentina: II Jornadas de la Red de
2. Antropología y Salud de Argentina. ; 2020.
- 8 Gómez E. Del derecho a la alimentación a la autonomía alimentaria. In Dossier para el seminario de
3. sustentabilidad.; Febrero 2010.; San Cristóbal de las Casas, Chiapas.,
- 8 Obando L. Parques, salud pública y calidad de vida. Ciencia & Salud.. 2015; 3(11).
- 4.
- 8 PNUD-Mandeep Dhaliwal. El clima y la salud van de la mano. [Online].; 2019 [cited 2022 Marzo 18. Available
5. from: <https://www.undp.org/es/blog/el-clima-y-la-salud-van-de-la-mano>.
- 8 de AdRpILyC. Observatorio Distrital-SaluData. [Online].; 2022 [cited 2022. Available from:
6. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-cronicas/discapacidades113/>.