

ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD, 2016 - 2018

Localidad de Usme

5



Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Coordinación General del Documento
Equipo ACCVSyE Distrital

Autores Subred Sur

Johana Andrea Torres. Directora Gestión del Riesgo en Salud
Andrea López Guerrero. Referente Gobernanza
Aura Yanira Roa Sánchez. Líder Componente 2
Guillermo Gutiérrez Torres. Epidemiólogo
Elizabeth Rubio Castiblanco. Epidemióloga
Nidia Patricia Villamil Barbosa. Epidemióloga
Ruth Vicky Quintana Forero. Epidemióloga
José Francisco Vargas González. Profesional Social
Diego Felipe López Ávila. Profesional Social
Edwin Fuentes Flórez. Profesional Social
Carlos Fernando Macana González. Geógrafo
José Manuel Tossé Muñoz. Geógrafo
Brayan Alejandro Sánchez Tova., Geógrafo

Coordinación editorial Subred Sur

Fotografía de la portada
Parque Entrenubes <https://www.elespectador.com>

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2018
www.saludcapital.gov.co

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE GRÁFICAS	10
ÍNDICE DE MAPAS	11
INTRODUCCIÓN	12
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	15
1.1 Contexto Territorial	16
1.2 Estructura Demográfica	20
1.2.1 Densidad de población	20
1.2.2 Aseguramiento	24
1.3 Dinámica demográfica	28
2. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)	40
2.1 Dimensión Ambiental	41
2.2 Dimensión social	50
2.3 Dimensión económica	54
2.4 Espacios de participación comunitaria	58
3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD	60
3.1 Mortalidad	61
3.1.1 Mortalidad por grandes causas	61
3.1.2 Mortalidad subgrupos, Grandes Causas 6/67	71
3.1.2.1 Mortalidad Enfermedades del sistema circulatorio.	71
3.1.2.2 Mortalidad por neoplasias	74
3.1.2.3 Mortalidad por causas externas	78
3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez:	80
3.1.3.1 Mortalidad en menor 1 año	80
3.1.3.2 Mortalidad en menores de 1 a 4 años	84
3.1.4 Mortalidad materno- infantil y en la niñez	87

3.1.4.1 Mortalidad Materno– Perinatal	88
3.1.4.2 Mortalidad Infantil	89
3.1.4.3 Mortalidad Menor de 5 años	89
3.2 Análisis estructura de morbilidad.....	92
3.2.1 Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general según los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Localidad de Usme, años 2015 y 2016.....	92
3.2.1.1 Descripción de las diez primeras causas de morbilidad según sexo, Localidad de Usme	95
3.2.1.2 Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general, en consulta externa, urgencias y hospitalización, según momento de curso de vida, Localidad de Usme, año 2016	97
3.2.2 Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, según agrupación de causas por lista 6/67	100
3.2.2.1 Descripción de la morbilidad por momento de curso de vida, según agrupación 6/67, Localidad de Usme	105
3.2.3 Descripción de la Oferta	113
3.3 Eventos De Vigilancia En Salud Pública	116
3.3.1 Eventos individuales de interés en Salud Publica SIVIGILA.....	116
3.3.1.1 Vida Saludable y enfermedades transmisibles	119
3.3.1.2 Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos.....	120
3.3.1.3 Convivencia Social y Salud Mental.....	121
3.3.1.4 Salud Ambiental.....	122
3.3.1.5 Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	123
3.3.1.6 Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	124
3.3.2 Eventos colectivos de interés en Salud Publica (Brotes y morbilidad).....	125
3.3.2.1 Salud Ambiental.....	126
3.3.2.2 Vida Saludable y enfermedades transmisibles	127
3.3.3 Eventos individuales de interés en Salud Publica SIVIGILA DC (SISVAN, VESPA, SIVELCE, SISVECOS, SIVIM, Discapacidad, SISVESO y SIVISTRA)	127

3.3.3.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	129
3.3.3.2 Convivencia Social y Salud Mental.....	130
3.3.3.3 Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles.....	132
3.3.4 Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la salud pública EEVV, VCSP.	133
3.4 Eventos precursores	134
3.5 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades de morbilidad	139
4. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIÓN	143
4.1 Población étnica.....	145
4.2 Población con condición y situación.....	159
4.2.3.1 Discapacidad	170
4.2.3.2 Ciudadanos Habitantes De Calle (CHC).....	173
4.2.3.3 Personas En Ejercicio De Prostitución (PEP).....	175
4.2.3.4 Recicladores De Oficio	176
4.2.3.5 Víctimas Del Conflicto Armado (VCA)	177
4.3 Género, identidad y orientación sexual	181
5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA.....	187
5.1 Espacio de Vivienda.....	188
5.2 Espacio Educativo.....	197
5.3 Espacio Público.....	206
5.4 Espacio Trabajo	213
6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS	227
6.1 Metodología	228
6.2 Nodos.....	230
6.2.1 Momento de identificar	230
6.2.2 Momento para comprender	239
6.3 Validación de contenidos	251
6.4 Momento de responder: Análisis de respuesta	252
6.5 Recomendaciones.....	260
BIBLIOGRAFÍA.....	270

ANEXOS.....	272
1. Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS), localidad de Usme, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, año 2016	272
Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Usme	272
Causas de morbilidad atendida en hospitalización USS Usme	276
Causas de morbilidad atendida en urgencias USS Usme	278
2. Metodología estrategia BIT PASE.....	282

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según sexo, localidad de Usme, 2016.	23
Tabla 2. Población por momento de vida, localidad de Usme, 2016.	24
Tabla 3. Distribución por aseguramiento, localidad de Usme, 2016.	25
Tabla 4. Distribución población rural, por momento de vida y sexo, localidad de Usme, 2013, 2014 y 2015.	26
Tabla 5. Distribución población rural, localidad de Usme, 2013, 2014 y 2015.....	27
Tabla 6. Indicadores Demográficos, localidad de Usme, 2005 – 2010 – 2016.	29
Tabla 7. Indicadores de interés, localidad de Usme, 2010 – 2016.	30
Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos de edad, localidad de Usme, 2016.	31
Tabla 9. Distribución variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, localidad de Usme, 2012 – 2016.	34
Tabla 10. Distribución variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Usme, 2012 – 2016.	36
Tabla 11. Mortalidad por Grandes Causas 6/67 por edades quinquenales, localidad de Usme, 2014.....	65
Tabla 12. Tendencia en la mortalidad de tasas crudas según sexo y total, localidad de Usme, 2012-2014	69
Tabla 13. Comparación de tasas ajustadas mortalidad general Subred Integrada de Servicios de Salud y sus localidades, 2014.	70
Tabla 14. Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Enfermedades del sistema circulatorio por sexo, localidad de Usme, 2012-2014. ...	71

Tabla 15. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la localidad de Usme, 2012-2014.	73
Tabla 16. Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Neoplasias por sexo, localidad de Usme, 2012-2014.	75
Tabla 17. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de Neoplasias comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la localidad de Usme, 2012-2014.	77
Tabla 18. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad por causas externas comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la localidad de Usme, 2012-2014.	79
Tabla 19. Proporción número de muertes población menor de 1 año, localidad de Usme, 2012-2014.....	81
Tabla 20. Tasa de mortalidad comparativa en población menor de 1 año Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014.....	82
Tabla 21. Proporción número de muertes población de 1 a 4 años, localidad de Usme, 2012-2014.....	84
Tabla 22. Tasa de mortalidad comparativa en población de 1 a 4 años Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014.....	85
Tabla 23. Mortalidad Materno-Infantil, localidad de Usme, 2010 -2015.....	87
Tabla 24. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad de Usme, 2015 y 2016.....	92
Tabla 25. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de hospitalización, localidad de Usme, 2015 y 2016.....	94
Tabla 26. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad de Usme, 2015 y 2016.....	95
Tabla 27. Proporción grandes causas de morbilidad, por Servicio de Consultas según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.	100
Tabla 28. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.	101
Tabla 29. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.	102
Tabla 30. Grandes causas de morbilidad, por Sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.....	103
Tabla 31. Grandes causas de morbilidad, por Sexo Mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016	104

Tabla 32. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.	107
Tabla 33. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.	108
Tabla 34. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.	109
Tabla 35. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.	110
Tabla 36. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.	111
Tabla 37. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.	112
Tabla 38. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y localidades de la Subred Sur, 2016.	116
Tabla 39. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Usme, 2016.	118
Tabla 40. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y localidades de la Subred Sur, 2016.	125
Tabla 41. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Usme, 2016.	126
Tabla 42. Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y localidades de la Subred Sur, 2016.	128
Tabla 43. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Usme, 2016.	129
Tabla 44. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016.	135
Tabla 45. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016.	136
Tabla 46. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, 2012 - 2016.	137

Tabla 47. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.....	138
Tabla 48. Distribución poblacional grupos étnicos, localidad de Usme, 2005.....	148
Tabla 49. Distribución de Población étnica indígena por pueblo, localidad de Usme, año 2005.....	149
Tabla 50. Distribución de la población Étnica, localidad de Usme, año 2005.	150
Tabla 51. Nacidos vivos con pertenencia étnica, localidad de Usme, 2014 – 2016.....	151
Tabla 52. Distribución de casos de mortalidad evitable en población étnica, localidad de Usme, 2013 –2016.....	152
Tabla 53. Eventos de notificación subsistemas de vigilancia en salud pública, en población étnica, localidad de Usme, 2013-2016.....	157
Tabla 54. Distribución poblaciones en condición y/o situación, localidad de Usme.	163
Tabla 55. Población víctima del conflicto armado por sexo y grupo etario, localidad de Usme, 1 septiembre 2010 – 1 de diciembre 2017.....	164
Tabla 56. Población con discapacidad de acuerdo al momento del curso de vida y sexo, localidad de Usme, 2004-2016.....	166
Tabla 57. Población con discapacidad por Origen de la alteración y momento del curso de vida, localidad de Usme, 2004- 2016.	167
Tabla 58. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y momentos del curso de vida, localidad de Usme, 2004-2016.....	168
Tabla 59. Eventos de notificación en poblaciones por condición y /o situación, según subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad de Usme, 2013-2016.....	179
Tabla 60. Distribución población LGBTI, localidad de Usme, 2014-2016.	183
Tabla 61. Eventos de notificación en población víctima de conflicto armado, según subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad de Usme, 2013-2016.	185
Tabla 62 Relación de asignación de citas por programas de PYD, localidad de Usme, 2017.....	188
Tabla 63. Distribución del resultado del seguimiento a menores de 5 años con algún tipo de desnutrición intervenidos desde espacio vivienda y SISVAN, localidad de Usme, 2017.....	190
Tabla 64. Distribución identificación de riesgo crónico por prioridad y evento, Espacio Vivienda, localidad de Usme, 2017.....	192
Tabla 65. Indicadores Acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar, Madres Comunitarias, localidad de Usme, abril- diciembre 2017	193

Tabla 66. Indicadores Acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar, Niños, localidad de Usme, abril - diciembre 2017	194
Tabla 67. Grupos comunitarios con iniciativas comunitarias implementadas por línea de intervención localidad de Usme, enero a diciembre 2017	210
Tabla 68. Indicadores respuesta integrada de Desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”, localidad de Usme, abril a diciembre 2017.....	215
Tabla 69. Indicadores respuesta integrada de Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud, localidad de Usme, abril a diciembre 2017.	221
Tabla 70. Matriz de Tensiones, localidad de Usme.	231
Tabla 71. Agrupación de localidades según índice de condiciones de vida – ICV, 2011 – 2014.	233
Tabla 72. Agrupación de localidades en terciles según asistencia escolar en personas de 18 a 25 años, 2011 – 2014.....	236
Tabla 73. Agrupación de localidades en terciles según ingreso per cápita, 2011 – 2014.....	238

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Población, Localidad de Usme, años 2005 – 2016	20
Gráfica 2. Pirámide poblacional, localidad de Usme, 2005, 2010 y 2016.	28
Gráfica 3. Total nacidos vivos, localidad de Usme, 2010 –2016.....	33
Gráfica 4. Nacimientos según edad de la madre, localidad de Usme, 2010 – 2016.....	33
Gráfica 5. Tasa específica de fecundidad en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, localidad de Usme, 2010 – 2016.....	38
Gráfica 6. Tasa específica de fecundidad en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Usme, 2010 – 2016.....	39
Gráfica 7. Mortalidad por grandes causas, localidad de Usme, 2012-2014.....	61
Gráfica 8. Tasas ajustadas por agrupación y sexo, localidad de Usme, 2012-2014.....	68
Gráfica 9. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por sexo, según lista de tabulación MSPS, localidad de Usme, 2012-2014.	82
Gráfica 10. Tasa de mortalidad población de 1 a 4 años por sexo, según lista de tabulación MSPS, localidad de Usme, 2012-2014.....	85
Gráfica 11. Proporción de grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad de Usme, 2016.	106

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1. Localización y estructura territorial, Localidad de Usme, 2016	19
Mapa 2. Densidad poblacional, localidad de Usme 2015.	21
Mapa 3. Riesgos dimensión ambiental	43
Mapa 4. Riesgos dimensión ambiente construido	49
Mapa 5. Riesgos dimensión social	53
Mapa 6. Riesgos dimensión económica	57
Mapa 7. Riesgos y condiciones dimensiones PASE, Localidad de Usme.	59
Mapa 8. Oferta de servicios de salud, localidad de Usme, 2016.	115
Mapa 9. Ubicación Población indígena y afrodescendiente, Localidad de Usme, 2016.	146
Mapa 10. Ubicación Población con condición y situación, localidad de Usme, 2016.	160
Mapa 11. Ubicación Poblaciones VCA, localidad de Usme, 2016.	162
Mapa 12. Contexto territorial población LGBTI, localidad de Usme, 2016.	182
Mapa 13. Acciones Espacio Vivienda, localidad de Usme, abril - diciembre 2017.	196
Mapa 14. Acciones Espacio Educativo, localidad de Usme, 2017.	205
Mapa 15. Acciones Espacio Público Subred Sur, Localidad de Usme, 2017.	212
Mapa 16. Niños, niñas y adolescentes en las peores formas de trabajo infantil intervenidas, espacio trabajo, localidad de Usme, abril – Diciembre 2017.	218
Mapa 17. Unidades de Trabajo Informal intervenidas, espacio trabajo. Subred Sur E.S.E., Localidad de Usme, abril – Diciembre 2017.	224
Mapa 18. Configuración actual del territorio, localidad de Usme.	241
Mapa 19. Acciones de Espacio de vida cotidiana Educativo, Vivienda, Público y Trabajo, localidad de Usme.	257
Mapa 20. Acciones de acciones intersectoriales, localidad de Usme.	258
Mapa 21. Configuración deseada del territorio, localidad de Usme.	263

INTRODUCCIÓN

El análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad ACCVSyE se enmarca en la perspectiva del Plan de Intervenciones Colectivas de la Secretaría Distrital de Salud, el cual se constituye en pieza fundamental de la gobernanza puesto que aporta a *“el procesos de generación de conocimiento que sintetiza las relaciones entre las condiciones, la calidad de vida, la salud y la enfermedad en la población en los territorios para orientar la toma de decisiones, la planeación distrital, local e institucional, con la participación de los diferentes actores”*(1)

El presente documento ACCVSyE, a partir del reconocimiento de indicadores tradicionales de enfermedad y muerte y de la identificación de algunas condiciones de vida, pretende brindar elementos en relación al estado de calidad de vida de la población; de igual forma se espera avanzar en las definiciones conceptuales que conlleven a brindar nuevos abordajes, así como la identificación de nuevas fuentes de información que permitan complementar el análisis (2)

El documento de ACCVSyE se encuentra organizado por capítulos; el primero describe la caracterización de los contextos territorial (localización, extensión territorial, división política administrativa, límites geográficos, zonas de riesgo, entre otras), poblacional (población rural, urbana, hogares por vivienda, poblaciones diferenciales), indicadores de estructura demográfica (población masculina, femenina, grupos quinquenales, población por curso de vida, razón hombre mujer, índice de infancia, juventud, envejecimiento, dependencia y Friz) y dinámica demográfica (densidad poblacional, tasa de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad y mortalidad y tasas generales y específicas de fecundidad). Esta información permite reconocer las dinámicas poblacionales de la subred y sus localidades; los factores socio ambientales que inciden en la dinámica poblacional y el reconocimiento de zonas de impacto y de riesgo.

El capítulo 2 describe aspectos relacionados análisis de calidad de vida y salud (determinantes) se encuentra organizado por dimensiones (salud ambiental, ambiente construido, aspecto social, económico y político administrativa).

El capítulo 3 presenta aspectos relacionados con la Morbi-Mortalidad. Con relación a la mortalidad describe el comportamiento de la mortalidad general y su incidencia por sexo a escala de subred sur y localidades; a continuación se describe la mortalidad por grandes causas con relación a la 6/67 del periodo 2012 a 2014 y se realiza un análisis frente a la mortalidad específica por subgrupos (enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, causas externas, enfermedades infecciosas); otras mortalidades referenciadas en el documento son la materno-infantil y la niñez para el periodo 2010-2015. Como anexos de sistematización en la información cuantitativa se diligencio los anexos 11, 12,15 y 16 del ministerio de Salud, organizados por subred y localidad.

Con relación a la Morbilidad se describen aspectos de análisis en la prestación de servicios, a partir de información de RIPS entregada por la SDS, donde relaciona los registros individuales de prestación de servicios - RIPS por Subred, Localidad y UPZ, de igual forma describe las 10 primeras causas de morbilidad por servicios y momentos del curso de vida.

De igual manera se realizó una distribución de la notificación por los grupos de eventos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). (Inmunoprevenibles, zoonosis, factores de riesgo ambiental, micro bacterias, enfermedades transmisibles y no transmisibles entre otros); organizado por grupos de eventos según corresponde a las dimensiones del Plan Decenal de Salud pública, y se construye un proceso de priorización con el método Hanlon (Anexo 13), y se construye el documento de análisis frente al comportamiento de la mortalidad y morbilidad para la subred sur.

OBJETIVO GENERAL

Contar con un documento que brinde información útil y actualizada que aporte para la toma de decisiones relacionada con el comportamiento de la población residente en la Localidad de Usme, en cuanto a densidad poblacional, distribución espacial en el territorio, análisis y síntesis del comportamiento de la relación salud enfermedad, variables que indiquen en dicha relación, así como las acciones realizadas para su prevención, atención y/o mitigación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar procesos análisis de tipo cuantitativo, cualitativo y espacial con diferentes actores, que contribuya al conocimiento de contexto territorial, demográfico, condiciones de vida y determinantes que inciden en la salud de la población de la localidad de Usme.
- Identificar el comportamiento de la mortalidad general, mortalidad por grandes causas, mortalidad materno infantil y en la niñez; teniendo en cuenta las dimensiones del Plan Decenal de Salud y los momentos de curso de vida en la localidad de Usme.
- Analizar el comportamiento de la morbilidad en la población de Tunjuelito a partir de la información relacionada con los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS; descripción de la Oferta de servicios de salud, eventos del sistema de Vigilancia con el fin de Establecer las principales prioridades en Salud.
- Actualizar y priorizar condiciones y situaciones de calidad de vida, salud y enfermedad en las poblaciones diferenciales y de inclusión social de la localidad de Usme.
- Dar a conocer las acciones en salud pública, a partir de la ubicación espacio- temporal en la localidad, la respuesta de intervención dada a situaciones o riesgos en salud, que inciden en la calidad de vida de la población de Usme.
- Monitorear las desigualdades en salud en la Localidad de Usme con el fin de proporcionar información útil que aporte a la orientación de las políticas, programas y prácticas de reducción de la inequidad en salud.

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1 Contexto Territorial

La localidad de Usme está ubicada al costado suroriental de Bogotá Distrito Capital, limita al norte con la localidad de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Tunjuelito; al sur limita con la localidad de Sumapaz; al oriente con los municipios de Chipaque, Ubaque y Une, al occidente con el Rio Tunjuelito, la localidad de Ciudad Bolívar y el municipio de Pasca de departamento de Cundinamarca.

Cuenta con un área total de 21.507 hectáreas convirtiéndola en la segunda localidad con mayor extensión del distrito capital, la localidad es primordialmente rural; según el Plan de Ordenamiento Territorial POT definido como suelo rural con una extensión de 19.394 hectáreas y 2.114 hectáreas de uso urbano y de expansión. Cuenta con 7 UPZ (Unidades de Planeación Zonal) y 1 UPR (Unidad de Planeación Rural) conformadas así: UPZ La Flora (52), Danubio (56), Gran Yomasa (57), Comuneros (58), Alfonso López (59), Usme Centro (61) y Parque Entrenubes (60), las UPR Rio Tunjuelo (03) (Mapa 1).

La topografía de Usme se caracteriza por tener 93 % del relieve montañoso, presentando alturas que oscila entre los 2.650 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m) hasta 3.750 m.s.n.m.: con relación a la temperaturas presenta un promedio que oscila entre los 12 y 15° en la parte baja de la localidad, en la zona media entre los 9 y 12° y en las partes más altas o páramos entre los 6 y 9° C.

La localidad está conformado por la cuenca del rio Tunjuelo y las subcuencas de los ríos Curubital, Chisacá, Lechoso y Mugroso. El sistema hídrico de la localidad el rio Tunjuelito que tiene como nacimiento la localidad y es uno de los afluentes del rio Bogotá; el rio Chiguacita, La Taza, Fucha - Santa Helena, El Carraco de Agua Dulce, La Requilina, El Amoladero, El Piojo, Chuniza, Yomasa, Bolonia, Resaca, Los Cerritos, Curí o Santa Isabel, Santa Librada, El Ramo, Seca, La Chiguaza, Verejones, Morales, de Melo, Zuque; en el área rural se encuentran las quebradas Aguacilito, del Aguacil, Los Balcones, La Esmeralda, Calavera, La Mistela, Puente Piedra, Tunjuelito, Curubital, Chisacá. Las quebradas La Chiguaza, de Olarte, de Guanga, de Suate, La Aguadita, La Regadera, Piedragorda, Cacique, Los Salitres, La Regadera del Curubital, Seca, Blanca, Bocagrande, Jamaica, Curubital, Piedra Gorda, Los

Alisos, La Lajita, La Mistela, Piedragrande, La Leona, Hoya Honda, Caliche Negra, del Oso, Los Tablones y Lechoso o Mugroso y los embalses de Chisacá y La Regadera.

En la localidad presenta un conjunto de riesgos que pueden afectar la población, los bienes y la estructura misma de la localidad; Usme se encuentra expuesta a zonas de riegos y amenazas no solo por ubicación en la periferia de la ciudad, sino además, por que presentan asentamientos no legalizados, edificaciones de autoconstrucción y construcciones progresiva, movimientos en masa, minería ilegal, erosión del suelo e incendios forestales.

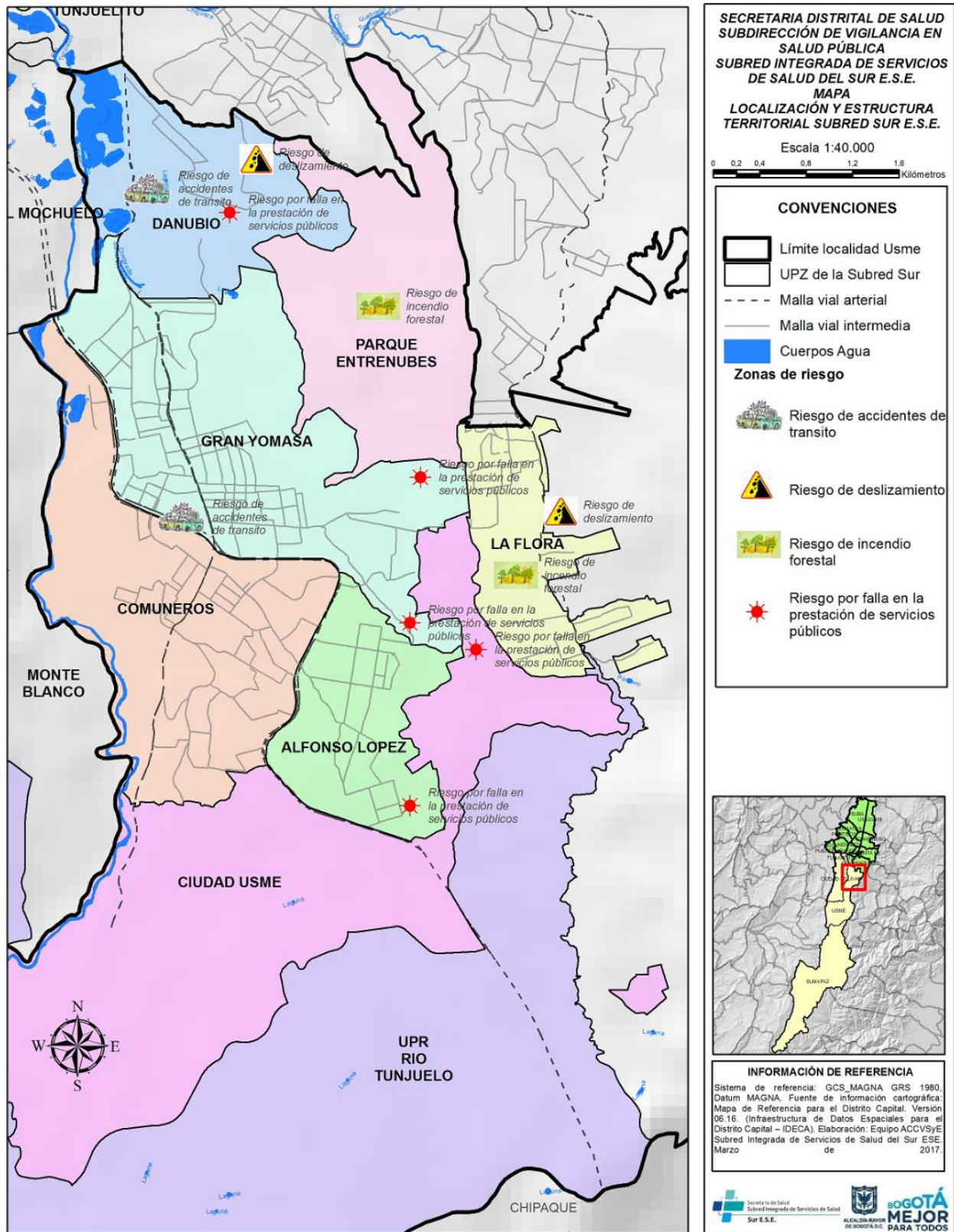
- Los riesgos por asentamientos no legalizados en la localidad se ven afectados por el tipo de materiales de las viviendas, adicionalmente, presenta problemáticas sociales, de movilidad, transporte, sin normas de urbanización, bajo acceso a servicios públicos que conllevan a conexiones irregulares a redes de acueducto, energía y alcantarillado (ver mapa 1); que generan una alta vulnerabilidad social, económica, de riesgos naturales y generando riesgo en enfermedades asociadas a la malas condiciones habitacionales; las UPZ más afectados con la problemática son Gran Yomasa sector de Tocaimita y UPZ Danubio sector norte.
- Los riesgos por inundaciones por desbordamiento se asocian a las zonas próximas al río Tunjuelito y sus afluentes; las UPZ con mayor riesgo son Comuneros.
- Riesgos por incendios forestales: En el mapa 1 se observa que las UPZ en la localidad que presentan mayor riesgo son UPZ Parque Entrenubes y La flora debido a su amplia cobertura vegetal y la UPR Rio Tunjuelo; el riesgo se presenta en los periodos en donde las temperaturas se aproximan a los 25°C en los meses de diciembre, enero y febrero, en donde la nubosidad es baja y las horas de sol son mayores. En cuanto a los incendios que se presentan en la zona rural de intervención antrópica, como consecuencia de quemas intencionadas debida a prácticas de adecuación de terrenos para uso agrícola y ganadero.

- Riesgo por erosión del suelo: se presenta en la UPZ 56 Danubio en los Barrios Alaska, Santa Marta, El Porvenir, Duitama y Barranquillita II, en esos sectores presentan desprendimientos de roca y hundimiento de suelos, asociados a los procesos erosivos del suelo en las canteras, receberas y gravilleras. En las UPZ Gran Yomasa, La Flora y Danubio la extracción minera ilegal generan una alta vulnerabilidad de la población. Entre las zonas de alto riesgo no mitigable de la localidad por remoción en masa se encuentran 16 manzanas en la UPZ Danubio con un área de 15225 m² y 10 manzanas en la UPZ Gran Yomasa con un área de 741.88 m² (ver mapa 1)

La localidad de Usme cuenta en el área rural con zonas de reserva definidas como bosques, quebradas, nacederos y páramo, sin embargo, estas potencialidades ambientales presentan deterioro debido a situaciones graves como el conflicto entre conservación del páramo y producción agropecuaria, la alteración hidráulica y fluvial por la explotación e invasión de rondas de ríos y quebradas; la obstrucción de los cauces por la disposición de los residuos sólidos, contaminación hídrica por vertimientos de aguas servidas, sistema combinado de alcantarillado, vertimientos líquidos industriales; manejo inadecuado de residuos sólidos y tenencia inadecuada de mascotas.

En cuanto Fallas o daños en servicios públicos para el periodo 2010 y junio de 2015 la localidad de Usme genero hasta 1500 reportes del Sistema de Información y Gestión del Riesgo - SIRE, Las UPZ que presentan el mayor número de fallas o daños son las UPZ Gran Yomasa, Alfonso López, Ciudad Usme y Danubio; y en algunas zonas de la localidad ausencias en el servicio de recolección de basuras como en la parte alta de la UPZ Alfonso (Mapa 1).

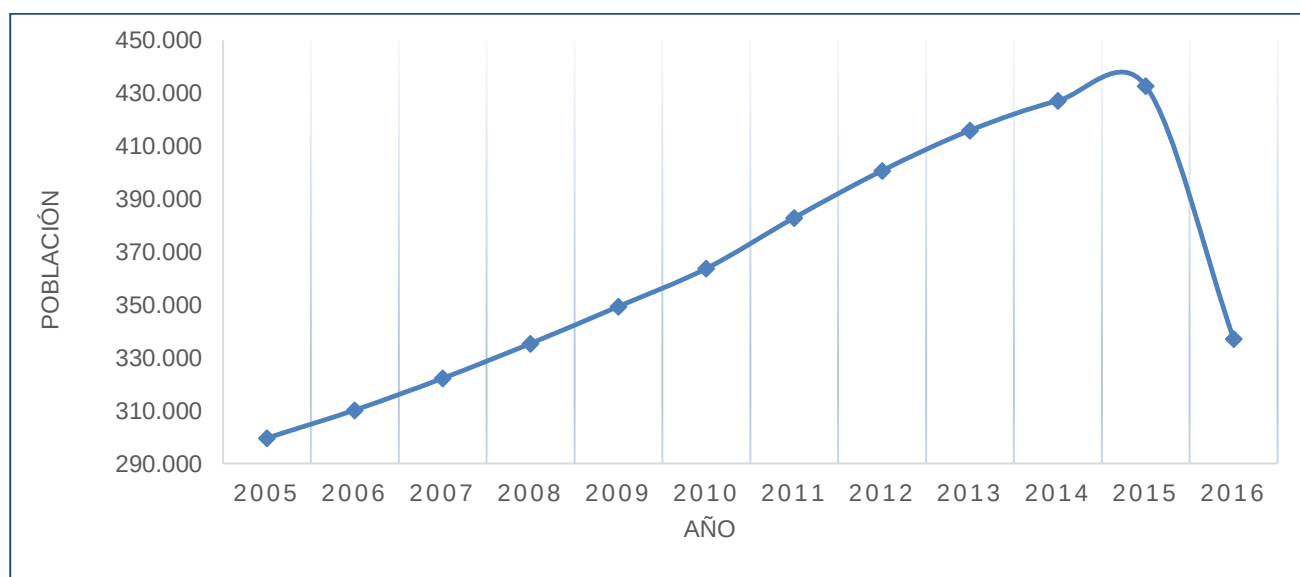
Mapa 1. Localización y estructura territorial, localidad de Usme, 2016



1.2 Estructura Demográfica

La localidad de Usme cuenta con una población estimada de 337.152 habitantes para el año 2016 según las proyecciones DANE- Censo 2005, respecto al crecimiento de la población para la localidad de Usme, en la gráfica 1 se observa una tendencia al aumento de la población hasta el año 2015, con una población estimada de 299621 habitantes en el año 2005 y 432724 habitantes para el año 2015, evidenciando un crecimiento del 37.5 %, para los año 2015 a 2016 se presenta una disminución de la población del 22,1 %. Es importante mencionar que el dato proyectado para 2016 de 337.152 no es coherente con proyecciones poblacionales históricas, siendo el dato con el que se están estimando los diferentes indicadores en la localidad, hecho que se debe tener en cuenta al momento de analizar los resultados.

Gráfica 1. Población, localidad de Usme, 2005 – 2016

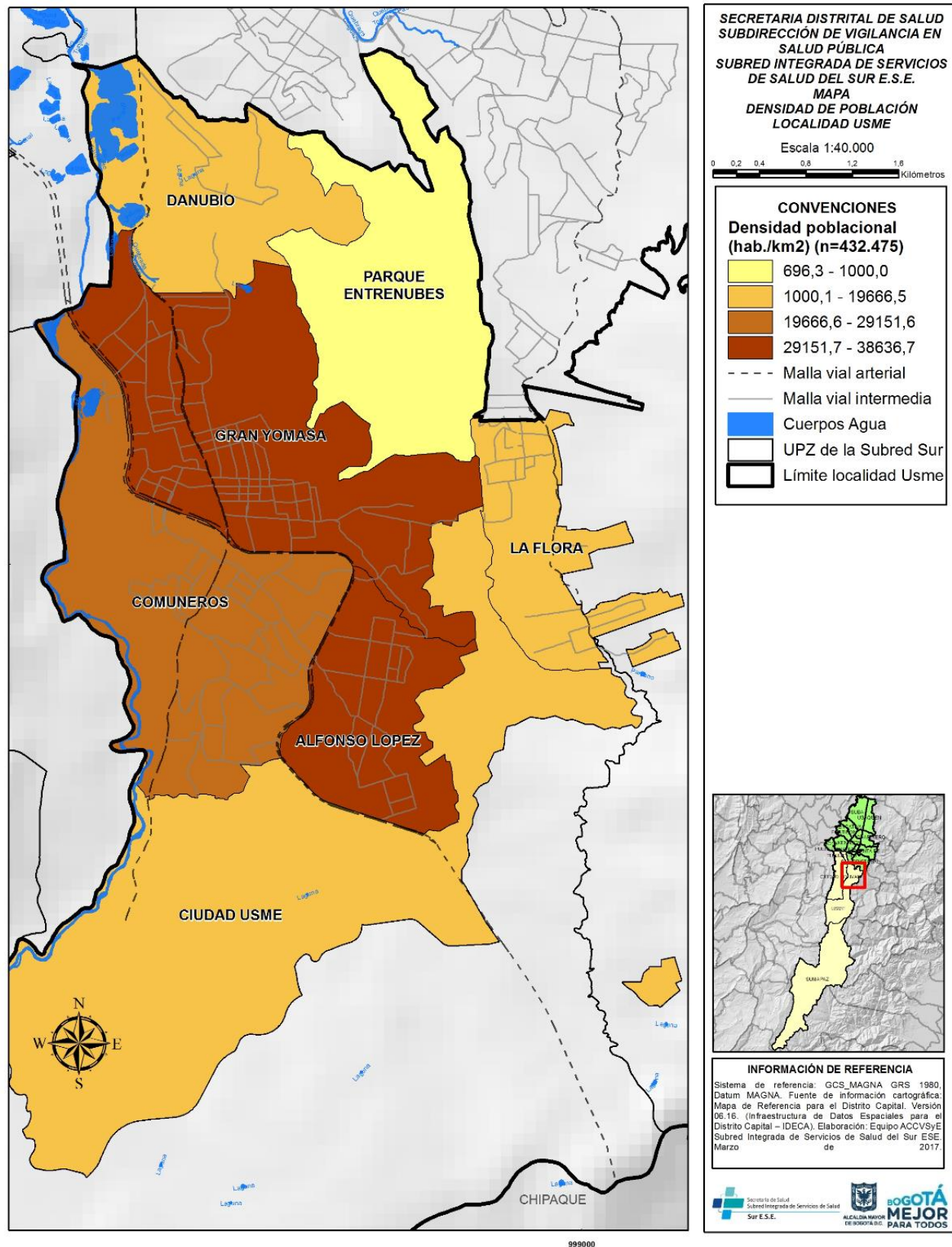


Fuente: Certificado de nacido vivo y defunción, Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017). Secretaría Distrital De Salud Bogotá D.C, Dirección De Salud Pública - Área Vigilancia en Salud Pública, indicadores demográficos, 2010 – 2016. Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos, Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades, Bogotá 2016 - 2020.

1.2.1 Densidad de población

La densidad poblacional para la localidad de 15,68 hab. /km², este dato está relacionado con la amplia zona rural en la localidad.

Mapa 2. Densidad poblacional, localidad de Usme, 2015



Debido a la ausencia de datos poblacionales por Unidades de Planeación Zonal (UPZ) para el año 2016, la información para el cálculo de la densidad poblacional que se toma corresponde a las proyecciones poblacionales del 2015, teniendo en cuenta que este es un factor determinante en la calidad de vida de la población, al incidir en las dinámicas de la movilidad, la vivienda, hacinamiento y los servicios públicos.

En el mapa 2 se observa que las UPZ de la localidad con mayor densidad de población son Gran Yomasa y Alfonso López, las cuales oscila entre 20.868,4 y 38.636,7 hab./km², esto se fundamenta que históricamente Gran Yomasa es la UPZ donde se concentra la mayor oferta comercial, de servicios y de transporte tanto público como privado, lo que permite una mejor movilidad, desarrollo de la vivienda y oferta laboral tanto formal como informal, factores que inciden que sea la primera opción dentro de la localidad para establecer su lugar de residencia. La UPZ Alfonso López, presenta menor oferta para sus residentes, sin embargo, cuenta con arrendamiento más económicas siendo más asequibles, también se identifica mayor hacinamiento y mayor número asentamiento no legalizados; es importante mencionar que la UPZ Gran Yomasa es la segunda de mayor extensión territorial y la UPZ Alfonso López es la de menor extensión territorial de la localidad. Caso contrario ocurre en las UPZ Parque Entre Nubes, Ciudad Usme y La Flora donde se cuenta con los datos más bajos de densidad poblacional presentando valores entre 696,34 y 11483,40 hab/km², este resultado es asociado a las amplias áreas de transición rural – urbano, que junto a las condiciones socioeconómicas adversas, generan una alta demanda de servicios sociales que estas UPZ no suplen.

De acuerdo con la tabla 1 la estructura de la población el 51.1 % son mujeres y el 48.9 % son hombres; según la distribución de la población de la localidad por quinquenios de edad del año 2016, las mayores proporciones se ubican en los grupos de 0 a 4 años (9,9 %), 5 a 9 años (9,5 %), 10 a 14 años (9,1 %), 15 a 19 años (9,3 %), 20 a 24 años (9,5 %) y 25 a 29 años (8,4 %); de acuerdo a lo anterior, se estima que poco más de la mitad del total de la población (55,4 %) se ubica en los momentos de curso de vida de infancia, adolescencia y juventud (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según sexo, localidad de Usme, 2016

Quinquenios	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0-4	17038	5,1	16211	4,8	33249	9,9
5-9	16306	4,8	15695	4,7	32001	9,5
10-14	15767	4,7	15064	4,5	30831	9,1
15-19	15926	4,7	15431	4,6	31357	9,3
20-24	16186	4,8	15805	4,7	31991	9,5
25-29	14271	4,2	14005	4,2	28276	8,4
30-34	12687	3,8	13705	4,1	26392	7,8
35-39	11247	3,3	12348	3,7	23595	7,0
40-44	9719	2,9	10672	3,2	20391	6,0
45-49	9211	2,7	10372	3,1	19583	5,8
50-54	8244	2,4	9557	2,8	17801	5,3
55-59	6592	2,0	7917	2,3	14509	4,3
60-64	4791	1,4	5918	1,8	10709	3,2
65-69	3092	0,9	3920	1,2	7012	2,1
70-74	1920	0,6	2522	0,7	4442	1,3
75-79	1079	0,3	1618	0,5	2697	0,8
80 y mas	861	0,3	1455	0,4	2316	0,7
Total	164937	48,9	172215	51,1	337152	100

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

En cuanto los cursos de vida se puede observar en la tabla 2 que aproximadamente un tercio de la población es menor de edad (34 %), con una distribución relativamente equitativa entre los diferentes cursos de vida, así como en cuanto a sexo, con una leve mayoría en hombres. El curso de vida juventud aporta el 20 % del total de población comportamiento, la adultez cuenta con la mayor cantidad de población en la localidad de Usme, evidenciando una mayor

cantidad de mujeres, hecho que se repite proporcionalmente en vejez, siendo esta la población de menor presencia en la localidad.

Tabla 2. Población por momento de vida, localidad de Usme, 2016

Curso de vida	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Primera infancia	20359	6,0	19411	5,8	39770	11,8
Infancia	19320	5,7	18549	5,5	37869	11,2
Adolescencia	18925	5,6	18185	5,4	37110	11,0
Juventud	34175	10,1	33310	9,9	67486	20,0
Adultez	60415	17,9	67327	20,0	127742	37,9
Vejez	11743	3,5	15433	4,6	27176	8,1
Total	164937	48,9	172215	51,1	337152	100

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

1.2.2 Aseguramiento

El comportamiento a nivel local difiere considerablemente al evidenciado en el Distrito Capital, en donde cerca de tres de cada cuatro habitantes pertenecen al régimen contributivo, a nivel local pertenece el 61.6 %, hecho relacionado posiblemente a las dificultades de oferta laboral legalmente constituida en dicha localidad, donde el trabajo informal continua siendo una opción ampliamente utilizada, además de ser consistente con el observado el año anterior con un 60.0 % para la localidad, según el diagnóstico sectorial de salud realizado por la Secretaría Distrital de Salud en octubre de 2015. En Consecuencia la participación en el régimen subsidiado también muestra diferencias, porcentualmente en Usme se cuenta con aproximadamente el doble de usuarios adscritos a este régimen en comparación con la ciudad (30.9 %), este dato es superior al visto el año anterior con un 25.5 %, datos relacionados con lo mencionado anteriormente (Tabla 3).

Con relación a los encuestados SISBEN no afiliados las diferencias son menos marcadas entre lo local y el distrito, aunque el peso porcentual en Usme (0.9 %) es levemente mayor al distrital

(0.6 %), pero se cuenta con un mayor porcentaje de personas potencialmente beneficiarios (90,5 %) en contraste con el distrito (83.7 %) con los no afiliables el régimen subsidiado.

Tabla 3. Distribución por aseguramiento, localidad de Usme, 2016

Aseguramiento		Usme	%	Bogotá D. C.	%
Régimen Contributivo (estimado)		207.582	61,6	6.181.534	77,5
Régimen De Excepción (estimado)		3.709	1,1	207.739	2,6
Régimen Subsidiado		104.340	30,9	1.166.823	14,6
Encuestados SISBEN No Afiliados	Potenciales Beneficiarios	2.678	0,8	41.376	0,5
	No Afiliables a R. Subsidiado	280	0,1	8.033	0,1
	Total SISBÉN No Afiliados	2.958	0,9	49.409	0,6

Fuente: Contributivo BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016. Base de datos SISBÉN certificada DNP, noviembre de 2016 (vigente a 31 de diciembre de 2016). DANE-SDP, Encuesta Multipropósito 2014. Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de diciembre de 2016.

Tomando como base la información registrada en el aplicativo APS (Atención Primaria en Salud), se cuenta con un estimado de 4.657 personas residentes de las zonas rurales de la localidad de Usme, las cuales fueron registradas entre los años 2013 a 2015, como una información aproximada con relación a dicha población. El comportamiento por etapa de curso de vida, se encuentra que, cerca de la mitad de la población en esta zona se encuentra en la curso de vida adolescencia y adultez de manera equitativa. Lo anterior puede sugerir una dinámica relacionada con la cercanía a la zonas urbanas, afectando el deseo de los jóvenes de no continuar con la vida rural, prefiriendo desplazarse a zonas urbanas en busca de empleo y diferentes oportunidades a las que brinda el campo, lo que explicaría el descenso marcado en población joven, quienes además afectan la cantidad de menores de las zonas I tener sus familias en lugares alejados de ruralidad.

Adicionalmente, la relación por sexo es diferente a la vista en la población urbana, en donde, la diferencia no es tan marcada como en los datos de la ruralidad, teniendo en cuenta 6 de cada 10 personas es mujer, factor relacionado posiblemente a lo ya mencionado.

Tabla 4. Distribución población rural, por momento de vida y sexo, localidad de Usme, 2013, 2014 y 2015

Curso de vida	Usme				
	Hombre	Mujer	SD	Total	%
Primera infancia	132	152	2	286	6,1
Infancia	426	389	0	815	17,5
Adolescencia	578	595	0	1173	25,2
Juventud	139	375	1	515	11,1
Adulthood	360	757	0	1117	24,0
Vejez	194	235	0	429	9,2
Sin Dato	58	246	18	322	6,9
Población APS	1887	2749	21	4657	100

Fuente: Base APS, Subred Sur E.S.E., Secretaría Distrital de Salud, 2015

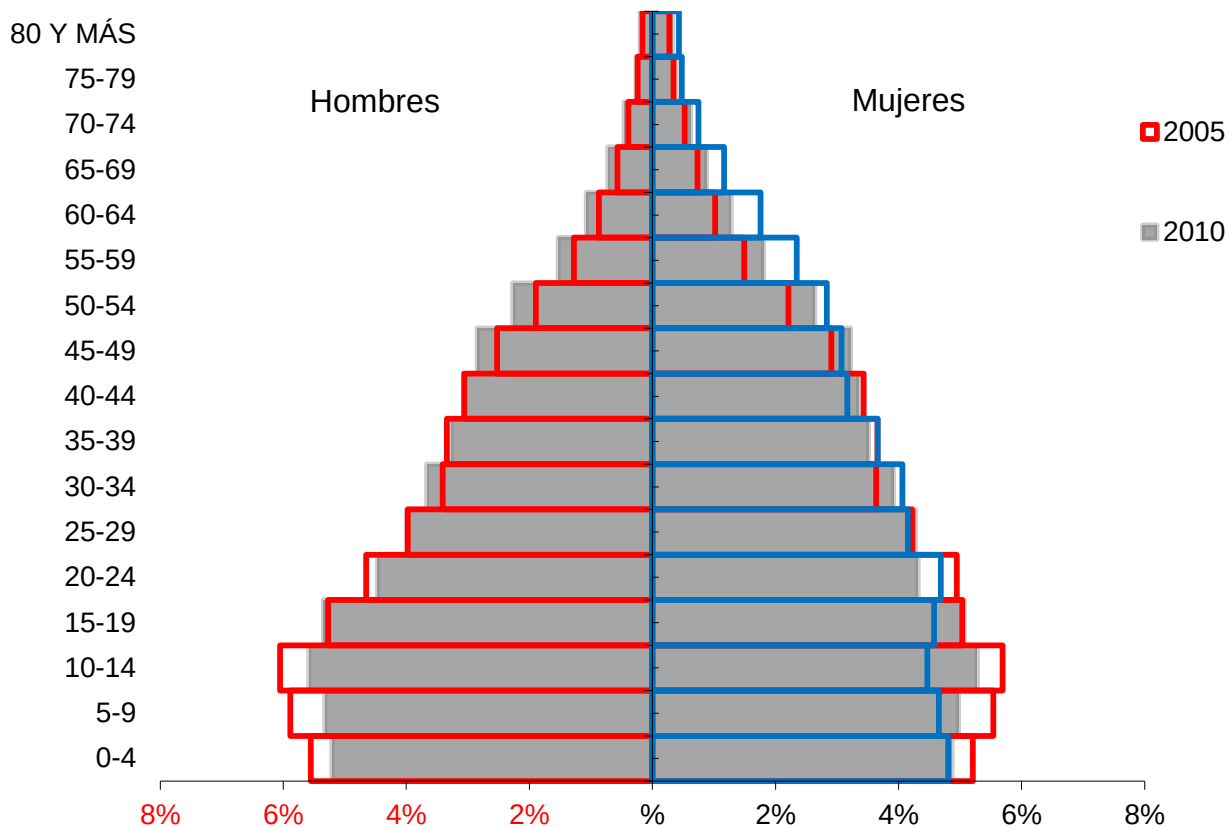
En cuanto a distribución por etnia, la tabla 5, muestra que el 0.08 % tiene algún tipo de pertenecía etnia, siendo la población indígena la que predomina con el 0,04 % (n=2). Respecto al SGSSS se encuentra que el 58 % de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado y el 28,49 contributivo. Con relación al régimen de salud especial aporta una baja proporción 1.7 %, respecto a otros tipos de aseguramiento, se observa una Cabe mencionar un 10 % de personas no aseguradas, hecho que dificulta el acceso a los servicios de salud, en especial la atención preventiva, reduciendo la posibilidad de realizar detección temprana de enfermedades.

Tabla 5. Distribución población rural, localidad de Usme, 2013 - 2015

Distribución población rural según etnia, población diferencial y tipo régimen de salud		Usme	%
Etnia	Afrocolombiano	1	0,02
	Indígena	2	0,04
	Palenquero	1	0,02
Población Diferencial	Discapacidad	45	0,97
	Reinsertados	3	0,06
	Desplazados	3	0,06
	Víctimas Del Conflicto Armado	38	0,82
Régimen En Salud	Contributivo	1327	28,49
	Subsidiado	2720	58,41
	Especial	79	1,7
	No Asegurado	454	9,75
	Sin Información	77	1,65
Población APS		4657	100

Fuente: Base APS, Subred Sur E.S.E., Secretaría Distrital de Salud, 2015

La estructura poblacional de la localidad de Usme presenta una variación con respecto al censo poblacional del 2005 y la población estimada para el 2016, donde se observa un estrechamiento de la base como reflejo de la reducción de la población joven y un ensanchamiento en la cúspide a partir de los 50 años de edad, incrementado la población mayor de 60 años lo anterior dado por el envejecimiento de la población, la disminución de la natalidad, la reducción de la mortalidad infantil y el aumento en la esperanza de vida al nacer que para la localidad entre el 2010 al 2015, es de 72.63 años aumentado en 1.9 años con respecto al 2005.

Gráfica 2. Pirámide poblacional, localidad de Usme, 2005, 2010 y 2016

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

1.3 Dinámica demográfica

En cuanto los datos de población estimada de la localidad de Usme para 2016, es importante mencionar que dichas proyecciones difieren del contexto actual que se está presentado, dado que desde el 2011 especialmente, se ha presentado una densificación urbana, impulsada por la generación de proyectos de vivienda de interés social y prioritaria, como la Operación Nuevo Usme que proyecta la construcción de aproximadamente 6200 de unidades habitacionales, por parte de Metrovivienda en la localidad respondiendo a la dinámica urbana de la ciudad y del país (3).

Tabla 6. Indicadores Demográficos, localidad de Usme, 2005 – 2010 – 2016

Índice Demográfico	Año		
	2005	2010	2016
Población total	299.621	363.707	337.152
Población Masculina	147.198	179.261	164.937
Población femenina	152.423	184.446	172.215
Relación hombre : mujer	96,57	97,19	95,77
Razón niños : mujer	39	36	36
Índice de infancia	34	31	28
Índice de juventud	28	27	27
Índice de vejez	5	6	8
Índice de envejecimiento	15	20	28
Índice demográfico de dependencia	59,17	54,07	50,11
Índice de dependencia infantil	54,01	48,13	42,78
Índice de dependencia mayores	5,16	5,94	7,33
Índice de Friz	170,36	155,22	141,66

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

Con relación hombre – mujer disminuyo levemente pasando de 97 hombres por cada 100 mujeres en 2010 a un dato cercano a las 96 hombres en el año 2016, lo anterior dado por el aumento en la esperanza de vida de las mujeres en relación a los hombres pasando de 78.3 a 80.1. De igual manera se registra una reducción de la razón de niños y niñas de 0 a 4 años pasando de 39 en 2005 a 36 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) para 2016.

En cuando a los índices de infancia, juventud y vejez se observan importantes diferencias; en primera instancia en infancia evidencia reducción de 31 niños menores de 15 años en 2010 a 28 en 2016 con relación a cada 100 personas. En cuando a juventud se evidencia que no presenta cambios en los últimos años, permaneciendo en 27 jóvenes de 15 a 29 años por cada 100 personas.

El indicador de envejecimiento muestra la capacidad de renovación de la población, ya que a medida que aumenta el volumen de la población mayor de 60 años, la población no reemplazara a la población mayor en el futuro. El índice muestra que tan rápido deben ajustarse las ofertas de bienes y servicios sociales para la población adulta mayor; que para la localidad de Usme se observa un leve incremento en los últimos años pasando de 15 en 2005 a 20 en 2010 y 28 en 2016, por cada 100 menores de 15 años.

El índice de dependencia mide la necesidad de soporte social de la población adulta mayor y de la población infantil por parte de la población económicamente activa, evidenciándose una disminución consistente en los últimos años, pasando de 59,17 en 2005 a 50,11 en 2016; lo anterior indica que la localidad de Usme cuanta con una gran parte de población económicamente activamente, podría ser una ventana de oportunidad denominada bono demográfico, que aumenta la posibilidad de acumulación de capital y crecimiento económico. El índice de friz para la localidad es de 141.66 lo que representa una población que ha venido madurando en los últimos años si se toma en cuenta que los datos para 2005 y 2010 fueros 170.36 y 155.22 respectivamente.

Tabla 7. Indicadores de interés, localidad de Usme, 2010 – 2016

Indicadores		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad		16,8	15,9	15,0	13,4	12,5	12,6	16,4
Tasa bruta de mortalidad		2,8	2,9	2,8	2,5	2,5	2,6	2,8
Tasa de crecimiento natural		14	13,3	12,2	10,6	9,6	10	13,6
Tasa general de fecundidad		47,2	44,9	42,5	38,2	45,7	36,3	47,1
Tasa global de fecundidad		2,0	1,8	1,7	1,6	1,5	1,5	1,9
Tasa específica de fecundidad por edades	10-14 años	2,2	2,1	1,7	1,4	1,5	1,4	2,3
	15-19 años	83,0	82,3	76,6	70,0	63,0	60,4	75,8
	20-24 años	125,1	121,5	112,1	97,5	93,5	93,1	110,7
	25-29 años	85,6	76,8	76,6	71,9	70,1	73,0	93,5
	30-34 años	52,7	51,5	49,4	43,2	40,4	45,1	59,1
	35-39 años	27,5	24,5	25,6	23,1	20,2	21,7	28,1

	40-44 años	10,3	7,9	6,3	7,0	6,2	6,9	8,4
	45-49 años	0,5	1,0	0,3	0,2	0,6	0,7	0,3
	50-54 años	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2

Fuente: Certificado de nacido vivo y defunción, Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017). Secretaría Distrital De Salud Bogotá D.C, Dirección De Salud Pública - Área Vigilancia en Salud Pública, indicadores demográficos, 2010 – 2016. Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos, Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades, Bogotá 2016 - 2020.

Como se observa en la anterior tabla, las tasas brutas de natalidad han presentado un decremento consistente desde el año 2010, hasta el 2015, evidenciando un importante incremento en el año 2016, dato afectado por la disminución en el volumen de la población proyectada emitido por la Secretaría Distrital de Planeación, que difiere de la dinámica de la localidad.

La tasa general de fecundidad (tabla 7), presenta una disminución paulatina hasta el 2013, para el 2014 el dato se eleva considerablemente, posiblemente por la situación mencionada anteriormente, en cuanto a las proyecciones poblacionales, hecho que se presenta nuevamente para el año 2016.

Según la información consultada, en el periodo 2010 a 2015 las mujeres tenía en promedio 2 hijos, lo que aumento en 2016. lo anterior se relacionado con los cambios en las proyecciones DANE y al incremento en el número de nacidos vivos en los 2 últimos años. Ahora bien, la tasa específica de fecundidad en las diferentes edades, muestra una variabilidad en el tiempo, exceptuando las mujeres entre 45 y 49 años.

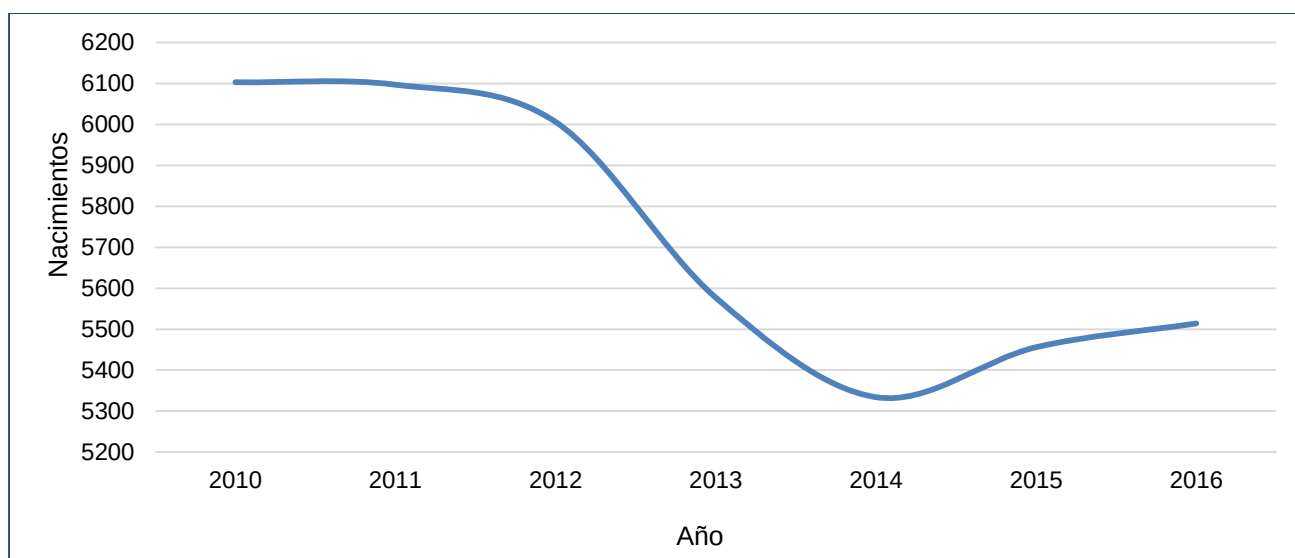
Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos de edad, localidad de Usme, 2016

Quinquenios	Hombres	Mujeres	Índice de masculinidad
0-4	17038	16211	105,1
5-9	16306	15695	103,9
10-14	15767	15064	104,7
15-19	15926	15431	103,2
20-24	16186	15805	102,4

25-29	14271	14005	101,9
30-34	12687	13705	92,6
35-39	11247	12348	91,1
40-44	9719	10672	91,1
45-49	9211	10372	88,8
50-54	8244	9557	86,3
55-59	6592	7917	83,3
60-64	4791	5918	81,0
65-69	3092	3920	78,9
70-74	1920	2522	76,1
75-79	1079	1618	66,7
80 y mas	861	1455	59,2
Total	164937	172215	95,8

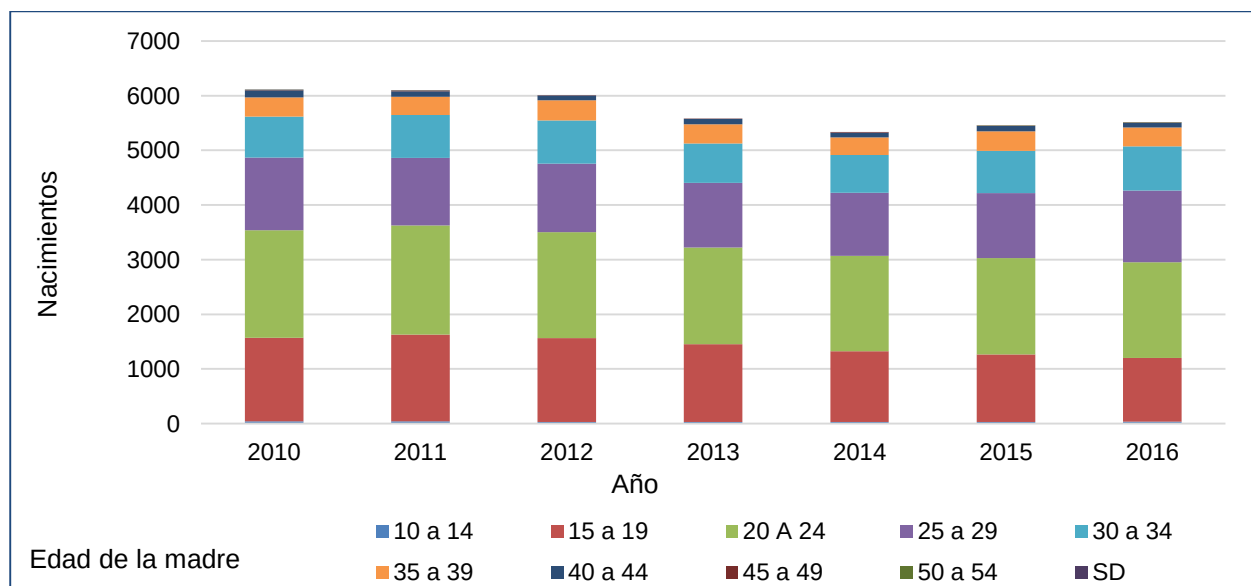
Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

En cuanto a índice de masculinidad (tabla 8), la localidad de Usme presenta 96 hombres por cada 100 mujeres. En infancia la relación es mayor en hombres, es decir 105 hombres por cada 100 mujeres, este dato baja levemente en los diferentes grupos de edad, hasta los 25 a 29 años, donde se la relación es muy similar. A partir de los 30 años se disminuye la relación de hombres y mujeres, relacionado con la mayor longevidad de las mujeres, mortalidad masculina más alta a lo largo del curso de vida por múltiples causas.

Gráfica 3. Total nacidos vivos, localidad de Usme, 2010 –2016

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND, Datos preliminares. Ajustado 19/01/2017 (Corte 13/01/2017)

A partir del 2011 se observa una importante disminución en el número de nacidos vivos en la localidad, encontrando el punto más bajo en el 2014. A partir de este año se incrementa en 3.3 % (177 casos) en el año 2016. Lo que relaciona con la densificación urbana que se presenta en la localidad en las UPZ Ciudad Usme, Gran Yomasa y Comuneros.

Gráfica 4. Nacimientos según edad de la madre, localidad de Usme, 2010 – 2016

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND, Datos preliminares. Ajustado 19/01/2017 (Corte 13/01/2017)

Como se puede observar en la gráfica 4, el comportamiento de los nacidos vivos según edad de la madre no ha presentado cambios. Respecto a las menores de 14 años las cifras varían levemente entre 0.5 % y 0.7 % de la totalidad de ocurrencia de casos, evidenciando dificultades para erradicar los embarazos en estas edades, más aun si se tiene en cuenta la que la mayoría de casos se consideran como consecuencia de algún tipo de violencia sexual.

Caso similar ocurre en la edades de 15 a 19 años de edad, en especial entre 2010 a 2013 donde los porcentajes varían levemente, a partir del año 2014 se observa una importante disminución en la incidencia de casos.

Como es de esperarse a partir de los 40 años la cantidad de casos se disminuye significativamente aportando las mujeres entre 40 y 44 años, datos entre 1.4 % y 2.1 %, siendo el dato más alto para el año 2010. Se observa que el resto de edad presentan un comportamiento estable.

Tabla 9. Distribución variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, localidad de Usme, 2012 – 2016.

Nacimientos de mujeres de 10 a 14 años		2012	2013	2014	2015	2016
Etnias	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	1	0	0	0	1
	Ninguno de los anteriores	32	28	31	28	33
	Total	33	28	31	28	34
Sexo	Hombres	10	14	20	12	16
	Mujeres	23	14	11	16	18
	Total	33	28	31	28	34
Aseguramiento	Contributivo	14	7	12	16	17
	Subsidiado	16	16	16	10	16
	Excepción	1	0	2	1	0
	No asegurado	2	5	1	1	1
	Total	33	28	31	28	34
Nivel Educativo	Preescolar	12	0	0	0	0

	Básica primaria	20	9	9	4	10
	Básica secundaria	1	17	21	22	22
	Media académica o clásica	0	2	0	0	2
	Media técnica	0	0	0	1	0
	Sin información	0	0	1	1	0
	Total	33	28	31	28	34
Estado Conyugal de la madre	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	1	2	2	0	2
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	5	2	4	3	7
	Esta soltera	27	24	0	25	22
	Está separada, divorciada	0	0	25	0	0
	Sin información	0	0	0	0	3
	Total	33	28	31	28	34

Fuente: Base de datos aplicativo web RUAF_ND, datos preliminares, ajustado 18/04/2017 (Corte 17-04-2017)

En los últimos 5 años se cuenta con un registro de 154 nacimientos de madres con edades entre los 10 y 14 años, con un promedio cercano a 31 casos por año, de la totalidad de casos el 1,5 % pertenece a la etnia negra, mulato o afrocolombiano. Se presentó un mayor cantidad de nacimientos de mujeres que de hombres, con 82 (53,2 %) casos sobre 72 (46,8 %).

Con relación al aseguramiento, la mayoría de casos se dieron en menores afiliadas al régimen subsidiado (48,1 %), seguido del contributivo (42,9 %), en tercer lugar se ubica las menores no aseguradas (6,5 %), en último lugar se encuentran las menores del régimen especial (2,6 %).

De acuerdo al nivel educativo se observan 12 casos (7,8 %) con preescolar, es importante mencionar que estos casos se registran en el año 2012. El 33,8 % de los casos (n=52) contaban con educación básica primaria; el 53,9 % (n=83) de los casos registraron educación básica secundaria.

En cuanto la información relacionada con el estado civil, se debe tener en cuenta la edad de la madre y proporción de casos tipificados como violencia sexual. Teniendo en cuenta lo anterior un 63,6 % (98 casos) son mujeres menores solteras, otros tipo de estado civil registran (16,2 %) registran menores divorciadas, dato que llama la atención, ya todos los casos se encuentran registrados en el mismo año, adicionalmente 28 casos (18.1 %) registran información de una relación de unión libre, hecho que teniendo en cuenta la edad de las menores, en la mayoría de los casos sería tipificado como un delito y debería contar con una notificación y seguimientos desde las entidades legales encargas de dichos eventos.

Tabla 10. Distribución variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Usme, 2012 – 2016.

Nacimientos de mujeres de 15 a 19 años		2012	2013	2014	2015	2016
Etnias	Indígena	1	1	2	1	0
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	8	13	7	4	7
	Ninguno de los anteriores	1521	1412	1283	1234	1163
	Total	1530	1426	1292	1239	1170
Sexo	Hombres	796	747	652	679	571
	Mujeres	734	679	640	560	599
	Total	1530	1426	1292	1239	1170
Aseguramiento	Contributivo	595	554	551	559	570
	Subsidiado	726	693	606	586	539
	Excepción	13	18	13	0	11
	Especial	0	0	0	11	0
	No asegurado	196	161	122	83	50
	Total	1530	1426	1292	1239	1170
Nivel Educativo	Preescolar	1	2	0	0	0
	Básica primaria	111	107	98	98	89
	Básica secundaria	597	552	493	492	455
	Media académica o clásica	739	676	628	567	534
	Media técnica	22	25	9	11	24

	Normalista	0	0	0	0	0
	Técnica Profesional	24	26	35	32	28
	Tecnológica	7	17	10	14	25
	Profesional	18	15	6	11	5
	Ninguno	3	1	0	1	1
	Sin información	8	5	13	13	9
	Total	1530	1426	1292	1239	1170
Estado Conyugal de la madre	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	412	386	351	331	340
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	486	490	418	409	394
	Está separada, divorciada	2	4	3	467	399
	Esta viuda	0	0	0	15	21
	Esta soltera	592	526	498	2	0
	Está casada	29	13	13	1	1
	Sin información	9	7	9	14	15
	Total	1530	1426	1292	1239	1170

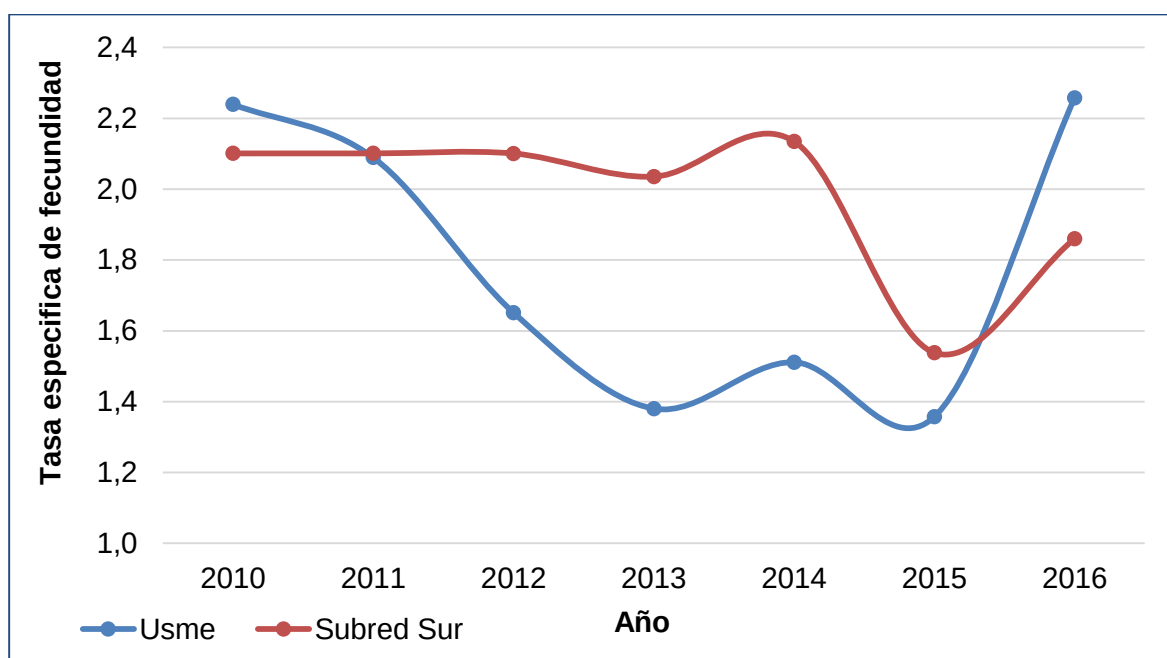
Fuente: Base de datos aplicativo web RUAF_ND, datos preliminares, ajustado 18/04/2017 (Corte 17-04-2017)

Durante los años 2012 a 2016 se cuenta con 6.657 nacimientos en madres entre los 15 y 19 años, lo que genera un promedio aproximado de 1.331 al año, en dicho periodo se registran 5 casos en indígenas y 39 en negros, mulatos o afrocolombianos, lo que representa un 0,1 % y 0,6 % respectivamente. En cuanto al sexo, como se da en población general se observa una mayor proporción de nacimientos en hombres (3445, 51,8 %) que en mujeres (3212, 48,2 %). El cuanto el sistema general de seguridad social en salud, las mujeres en el régimen subsidiado (47,3 %) y no asegurado (9,2 %) aporta el 56,5 % (3.762 casos), en cuanto al régimen contributivo, se cuenta con un total de 2829 casos (42,5 %), en último lugar se encuentran los registros de mujeres del régimen de excepción y especial con 55 (0,8 %) y 11 (0, 2%) casos respectivamente.

El nivel educativo en las mujeres de este grupo de edad evidencia 3 casos de mujeres con preescolar de los años 2012 y 2013, adicionalmente un 7,6 % (503 casos), cuentan con básica primaria, lo anterior evidencia dificultades en cuanto el acceso al sistema educativo.

La educación básica secundaria (38,9 %), media académica o clásica (47,2 %) y media técnica (1,4 %) aportan de manera agrupada 5824 casos (87,5 %), las mujeres con algún tipo de educación superior aportan 273 casos (4,1 %).

Gráfica 5. Tasa específica de fecundidad en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, localidad de Usme, 2010 – 2016

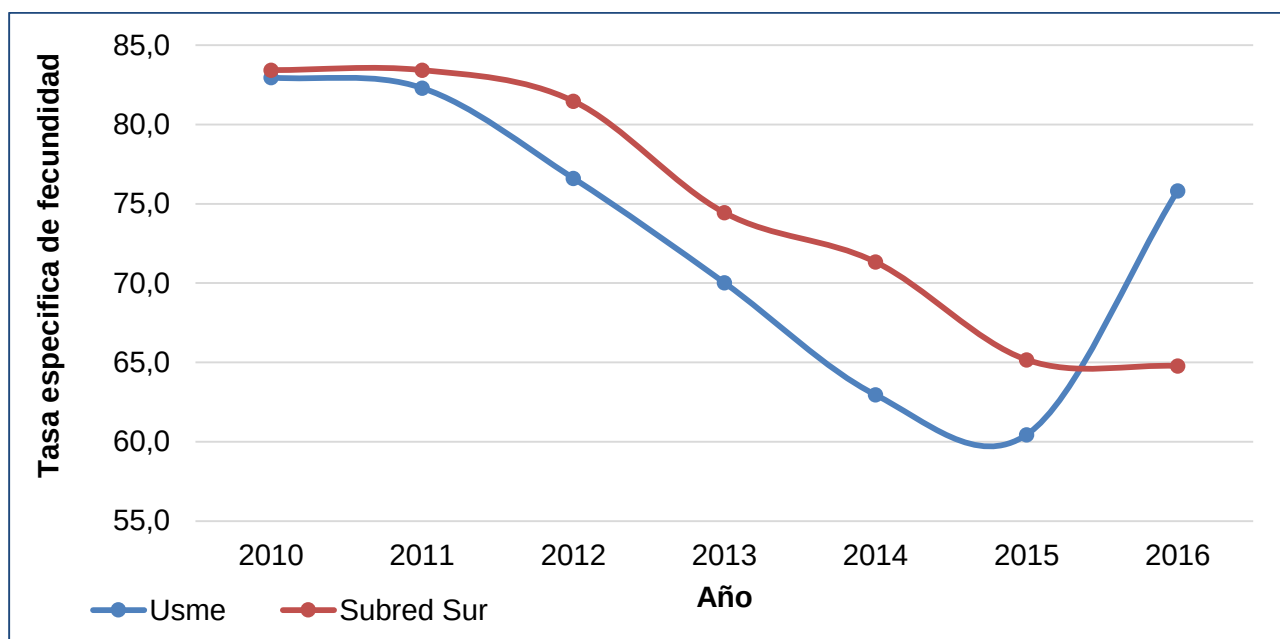


FUENTE POBLACIÓN: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. NV 2004-2007: Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2012. NV 2008-2013: Bases de datos DANE- RUAF ND. FINALES -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. El año 2012 ajustado bases finales octubre 2014.-El año 2013 ajustado bases finales marzo 30 del 2015. Fuente 2014: -Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. Publicado preliminar marzo 30 del 2015

Como se puede observar en la anterior tabla el comportamiento de la localidad de Usme difiere al presentado en la Subred Sur, en especial en los años 2010 a 2013, donde la localidad tiene una disminución. Evidenciando un incremento en los embarazos en esta menores, hecho preocupante si se tiene en cuenta que la mayoría de estos casos se relacionan con algún tipo

de violencia sexual, además de ser mujeres sin la madurez biológica y psicología para la responsabilidad que conlleva un hijo.

Gráfica 6. Tasa específica de fecundidad en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Usme, 2010 – 2016



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. NV 2004-2007: Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2012. NV 2008-2013: Bases de datos DANE- RUAF ND. FINALES -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. El año 2012 ajustado bases finales octubre 2014. El año 2013 ajustado bases finales marzo 30 del 2015. 2014: Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. Publicado preliminar marzo 30 del 2015

En cuanto los embarazos en jóvenes de 15 a 19 años el comportamiento tanto de la localidad como de la subred es relativamente similar evidenciando reducción en sus datos a partir del 2010 hasta el 2015, siendo más marcada en la localidad de Usme, pero para el año 2016 la situación cambia y aunque la subred se mantiene con respecto al año anterior, la localidad se incrementa considerablemente. Lo anterior puede tener diferentes explicaciones, una de ellas es una falla en los procesos de control prenatal en las jóvenes o como ya se mencionó anteriormente, un error o una falla en los datos relacionados con la población estimada de la localidad que genera datos que no reflejan la situación actual del territorio.

2. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)

Según la OMS, la salud no solo es la ausencia de afección o enfermedades sino que también se relaciona con el bienestar físico, mental y social. Al realizar el análisis de las condiciones de vida y determinantes sociales de la salud, se debe partir en realizar una distinción; el tema del cuidado de la salud no solo se refiere a los servicios hospitalarios o extramurales que prestan el Estado o particulares, sino que también se debe contemplar las condiciones de vida de las personas.

En este sentido, se debe tener en cuenta que no todos los individuos tienen las mismas oportunidades de empleo, salario y vivienda que posibilita que haya una adecuada calidad de vida. Por lo anterior cabe señalar que en todos los contextos se encuentran desigualdades sociales, las cuales se refieren a las oportunidades que se tiene para adquirir o desarrollar su vida de cierta forma.

El presente capítulo se construye con la construcción, diligenciamiento y análisis de la matriz de dimensiones del plan decenal de salud; cuyo análisis permite dilucidar sobre los determinantes sociales de la salud que afectan o inciden en la calidad de vida de la población.

2.1 Dimensión Ambiental

La dimensión ambiental contempla las condiciones del entorno, naturales y construidas, que se relacionan con el estado de los recursos naturales y su relación con la calidad de vida y salud de la población en un territorio determinado.

La localidad de Usme cuenta con zonas de reserva, bosques y fuentes hídricas representativas para la ciudad de Bogotá, siendo una de las localidades con mayor área rural en el Distrito, así como de recursos naturales, lo cual le permite contar con actividades agropecuarias así como espacios naturales apropiados para la conservación y actividades recreativas. Sin embargo, estas potencialidades ambientales presentan deterioro debido a situaciones graves como el conflicto entre la conservación del páramo y la producción agropecuaria, la alteración hidráulica y fluvial por la explotación e invasión de rondas de ríos y quebradas, la obstrucción de los cauces por la disposición de residuos sólidos, contaminación hídrica por vertimientos de aguas

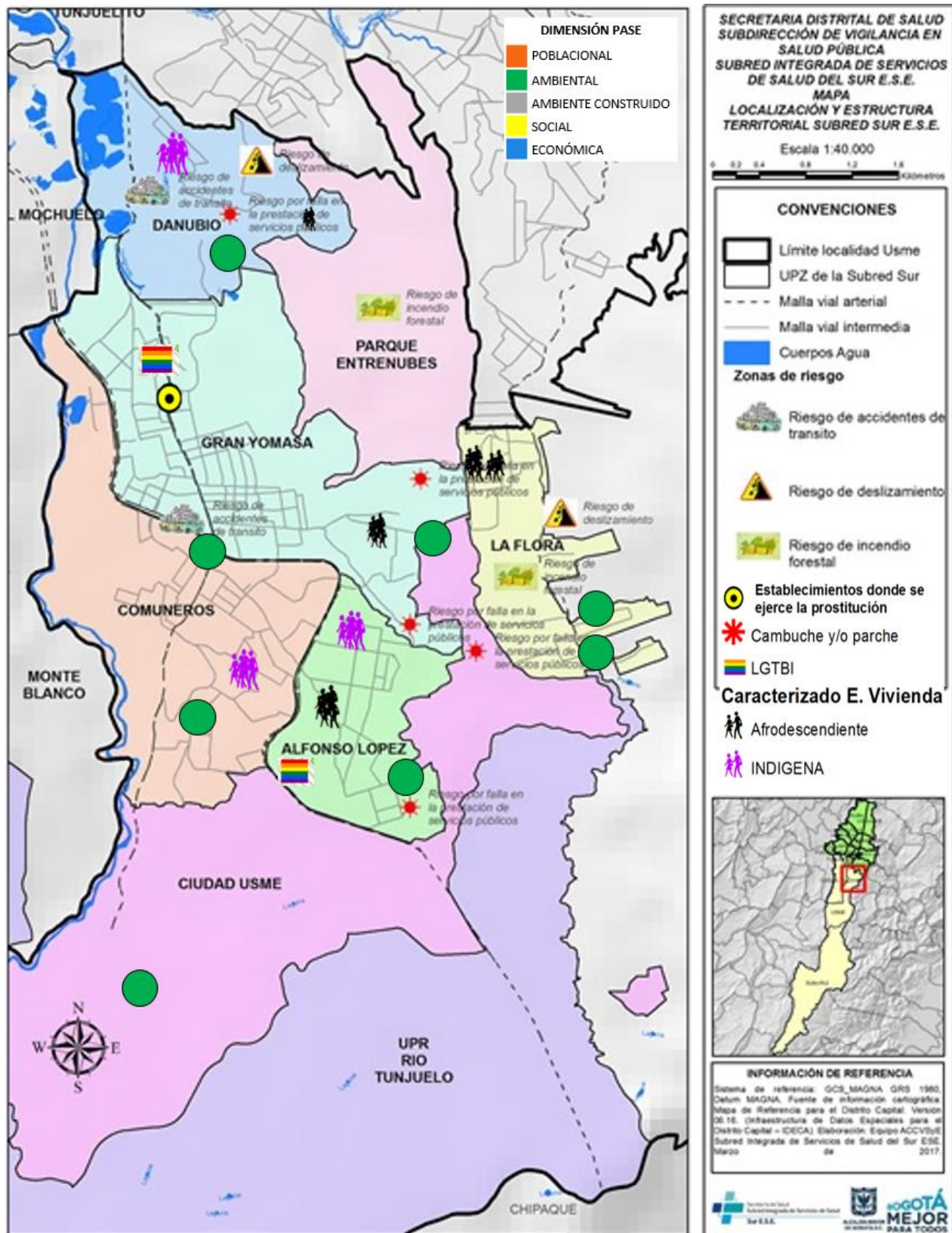
servidas, sistema combinado de alcantarillado, vertimientos líquidos industriales, manejo inadecuado de residuos sólidos y tenencia inadecuada de animales.

En cuanto al estado de la calidad del aire para la localidad, en el Distrito se cuenta con la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá D.C. (RMCAB), la cual dispone de 13 estaciones fijas y una estación móvil para el monitoreo de las concentraciones de material particulado (PM10, PM2.5, PST), de gases contaminantes (SO₂, NO₂, CO, O₃) y los parámetros meteorológicos de precipitación, velocidad y dirección de viento, radiación solar y humedad relativa(4). Es importante mencionar que la estación que se encarga del monitoreo en la localidad de Usme está ubicada en la localidad de Tunjuelito (Tunal) y tiene un rango de acción de 3 Km, lo cual incide en una medida no tan exacta respecto a las emisiones.

La localidad de Usme percibe emisiones procedentes del parque minero, del relleno sanitario Doña Juana (descomposición de residuos sólidos y evaporación de lixiviados), y de las vías principales como la Av. Boyacá y Av. Caracas, por las cuales transitan vehículos particulares, de servicio público y transporte de carga con alta emisiones de material particulado. Adicionalmente se cuenta con 23 industrias extractivas establecidas en la localidad que contribuyen al deterioro de la calidad del aire del área de influencia. En cuanto a la emisión de gases se presentan 80 industrias potencialmente contaminantes las cuales se encuentran distribuidas al interior de la localidad (5).

Teniendo en cuenta estas fuentes de contaminación y las condiciones ambientales, se identifican zonas con una alta presencia de contaminación del aire, principalmente en la intersección de la Av. Boyacá y la Av. Caracas entre las UPZ Comuneros y Gran Yomasa. La zona de extracción minera se encuentra ubicada en la UPZ Danubio, donde se encuentra minería ilegal, principalmente para el establecimiento de ladrilleras. En la UPZ Alfonso López se encuentran zonas en proceso de invasión como Nuevo Portal, así como la disminución de número de frailejones en el sector del Refugio. En la zona alta de La Flora, se cuenta con asentamientos ubicados a más de 3.000 msnm, con un clima frío constante, que combinado con inadecuadas condiciones de las viviendas y vulnerabilidad económica, afecta principalmente a la población en el momento de curso de vida infancia y vejez.

Mapa 3. Riesgos dimensión ambiental, localidad de Usme



Dimensión ambiente construido

La dimensión ambiente construido se relaciona con la transformación del ambiente natural generada por los asentamientos humanos que implica la construcción de infraestructura y de oferta de servicios que busca garantizar unas condiciones óptimas para la habitabilidad de los grupos humanos, lo cual se relaciona con su cultura, actividades productivas y necesidades propias de la población. A continuación se reconocen los principales aspectos del ambiente construido de la localidad de Usme, respecto a sus condiciones de movilidad, espacio público y condiciones de la vivienda.

Movilidad

Tomando como fuente la Secretaria de Movilidad sobre Indicadores de Respuesta de Transporte, Movilidad, Sistemas vial y de transporte refiere que el sistema está constituido por la interconexión de cuatro mallas jerarquizadas de acuerdo a sus características funcionales en materia de centralidad, volumen de tránsito, y conectividad entre las mismas. De acuerdo con la clasificación del DAPD (Departamento Administrativo de Planeación Distrital), se distingue:

La malla arterial principal (V1): es la red de vías de mayor jerarquía que actúa como soporte de la movilidad y accesibilidad metropolitana y regional. La malla arterial complementaria (V2): articula operacionalmente a la malla vial principal y la malla vial intermedia; permite la fluidez del tráfico interior de los sectores conformados por la malla vial principal y determina la dimensión y forma de la malla vial intermedia, la cual se desarrolla a su interior. Esta malla es de soporte básico para el transporte privado y para las rutas alimentadoras de los sistemas de transporte masivo. La malla vial intermedia (V3): está constituida por una serie de tramos viales que permean la retícula que conforma la malla arterial principal y complementaria, sirviendo como alternativa de circulación a éstas. Permite el acceso y la fluidez de la ciudad a escala zonal. La malla vial local (V4): está conformada por los tramos viales cuya principal función es la de permitir la accesibilidad a las unidades de vivienda.

El sistema vial en la localidad de Usme, según el DAPD, se compone de la siguiente oferta vial:

Tipo V1: incluyen la Avenida Boyacá, Avenida Caracas, Avenida Circunvalar Del Sur.

Tipo V2: incluyen la Avenida Darío Echandía, Avenida De Los Cerros Autopista Al Llano, Avenida Perimetral De Usme.

Tipo V3: incluyen la Avenida Usminia, Avenida Páramo, Avenida De Los Alisos, Avenida Del Uval, Avenida Xue, Avenida Sumapaz.

Según los datos del observatorio de movilidad de la Cámara de Comercio y la Universidad de los Andes en su informe de movilidad del año 2015, se puede evidenciar que de los 14518 Km/Carril de extensión malla vial mixta en Bogotá (no incluye troncal), la localidad de Usme cuenta con el 5 % representado en 724 Km/Carril, lo que lo ubica en la 9° puesto en la ciudad y 2° en la Subred Sur con una distribución en lo local de 119 Arterial, 144 Intermedia y 461 Local de Km/Carril.

Según la base datos del informe de Bogotá Como Vamos, para el 2015 en cuanto a los diferentes tipos de malla vial, la calidad de las mismas varia; las vías arteriales presentan datos negativos con un 39 % en mal estado, ubicándola como la 2° en el distrito con peores resultados, muy por encima del 15 % del dato general, el 49 % de las vías se definieron como buenas y el restante 12 % como regulares. Caso contrario ocurre con las vías intermedias, las cuales ubican la localidad en el 7° lugar con mejor estado de estas vías con un 68 %, similar al dato distrital del 61 %, tan solo el 16 % se registró estado malo, al igual que regular. Las vías locales ubican a Usme nuevamente como la localidad de peores vías de este tipo con un 74 % en mal estado, dato muy por encima del 49 % distrital, el restante 26 % se distribuyen en vías regulares 18 % y buenas tan solo un 8 %.

Con relación a la longitud en kilómetros de ciclo rutas por localidad según la base datos del informe de Bogotá como vamos para 2015, la localidad de Usme ocupa el puesto 14 con tan solo 7.9 kilómetros (1,7 %) de los 467,1 con que cuenta la ciudad.

Según los datos del informe de Bogotá como vamos para 2015, de las 543 víctimas fatales en accidentes de tránsito en Bogotá, la localidad de Usme aporta 19 casos, ubicándolo en el puesto 13° con un 3.5 %, lo que representa una tasa de mortalidad de 4.4 por cada 100.000 habitantes, ubicándolo en el puesto 17° del distrito; dichos 19 casos se distribuyen en 7 casos para peatones y motociclistas, 4 pasajeros y 1 ciclista.

Las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito cuentan con una oferta de transporte tradicional, sumado a sistema integrado de transporte público (SITP), con un número de rutas creciente, además de sistema de alimentadores de Transmilenio. En cuanto al sistema Transmilenio, este solo beneficia directamente a un número resumido de habitantes de dichas localidades, que cuentan con estaciones ubicadas en zonas periféricas y deben realizar trasbordo para salir y entrar de las localidades.

Al comparar tiempos de recorrido en los años 2014 y 2015, se observó un comportamiento diferente según el medio de transporte. Se registra un incremento en el SIPT (1 minuto), automóvil (4 minutos) y en especial Transmilenio (7 minutos). Por otra parte se evidencian reducciones en el uso de la Bicicleta (4 minutos), el servicio alimentador (2 minutos) y Motocicleta y Taxi (1 minuto c/u).

Según el índice de movilidad de Bogotá D. C., realizado por la Secretaria de Planeación en septiembre de 2013, se evidencia que la localidad de Usme cuenta con una movilidad muy baja en las UPZ Flora, Danubio, Comuneros, Alfonso López y Ciudad Usme; tan solo la UPZ Gran Yomasa se ubica en movilidad Baja. Para dicho estudio se establecieron variables como población por UPZ, autos persona, motos personas, bicicletas personas, viajes públicos persona, discapacidades, tiempo viaje e ingreso a la UPZ.

Lo anterior sumado a un incremento entre los años 2011 a 2015 de 69 % en motos, 34 % en automóviles, camionetas y camperos y tan solo 5 % en transporte público, evidencia dificultades en los estratos más bajos para acceder a un medio de transporte propio, sumado a unos recorridos más frecuentes y largos y un menor poder adquisitivo.

Espacio público efectivo por habitante

El distrito evidencia una disminución general del espacio público efectivo por habitante en la localidad, pasando de 3.9 m² en 2012 a 3.69 m² en 2015, dato lejano de la norma distrital y nacional en la materia, con 15 m² por habitante según el decreto 1504 de 1984, la localidad de Usme, con 3.93 m² se encuentra cercano al dato distrital, pero continua siendo insuficientes para los habitantes de la localidad.

Espacio público verde por habitante

El distrito evidencia una disminución general del espacio público verde efectivo por habitante pasando de 6.3 m² en 2012 a 6 m² en 2015. La localidad, con 10.4 m², presenta uno de los datos más altos, muy por encima del distrito, pero teniendo en cuenta que la mayor parte se trata de áreas de reserva forestal, no se da un goce real de dichos espacios ya que no cuentan con una infraestructura que permita su uso.

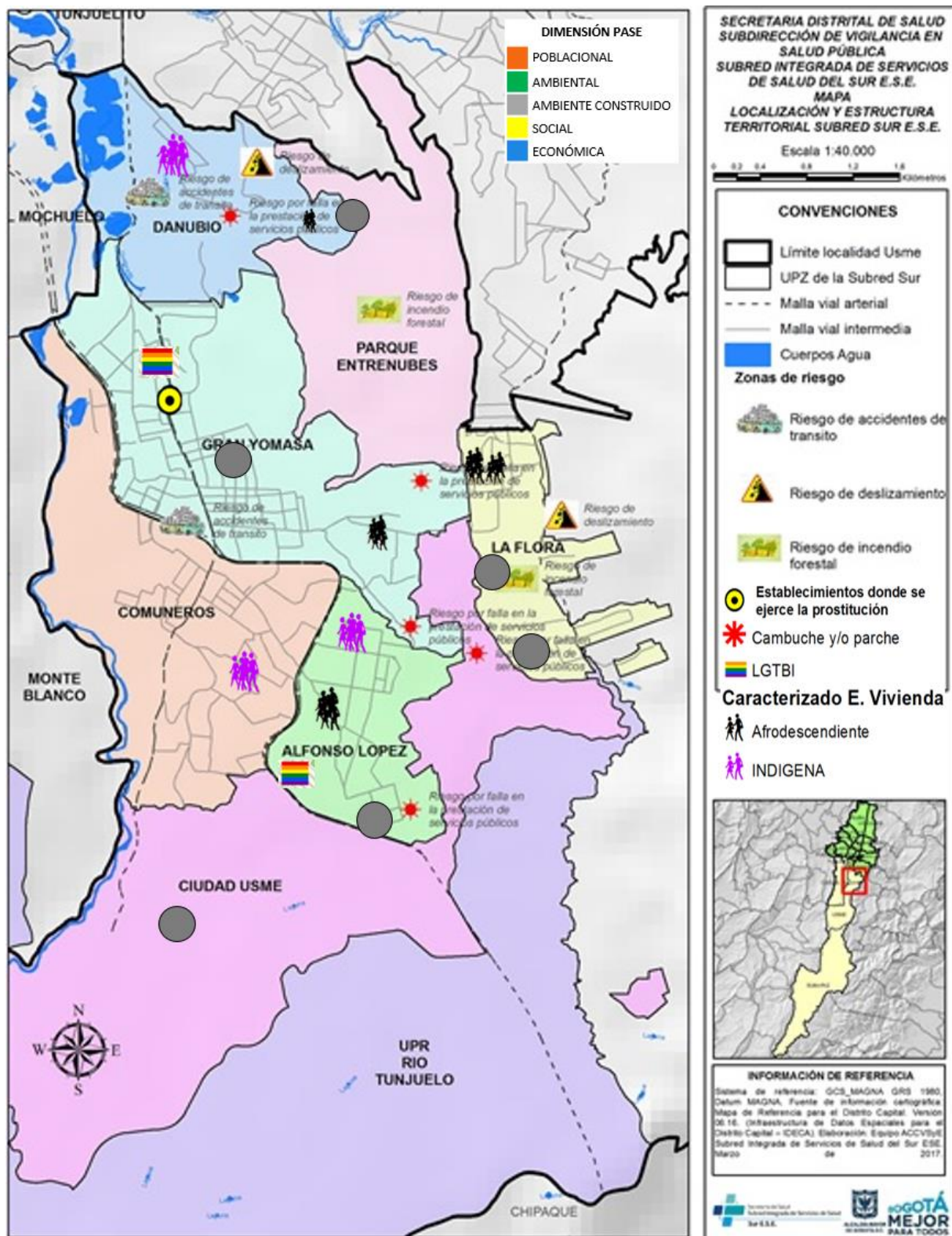
Calidad de la vivienda

De acuerdo con el índice de calidad de la vivienda urbana en Bogotá, el cual contempla tres dimensiones para su medición: materiales de la construcción, acceso a estaciones de transporte público y acceso a zonas de recreación, la localidad de Usme, después de la localidad de Ciudad Bolívar, presenta las peores condiciones, principalmente en las UPZ Alfonso López, La Flora y Parque Entrenubes. La UPZ que ocupó el último puesto en la clasificación general del distrito fue La Flora, ocupando el puesto 95 en la dimensión “construcción de la vivienda”, el puesto 105 en “acceso a transporte público” y el puesto 94 en la dimensión “cercanía a zonas verdes y parques metropolitanos y zonales”, siendo consecuentes con la estratificación socioeconómica 1 con que cuenta el 100 % de las viviendas en este sector. Usme ocupa el quinto lugar respecto a proporción de viviendas con problemas de humedad en paredes, pisos o techos, con un 32,5 %, después de La Candelaria (42,9), Santa Fe (42,4), San Cristóbal (38,9) y Tunjuelito (35,8).

En el mapa 4 están representadas las zonas con mayor afectación en cuanto a accesibilidad, espacio público y calidad de la vivienda, afectando principalmente a la zona alta de la UPZ Danubio y Alfonso López, las UPZ La Flora y Ciudad Usme en cuanto a oferta y calidad de la

vivienda, y la zona central de la UPZ Gran Yomasa, que aunque cuenta con una oferta mayor de transporte y mejores condiciones de vivienda, presenta una mayor afectación en cuanto a congestión vehicular e invasión del espacio público.

Mapa 4. Riesgos dimensión ambiente construido, localidad de Usme



2.2 Dimensión social

Esta dimensión agrupa información que incide directa o indirectamente en el mejoramiento del bienestar humano y permite examinar las características poblacionales en materia de educación, salud, condiciones de vivienda, pobreza, seguridad y saneamiento básico. En el tema de educación se analiza el equipamiento educativo, la tasa de cobertura y deserción escolar teniendo en cuenta que estos factores inciden en la consecución de trabajo y por consiguiente en la calidad de vida.

Infraestructura institucional

Educación

La localidad de Usme cuenta con 93 colegios entre privados y distritales y según el informe de calidad de vida 2015; Usme cuenta con una cobertura en educación de 78,7 %, lo que indica que disminuyeron los niveles de cobertura respecto a años anteriores. En cuanto a educación superior, la localidad no cuenta con la presencia de Universidades, pero se localizan instituciones de educación técnica.

En el año 2015 la localidad de Usme contaba con una población de 118.498 personas en edad escolar (PEE) de los cuales 71.557 se encontraban vinculados a un establecimiento educativo (matrículas oficiales). La tasa de deserción de la localidad es de 2,3, lo que indica que abandonan el sistema escolar. En cuanto a deserción escolar, se encuentra que una de las principales causas es la percepción e imaginarios con la edad escolar, en los casos de los estudiantes en extra edad, los costos educativos elevados o falta de dinero y el encargarse de otras personas del hogar (adultos mayores, personas en condición de discapacidad, cuidado de niños, etc.). Se encuentra una razón de equipamiento en educación de 28,7 establecimientos educativos por 100.000 mil habitantes. En cuanto a seguridad, se identifican problemáticas relacionadas con el consumo de SPA y las riñas callejeras.

Salud

La localidad de Usme cuenta con 25 centros de atención en salud, de las cuales el 56,0 % corresponde a Unidades de Servicios de Salud de la red pública y el 44,0 % son de tipo privado.

Del total de centros de atención ubicados en la localidad, la mayoría se concentra en la UPZ Gran Yomasa y Comuneros. Adicionalmente se cuenta con dos Unidades de Servicios de Salud en la Unidad de Planeación Rural (UPR) Rio Tunjuelo: USS El Destino y USS La Unión.

Respecto al SGSSS a través de la encuesta SISBEN de enero del 2010 a Mayo 2015, se identificó que el 42 % de la población pertenece al régimen subsidiado; seguido del 37 % en el régimen contributivo y el 20 % reportaron no tener afiliación en salud.

En cuanto a las principales problemáticas de salud de la localidad, se encuentran las barreras de acceso geográficas, pues las USS locales prestan servicios básicos de salud, generando que la comunidad deba trasladarse a otros puntos para atención especializada. Otra de las dificultades encontradas se relaciona con la afiliación al SGSSS, pues la localidad, al ser una zona en la que se encuentra un número importante de proyectos de vivienda de interés social, es receptora de población de diferentes partes del país, así como de población víctima del conflicto armado, quienes presentan dificultades para la realización en el cambio de aseguramiento, tanto por barreras en el acceso como en el desconocimiento de los trámites necesario para garantizar el acceso a salud. con una moderada oferta de bienestar y protección social, donde se incluyen instituciones como:

Bienestar y protección social

En la localidad de Usme se cuenta con presencia de instituciones y servicios como jardines infantiles, casas de juventud, hogares geriátricos, centros para personas en condiciones de vulnerabilidad, situación de desplazamiento, víctimas de la violencia, entre otras, sin embargo, esta oferta es moderada respecto a las necesidades de la población de la localidad. Ante esta carencia la localidad de Usme cuenta con diferentes acciones públicas, privadas y no gubernamentales que buscan afectar positivamente las necesidades de la población de Usme, no obstante continúa siendo insuficiente teniendo en cuenta las condiciones y carencias de la población que allí habita.

Estrato socioeconómico

De acuerdo con la base de datos de encuestados de SISBEN III (corte mayo 2015) en cuanto a la cantidad de unidades de vivienda por estrato, en la localidad de Usme predomina el estrato 2 con el 53,21 % (42.399 viviendas) seguido del estrato 1 con el 46,66 % (37.179 viviendas). Las condiciones socioeconómicas de los habitantes de la localidad inciden en la calidad de vida y salud de la población, aumentando la vulnerabilidad y presentando dificultades para el desarrollo de las capacidades de los habitantes de la zona, principalmente para quienes se concentran en el estrato 1.

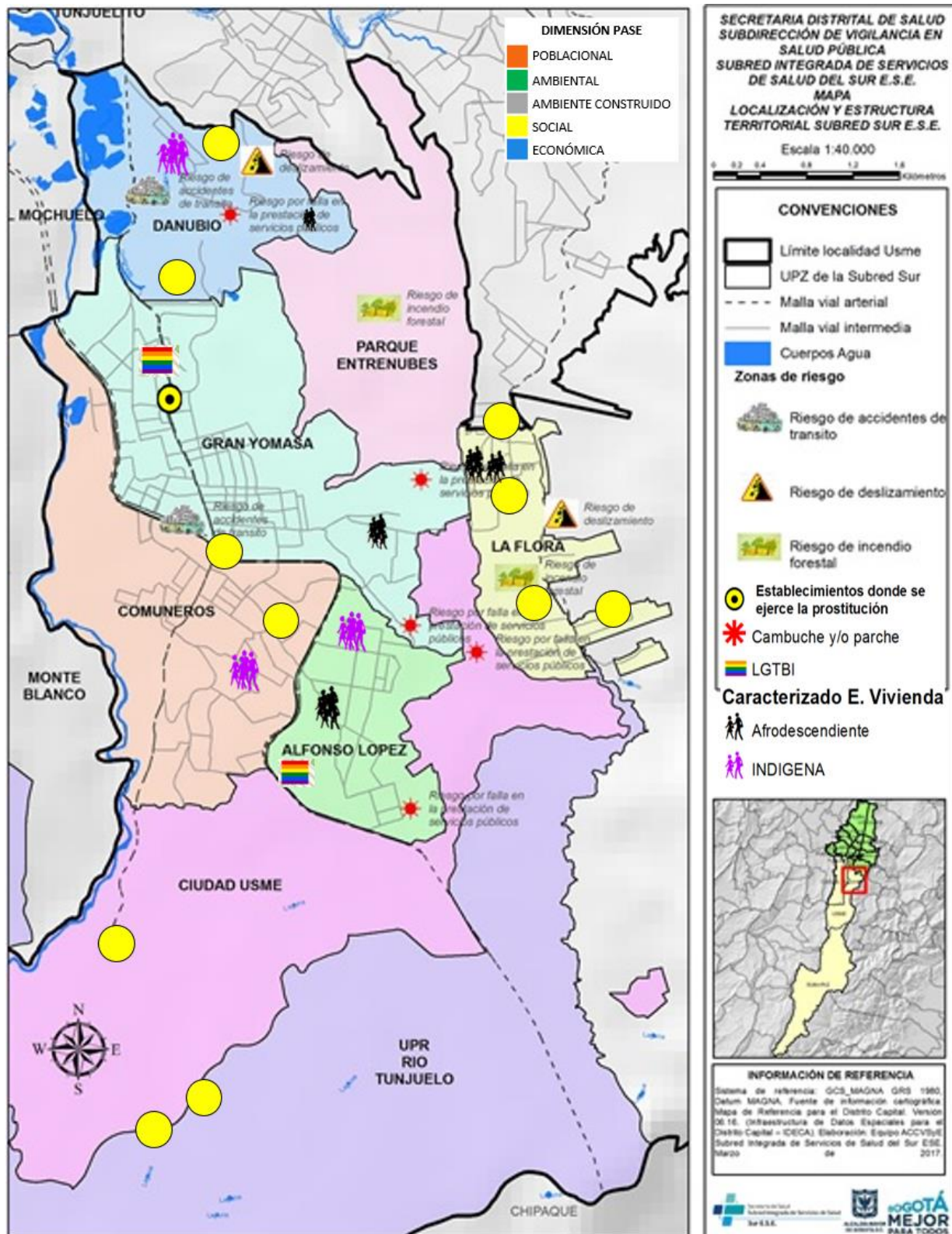
Seguridad y convivencia ciudadana

A partir de los datos registrados en el SIEDCO Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo de la DIJIN (Dirección de Investigación Judicial e INTERPOL) para el año 2016 los delitos que más afectaron a la localidad de Usme son las lesiones personales, el hurto a personas y el homicidio. Respecto al tráfico de drogas, para el año 2016 se reportaron 2499 llamadas al 123 relacionadas con consumo, porte, venta, distribución o fabricación de sustancias, concentrando el 3,7 % de los reportes de Bogotá (6).

En el mapa de riesgos de la dimensión social, se reflejan las condiciones relacionadas con carencias en los servicios de educación, salud y bienestar social, relacionadas con el estrato socioeconómico, así como puntos álgidos relacionados con alteraciones de la seguridad y convivencia. En el cruce de la avenida Boyacá y la avenida Caracas, se concentran problemáticas relacionadas con la seguridad producto del aumento de tráfico vehicular, así mismo se presenta un aumento de la delincuencia en la UPZ Ciudad Usme, relacionada con el crecimiento poblacional producto de la construcción de nuevas unidades de vivienda y de la llegada de población urbana a zonas con vocación rural.

Las zonas donde se presenta mayor vulnerabilidad, están concentradas en la UPZ La Flora, Danubio y la parte alta de Gran Yomasa, relacionada con una menor oferta de servicios de bienestar social y un aumento de población con necesidades insatisfechas, relacionadas también con aumento de delincuencia y una demanda creciente por parte de la población para la solución de estas necesidades.

Mapa 5. Riesgos dimensión social, localidad de Usme



2.3 Dimensión económica

Principales actividades económicas y desempleo

Para el año 2011 la localidad de Usme era la tercera zona con mayor desempleo en el distrito capital con una tasa de desempleo del 11 %, muy por encima del promedio distrital de 8,6 %. En el año 2014, la tasa distrital de desempleo fue de 6,7 %, con una mayor tasa de las mujeres respecto a la de los hombres (7,1 % mujeres y 6,2 % hombres); en la localidad la tasa de desempleo fue de 8,1 %, lo cual indica que disminuyó respecto al año 2011 en 3 puntos porcentuales, con una tasa de desempleo mayor para las mujeres de 8,3 % en relación a la de los hombres del 7,8 %.

Para el año 2014 la población estimada para la localidad fue de 423.650 habitantes, de los cuales el 23,4 % (99.070) eran personas menores de 11 años y 76,6 % (324.580) era población en edad de trabajar, siendo 208.098 la población económicamente activa (64,1 %) y 116.482 la población económicamente inactiva (35,9 %). La tasa global de participación (TGP) fue de 64,1 %, es decir que más de la mitad de la población de la localidad trabajan o buscan trabajo, así mismo indica que 35,9% de la población en edad económicamente activa no laboraba o se encontraba ejerciendo trabajo informal. En relación a la TGP por sexo se observa que es mayor para los hombres (74,3 %) que para las mujeres (54,5 %). Para Bogotá La TGP distrital es del 64,2 %, siendo 73,5 % para los hombres y 55,0 % en las mujeres.

En cuanto a la medición de calidad del empleo, el indicador utilizado es la tasa de informalidad (número de personas que según las características de su trabajo y su posición ocupacional, son consideran informales, sobre el total de ocupadas). De acuerdo con la información arrojada por la EMB 2014, la tasa de informalidad de la localidad fue de 47,2 %. Con relación al sexo se identificó que para las mujeres la tasa fue de 52,3 %, en comparación al distrito con una tasa de 40,4 %; esta cifra revela que el grado de informalidad del trabajo de las mujeres en la localidad, es 11,9 puntos porcentuales mayor con respecto al total de la ciudad.

La tasa de dependencia total de la localidad (relación entre la población potencialmente productiva: población joven y adulta y la población dependiente: infancia y adulta mayor) fue

del 57,6 % por lo cual se puede inferir que en promedio 4 de cada 10 personas que residen en la localidad deben trabajar para sustentar económicamente a las 6 restantes. En cuanto al sexo la diferencia porcentual es de 1,6, con una tasa de 56,8 % en las mujeres y 58,5 % en los hombres. En Bogotá, la tasa general es del 52,8 %, en ambos sexos.

Con relación a las actividades económicas, para el periodo de septiembre a diciembre del año 2016, se identificaron 281 unidades de trabajo informal (UTIS) en la localidad, de las cuales la mayoría se desempeña en servicios de peluquería, elaboración de productos de panadería, expendio a la mesa de comidas preparadas y reparación de vehículos automotores.

En cuanto a la infraestructura de desarrollo económico industrial o empresarial, en la localidad de Usme predominan las actividades terciarias de comercio y servicios (85 %), seguido de las industrias (15 %), las cuales se ubican principalmente en la UPZ Gran Yomasa. En cuanto a las actividades comerciales propias del sector terciario, la venta de ropa lidera el sector (228 establecimientos), seguida por los depósitos de materiales (88 establecimientos) y la venta de calzado (84 establecimientos).

Coeficiente de GINI

El Coeficiente de GINI es un indicador que permite medir la desigualdad del ingreso en una sociedad. La medición varía en una escala de 0 a 1: el valor de “0” indica una situación ideal, es decir una distribución equitativa del ingreso, en la que todos los individuos o familias de una sociedad adquieren el mismo ingreso; un valor de 1 indica que los ingresos se concentran en unos pocos hogares o individuos y refleja una situación de inequidad. Para la interpretación del coeficiente existen 3 parámetros, entre (0 – 0,30) es el reflejo de una distribución equitativa del ingreso; entre (0,40 – 0,60) puede expresar situaciones de desigualdad y valores superiores a 0,60 expresan una distribución gravemente inequitativa del ingreso.

Para Bogotá el Coeficiente de GINI durante el año 2014 fue de 0.504, al comparar con el 2007 (0.511) se observa reducción para el último año analizado. En el año 2014 en la localidad de Usme el coeficiente fue de 0,379 indicando una distribución equitativa del ingreso, al comparar con el distrito capital se observa que este indicador se ubicó por debajo del estimado para la

ciudad, reflejando menos desigualdad que en el distrito, dado que las condiciones socioeconómicas son similares en toda la localidad (7).

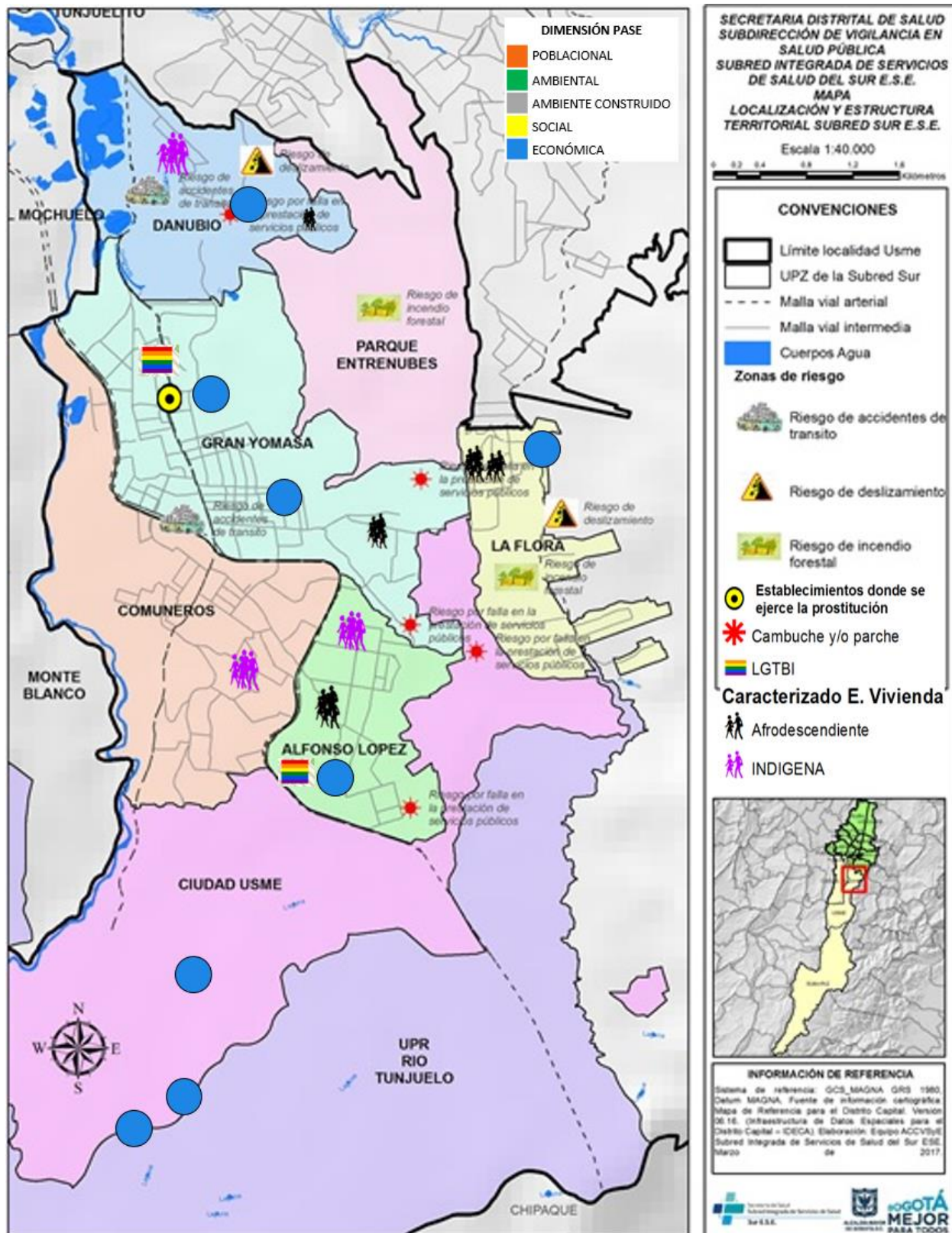
Acceso a Canasta SAN

De acuerdo con datos de la Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011, la localidad de Usme tiene un 40,4 % de hogares que presentan inseguridad alimentaria, siendo mayor que el porcentaje reportado por Bogotá (24,3 %), lo cual puede estar relacionado con bajos ingresos mensuales recibidos por las familias, de acuerdo al tipo de empleo que desempeñen, ya sea formal o informal.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Multipropósito de Bogotá, el 31.7 % de los jefes de hogar de la localidad de Usme perciben una mejoría en las condiciones de alimentación de los miembros del hogar, sin embargo el 11 % de los jefes de hogar reportaron que las condiciones de alimentación de los miembros del hogar empeoraron, causado por una disminución de ingresos o una pérdida económica importante, o por el aumento de los precios de los bienes y servicios que se consumen el hogar.

En el mapa de riesgo de la dimensión económica para la localidad de Usme, se observan las zonas que concentran las condiciones de vulnerabilidad económica, desempleo y empleo informal. En las UPZ La Flora, Danubio y Ciudad Usme se presentan condiciones de vulnerabilidad relacionadas con bajos ingresos de las familias, desempleo y actividades económicas del sector informal, lo cual incide en las condiciones de calidad de vida de los habitantes de estas zonas de la localidad. Así mismo, en la UPZ Alfonso López convergen condiciones de vulnerabilidad económica con una alta ocupación en empleo informal. La UPZ Gran Yomasa, la cual se encuentra ubicada en el centro de la localidad y es zona de tránsito tanto de ingreso como de salida de la localidad, concentra el mayor número de actividades informales de la economía, con un alto número de establecimientos, así como de ventas callejeras y actividades del sector informal.

Mapa 6. Riesgos dimensión económica, localidad de Usme



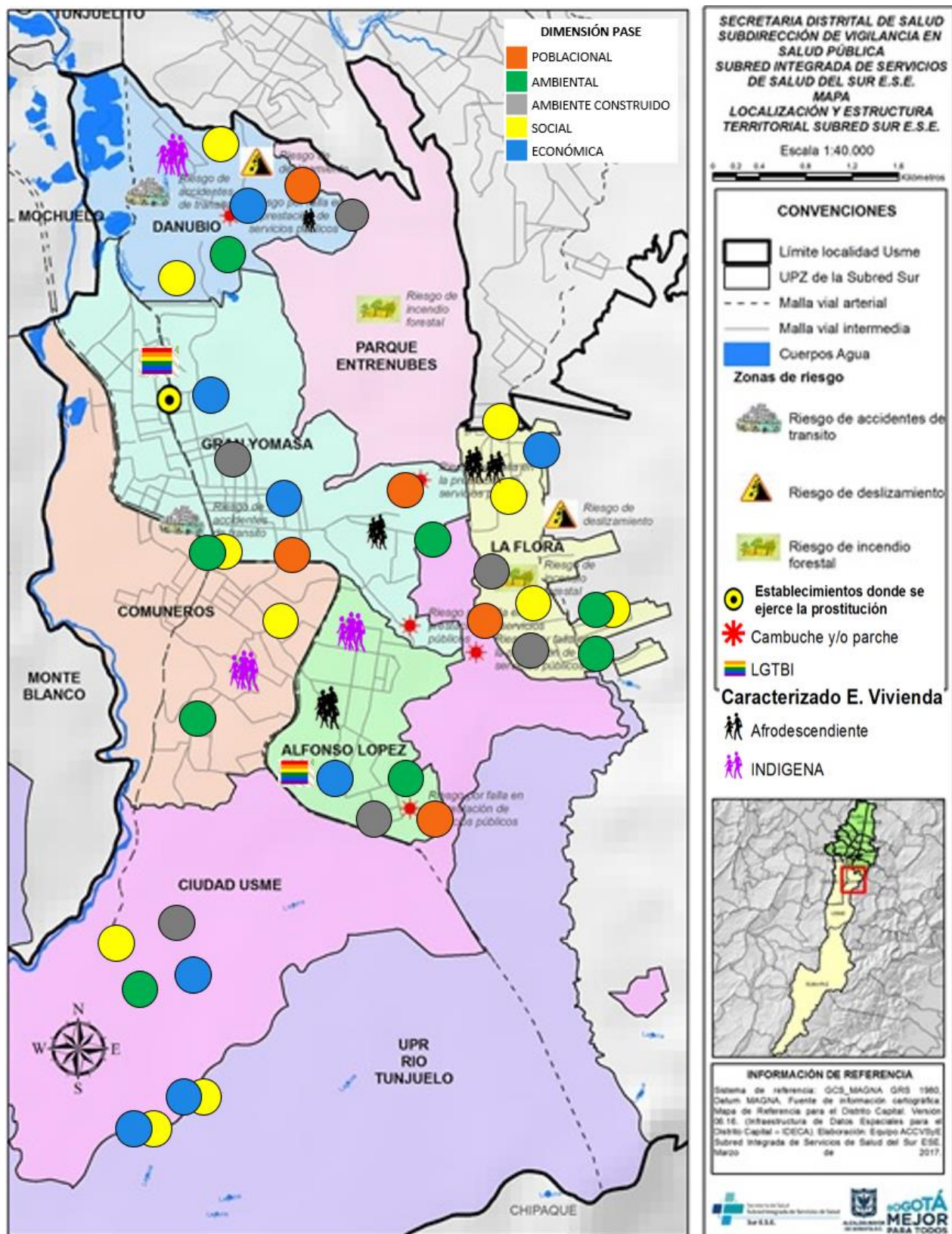
2.4 Espacios de participación comunitaria

Los procesos de desarrollo social y de organización comunitaria son contruidos desde la cotidianidad y el saber de los sujetos, con el fin de promover la transformación del territorio y mejorar las condiciones de vida de los habitantes. En la localidad se cuenta con espacios de participación comunitaria, 172 Juntas de Acción Comunal y 4 consejos comunales; así mismo se desarrollan espacios como los Consejos Locales de Planeación, juventud, Gobierno, Política Social, Cultura y Discapacidad, donde se desarrolla la articulación comunitaria e institucional, contando con espacios de participación que articulan el trabajo de la comunidad y las instituciones.

Desde el sector salud en la Subred Sur se cuenta con espacios de participación como la Asociación de Usuarios de las USS y la conformación de los Comités de Participación Comunitaria en Salud COPACOS, los cuales buscan garantizar la comunicación entre el sector y la comunidad, así como fortalecer los procesos de desarrollo sociales y comunitarios en salud en conjunto con la institucionalidad. Así mismo, en la localidad de Usme se identifican seis 6 Oficinas de Participación y Servicio a la Ciudadanía en Salud y 23 puntos de Atención al Usuario.

Como síntesis del proceso de identificación de las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas de la localidad, se genera un mapa de condiciones del PASE para la localidad, el cual permite realizar cruces de información entre las diferentes dimensiones, identificar puntos de concentración y patrones de relación, obteniendo un panorama global de las condiciones actuales de la localidad. Se observa una alta concentración de condiciones en las UPZ La Flora, Danubio, Alfonso López, Ciudad Usme y Gran Yomasa, partiendo de las particularidades de cada una de las UPZ. Así mismo se observa una fuerte relación entre las condiciones sociales y ambientales, en zonas como el cruce de las UPZ Gran Yomasa y Comuneros. La identificación de estas zonas, permitirá el cruce con información de eventos de salud que permitan tener un diagnóstico ajustado a las condiciones presentes en la localidad.

Mapa 7. Riesgos y condiciones dimensiones PASE, localidad de Usme



3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

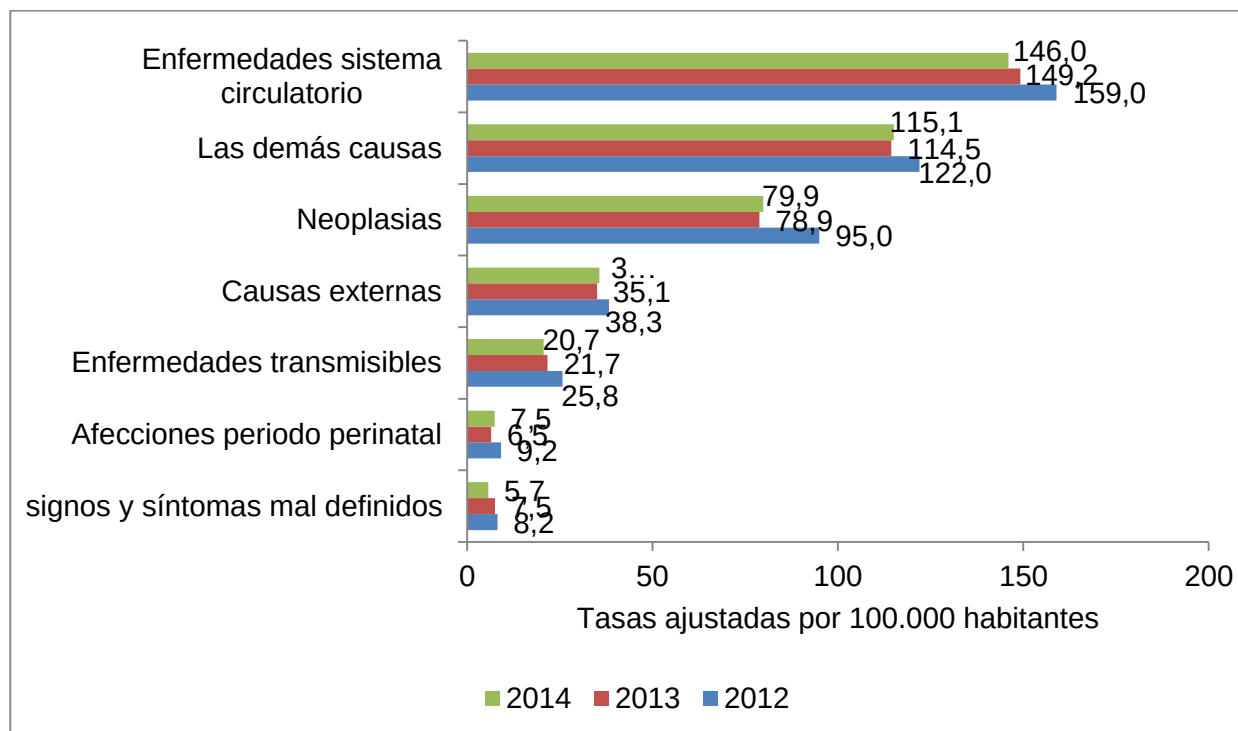
3.1 Mortalidad

Entre 2012 y 2014 en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur se produjeron en promedio 3.889 defunciones anuales, con una desviación estándar de 188,36. En general, la tendencia en la subred incrementó; durante este periodo la tasa de mortalidad aumento en un 5 %, pasando de 298,81 a 314,26 muertes por cada 100.000 habitantes. Del total de las defunciones ocurridas en la Subred Sur para el año 2014; el 26,5 % (n=1088) se originaron en la Localidad de Usme, donde el 53 % (n=577) de las muertes ocurrió en los hombres y el 47 % (n=511) en las mujeres.

En Usme durante el periodo 2012 al 2014 el promedio anual fue de 1081 mortalidades, con una desviación estándar de 28,6; la tendencia de mortalidad es decreciente en el periodo analizado, donde la tasa cruda fue de 276 en el 2012 y el 2014 de 254,7 muertes por cada 100.000 habitantes.

3.1.1 Mortalidad por grandes causas

Gráfica 7. Mortalidad por grandes causas, localidad de Usme, 2012-2014



Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

En la localidad de Usme para el periodo 2012-2014 ocurrieron 3.244 mortalidades; la mortalidad se comporta de manera ascendente, en el año 2012 se presentaron 1106 defunciones (34,1 %), en el año 2013 acontecieron 1050 fallecimientos (32,4 %) y para el 2014 el aporte fue del 33,5 % (n=1088) del total de las defunciones para la localidad, de acuerdo al grupo de edad por quinquenios para este periodo se observa que el grupo más afectado corresponde al de 80 y más años con el 24,2 % (n=263), seguido del grupo de 75 a 79 años con el 9,7 % (n=106), en tercer lugar, el grupo de 70 a 74 años con el 9,5 % (n=103), en cuarto lugar al grupo de 65 a 69 años con el 8,3 % (n=90) y en quinto lugar el grupo de 60 a 64 años con el 8,1 % (n=88).

Con relación al grupo de grandes causas, para el año 2014, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte, las cuales contribuyeron al 30,9 % (n=336) de la mortalidad en la localidad, presenta una tendencia decreciente en la tasa ajustada para la edad del 8,1 % pasando de 159,0 a 146,0 por 100.000 habitantes. Afectando a los grupos de edad por quinquenios de 80 y más años (36,9 %), seguido de 75 a 79 años, 70 a 74 años y 60 a 64 años (11,0 %) respectivamente.

Las dos principales enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón (n=162) y la enfermedad cerebrovascular o ictus (n=84), que en conjunto producen el 73,2 % de toda la mortalidad cardiovascular y se concentran en la población mayor de 60 años. La incidencia de la enfermedad cerebrovascular, se aumenta con la edad y se asocia a la presencia de factores de riesgo tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, dislipidemias, obesidad, tabaquismo y sedentarismo entre otros. (8)

La segunda causa de muerte en la población de Usme fueron las enfermedades que integran el grupo de las demás causas. Para el año 2014 aportaron el 25,3 % (n=275) a las defunciones; presenta una tendencia decreciente de 5,7 % en la tasa ajustada para la edad pasando de 122,0 a 115,1 por 100.000 habitantes. En el año 2014 afectó a los grupos de edad por quinquenios de 80 y más años (33,4 %), seguido de 75 a 79 años (12,3 %) y de 70 a 74 años (10,5 %).

Los tres principales eventos incluidos en el grupo de las demás causas fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (n=73), resto de enfermedades del sistema digestivo (n=41) y diabetes mellitus (n=37), las cuales aportan en un 54,9 % al total de las enfermedades del grupo.

Las neoplasias ocuparon el tercer lugar en cuanto las causas de defunciones, presenta una reducción significativa del 15,9 % en la tasa ajustada para la edad pasando de 95,0 a 79,9 por 100.000 habitantes. Para el 2014 las neoplasias aportaron al 20,5 % (n=223) de los decesos; las dos principales causas se relacionaron a tumor maligno de estómago y tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. Para el mismo año la edad por quinquenios con mayor afectación es de 80 y más años (13,9 %), seguido de 70 a 74 años (13,4 %) y de 75 a 79 años (12,1 %).

El cáncer es una enfermedad multifactorial, las causas de dicho evento se clasifican en internas o externas. Las internas se conocen como una predisposición genética, lo que significa que en algunas familias se hereda un gen anormal que hace que sus miembros presenten una alta probabilidad de desarrollar cáncer. Los factores externos se relacionan con la exposición a sustancias químicas o agentes físicos o biológicos que afectan los genes de las células, transformándoles en cancerosas. Numerosos cambios genéticos que conducen al cáncer son el resultado factores de riesgo como: consumo de tabaco, alimentación no saludable, obesidad, consumo de alcohol, exposición solar ultravioleta, exposición a sustancias carcinógenas (sustancias que causan cáncer) en el ambiente laboral, y algunas infecciones, como las causadas por virus como el del papiloma humano (VPH), hepatitis B y C, el de la inmunodeficiencia humana (VIH), el de Epstein Bar y la infección causada por la bacteria *Helicobacter pilory*.(9)

La cuarta causa de mortalidad correspondió a causas externas, presenta una tendencia decreciente en los periodos analizados. En el 2014 se presentaron 136 fallecimientos (12,5 %). La principal causa son las agresiones (homicidios) 49,3 %, seguido de los accidentes de transporte terrestre 18,4 %. La mortalidad por causas externas es considerada un problema de salud pública, además, es un indicador de desigualdades e inequidades en salud que tiene

gran impacto social y económico en la población. Las causas externas de mortalidad se pueden clasificar en intencionales (suicidio y homicidio), no intencionales (accidentes de tránsito u otros accidentes) y de intención indeterminada. La OMS estima que todos los días personas son víctimas de este tipo de lesiones, las cuales de no ser fatales, teniendo en cuenta la gravedad pueden requerir cuidados médicos, psicológicos y/o de rehabilitación, los cuales puede acarrear altos costos económicos no solo para el sistema sino el individuo y sus familias además de las posibles afectaciones sociales (10)

En la mayoría de las UPZ de la localidad de Usme faltan equipamientos como paraderos, senderos peatonales, rampas en puentes peatonales, ciclo rutas, y semaforización. Asociado a ello el diseño de algunas vías presenta pendientes pronunciadas, curvas e inconvenientes de drenaje, problemas de estructura y además una escasa o deficiente señalización. Lo anterior conlleva a un alto potencial de accidentalidad por maniobras repentinas e improvisadas de los vehículos. Una de las principales causas de los accidentes en Usme, se ubica entre la estación Molinos y el portal, dado que no existe carril exclusivo para los buses articulados y deben compartir la vía con motocicletas, taxis, volquetas, camiones, buses, bicicletas y carros particulares, situación que incrementa el nivel de riesgo de accidentes.

En la localidad se han identificado puntos críticos como la Vía al Llano; el trayecto desde la Avenida Caracas a la altura del barrio Santa Librada; la vía Usme entre los barrios Monteblando y Brazuelos; la Calle 56 sur con Avenida Caracas en la entrada al barrio Danubio; la Avenida Boyacá paralelo al tramo de la Quebrada Yomasa desde la vía a Usme hasta su desembocadura en el río Tunjuelo; y en la antigua carretera oriente con calle 78 sur en el sector Juan Rey - La Flora.

En el quinto lugar se encuentran las enfermedades transmisibles, las cuales son causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas, presenta un comportamiento descendente en la tasa ajustada para la edad pasando de 25,8 a 20,7 por 100.000 habitantes. En el 2014 se presentaron 63 defunciones aportando al 5,8 % del total de la mortalidad en la localidad. La principal causa se relaciona con infecciones respiratorias agudas (55,6 %) seguido de enfermedad por VIH (SIDA) (23,8 %).

En relación a las afecciones del periodo perinatal en el año 2014 se presentaron 35 mortalidades; y la principal causa fueron los trastornos respiratorios específicos del período perinatal con un 40 %. Para el año 2014 el grupo de edad con mayor afectación corresponde al de 65 a 69 años con el (14,2 %), seguido del grupo de 55 a 59 años (12,6 %) y de 80 y más años (12,6 %).

En la localidad de Usme, uno de los factores que contribuyen a los riesgos ambientales es la disposición inadecuada de sus desechos sólidos por parte de la población, ausencia en el servicio de recolección de basuras, especialmente en la parte alta de la UPZ Alfonso López, lo que conlleva a que la comunidad establezca estrategias como la quema de basuras, aumentando negativamente el impacto ambiental. Otro factor de riesgo son los asentamientos ilegales cerca a los afluentes hídricos, con viviendas en condiciones mínimas de habitabilidad, que no cuentan con un sistema de alcantarillado adecuado ni vías de acceso y para las cuales no fue planeado un sistema de recolección de basura en las zonas periféricas de las UPZ Gran Yomasa, Danubio y la Flora.

Otro tipo de contaminación ambiental es la causada por el alto nivel de tráfico vehicular, principalmente en Marichuela ubicado en las UPZ 57 y parte de la UPZ 58, y cuyos efectos son altos niveles de polución y contaminación auditiva. Por otro lado, existe la presencia de ladrilleras que no realizan manejo adecuado de los desechos de su producción y que generan estancamiento de agua, lo cual repercute en la proliferación de insectos y vectores.

Tabla 11. Mortalidad por Grandes Causas 6/67 por edades quinquenales, localidad de Usme, 2014

Grandes Causas 6/67	Transmisibles			Neoplasias			Enfermedades del Sistema Circulatorio			Afecciones del Periodo Perinatal		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
De 0 a 4 años	14,2 (4)	5,7 (2)	9,5 (6)	2,6 (3)	0	1,3 (3)	1,1 (2)	1,8 (3)	1,4 (5)	100 (11)	100 (24)	100 (35)
De 5 a 9 años	3,5 (1)	0	1,5 (1)	0	0	0	0,5 (1)	0	0,2 (1)	0	0	0

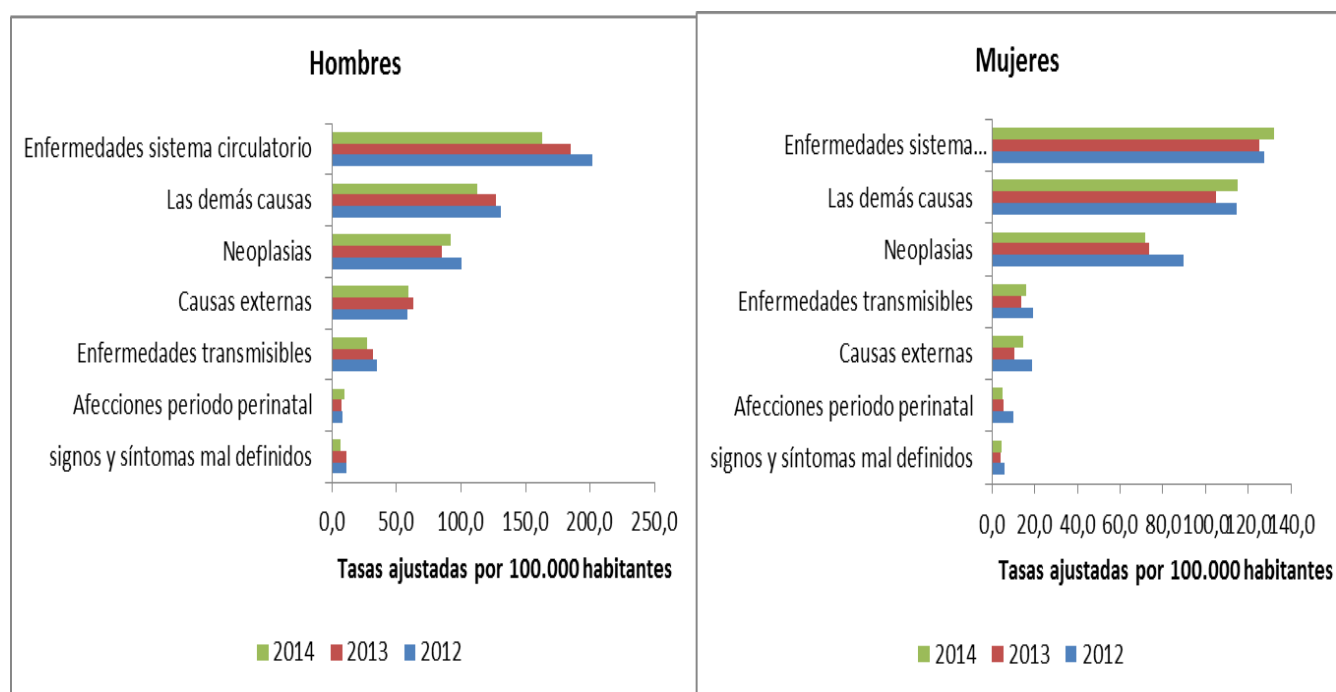
De 10 a 14 años	0	2,8 (1)	1,5 (1)	1,7 (2)	0,9 (1)	1,3 (3)	0	0	0	0	0	0
De 15 a 19 años	3,5 (1)	0	1,5 (1)	0	3,6 (4)	1,77 (4)	0	0,6 (1)	0,2 (1)	0	0	0
De 20 a 24 años	3,5 (1)	2,8 (1)	3,1 (2)	0,8 (1)	2,7 (3)	1,7 (4)	0	0	0	0	0	0
De 25 a 29 años	0	2,8 (1)	1,5 (1)	0,8 (1)	0,9 (1)	0,8 (2)	0	0,6 (1)	0,2 (1)	0	0	0
De 30 a 34 años	0	5,7 (2)	3,1 (2)	7,0 (8)	1,8 (2)	4,4 (10)	1,7 (3)	1,8 (3)	1,7 (6)	0	0	0
De 35 a 39 años	3,5 (1)	8,5 (3)	6,3 (4)	0,8 (1)	0	0,4 (1)	0,5 (1)	0,6 (1)	0,5 (2)	0	0	0
De 40 a 44 años	3,5 (1)	2,8 (1)	3,1 (2)	6,1 (7)	3,6 (4)	4,9 (11)	1,7 (3)	1,2 (2)	1,4 (5)	0	0	0
De 45 a 49 años	3,5 (1)	5,7 (2)	4,7 (3)	5,2 (6)	5,5 (6)	5,3 (12)	3,5 (6)	3,0 (5)	3,2 (11)	0	0	0
De 50 a 54 años	10,7 (3)	0	4,7 (3)	9,6 (11)	7,3 (8)	8,5 (19)	4,0 (7)	4,8 (8)	4,4 (15)	0	0	0
De 55 a 59 años	14,2 (4)	11,4 (4)	12,6 (8)	9,6 (11)	13,7 (15)	11,6 (26)	4,6 (8)	8,4 (14)	6,5 (22)	0	0	0
De 60 a 64 años	14,2 (4)	0	6,3 (4)	10,5 (12)	7,3 (8)	8,9 (20)	7,0 (12)	15,1 (25)	11,0 (37)	0	0	0
De 65 a 69 años	3,5 (1)	22,8 (8)	14,2 (9)	7,0 (8)	11,0 (12)	8,9 (20)	6,4 (11)	12,7 (21)	9,5 (32)	0	0	0
De 70 a 74 años	3,5 (1)	11,4 (4)	7,9 (5)	11,4 (13)	15,5 (17)	13,4 (30)	9,9 (17)	12,1 (20)	11,0 (37)	0	0	0
De 75 a 79 años	7,1 (2)	2,8 (1)	4,7 (3)	11,4 (13)	12,8 (14)	12,1 (27)	14,0 (24)	7,8 (13)	11,0 (37)	0	0	0
De 80 y más años	10,7 (3)	14,2 (5)	12,6 (8)	14,9 (17)	12,87 (14)	13,9 (31)	44,4 (76)	29,0 (48)	36,9 (124)	0	0	0
Total	100 (28)	100 (35)	100 (63)	100 (114)	100 (109)	100 (223)	100 (171)	100 (165)	100 (336)	100 (11)	100 (24)	100 (35)

Grandes Causas 6/67	Causas Externas			Todas las demás causas			Signos y síntomas mal definidos		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
De 0 a 4 años	0	0,9 (1)	0,7 (1)	4,5 (7)	9,0 (11)	6,5 (18)	25 (2)	16,6 (2)	20 (4)
De 5 a 9 años	0	0	0	1,9 (3)	0	1,0 (3)	0	0	0
De 10 a 14 años	0	0,9 (1)	0,7 (1)	0,6 (1)	3,2 (4)	1,8 (5)	0	0	0
De 15 a 19 años	3,8 (1)	11,8 (13)	10,2 (14)	0,6 (1)	0,8 (1)	0,7 (2)	12,5 (1)	0	5 (1)

De 20 a 24 años	11,5 (3)	16,3 (18)	15,4 (21)	1,9 (3)	0	1,0 (3)	0	8,3 (1)	5 (1)
De 25 a 29 años	19,2 (5)	18,1 (20)	18,3 (25)	0	2,4 (3)	1,0 (3)	0	8,3 (1)	5 (1)
De 30 a 34 años	11,5 (3)	10,9 (12)	11,0 (15)	0,6 (1)	1,6 (2)	1,0 (3)	0	0	0
De 35 a 39 años	7,6 (2)	12,7 (14)	11,7 (16)	2,6 (4)	0,8 (1)	1,8 (5)	0	0	0
De 40 a 44 años	3,8 (1)	3,6 (4)	3,6 (5)	0	1,6 (2)	0,7 (2)	0	8,3 (1)	5 (1)
De 45 a 49 años	0	6,3 (7)	5,1 (7)	3,2 (5)	3,2 (4)	3,2 (9)	12,5 (1)	16,6 (2)	15 (3)
De 50 a 54 años	3,8 (1)	2,7 (3)	2,9 (4)	3,2 (5)	4,0 (5)	3,6 (10)	0	8,3 (1)	5 (1)
De 55 a 59 años	3,8 (1)	4,5 (5)	4,4 (6)	4,5 (7)	4,0 (5)	4,3 (12)	12,5 (1)	16,6 (2)	15 (3)
De 60 a 64 años	11,5 (3)	2,7 (3)	4,4 (6)	4,5 (7)	9,8 (12)	6,9 (19)	12,5 (1)	8,3 (1)	10 (2)
De 65 a 69 años	3,8 (1)	1,8 (2)	2,2 (3)	7,1 (11)	12, (15)	9,4 (26)	0	0	0
De 70 a 74 años	3,8 (1)	0,9 (1)	1,4 (2)	9,8 (15)	11,4 (14)	10,5 (29)	0	0	0
De 75 a 79 años	7,6 (2)	0,9 (1)	2,2 (3)	11,7 (18)	13,1 (16)	12,3 (34)	12,5 (1)	8,3 (1)	10 (2)
De 80 y más años	7,6 (2)	4,54 (5)	5,1 (7)	42,4 (65)	22,1 (27)	33,4 (92)	12,5 (1)	0	5 (3)
Total	100 (26)	100 (110)	100 (136)	100 (153)	100 (122)	100 (275)	100 (8)	100 (12)	100 (20)

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

Entre el periodo 2012-2014 en Usme ocurrieron 3.244 defunciones; donde el 54,2 (n=1.760) se presentaron en hombres y 45,7 % (n=1.484) mujeres. Con relación al curso de vida, el 59,7 % de los casos se presentaron en la Vejez (Mayor de 60 años); seguido de Adultez con 25 %, Juventud 6, 2 % Adolescencia 1,9 %, Primera Infancia 6,9 % e Infancia 0,4 %. El grafico permite observar que las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas y las neoplasias son las tres primeras causas de muerte para los dos sexos de acuerdo al comportamiento en las tasas ajustadas por edad.

Gráfica 8. Tasas ajustadas por agrupación y sexo, localidad de Usme, 2012-2014

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

Por grupos quinquenales de acuerdo al sexo, en hombres el primer lugar la mortalidad se encuentra el grupo de 80 y más años el cual representa el 17,2 % (n=99), seguido del grupo de 65 a 69 años con 10.1 % (n=58), en tercer lugar se ubica el grupo de 70 a 74 años con el 9,7 % (n=56), en el cuarto lugar el grupo de 60 a 64 años con 8,5 % (n=49) y el quinto lugar, el grupo de 75 a 79 años, con 8 % (n=46). Respecto a las mujeres, el primer lugar se encuentra el grupo de 80 y más años, el cual representa el 32,1% (n=164), seguido del grupo de 75 a 79 años, con el 11,7 % (n=60), en tercer lugar se ubica el grupo de 70 a 74 años con el 9,2 % (n=47), en el cuarto lugar el grupo de 60 a 64 años, con el 7,6 % (n=39) y en el quinto lugar, se ubican los grupos de edad de 55 a 59 años y de 56 a 69 años con el 6,3 % (n=32) respectivamente.

El comportamiento de la mortalidad por sexo en relación a las tasa crudas de mortalidad, en mujeres es decreciente para los grupos de enfermedades por neoplasias y afecciones perinatales; mientras que en las enfermedades transmisibles, signos y síntomas mal definido,

las demás causas y causas externas se comporta de manera irregular presenta las mayores tasas en el año 2014.

Las enfermedades del sistema circulatorio tienen un comportamiento creciente y sostenido entre los años analizados, por lo cual se puede inferir que las afecciones cardiovasculares han sido el mayor factor de riesgo en la mortalidad de las mujeres que residen en Usme a través de los años. Con relación a los hombres las enfermedades del sistema circulatorio mantiene un comportamiento de descenso en la mortalidad; mientras que para los demás grupos de enfermedades se comportan de forma irregular.

Tabla 12. Tendencia en la mortalidad de tasas crudas según sexo y total, localidad de Usme, 2012-2014

Grandes Causas	Hombres					Mujeres					Total				
	2012	2013	2014	Tendencia		2012	2013	2014	Tendencia		2012	2013	2014	Tendencia	
Enfermedades transmisibles	5,8	6,2	5,4	↗	↘	13,3	9,5	13,0	↘	↗	15,7	14,2	14,8	↘	↗
Neoplasias	18,6	16,2	17,0	↘	↗	62,1	54,7	52,8	↘	↘	60,1	52,2	52,2	↘	↗
Enfermedades sistema circulatorio	28,8	26,1	25,7	↘	↘	73,0	74,7	79,2	↗	↗	81,4	77,4	78,7	↘	↗
Afecciones periodo perinatal	3,1	2,9	3,7	↘	↗	10,8	5,7	5,1	↘	↘	10,2	7,2	8,2	↘	↗
Causas externas	17,8	17,1	17,1	↘	-	16,3	9,0	12,0	↘	↗	35,7	30,5	31,8	↘	↗
Las demás causas	20,6	20,6	19,0	-	↘	68,5	66,1	70,9	↘	↗	66,4	64,7	64,4	↘	↘
signos y síntomas mal definidos	2,8	3,0	1,9	↗	↘	4,4	3,3	3,7	↘	↗	6,5	6,3	4,7	↘	↘

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

En cuanto a la magnitud de acuerdo al comportamiento en las tasa crudas las mujeres tienen mayor riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio y Neoplasias. Los factores de

riesgo cardiovascular presente en las mujeres están relacionados con hipertensión, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, estrés, dislipidemias y obesidad. Otros factores predisponentes en la mujer son los relacionados con la menopausia, los anticonceptivos y la preeclampsia que duplican el riesgo de enfermedades del sistema circulatorio. (11)

En hombres la causa directa son las lesiones de causa externa, en el 2014 en Usme por cada mujer que falleció con este diagnóstico, hubo cuatro hombres que murieron por la misma causa. Los homicidios son más comunes en los hombres que en las mujeres, particularmente entre los jóvenes entre 15 y 44 años, tal como lo sugiere la literatura sobre violencia y actividades criminales, lo cual incide negativamente en la estructura demográfica poblacional y en los procesos económicos del país y de las familias. (12)

Tabla 13. Comparación de tasas ajustadas mortalidad general Subred Integrada de Servicios de Salud y sus localidades, 2014

Grandes Causas	Ciudad Bolívar	Tunjuelito	Usme	Subred Sur
Enfermedades transmisibles	27,1	21,8	20,7	24,0
Neoplasias	97,9	103,0	79,9	93,3
Enfermedades sistema circulatorio	173,5	122,9	146,0	151,8
Afecciones periodo perinatal	7,5	9,2	7,5	7,9
Causas externas	57,3	36,4	35,7	47,1
Las demás causas	126,5	133,4	115,1	124,6
Signos y síntomas mal definidos	6,2	11,0	5,7	7,2

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

Frente a las brechas de mortalidad general en la Subred Sur ESE se identifica que la localidad de Tunjuelito tiene 24,14 % más de probabilidad de ocurrencia de eventos generales de mortalidad con respecto a la localidad de Ciudad Bolívar. Este comportamiento está relacionado con que en Tunjuelito se presentan altas tasas en varios grupos de causas de mortalidad con respecto a la subred, además tiene una influencia la estructura de la población

de cada localidad dado el comportamiento diferencial entre grupos de edad y grupos de causas. La localidad de Usme presenta el comportamiento más positivo de la Subred Sur en las localidades de carácter Urbano de la Subred Sur.

3.1.2 Mortalidad subgrupos, Grandes Causas 6/67

3.1.2.1 Mortalidad Enfermedades del sistema circulatorio.

En la localidad de Usme para el 2014 fallecieron 336 personas por diagnósticos asociados a enfermedades del sistema circulatorio; la mayor proporción se encuentra en mujeres con un 51,2 % y el restante 48,8 % se presenta en hombres. Las enfermedades isquémicas del corazón fueron la principal causa de los fallecimientos con un aporte del 48,2 % (n=162). Seguido de las enfermedades cerebrovasculares y enfermedades hipertensivas. De acuerdo al sexo, las dos primeras causas descritas anteriormente tienen la misma ubicación en hombres y mujeres; mientras que la tercera causa es diferencial, donde las enfermedades hipertensivas afectan a las mujeres y enfermedades cardiopulmonares a los hombres.

Tabla 14. Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Enfermedades del sistema circulatorio por sexo, localidad de Usme, 2012-2014

Usme	Hombres			Tendencia hombres		Mujeres			Tendencia Mujeres		Total			Tendencia	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Fiebre reumática aguda	0,7	1,7	1,2	↗	↘	0	0	0	-	-	0,3	0,6	0,5	↗	↘
Enfermedades hipertensivas	20,9	14,9	12	↘	↘	16,2	14,4	18,3	↘	↗	18,2	14,5	16	↘	↗
Enfermedades isquémicas del corazón	116	109	95,0	↘	↘	64,9	63	53,4	↘	↘	86,6	82	71,3	↘	↘
Enfermedad cardiopulmonar	10,6	11,4	13,0	↗	↗	8,5	8,6	9,5	↗	↗	9,6	9,7	10,9	↗	↗

Paro cardíaco	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-
Insuficiencia cardíaca	8,6	3,4	0,5	↘	↘	2,4	1	3,4	↘	↗	4,8	2	2,3	↘	↗
Enfermedades cerebrovasculares	35,9	36,4	31	↗	↘	27,4	33,9	38,8	↗	↗	31	34,6	35,7	↗	↗
Aterosclerosis	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	9,2	8,7	10,4	↘	↗	7,9	4,2	8,7	↘	↗	8,5	5,9	9,4	↘	↗

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016) *Cálculos realizados con tasas ajustadas para los periodos analizados.

La tendencia en grupos específicos de la mortalidad del sistema circulatorio para el periodo 2012-2014, se observa un incremento en la tasa ajustada por edad de enfermedades cardiopulmonares y cerebrovasculares, mientras que las enfermedades hipertensivas, fiebre reumática aguda, insuficiencia cardíaca y demás enfermedades del sistema circulatorio presentan un comportamiento irregular. En cuanto a enfermedades isquémicas del corazón el comportamiento es decreciente a través del tiempo y comportamiento similar en hombres y mujeres.

En cuanto a las implicaciones de la mortalidad por sexo y edad permite reconocer que en la mayoría de los grupos específicos la mujer tiene mayor de riesgo de morir por alguna causa cardiovascular, afectando de manera negativa los procesos demográficos de la localidad asociado a la reducción en la natalidad, afectaciones a la familia y a los procesos de producción.

Tabla 15. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la localidad de Usme, 2012-2014

Grupos específicos	Tasa Subred sur			Tendencia Subred sur		Tasa Usme			Tendencia Usme	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Enfermedades isquémicas del corazón	85,1	80,0	78,7	↘	↘	86,6	82	71,3	↘	↘
Enfermedades cerebrovasculares	40,1	36,9	34,2	↘	↘	31	34,6	35,7	↗	↗
Enfermedades hipertensivas	15,1	15,1	14,8	-	↘	18,2	14,5	16	↘	↗
Enfermedad cardiopulmonar	13,2	10,9	10,8	↘	↘	9,6	9,7	10,9	↗	↗
Demás enfermedades del Sistema circulatorio	7,0	6,2	9,6	↘	↗	8,5	5,9	9,4	↘	↗
Insuficiencia cardíaca	4,9	2,7	3,5	↘	↗	4,8	2	2,3	↘	↗
Fiebre reumática aguda	0,5	0,3	0,1	↘	↘	0,3	0,6	0,5	↗	↘
Paro cardíaco	0,0	0,0	0,0	-	-	0	0	0	-	-
Aterosclerosis	0,2	0,0	0,1	-	↗	0	0	0	-	-

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

En cuanto la tendencia comparativa de la mortalidad del sistema circulatorio por grupos específicos, permite observar un crecimiento constante en el tiempo de la enfermedad cardiopulmonar y enfermedades cerebrovasculares en Usme; mientras que en la Subred disminuye. Por otra parte las enfermedades isquémicas del corazón presentan descenso en la tendencia con una reducción en la tasa del 7,6 % en la Subred Sur y del 17,6 % en la Localidad de Usme entre el 2012 y 2014. La Subred y Usme muestran una tendencia decreciente e irregular para enfermedades hipertensivas, insuficiencia cardiaca y fiebre reumática aguda en para el periodo analizado.

3.1.2.2 Mortalidad por neoplasias

Para el periodo 2012-2014 las neoplasias eran la tercera causa de muerte en la localidad de Usme, en el año 2014 ocurrieron 223 defunciones de las cuales el 51,1 % (n=114) se presentaron en mujeres y el 48,9 % (n=109) en hombres. De acuerdo al grupo específico el tumor maligno del estómago contribuyo en 22,4 % (n=50) al total de muertes, tanto en hombres como en mujeres, pero con una razón de dos hombres por cada mujer diagnosticada, adicionalmente se evidencia una tendencia decreciente en la tasa ajustada para la edad. La segunda causa fue el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, causó el 13,5 % (n=30) de las defunciones en el 2014, donde la proporción de mortalidad por sexo es equivalente y la tendencia decreciente.

Llama la atención en la tercera causa de mortalidad en hombres, asociado a tumor maligno de la próstata, el comportamiento en la tendencia es irregular en los periodos analizados. Los factores de riesgo asociados son el hábito de fumar, comportamientos sexuales promiscuos, mala nutrición y la herencia.

En los servicios de salud se cuenta un programa de detección temprana de las alteraciones del adulto, a pesar de tener la opción de acceder a la consulta y realizarse las pruebas diagnósticas en la detección oportuna del cáncer de próstata, no todos los hombres acceden a ella. La decisión está mediada por factores culturales como: la susceptibilidad de padecer la enfermedad, la percepción de la severidad del problema o de lo que puede significar la realización del examen (beneficios que pueden obtenerse con el examen). Los hombres buscan el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. La identidad masculina está culturalmente vinculada a la desvalorización del autocuidado y a la poca preocupación con la salud. Los largos tiempos de espera y los dispendiosos trámites para conseguir la consulta especializada alejan a los hombres del sistema de salud (13).

Con relación a la mujer el tumor maligno de mama representa la cuarta causa en la mortalidad. No existe una sola y única causa sino un grupo de factores cuyos efectos actúan sinérgicamente y predisponen al cáncer de mama. Sin embargo el tener uno o más factores

de riesgo no significa desarrollar el cáncer de mama. Existen factores o condiciones inherentes que pesan más sobre el riesgo que no se puede cambiar como el sexo y el envejecimiento. En los servicios de salud se cuenta con programas de detección oportuna en la detección del cáncer de mama; sin embargo las mujeres no acuden oportunamente a los servicios de salud que permita el diagnóstico precoz de la enfermedad, asociado a ello el desconocimiento de la mujer de prácticas protectoras como el autoexamen de mama.

Las elevadas razones de incidencia/mortalidad para los principales cánceres indican un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del diagnóstico o falta de eficacia en el tratamiento. En el caso de cáncer de mama, la información disponible sobre el estadio clínico en el diagnóstico de los cánceres son identificados en estados avanzados. Respecto a esto, se han encontrado importantes problemas en la oportunidad de la atención del cáncer de mama. En Bogotá, más del 50 % de las mujeres sintomáticas se demoran más de tres meses entre la primera consulta y el inicio del tratamiento para el cáncer de mama, lo cual constituye una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad (14)

Tabla 16. Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Neoplasias por sexo, localidad de Usme, 2012-2014

Grupos Específicos	Tasa Hombres			Tendencia		Tasa Mujeres			Tendencia		Total			Tendencia	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	30,8	20,0	31,6	↘	↗	17,6	7,8	9,1	↘	↗	23,3	13,4	18,3	↘	↗
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	7,0	1,8	8,8	↘	↗	1,7	6,1	4,2	↗	↘	4,1	4,2	6,1	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	6,7	14,5	8,0	↗	↘	20,4	12,0	11,8	↘	↘	15,0	13,2	10,3	↘	↘

Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3,9	5,9	6,7	↗	↗	3,3	2,8	3,5	↘	↗	4,1	5,0	5,0	↗	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,6	0,0	2,1	↘	↗	0,8	0,5	1,4	↘	↗	0,7	0,3	1,7	↘	↗
Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,0	-	-	10,5	7,4	7,5	↘	↗	5,8	4,1	4,2	↘	↗
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	5,9	6,9	4,5	↗	↘	3,3	4,0	2,5	↗	↘
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	1,4	0,0	0,5	↘	↗	0,8	0,0	0,3	↘	↗
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	1,2	0,9	↗	↘	0,0	0,7	0,5	↗	↘
Tumor maligno de la próstata	9,9	5,9	9,0	↘	↗	0,0	0,0	0,0	-	-	4,3	2,5	3,7	↘	↗
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	6,7	2,1	3,6	↘	↗	5,2	5,5	5,5	↗	↗	5,8	4,0	4,8	↘	↗
Leucemia	4,8	1,7	4,3	↘	↗	1,4	3,1	3,8	↗	↗	3,0	2,4	4,2	↘	↗
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	7,1	5,0	3,4	↘	↘	6,7	2,2	3,4	↘	↗	6,9	3,6	3,3	↘	↘

Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	16,0	19,1	10,6	↗	↘	11,1	11,4	9,0	↗	↘	13,2	14,9	9,6	↗	↘
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,3	9,5	3,8	↗	↘	3,4	6,6	6,4	↗	↘	5,0	7,7	5,3	↗	↘

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

El comportamiento de la neoplasia en Usme y en la Subred sur es creciente y constante en el tiempo observado en de Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea. El Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas y Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido en la Subred sur presentan un comportamiento descendente a través del tiempo mientras que en la Localidad de Usme solo los dos primeros grupos mantienen la misma tendencia y para tumores in situ la tendencia es irregular.

Tabla 17. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de Neoplasias comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la localidad de Usme, 2012-2014

Grupos Específicos	Tasa Subred sur			Priorización Subred Sur		Tasa Usme			Priorización Usme	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	17,6	14,9	15,3	↘	↗	23,3	13,4	18,3	↘	↗
Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea	4,9	5,3	6,6	↗	↗	4,1	4,2	6,1	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,2	15,6	13,7	↗	↘	15	13,2	10,3	↘	↘

Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	6,2	7,5	7,5	↗	-	4,1	5	5	↗	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,3	0,7	1,2	↘	↗	0,7	0,3	1,7	↘	↗
Tumor maligno de la mama de la mujer	6,7	5,6	5,9	↘	↗	5,8	4,1	4,2	↘	↗
Tumor maligno del cuello del útero	3,8	4,1	3,4	↗	↘	3,3	4	2,5	↗	↘
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,5	0,4	0,7	↘	↗	0,8	0	0,3	↘	↗
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,7	0,8	0,8	↗	↘	0	0,7	0,5	↗	↘
Tumor maligno de la próstata	5,7	2,7	5	↘	↗	4,3	2,5	3,7	↘	↗
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,8	4,9	6,3	↗	↗	5,8	4	4,8	↘	↗
Leucemia	3,8	3,3	4	↘	↗	3	2,4	4,2	↘	↗
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	5,1	4,6	4,2	↘	↘	6,9	3,6	3,3	↘	↘
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,6	13,2	12,8	↘	↘	13,2	14,9	9,6	↗	↘
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,6	6,9	5,8	↘	↘	5	7,7	5,3	↗	↘

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

3.1.2.3 Mortalidad por causas externas

La mortalidad por Causa Externa fue la cuarta causa de muerte en la localidad de Usme en el 2014, de acuerdo al grupo específico la principal causa fueron las agresiones con una tasa de mortalidad 16,2 por 100.000 habitantes, dato sobrepasa la tasa de la Subred (tasa 11,2 por

100.000 habitantes) para el mismo año. La segunda causa se relaciona con accidentes de Transporte, presenta una tendencia decreciente del 45,5 % para la tasa ajustada para la edad de 11, a 6,3 por 100.000 habitantes.

La mortalidad por causas externas en los hombres está determinada por las agresiones (homicidios) y accidentes de transporte, con una tasa de mortalidad de 31,6 y 8,5 por cada 100.000 habitantes respectivamente. En las mujeres está determinada principalmente por los accidentes de transporte terrestre con una tasa de 5,2 por cada 100.000 mujeres; como segunda causa se encuentra las agresiones con una tasa de 3,7 por cada 100.000 mujeres. La magnitud de la mortalidad por causa externa y grupos específicos para la Subred Sur y la localidad de Usme respecto al comportamiento en las tasas ajustadas para la edad en el año 2014; en Usme se presentaron un comportamiento por debajo de registrado en las tasas de la Subred. Al evaluar la tendencia de los grupos específicos Ahogamiento y sumersión accidentales presentan una tendencia decreciente y constante para la Subred y la localidad; frente a los demás grupos específicos el comportamiento es irregular para las dos.

Tabla 18. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad por causas externas comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la localidad de Usme, 2012-2014

Grupos específicos	Tasa Subred sur			Tendencia Subred sur		Tasa Usme			Tendencia Usme	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Accidentes de transporte terrestre	10,2	8,5	11,2	↘	↗	11,6	7,6	6,3	↘	↘
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,1	0,0	0,1	↘	↗	0,2	0,0	0,0	↘	-
Caídas	3,6	4,0	4,0	↗	↘	3,3	2,7	1,5	↘	↘
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-

Ahogamiento y sumersión accidentales	0,7	0,4	0,2	↘	↘	0,8	0,4	0,2	↘	↘
Accidentes que obstruyen la respiración	0,5	0,6	0,8	↗	↗	1,0	0,0	1,0	↘	↗
Exposición a la corriente eléctrica	0,5	0,1	0,5	↘	↗	0,8	0,0	0,7	↘	↗
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,1	0,1	↗	↗	0,0	0,2	0,0	↗	↘
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,5	0,2	0,2	↘	↗	0,2	0,2	0,0	↘	↘
Los demás accidentes	0,5	1,1	1,2	↗	↗	1,0	1,7	0,9	↗	↘
Lesiones autoinflingida intencionalmente (suicidios)	2,6	3,6	3,7	↗	↗	2,5	3,9	2,8	↗	↘
Agresiones (homicidios)	18,8	18,5	20,0	↘	↗	12,6	12,6	16,2	↗	↗
Eventos de intención no determinada	5,9	5,7	4,6	↘	↘	4,3	4,8	4,3	↗	↘
Las demás causas externas	0,9	0,3	0,6	↘	↗	0,0	0,3	1,0	↗	↗

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez:

3.1.3.1 Mortalidad en menor 1 año

En Usme en el año 2014, se presentaron 59 defunciones en niños- niñas menores de 1 año; en cuanto al sexo un 61 % (n=36) ocurrió en niños y el 39 (n=23) en niñas. La principal causa de muerte según lista de tabulación, fue ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y Enfermedades del sistema respiratorio.

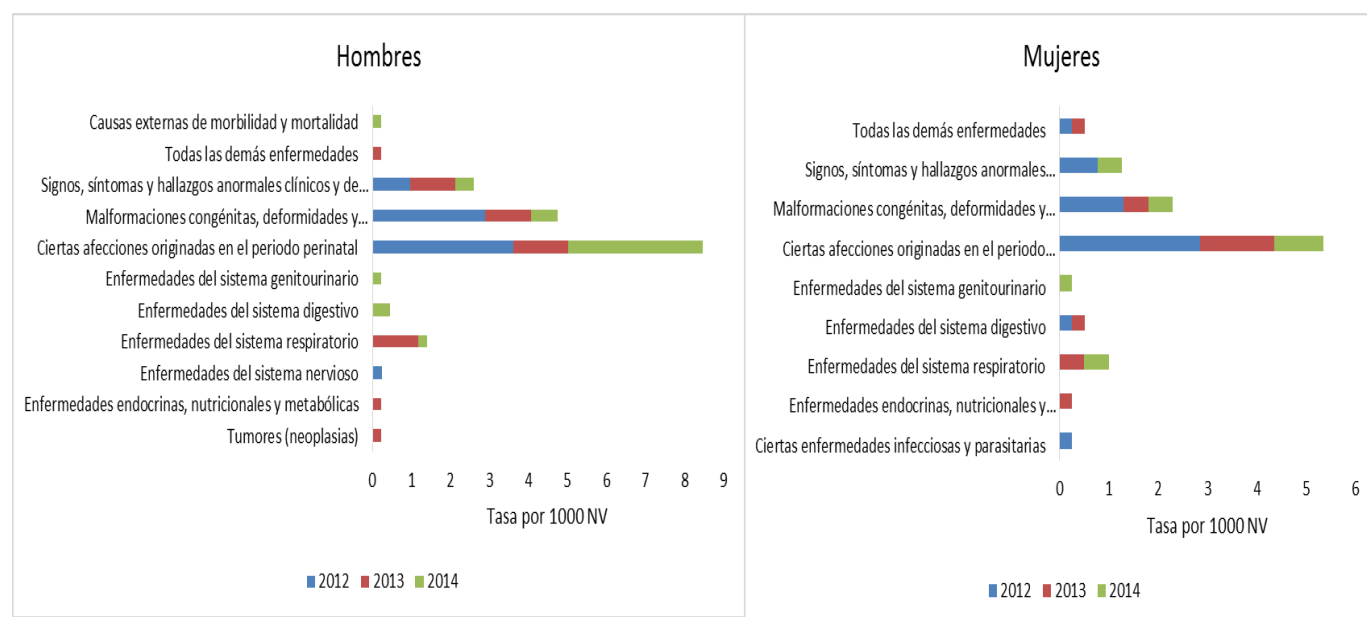
Tabla 19. Proporción número de muertes población menor de 1 año, localidad de Usme, año 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2014	
	n	%
1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	14	23.7
1-081 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	6	10.2
1-080 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	5	8.5
1-084 Infecciones específicas del período perinatal	5	8.5
1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	5	8.5
1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	5	8.5
1-089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	4	6.8
1-062 Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	3	5.1
1-079 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	2	3.4
1-085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	2	3.4
Todas las demás enfermedades	8	13.6
Total	59	100

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

Según la tasa específica de mortalidad infantil en el año 2014 en Usme la principal causa de mortalidad en niños y niñas menores de un año son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de mortalidad de 2,3 por 1.000 nacidos vivos, lo cual representa el 52,8 % de total de las defunciones en este grupo de edad, observándose aumento en 7 casos de este evento en el año 2014 comparado con el año anterior. De acuerdo al sexo se identificó que por cada mujer, hay cuatro hombres que fallecen por la misma causa.

Gráfica 9. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por sexo, según lista de tabulación MSPS, localidad de Usme, 2012-2014



Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

La segunda causa son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, presenta un comportamiento decreciente en la tasa pasando de 2,9 a 0,6 por 1.000 nacidos vivos. Son los hombres quienes presentan un mayor peso en la tasa (0,7 por 1000 NV) en relación a las mujeres (0,5 por 1000 NV). Es decir por cada niña, hay dos niños que mueren por la misma causa.

Tabla 20. Tasa de mortalidad comparativa en población menor de 1 año Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014

Causa de muerte	Ciudad Bolívar			Tunjuelito			Usme			Sumapaz		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	0,07	0,07	0,00	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,07	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,07	0,15	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,07	0,15	0,00	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,59	0,80	0,3	0,3	0,0	0,0	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	0,15	0,07	0,00	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,07	0,00	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,12	1,84	3,14	3,7	1,6	3,9	3,2	1,5	2,3	0,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,60	1,10	1,02	1,9	0,6	1,3	2,1	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,52	0,74	0,07	0,9	1,0	0,6	0,9	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,00	0,15	0,00	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

Para la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, durante el año 2014, la principal causa de mortalidad en niños menores de un año fueron ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en tres localidades (Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito), la segunda causa se dio por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas para las mismas localidades. Con relación a la Localidad de Sumapaz no se han identificado causas de mortalidad en menores de 1 año.

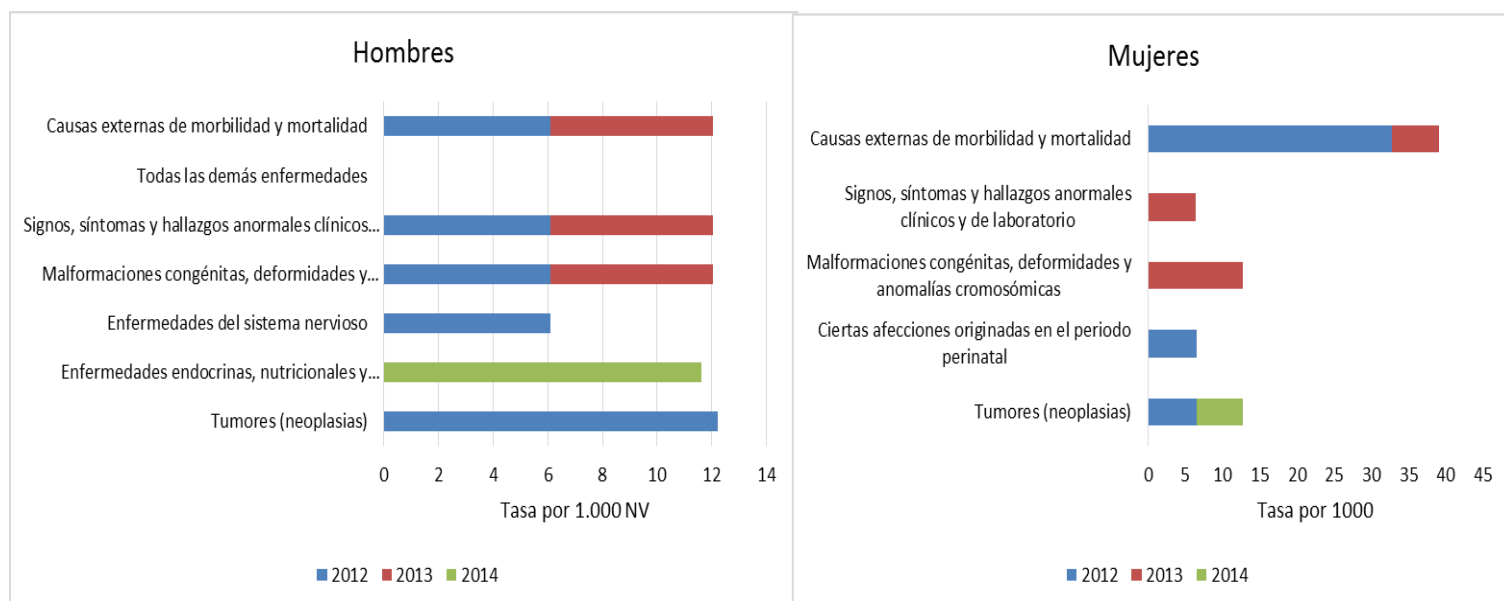
3.1.3.2 Mortalidad en menores de 1 a 4 años

Entre el periodo 2012-2014, se presentaron 13 defunciones en niños- niñas de 1-4 años; el 53,8 % de las defunciones se presentaron en niños y el 46,2 % en niñas. La principal causa de muerte según lista de tabulación son Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades cerebrovasculares, seguido de tumores (neoplasias) y neumonía.

Tabla 21. Proporción número de muertes población de 1 a 4 años, localidad de Usme, Año 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2014	
	n	%
1-055 Enfermedades cerebrovasculares	2	15.4
1-037 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	2	15.4
1-043 Todas las demás enfermedades endocrinas y nutricionales	2	15.4
1-059 Neumonía	2	15.4
1-001 Enfermedades infecciosas intestinales	1	7.7
1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	1	7.7
1-052 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	1	7.7
1-053 Todas las demás formas de enfermedad del corazón	1	7.7
1-061 Enfermedades del pulmón debida a agentes externos	1	7.7
Total	13	100

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

Gráfica 10. Tasa de mortalidad población de 1 a 4 años por sexo, según lista de tabulación MSPS, localidad de Usme, 2012-2014

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016)

En los niños de uno a cuatro años en la localidad de Usme para el año 2014 la principal causa de mortalidad son las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con una tasa 6.0 por 1.000 nacidos vivos y se presentaron solo en hombres. La segunda causa es por neoplasias con una tasa de 3.0 por 1.000 nacidos vivos; y se presentó solo en mujeres.

Tabla 22. Tasa de mortalidad comparativa en población de 1 a 4 años Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014

Causa de muerte	Ciudad Bolívar			Tunjuelito			Usme			Sumapaz		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,9	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	7,6	1,9	1,9	0,0	0,0	8,1	9,5	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	1,9	0,0	7,9	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11,4	0,0	0,0	7,9	0,0	8,1	3,2	9,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	7,6	0,0	5,6	7,9	0,0	8,1	3,2	6,1	0,0	0,0	0,0	217,4
Todas las demás enfermedades	3,8	3,7	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

Respecto a las causas de mortalidad en menores de 5 años para el año 2014 se observa un comportamiento diverso en la causa principal en cada una de las localidades, en Ciudad Bolívar, Sumapaz está relacionado con Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio; mientras que en Usme las dos principales causas son Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías

cromosómicas. Para Tunjuelito la principal causa de mortalidad se relaciona con Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

3.1.4 Mortalidad materno- infantil y en la niñez

Este apartado incluye el análisis de mortalidad materna, mortalidad perinatal, la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de cinco años, mortalidad por neumonía en menores de cinco años, mortalidad IRA en menores de cinco años, mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, mortalidad por EDA en menores de cinco años.

Tabla 23. Mortalidad Materno-Infantil, localidad de Usme, 2010 -2015

Causa de muerte	Referencia Bogotá. 2016	Referencia Localidad de Usme 2016	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	24,50	18,10	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad perinatal	13,20	13,10	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,10	9,80	↗	↗	↘	-	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	17,50	18,90	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4,00	9,00	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por	0,50	0,00	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	-

EDA en menores de cinco años											
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,70	0,00	↗	↘	↘	↘	-	-	-	↗	↘
Tasa de mortalidad por Neumonía en menores de cinco años	8,90	27,10	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗

Fuente: Años 2012. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014) finales. Año 2013. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE julio 30 del 2015). Año 2014: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación definitiva DANE junio 30 del 2016).

3.1.4.1 Mortalidad Materno– Perinatal

En la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, la mortalidad materna presenta un comportamiento irregular entre 2010-2016. En el último año se presentaron 3 casos con una razón de mortalidad materna en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, en el último año fue de 16,1 por 100.000 nacidos vivos, la cual se encuentra por debajo de la meta distrital (razón de 31 por mil nacidos vivos) y la línea base del 2014.

En Usme para el año 2016 se presentó un caso mortalidad materna, con una razón de 18,1 por 100.000 nacidos vivos, corresponde a una mujer de 37 años, residente en la UPZ Gran Yomasa, afiliada al régimen subsidiado, la causa básica de muerte fue embarazo ectópico, no especificado que lleva a choque hipovolémico.

La mortalidad perinatal, en la Subred Sur presenta un comportamiento decreciente a través del tiempo, en el año 2013 presenta la menor tasa de mortalidad del 12,06 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos más fetales, que corresponde al 20 % de las defunciones perinatales en Bogotá durante el mismo período. Para el año 2016 ocurrieron 275 defunciones, con una

tasa de 14,8 defunciones perinatales por 1000 nacidos vivos más fetales ubicándose por encima de la meta distrital y la línea base para el año 2014.

La Localidad de Usme aportó con 26,5 % (n=73) del total de las defunciones, la tasa de mortalidad perinatal fue de 13,1 por 1.000 nacidos vivos, la distribución de los eventos asociados a la mortalidad perinatal a escala de UPZ permite identificar que Comuneros y Parque Entrenubes, presentan una tasa superior a la meta distrital.

3.1.4.2 Mortalidad Infantil

En la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, la mortalidad en menores de un año presenta un comportamiento decreciente en los últimos años, presentando la tasa más baja en el año 2015. Para el periodo 2016 se presentaron 196 defunciones, con una tasa de 10,5 defunciones infantiles por 1.000 nacidos vivos, que corresponde al 22 % de las defunciones de menores de un año en Bogotá durante el mismo período.

La localidad de Usme contribuyó con 54 defunciones, con una tasa de mortalidad infantil de 11,9 por cada 1000 nacidos vivos Ubicándose por encima del comportamiento de la Subred y del Distrito. Entre los factores de riesgo identificados, según la OMS, se encuentran bajo peso al nacer, malnutrición, niños que no reciben leche materna, hacinamiento, agua y alimentos insalubres, así como las relacionadas con la mortalidad fetal. El comportamiento de la mortalidad infantil a escala de UPZ para el 2016, permite identificar que las UPZ con mayor número de casos son Comuneros (n=19), Gran Yomasa (n=14), Danubio (n=9) y La Flora (n=3), estas UPZ se caracterizan por alta vulnerabilidad, hacinamiento en algunas viviendas, zonas de invasión en las periferias de las UPZ y empleo informal que no supe las necesidades de las familias.

3.1.4.3 Mortalidad Menor de 5 años

La mortalidad en menores de cinco años para la Subred Sur presenta una tendencia decreciente en los últimos años, la tasa más baja se presentó en el 2015. Para el año 2016, ocurrieron 232 defunciones en la Subred con una tasa de 13,4 por 100.000 menores de cinco años. Para el año 2016, Usme aportó 36 casos de mortalidad con una tasa de 18,9 por 100.000

menores de cinco años, dato que supera a la referencia de Bogotá (17,5 por 100.000 menores de cinco años).

Durante el período 2010 – 2015, en la Subred Sur, la mortalidad en menores de cinco años por IRA tiene un comportamiento irregular, presentando la tasa más baja en el año 2013, para el año 2016 se registraron 12 casos con una tasa de 4,0 defunciones por 100.000 menores de cinco años. En la localidad de Usme para el mismo año la tasa de mortalidad por IRA fue de 9,0 por 100.000 menores de cinco años. De acuerdo a la UPZ, Gran Yomasa y Comuneros aportan el mayor número de casos, las afectaciones se encuentran relacionadas por la cercanía al relleno sanitario doña Juana, contaminación ambiental y de fuentes hídricas .

El indicador de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años en la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, es decreciente en los últimos años, entre el 2015 y 2016 no se han presentado ningún caso para las localidades que integran la Subred Sur.

La mortalidad por Desnutrición en menores de cinco años, en la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, ha mostrado un comportamiento variable, presentando la tasa más baja en el año 2013; sin embargo, durante el año 2016 se presentan 2 defunciones, para una tasa de 0,7 defunciones por 100.000 menores de cinco años. En la localidad de Usme para el 2016 no se presentó ningún caso de mortalidad por desnutrición.

La mortalidad en menores de cinco años por neumonía durante el período 2010 – 2014, en la Subred Sur, tiene un comportamiento variable, presentando la tasa más baja en el año 2014 cuando se presentan 9 defunciones, aunque en número es igual en el año 2013; mientras en el año 2016 se registran 23 casos, para una tasa de 8,9 defunciones por 100.000 menores de cinco años. En Usme para el año 2016 se presentaron 9 casos de mortalidad por neumonía, con una tasa de 27,1 defunciones por 100.000 menores de cinco años; de acuerdo a la UPZ, Gran Yomasa aporta el mayor número de casos, las afectaciones se encuentran relacionadas por la cercanía la relleno sanitario doña Juana, contaminación ambiental y de fuentes hídricas.

Con relación a los determinantes más relevantes relacionados con la mortalidad infantil y en menor de 5 años, se identifican factores socioeconómicos de las familias con menores de 5 años como bajos ingresos económicos, desempleo o trabajo informal, padres y/o cuidadores con nivel educativo básico o medio, hacinamiento e inadecuada ventilación en las viviendas, o en malas condiciones de saneamiento básico, necesidades básicas insatisfechas – NBI, entre otros, dichas variables pueden afectar sea de manera directa o indirecta la salud de los más pequeños.

Otros factores asociados, que afectan o predisponen a la ocurrencia de eventos como la inasistencia a la consulta preconcepcional, bajo peso al nacer, prematuridad, embarazo no planeados o deseados, no uso de métodos anticonceptivos, disfunción familiar, consumo de SPA, malos hábitos alimenticios y/o malnutrición, situaciones que incrementan el riesgo en especial en los menores de un año aumenta el riesgo de la mortalidad por su vulnerabilidad. Factores sociales o ambientales como la baja oferta instituciones, tanto en salud como en otras asistencias sociales, dificultad en vías de acceso, zona montañosa, así como ladrilleras, cementeras y canteras que no siempre cumplen las normas sumado a los cambios climáticos.

Todo lo anterior sumado al desconocimiento por parte de padres de la prioridad preferencial que se le otorga a la población infantil en el marco de los derechos, desconocimiento de signos de alarma y cuidados básicos en casa, deficientes estrategias de demanda inducida, barreras de acceso y no adherencia a guías pueden tener relaciones de alguna manera con la ocurrencia de estos eventos en la subred.

Es importante mencionar que gran parte de estos determinantes, además de ser estructurales y por ende de difícil modificación, pertenece a otros sectores diferentes a salud, disminuyendo la capacidad de afectarlos desde las acciones desarrolladas específicamente por el sector salud, especialmente vistos desde la prevención y las mejoras necesarias en las condiciones de vida de los menores y sus familias.

3.2 Análisis estructura de morbilidad

3.2.1 Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general según los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Localidad de Usme, años 2015 y 2016

Descripción General de la Morbilidad por Servicio de Atención Localidad de Usme

La información descrita en este apartado da a conocer una descripción general de la morbilidad por servicio de atención, de acuerdo a las primeras 10 causas. La fuente de esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Consulta Externa

En la localidad de Usme en el servicio de consulta externa, las tres primeras causas de consulta para los años 2015 y 2016, son las mismas, de la siguiente forma: la primera fue la caries de la dentina, la segunda fue hipertensión esencial primaria, y la tercera causa fue la rinofaringitis aguda, comportamiento similar al visto en la Subred para el último año. La cuarta causa de consulta en Usme el año 2016 fue el lumbago no especificado, dato diferente al visto en 2015 donde este puesto lo ocupó el dolor en articulación. Como se puede observar en la tabla en la localidad de Usme hay eventos que a pesar de su ubicación entre las 10 primeras causas presentan un mayor peso porcentual en la consulta de la Subred como Hipertensión arterial, astigmatismo, obesidad, hipotiroidismo dolor articular, hecho debe ser tenido en cuenta para la oferta de servicios.

Tabla 24. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad de Usme, 2015 y 2016

Causas	2015			2016		
	Usme	%	Subred Sur	Usme	%	Subred Sur
Caries de la Dentina	10.869	22,0	49.457	7.732	29,1	26.604
Hipertensión Esencial (primaria)	7.354	23,5	31.321	5.204	34,8	14.948

Rinofaringitis Aguda	2.272	18,0	12.652	1.691	21,2	7.970
Lumbago no especificado	1.461	18,0	8.138	1.136	23,8	4.765
Hipotiroidismo; no especificado	1.337	21,0	6.360	1.047	26,1	4.018
Dolor en Articulación	1.771	23,7	7.470	1.044	25,1	4.164
Gingivitis Crónica	1.713	7,7	22.261	954	16,7	5.725
Astigmatismo	1.031	11,9	8.668	937	27,9	3.358
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	1.287	16,9	7.625	914	19,8	4.610
Obesidad; no especificada	944	25,2	3.753	798	33,0	2.416

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Hospitalización

En la localidad de Usme en el servicio de hospitalización, las dos primeras causas para los años 2015 y 2016, fueron las mismas, de la siguiente forma: la primera fue la neumonía, no especificada, la segunda fue la bronquiolitis aguda, no especificada. La tercera causa en el año 2016 fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado, comparado con el año 2015, donde fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada. La cuarta causa en hospitalización en el año 2016 fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, en comparación con el año 2015, donde fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado. La quinta causa para los años 2015 y 2016 fue la misma, el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice. En el año 2016 la sexta causa de hospitalización, asma, no especificado y la octava, bronquitis aguda, no especificada, no se encuentran en las 10 primeras causas de hospitalización en el año 2015.

Tabla 25. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de hospitalización, localidad de Usme, 2015 y 2016

Causas	2015			2016		
	Usme	%	Subred Sur	Usme	%	Subred Sur
Neumonía; no especificada	109	47,4	230	68	51,5	132
Bronquiolitis Aguda; no especificada	42	8,8	479	47	17,1	275
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	24	4,4	545	36	9,1	397
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; no especificada	31	20,9	148	30	32,3	93
Parto Único Espontáneo; presentación cefálica de vértice	16	1,5	1038	21	3,5	608
Asma; no especificado	*	*	*	12	31,6	38
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	1	1,7	60	7	10,0	70
Bronquiolitis Aguda; no especificada	*	*	*	5	1,8	275
Neumonía Bacteriana; no especificada	2	1,3	150	4	3,7	109
Hipertensión Esencial (primaria)	4	3,1	128	3	8,6	35

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Urgencias

En la localidad de Usme en el servicio de urgencias, la primera causa para los años 2015 y 2016, fue la misma, infección de vías urinarias, sitio no especificado. La segunda causa de urgencias en el año 2016 fue la pulpitis, en comparación con el año 2015 donde fue el diagnóstico de lumbago, no especificado. La tercera causa de urgencias en el año 2016, fue la amigdalitis aguda, no especificada, comparado con el año 2015 donde fue la rinofaringitis aguda. La cuarta causa de urgencias en el año 2016 fue la bronquiolitis aguda, no especificada, en comparación con el año 2015, donde fue la amigdalitis aguda, no especificada. La quinta causa de urgencias en el año 2016 fue el lumbago no especificado, comparado con el año

2015 donde fue la rinofaringitis aguda. En el año 2016 la segunda causa de urgencias, pulpitis, la novena, otitis media, no especificada y la décima, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, no se encuentran en las 10 primeras causas de urgencias en el año 2015.

Tabla 26. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad de Usme, 2015 y 2016

Causas	2015			2016		
	Usme	%	Subred Sur	Usme	%	Subred Sur
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	422	16,6	2543	265	14,1	1884
Pulpitis	*	*	*	257	28,9	890
Amigdalitis Aguda; no especificada	286	11,4	2508	230	15,5	1487
Bronquiolitis Aguda; no especificada	295	18,4	1600	175	17,4	1003
Lumbago no especificado	322	31,7	1017	144	21,1	681
Rinofaringitis Aguda	253	9,2	2755	140	7,3	1905
Gastritis; no especificada	134	19,9	673	109	17,0	643
Hipertension Esencial (primaria)	186	16,6	1121	98	24,9	393
Otitis Media; no especificada	*	*	*	72	15,0	480
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	*	*	*	65	7,2	903

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

3.2.1.1 Descripción de las diez primeras causas de morbilidad según sexo, Localidad de Usme

A continuación se presenta una descripción de la morbilidad por sexo, de acuerdo a las primeras 10 causas, de atención. La fuente de esta información son los Registros Individuales

de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En la localidad de Usme, en el sexo hombre, para el año 2016, el primer diagnóstico de consulta, fue caries de la dentina con 3119 consultas, que representan el 29,1 %, de la consulta de la Subred (n=10733); el segundo diagnóstico fue la hipertensión esencial primaria con 1844 consultas, el 34,7 % de la consulta de la Subred (n=5313); el tercer diagnóstico fue la rinofaringitis aguda con 844 consultas, el 19,7 % de la consulta de la Subred (n=4276); el cuarto diagnóstico fue el lumbago no especificado con 491 consultas, el 23,4 % de la consulta de la Subred (n=2101); el quinto diagnóstico fue la parasitosis intestinal con 416 consultas, el 25,2 % de la consulta de la Subred (1650); el sexto diagnóstico fue dolor en articulación con 376 consultas, el 25,7 % de la consulta de la Subred (1464); el séptimo diagnóstico fue el astigmatismo con 351 consultas, el 26,2 % de la consulta de la Subred (n=1342); el octavo diagnóstico es la gingivitis crónica con 305 consultas, el 15,4 % de la consulta de la Subred (n=1979); el noveno diagnóstico es la pulpitis con 296 consultas, el 100 % de la consulta de la Subred (n=296) y el décimo diagnóstico es la rinitis alérgica con 296 consultas, el 100 % de la consulta de la Subred (n=296).

Los diagnósticos que presentan la mayor proporción de consultas, con respecto a la Subred Sur son la rinitis alérgica, la pulpitis, la hipertensión esencial primaria, la caries de la dentina y el astigmatismo, prevaleciendo las enfermedades crónicas.

Con relación a las primeras causas de morbilidad de las mujeres, en el año 2016 se identificaron 14463 mujeres en la localidad, lo cual permitió identificar que la caries de la dentina fue la causa más frecuente con una representación del 28,7 % del total de casos presentados en la Subred Sur, seguido se ubican: hipertensión esencial primaria (35,4 %), rinofaringitis aguda (17,9 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (18,1 %), hipotiroidismo no especificado (26,2 %), lumbago no especificado (23,7 %), dolor en articulación (24,6 %), gingivitis crónica (16, 3%), vaginitis aguda (43,8 %) y obesidad no especificada (42,2). Es importante mencionar que el orden descrito de las causas es de acuerdo al orden presentado en la localidad para el año 2016.

3.2.1.2 Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general, en consulta externa, urgencias y hospitalización, según momento de curso de vida, Localidad de Usme, año 2016

Respecto a las diez primeras causas de morbilidad, según los momentos de lo curso de vida, en el año 2016 se identificaron 93 niños y niñas menores de un año, siendo la bronquiolitis aguda no especificada, la causa más frecuente con 37,6 %, seguido se ubican: rinofaringitis aguda (18,3 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (11,8 %), neumonía no especificada (10,8 %), laringitis obstructiva aguda - CRUP (7,5%), otras deformidades congénitas de la cadera (6,5 %), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (4,3 %), otros recién nacidos pretérmino (1,1 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,1%) y por último bronconeumonía no especificada (1,1 %). De acuerdo a lo anterior se puede observar que son las enfermedades respiratorias afectan con mayor frecuencia a los menores de un año (87,1 %), en segundo lugar se identifican las deformidades congénitas de la cadera, seguido las enfermedades del sistema gastrointestinal y las infecciones de vías urinarias. Al comparar con las primeras diez primeras causas del año 2015 (896 niños y niñas) y Subred Sur 2016 (1218 niños y niñas), se observó que rinofaringitis y bronquiolitis aguda, fueron las patologías que más afectaron a esta población.

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron en los registros de las primeras diez causas 2840 niños y niñas entre 1 y 5 años, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: caries de la dentina con 35,1%, rinofaringitis aguda (27,7 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios; no clasificadas en otra parte (7,0 %), bronquiolitis aguda no especificada (6,7 %), amigdalitis aguda no especificada (5,4 %), dermatitis atópica no especificada (3,9 %), deformidad congénita de la cadera no especificada (3,8 %), otras deformidades congénitas de la cadera (3,6 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,5 %) y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (3,3 %). Teniendo en cuenta lo anterior, las enfermedades respiratorias afectan frecuentemente a esta población (46,8 %), sin embargo en comparación con los menores de un año la afectación ocurre en una menor proporción; es importante mencionar que en este curso de vida se observa que un porcentaje importante de niños presentaron caries de la dentina. En relación al año 2015 en la localidad (3.764 niños y niñas) y al año 2016 en la subred

(12.808 niños y niñas), se observó que coinciden nuevas causas, a excepción de rinitis alérgica, el cual fue una causa que solo se identificó en la localidad para el año 2015 y deformidad congénita de la cadera no especificada presentada en 2016.

En el momento de curso de vida infancia escolar, se contó con información de 2679 niños y niñas entre 6 y 11 años, permitiendo identificar que la caries de la dentina, fue la causa más frecuente con 49,0 %, seguido están: rinofaringitis aguda (13,1%), parasitosis intestinal sin otra especificación (9,6 %), rinitis alérgica no especificada (5,9 %), astigmatismo (5,3 %), dermatitis atópica no especificada (4,2 %), otras deformidades congénitas de la cadera (3,2 %), obesidad no especificada (3,2 %) y finalmente infección de vías urinarias sitio no especificado (2,9 %). Por lo anterior se puede inferir que el 49 %, es decir casi la mitad de los niños del curso en mención, identificados dentro de las primeras diez causas, presentaron caries dental, siendo esta la enfermedad que más afectan a este curso de vida, seguido están las enfermedades respiratorias (22,6 %) y las enfermedades gastrointestinales (9,6 %). En el análisis comparativo entre la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016, se observó que la caries ocupó el primer lugar, además se observó que de igual forma las enfermedades como parasitosis intestinal, rinofaringitis, rinitis alérgica, dermatitis atópica y astigmatismo, estuvieron dentro de las primeras causas de morbilidad.

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se registran 2074 consultas, siendo la caries de la dentina, la causa más frecuente con 43,4 %, seguido se ubican: anomalías de la posición del diente (9,5 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (8,9 %), gingivitis crónica (7,3 %), rinofaringitis aguda (6,7 %), rinitis alérgica no especificada (5,9 %), astigmatismo (5,1 %), dolor en articulación (5,1%), infección de vías urinarias sitio no especificado (4,3 %) y por último miopía (3,8 %). Con relación a lo descrito anteriormente, se observa que los problemas de la cavidad bucal afectan la mayoría la población de este curso de vida (64,5 %). Al comparar con la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016 se observó que la caries ocupó el primer lugar, es importante mencionar que existen coincidencias en la mayoría de los primeros diez diagnósticos, a excepción de la miopía.

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron 3194 atenciones, respecto a las primeras causas de morbilidad en consulta externa, se evidenciaron las siguientes: caries de la dentina (42,1 %), seguido se ubican: dientes incluidos (8,0 %), gingivitis crónica (7,6 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (7,4 %), anomalías de la posición del diente (7,0 %), astigmatismo (6,9 %), lumbago no especificado (5,9 %), rinofaringitis aguda (4,5 %) y gastritis no especificada (4,2 %). En el análisis comparativo con el año 2015, 2016 y Subred Sur 2016 se evidencio que es la caries la patología más frecuente.

En el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 9143 atenciones, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia son: caries de la dentina (30,5 %), hipertensión esencial primaria (24,6%), lumbago no especificado (8,4 %), hipotiroidismo no especificado (7,2 %), dolor en articulación (6,5 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (5,1 %), gastritis no especificada (5,1%), obesidad no especificada (5,0 %), gingivitis crónica (4,1 %) y astigmatismo (3,6 %). Al comparar el año 2016 con el año 2015 en la localidad existen diferencias en las primeras diez causas debido a que en el año 2015 se presentaron diagnósticos de pulpitis y dolor en articulación y en el año 2016 estas patologías no se encontraron dentro de las primeras causas del 2016; por otra parte se observó similitud entre nueve los diagnósticos del año 2016 en la localidad y la Subred 2016, a excepción de anomalías de la posición del diente presentado en la localidad y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso identificado en la Subred Sur, dentro de las diez primeras causas.

Para el momento de curso de vida vejez, se contó con 5286 registros, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (59,3%), caries de la dentina (8,0 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (5,0 %), hipotiroidismo no especificado (4,7 %), lumbago no especificado (4,7 %), diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (4,4 %), hiperplasia de la próstata (4,0%), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,7 %), dolor en articulación (3,6 %) y diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación (2,8 %). Al comparar con el año 2015, 2016 en la localidad y Subred 2016, se observó que dentro de las diez primeras causas coincidencias en los diagnósticos mencionados para el año 2016, en este curso de vida, a excepción del diagnóstico dolor de la articulación.

3.2.2 Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, según agrupación de causas por lista 6/67

La información descrita en este apartado da a conocer la morbilidad de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, de acuerdo a agrupación de causas por lista 6/67 por servicio de atención y momentos de curso de vida en comparación a la Subred Sur Integrada de Servicios de Salud. La fuente de información son los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de los años 2012 a 2016.

Consultas

En el período de tiempo del año 2012 al año 2015, la primera causa de consulta, en la localidad de Usme, son todas las demás enfermedades, la segunda causa, son los síntomas, signos y afecciones mal definidas, y la tercera causa son las enfermedades transmisibles.

Tabla 27. Proporción grandes causas de morbilidad, por servicio de consultas según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur
	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	36	1,9	1.882	75	5,6	1346	142	7,9	1.802	128	17,6	728	138	28,2	489
Cáncer	428	7,0	6.121	660	19,7	3.351	1.344	17,2	7.794	1.157	28	4.136	1.024	42,5	2.411
Causas externas	42	15,1	278	64	28,3	226	64	9,7	660	78	17	459	64	36,2	177
Enfermedades Cardiovasculares	7413	16,2	45.704	4.249	16,9	25.188	10.057	19,2	52.502	8.933	23,1	38.646	6.462	32,6	19.851

Enfermedades transmisibles	13.117	21,0	62.573	6.879	24,8	27.754	12.843	19,3	66.480	8.236	19,1	43.187	5.193	21,5	24.126
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	39.579	21,1	187.360	30.590	28,5	107.331	51.497	21,5	239.233	40.925	24	170.616	45.558	42,7	106.613
Todas las demás enfermedades	50.977	17,0	299.156	37.020	23,4	157.902	61.071	16,4	371.284	49.990	19,1	261.405	38.538	24,1	159.711

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Hospitalizaciones

En el período de tiempo del año 2012 al 2016, la primera causa de hospitalizaciones, en la localidad de Usme, son todas las demás enfermedades, la segunda causa son las enfermedades transmisibles, y la tercera causa son los síntomas, signos y afecciones mal definidas.

Tabla 28. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por servicio de hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur
	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	2	0,2	1104	34	5,2	650	0	0	790	2	0,6	342	1	0,5	214
Cáncer	2	0,3	650	42	10,9	384	0	0	635	0	0	147	0	0	70
Causas externas	6	12,2	49	7	17,9	39	1	4,3	23	1	4,3	23	3	15	20

Enfermedades Cardiovasculares	47	2,6	1.804	112	12,7	880	39	2,6	1.482	9	1,8	508	10	4,6	216
Enfermedades transmisibles	196	4,9	3.984	299	12,2	2.456	313	9,4	3.332	194	11,7	1661	154	16,1	959
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	133	13,2	1.011	202	17,8	1.138	195	6,6	2.968	81	7,6	1064	65	10,2	639
Todas las demás enfermedades	847	3,9	21.576	1.397	10,6	13.177	488	2,7	17.877	262	3,1	8.475	271	5,5	4.904

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Urgencias

En el período de tiempo del año 2012 al 2016, la primera causa de urgencias, en la localidad de Usme, son todas las demás enfermedades, la segunda causa son síntomas, signos y afecciones mal definidas, y la tercera causa son las enfermedades transmisibles.

Tabla 29. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por servicio de urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur
	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	17	1,3	1.356	12	1,6	764	15	2	737	9	4,3	207	3	3,4	89
Cáncer	6	1,6	371	6	2,6	232	9	2,8	321	1	0,5	198	1	0,7	135
Causas externas	32	11,8	271	36	18,3	197	29	8,9	327	16	4,4	361	19	8,3	230

Enfermedades Cardiovasculares	393	11,0	3.563	225	11,7	1.928	535	15,3	3.496	228	12,4	1.843	141	16,4	859
Enfermedades transmisibles	2.631	11,0	23.911	2.302	13,8	16.694	4.699	20,4	23.040	2.044	14,4	14.224	1.260	13,8	9.151
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	4.526	13,6	33.185	2.981	12,5	23.811	5.852	18,8	31.097	3.254	21,4	15.200	2.868	25,4	11.312
Todas las demás enfermedades	10.758	15,8	68.255	7.229	16,1	44.953	1.2613	18,8	66.942	7.340	18,1	40.617	4.250	15,4	27.523

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Descripción de la morbilidad por sexo, según agrupación 6/67, Localidad de Usme

A continuación se presenta una descripción de la morbilidad por sexo, de acuerdo a las 7 primeras causas, por la agrupación 6/67. La fuente de esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de consulta, en la localidad de Usme, en el sexo hombre, son todas las demás enfermedades, la segunda causa son síntomas, signos y afecciones mal definidas, y la tercera causa son las enfermedades transmisibles.

Tabla 30. Grandes causas de morbilidad, por sexo hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur
	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	24	1,6	1.458	58	5,5	1.051	81	6,5	1.252	64	13,3	483	73	24,1	303
Cáncer	123	7,7	1.605	216	20,3	1.063	378	17	2.219	326	27,5	1.184	274	39,4	695

Causas externas	39	15,5	251	57	28,5	200	47	12,1	387	45	13	347	35	19,7	178
Enfermedades Cardiovasculares	2.395	15,2	15.742	1.581	17,3	9.121	3.349	17,8	18.853	2.892	21,8	13.276	2.359	32,5	7.259
Enfermedades transmisibles	6.788	18,3	37.166	4.099	20,5	19.986	7.269	18,8	38.694	4.340	18	24.136	2.851	20,2	14.104
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	15.777	22,0	71.825	12.531	28,8	43.477	20.011	21,6	92.741	15.429	24,7	62.470	17.511	44,9	39.035
Todas las demás enfermedades	22.439	17,0	131.804	17.509	23,2	75.452	27.365	16,4	166.852	21.701	18,9	114.755	16.483	23,6	69.944

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En el período de tiempo del año 2012 al 2016, la primera causa de consulta, en la localidad de Usme, en el sexo mujer, son todas las demás enfermedades, la segunda causa son síntomas, signos y afecciones mal definidas, y la tercera causa son las enfermedades transmisibles.

Tabla 31. Grandes causas de morbilidad, por sexo mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur
	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	29	1,8	1.581	61	6,2	986	76	5,7	1327	72	16,1	446	66	24,6	268
Cáncer	311	6,3	4.961	491	18,4	2.675	976	16	6.101	831	27	3.077	751	41,5	1.809
Causas externas	34	12,7	268	39	19,3	202	42	7,4	571	45	10,5	430	45	21,3	211
Enfermedades Cardiovasculares	5.293	16,4	32.284	2.911	16,5	17.673	7.020	19,4	36.176	6.169	23,5	26.281	4.385	32,8	13.388

Enfermedades transmisibles	8.412	18,6	45.273	4.898	21,3	22.942	9.290	19,4	48.005	5.578	17,9	31.169	3.456	18,9	18.303
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	26.819	19,7	135.930	20.336	25,7	79.268	35.249	21,2	166.550	27.892	23,5	118.703	30.098	39,4	76.446
Todas las demás enfermedades	35.007	16,7	209.402	25.110	21,8	115.226	41.304	16,7	247.029	33.164	19,2	172.622	25.381	22,8	111.199

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

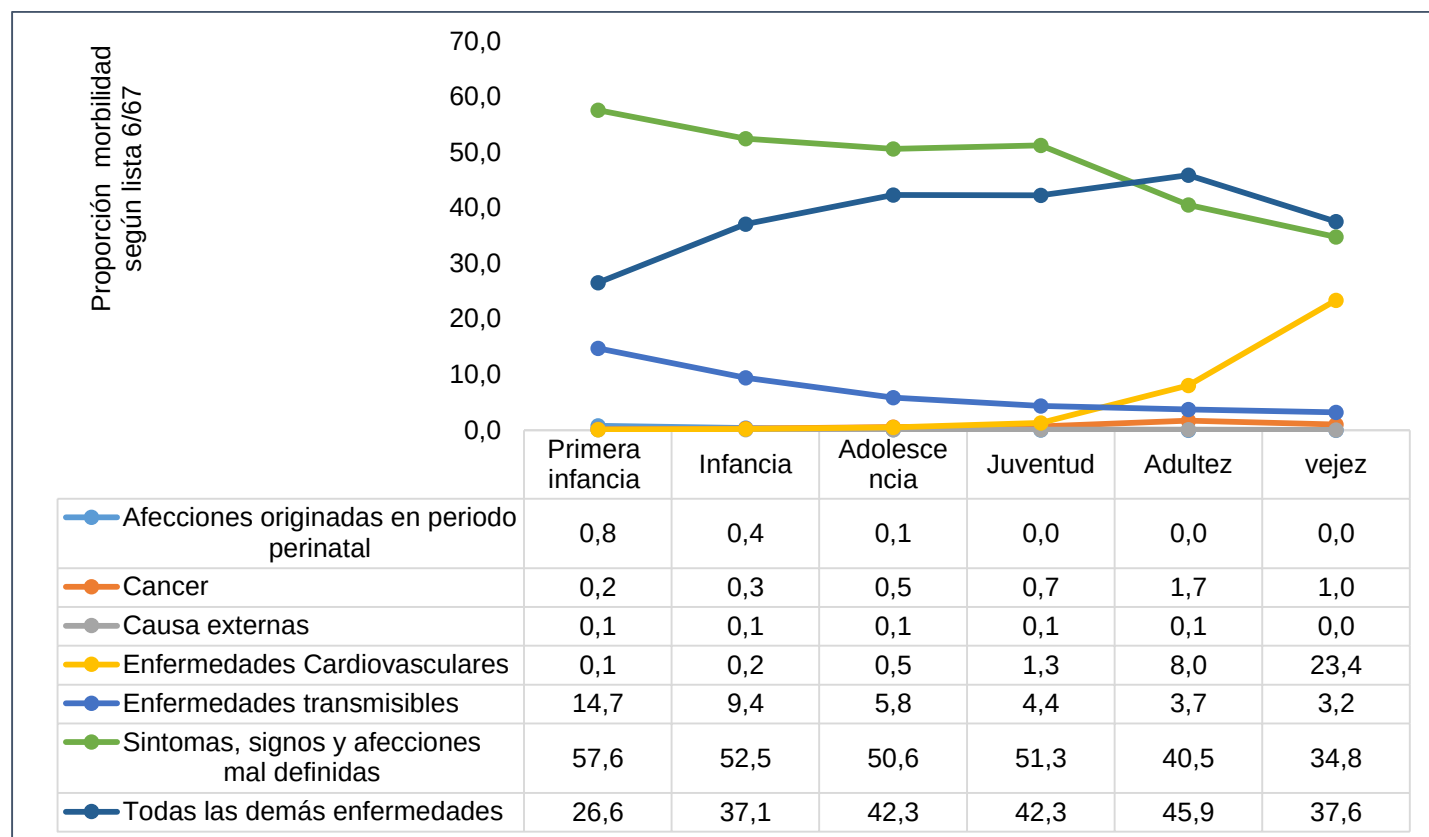
3.2.2.1 Descripción de la morbilidad por momento de curso de vida, según agrupación 6/67, Localidad de Usme

Durante los años 2012 a 2016 en las instituciones de la localidad, se atendieron 691314 personas, respecto a cada año la distribución de personas atendidas fue la siguiente: 2012: 146892; 2013: 106252; 2014: 180367; 2014: 138678; 2015: y 2016: 119125. En la Subred Sur Integrada de Servicios de Salud se atendieron 3327291 personas, con la siguiente distribución por año: 2012: 398577; 2013: 167948; 2014: 477604; 2014: 323095; 2015: y 2016: 116733.

De acuerdo a lo anterior se estima que el 9,9 % de las personas que fueron atendidas en la Subred Sur Integrada de Servicios de Salud, fueron atendidas en las Unidades de Servicios de Salud de la localidad de Usme.

Respecto a los momentos de curso de vida, se observó que el 28,7 % pertenecían al curso adultez (29 a 59 años); 13,9 % primera infancia (0 a 5 años); 14,7 % juventud (18 a 28 años); 9,7 % infancia (6 a 11 años); 9,9 % vejez (60 y más años) y 9,2 % eran adolescentes (12 a 17 años).

Gráfica 11. Proporción de grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad de Usme, 2016



Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En la gráfica se observa que las enfermedades transmisibles están presentes en todos los momentos de curso de vida, afectando con mayor frecuencia la primera infancia, se evidencia que con el aumento de la edad este evento va disminuyendo; en relación al grupo de enfermedades cardiovasculares la mayor proporción ocurrió en la vejez y en segundo lugar en adultez; para el grupo de causas externas se identificó que afecta de forma similar los momentos de curso de vida a excepción de la vejez, donde no se observó afección; respecto a las neoplasias (cáncer) se identificó que las enfermedades relacionadas con este grupo afectan en mayor proporción la adultez y vejez; en el grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal los cursos de vida afectados fueron primera infancia e infancia.

Tabla 32. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.

Causas según agrupación 6/67		Usme					Subred Sur				
		2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,8	2,6	2,3	2,1	0,9	8,5	8,6	7,8	4,4	11,5
	Cáncer	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
	Causa externas	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Enfermedades Cardiovasculares	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
	Enfermedades transmisibles	30,4	28,2	24,3	19,4	34,7	30,4	28,4	24,2	24,1	33,7
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	45,7	45,1	52,4	57,4	42,3	34,7	37,1	47,3	52,0	30,6
	Todas las demás enfermedades	22,9	23,9	20,8	20,7	22,1	26,0	25,5	20,4	19,2	24,0
De 1 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,1	0,2	0,2	0,2	0,8	0,2	0,4	0,3	0,1	0,4
	Cáncer	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
	Causa externas	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades transmisibles	23,4	20,7	21,8	16,9	14,4	24,8	24,4	21,8	19,5	21,4
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	45,3	45,9	47,3	50,9	57,8	40,9	41,7	44,2	47,2	45,2
	Todas las demás enfermedades	30,9	32,9	30,4	31,7	26,6	33,5	33,0	33,3	32,9	32,6
De 0 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,2	0,6	0,5	0,6	0,8	2,2	2,5	1,8	0,9	1,1
	Cáncer	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Causa externas	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1

	Enfermedades transmisibles	24,7	22,1	22,3	17,4	14,7	26,1	25,4	22,3	20,3	22,2
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	45,4	45,8	48,2	52,2	57,6	39,5	40,6	44,8	48,0	44,3
	Todas las demás enfermedades	29,4	31,2	28,7	29,5	26,6	31,8	31,1	30,7	30,4	32,1

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Para el momento de curso de vida primera infancia, se identificó que 95945 niños y niñas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. En el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban Síntomas, signos y afecciones mal definidas, en segundo lugar, se ubica el grupo de todas las demás enfermedades, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las afecciones originadas en el periodo perinatal, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las causas externas.

Al analizar el comportamiento de la morbilidad en relación a la Subred Sur se observa que, para el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas, la tendencia muestra una proporción de casos mayor en la localidad. Para los grupos de cáncer, causas externas y enfermedades cardiovasculares la tendencia es similar a la Subred Sur.

Tabla 33. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.

Causas según agrupación 6/67	Usme					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Cáncer	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2

Enfermedades Cardiovasculares	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2
Enfermedades transmisibles	16,0	12,7	15,4	12,1	9,4	17,0	15,6	14,3	12,3	13,8
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	40,6	41,4	41,6	42,2	52,5	35,7	36,8	36,5	36,5	38,0
Todas las demás enfermedades	43,0	45,3	42,4	45,0	37,1	46,5	46,9	48,5	50,6	47,3

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En el momento de curso de vida infancia, se identificó que 67167 niños y niñas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. En el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, cáncer, causas externas y las afecciones originadas en el periodo perinatal.

En el comportamiento de las enfermedades transmisibles, causas externas y enfermedades cardiovasculares, se observa que la tendencia de la localidad es similar a la Subred Sur. En la agrupación de todas las demás enfermedades, se evidencia una tendencia a ser inferior en la localidad, respecto a la Subred Sur; caso contrario ocurre con el grupo de signos y síntomas y afecciones mal definidas, donde se observa una tendencia por encima a la Subred Sur.

Tabla 34. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Usme					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4

Causa externas	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Enfermedades Cardiovasculares	0,6	0,7	0,7	0,5	0,5	0,9	0,6	0,6	0,5	0,4
Enfermedades transmisibles	11,8	9,1	10,5	7,8	5,8	11,4	9,6	9,4	8,6	8,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	38,8	41,6	41,5	42,9	50,6	34,0	36,5	36,1	36,5	37,4
Todas las demás enfermedades	48,4	47,9	46,8	48,2	42,3	53,1	52,6	53,2	53,9	53,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Respecto al momento de curso de vida adolescencia, se identificó que 63625 adolescentes que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. En el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades relacionadas con todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica el grupo Síntomas, signos y afecciones mal definidas, de en tercer lugar las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las causas externas y afecciones originadas en el periodo perinatal.

Al analizar el comportamiento de la morbilidad en relación a la Subred Sur se observa que, para los grupos de enfermedades transmisibles, cardiovasculares, cáncer y causas externas la tendencia es similar a la Subred Sur.

Tabla 35. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Usme					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Cáncer	0,3	0,5	0,5	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4
Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1

Enfermedades Cardiovasculares	1,0	1,0	1,1	1,1	1,3	1,5	1,2	1,1	0,9	1,1
Enfermedades transmisibles	8,2	6,9	7,4	6,7	4,4	8,4	7,3	8,0	7,8	6,7
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	39,0	40,7	42,6	43,3	51,3	35,0	36,7	36,0	37,0	38,1
Todas las demás enfermedades	51,4	50,8	48,2	48,2	42,3	54,3	54,1	54,2	53,5	53,5

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En relación al momento de curso de vida juventud, se identificó que 101903 jóvenes fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. En el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, causas externas, cáncer y las afecciones originadas en el periodo perinatal. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 36. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Usme					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,7	1,5	1,7	1,8	1,7	1,8	1,7	1,8	1,4	1,2
Causa externas	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	8,1	6,2	8,5	8,8	8,0	9,3	8,4	8,1	8,2	7,1

Enfermedades transmisibles	8,2	6,3	7,3	5,8	3,7	7,6	6,5	7,5	7,2	6,0
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	27,6	30,3	29,3	29,3	40,5	24,6	26,1	25,4	25,0	27,2
Todas las demás enfermedades	55,3	55,5	53,1	54,2	45,9	56,7	57,0	57,1	58,0	58,2

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Para el momento de curso de vida adultez, 198268 adultos fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. En el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades cardiovasculares, seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos.

Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para los años 2012 a 2015, en relación a la Subred Sur, el año 2016 muestra diferencias en el grupo de todas las demás enfermedades, se observan diferencias con una tendencia a la disminución en la localidad y en signos, síntomas y afecciones mal definidas la tendencia es al aumento.

Tabla 37. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Usme, 2012 a 2016.

Causas según agrupación 6/67	Usme					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,3	1,2	1,1	1,1	1,0	1,3	1,6	1,4	0,9	0,8

Causa externas	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	31,4	27,2	33,4	34,9	23,4	29,2	29,7	29,5	32,7	20,8
Enfermedades transmisibles	6,3	4,6	5,5	3,8	3,2	5,1	3,9	4,7	4,9	4,5
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	18,5	22,8	19,9	19,4	34,8	17,3	18,0	17,1	16,1	22,8
Todas las demás enfermedades	43,4	44,1	40,0	40,8	37,6	47,0	46,7	47,2	45,4	51,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En relación el momento de curso de vida vejez, se identificó que 68461 adultos fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. En el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar las enfermedades cardiovasculares, seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos.

Al analizar el comportamiento de la morbilidad en la localidad en relación a la Subred Sur, se observa un comportamiento similar para el período evaluado en los grupos de enfermedades transmisibles, cáncer y causas externas.

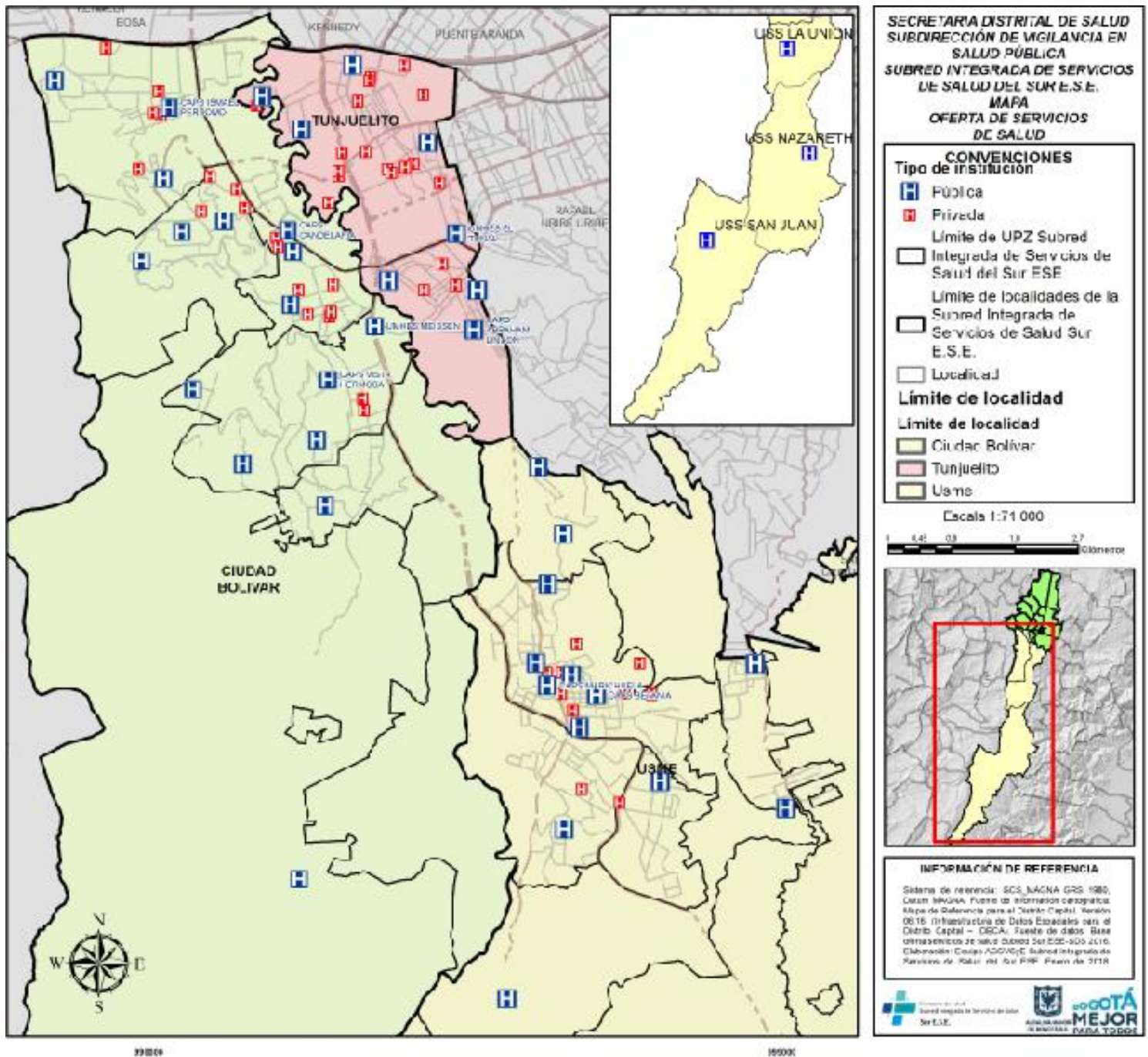
3.2.3 Descripción de la Oferta

Como se mencionó anteriormente, la localidad de Usme cuenta con 25 centros de atención en salud, de las cuales el 56,0 % (n=14) corresponde a Unidades de Servicios de Salud de la red pública y el 44,0 % (n=11) son de tipo privado. Del total de centros de atención ubicados en la localidad, el 56,0 % (n=14) se concentra en la UPZ Gran Yomasa, el 12,0 % (n=3) en la UPZ Comuneros, el 8,0 % (n=2) en las UPZ Danubio y La Flora, respectivamente, y el 16,0 % (n=4)

en el resto de las UPZ, incluido dos Unidades de Servicios de Salud en la Unidad de Planeación Rural (UPR) Rio Tunjuelo: USS El Destino y USS La Unión.

Los centros de atención en salud de la red pública del Distrito cubren cada UPZ del territorio de la localidad, concentrando en la UPZ Gran Yomasa el 24,0 % (n=6) de los centros de atención; siendo esta la UPZ con mayor densidad de población, así como la más central y de fácil acceso de la localidad. La población de la localidad de Usme adicionalmente dispone de la UMHES Meissen, de la localidad de Ciudad Bolívar para la atención en salud de alta complejidad, junto con la UMHES El Tunal de la localidad de Tunjuelito, las cuales pertenecen a la Subred Sur ESE, lo que permite el acceso y la atención en salud. Así mismo, en esta UPZ se concentra la mayor oferta en salud de consultorios médicos pequeños de carácter privado de la localidad. Respecto a la oferta de las EAPB del régimen contributivo, solo se cuenta con la oferta básica de servicios de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio Santa Librada, por lo que mayoría de la población perteneciente a este régimen debe desplazarse fuera de la localidad para el acceso a los servicios de salud, utilizando para la movilidad la Avenida Caracas y la Avenida Boyacá.

Mapa 8. Oferta de servicios de salud, localidad de Usme, 2016



Fuente: Directorio UPGD-SIVIGILA Usme 2016.

3.3 Eventos De Vigilancia En Salud Pública

3.3.1 Eventos individuales de interés en Salud Publica SIVIGILA

Para el año 2016 el componente de Vigilancia Epidemiológica en Salud Publica, a través del aplicativo SIVIGILA, herramienta alimentada por las diferentes UPGD adscritas al distrito capital en la totalidad de las localidades, realizó un registro de 110.674 casos de diferentes subsistemas (Transmisibles, Salud Sexual y Reproductiva, Crónicos, SISVAN, SISVECOS, SISVESO y SIVELCE), registrando información en 60 eventos de interés en residentes del distrito capital.

Dicha información se encuentra a continuación en una tabla resumen, tomando como base las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, donde se distribuye la notificación de los eventos de interés, para realizar análisis del comportamiento de los mismos.

Tabla 38. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y localidades de la Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	65001	58,7	10282	54,4	5523	51,0	3276	60,0	1465	57,2	18	48,6
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	12056	10,9	1855	9,8	938	8,7	569	10,4	341	13,3	7	18,9
Convivencia Social y Salud Mental	19147	17,3	4756	25,2	3342	30,8	1021	18,7	393	15,3	0	0
Salud Ambiental	7901	7,1	721	3,8	316	2,9	193	3,5	200	7,8	12	32,4

Seguridad Alimentaria y Nutricional	5011	4,5	1027	5,4	593	5,5	302	5,5	132	5,2	0	0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1558	1,4	260	1,4	128	1,2	102	1,9	30	1,2	0	0
Total	110674	100	18901	100	10840	100	5463	100	2561	100	37	100

Fuente: Base de datos SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud 2016.

Específicamente en la Subred Sur, se cuenta con información de 50 eventos de interés en salud pública, para un total de 18.901 casos registrados, lo que representa un 17.07 % de la notificación del distrito. Al observar el comportamiento puntual de la localidad de Usme, se cuenta con 5.463 registros, distribuido en 48 eventos, lo que representa un 4.93 % de la notificación del distrito y un 28.90 % de la Subred Sur.

La principal diferencia evidenciada entre el comportamiento de la localidad de Usme y el distrito se observa en la dimensión de Salud Ambiental (Intoxicación por sustancias químicas y ETA), donde la localidad cuenta con una diferencia importante en el peso porcentual, hecho relacionado posiblemente con una baja notificación de casos, la no adecuada configuración de brotes, así como la no asistencia a servicios de salud al tratarse de sintomatología leve o al ser considerada de manejo en casa.

Al realizar la comparación con la Subred Sur se puede evidenciar que la principal diferencia se da en la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (Consumo de SPA, Intenso Suicida, Lesiones de causa externa, lesiones por artefactos explosivos y violencia de género), dicha diferencia se observa especialmente al contrastar con la localidad de Ciudad Bolívar la cual cuenta con la mayor densidad poblacional, así como una oferta institucional en cuanto centros de educación y centros de atención médica más amplia, generando una mayor notificación de casos, sumado a mayores dificultades socioeconómicas o de violencia intrafamiliar, como los principales factores que afectan la salud mental en contraste con la localidad de Usme y otras zonas más aventajadas de la ciudad. Adicionalmente se observa una mayor incidencia porcentual de eventos relacionados con la dimensión de vida saludable y enfermedades

transmisibles en la localidad de Usme, en especial en eventos relacionados con enfermedades respiratorias.

Tabla 39. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Usme, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos por dimensión del PDSP 2012 - 2021					
	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Convivencia Social y Salud Mental	Salud Ambiental	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Vida saludable y Condiciones No Transmisibles
Frente al distrito	5,04	4,72	5,33	2,44	6,03	6,55
UPZ Alfonso López frente a la localidad	17,31	19,68	0	16,06	21,19	6,86
UPZ Ciudad Usme frente a la localidad	8,03	6,68	0	3,11	6,29	3,92
UPZ Comuneros frente a la localidad	22,74	18,45	0	19,17	16,23	9,8
UPZ Danubio frente a la localidad	13,22	14,59	0	13,99	15,89	1,96
UPZ Gran Yomasa frente a la localidad	30,83	33,04	0	41,97	31,13	7,84
UPZ Flora frente a la localidad	7,14	6,15	0	5,7	7,62	1,96
UPZ Parque Entre Nubes frente a la localidad	0,37	0,88	0	0	0,66	0
UPR Rural frente a la localidad	0,37	0,35	0	0	0,99	0
Casos sin UPZ frente a la localidad	0	0,18	100	0	0	67,65

Fuente: Base de datos SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud 2016.

A continuación se realizara un breve resumen del comportamiento puntual de la localidad de Usme en los diferentes eventos incluidos en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021, en lo posible, de forma comparativa con la subred y el distrito.

3.3.1.1 Vida Saludable y enfermedades transmisibles

En dicha dimensión se incluyen desde el nivel central 49 eventos de interés, de los cuales el distrito no presenta casos en 12, por su parte la localidad de Usme aporta información en 29 de ellos, donde se destacan eventos trasmisibles como: Sarampión, Rubeola, Tuberculosis, Hepatitis A, Meningitis, Varicela, Parotiditis; eventos respiratorios como: Tos Ferina, ESI-IRAG, IRAG Inusitado; eventos zoonoticos como: Vigilancia Integrada de Rabia Humana y Leptospirosis, otros transmitidos por vectores como: Dengue, Malaria, Chagas, Leishmaniasis, Zika, Chikungunya; así como mortalidades relacionadas con IRA y EDA; como algunos de los eventos más destacados.

La localidad de Usme aporta al distrito con relación a esta dimensión un 5.04 %, así como el 31.86 % a la Subred Sur, en cuanto al comportamiento del evento por UPZ se observa una distribución relativamente normal, teniendo en cuanto la población residente en sus diferentes UPZ, la diferencia más marcada se encuentra en la UPZ Ciudad Usme, la cual en los últimos años se ha convertido en una opción de vivienda al contar con una construcción masiva de conjuntos residenciales que abarcan una importante cantidad de población en poco espacio geográfico.

Los eventos que presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos general del 5.04 % son: la Mortalidad por IRA, Enfermedad Diarreica Aguda y la Rubeola, con datos entre el 10 % y 11 %. Los dos primeros eventos pueden estar relacionados con factores ambientales como la cercanía al paramo, zonas montañosas, calidad del aire, contaminación, características de las UPZ Flora, Danubio y parte periférica de las UPZ Comuneros y Gran Yomasa, sectores donde se presentaron la mayor parte de dichos casos; Adicional a esto se observan factores socioculturales como condiciones higiénico sanitarias deficientes, hábitos y acceso a alimentos, ubicación de zonas de invasión, nivel educativo, además de difíciles

condiciones económicas. En cuanto a la Rubeola no se identifica un factor relacionado con la mayor notificación de casos en esta localidad.

Eventos como Leishmaniasis, Dengue, Malaria en la gran mayoría se trata de casos que cuenta como lugar de ocurrencia ciudades diferentes a la capital del País, pero en el aplicativo SIVIGILA se cargan a la ciudad y ocasionalmente a diferentes localidades, generando posiblemente una registro mayor al presentado en la comunidad que reside en Bogotá.

3.3.1.2 Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos

En esta dimensión se observan 9 eventos, los cuales se pueden agrupar entre transmisibles (Hepatitis B, C y Coinfección B – D, Sífilis Gestacional y Congénita, VIH/SIDA y Muerte por SIDA, Síndrome de rubeola congénita) y no trasmisibles (Morbilidad Materna Extrema, Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal y Neonatal y Defectos Congénitos).

La agrupación de dichos eventos en la localidad de Usme frente al distrito, aporta el 4.72 % y frente a la Subred Sur el 30.67 %, en cuanto a la distribución por UPZ se observa una distribución relativamente normal teniendo en cuenta la población residente en sus diferentes UPZ, la diferencia más marcada se encuentra en la UPZ Ciudad Usme, posiblemente por las razones ya descritas, Así como Comuneros que cuenta con menos casos de los esperados y Danubio con un mayor registro de casos de la esperado, según la población estimada, este último dato, puede estar relacionado a recientes construcción de complejos de vivienda ubicados en la zona aledaña al portal de Transmilenio de Usme, hecho que no se tiene en cuenta en las estimaciones poblacionales.

Los eventos que presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos general del 4.72 % son: La sífilis congénita con 12 de los 125 del distrito (12 %) y la mortalidad Materna con 5 de los 36 eventos registrado (13.9 %) en el año 2016.

Con relación al Sífilis congénita al igual que la gestacional, se pueden mencionar, según las investigaciones epidemiológicas de campo y análisis realizados, que existen factores asociados como el inicio tardío de controles prenatales, problemas de aseguramiento,

traslados, tratamiento inadecuado por falta de adherencia, reinfección por el no tratamiento a parejas, asociado al temor de su reacción, machismo, violencia intrafamiliar, entre otros motivos. En cuanto la distribución de dichos eventos por las UPZ, se puede observar que los eventos de sífilis congénita presentan una mayor incidencia en la UPZ Alfonso López con el 40%, dicho sector presenta dificultades de acceso y movilidad, baja oferta institucional, presencia de asentamientos no legalizados, factores que combinados pueden relacionarse con los altos incidencia de estos eventos en el sector.

Los 5 casos registrados por Mortalidad Materna requieren unidades de análisis distritales con fin de determinar la condición del caso, como consecuencia se definió, posterior a dicho ejercicio, que solo 1 caso cumplía como mortalidad materna temprana. Dichos casos se relacionan con algunos factores ya descritos, sumado a barreras de acceso, baja oferta institucional en salud, en especial en el régimen contributivo y de servicios especializados cercanas a la localidad, dificultades de acceso, largos traslados, así como las características propias de los residentes de estos sectores como el bajo nivel educativo, las dificultades económicas, practicas relacionadas con el cuidado de la salud sexual y reproductiva, proyecto de vida y factores familiares. En cuanto la distribución geográfica, 2 casos (40 %) se ubican en Alfonso López, con las características ya descritas, otros 2 casos se dan en la UPZ Danubio, zona ubicada en el límite norte de la localidad, sector con mayor oferta institucional y de movilidad, pero con diferencias marcadas en la periferia al encontrarse asentamientos no legalizados, pobre oferta en movilidad, una marcada inseguridad como los factores más relevantes.

3.3.1.3 Convivencia Social y Salud Mental

En esta dimensión se observan 5 eventos muy diversos relacionados con salud mental, donde se incluyen: Consumo de Sustancias Psicoactivas Inyectadas, Intento de Suicidio, Lesiones de Causa Externa, Lesiones por Artefactos Explosivos (Pólvora y Minas Antipersonal) y Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género. Es importante mencionar que tanto el tema de violencias como de lesiones de causa externa, se cuenta con otros procesos que tocan eventos similares como lo son los subsistemas de SIVIM y SIVELCE respectivamente.

En la localidad la agrupación de estos 5 eventos aporta el 5.33 % de los eventos registrados en el distrito y el 21.47 % de la Subred Sur, este último dato, por debajo del esperado, según el cálculo porcentual de la población de la localidad.

Con relación a los eventos incluidos en esta dimensión, sobresalen los 235 casos de intento suicida, lo que representa el 7.4 % de los 3175 casos del distrito. La vigilancia en salud pública de las violencias de género en la localidad de Usme registra 786 casos de los 15724 del distrito, lo que representa el 5 %. Lo anterior evidencia nuevamente factores socioculturales y económicos relacionados con estos eventos como la violencia intrafamiliar, las necesidades básicas insatisfechas, pobreza, desempleo, débiles estrategias de afrontamiento y/o resolución de conflictos, así como las características propias de la localidad en cuanto violencias, inseguridad, contaminación, insuficiente oferta institucional, de transporte público y de alternativas de manejo del tiempo libre, así como la contaminación, entre otros, que inciden en los niveles de estrés de la población afectado de una u otra manera la ocurrencia de casos.

Los eventos de Lesiones por causa externa y por artefactos explosivos son eventos que a pesar de registrar como ciudad de residencia Bogotá, cuentan con lugar de procedencia y ocurrencia ciudades diferentes a la capital del país.

3.3.1.4 Salud Ambiental

La salud ambiental incluye únicamente 2 eventos para registrar, intoxicaciones y enfermedad transmitidas por alimentos, las cuales cuentan con 7901 casos en el distrito, 193 (2.44 %) de ellos, se presentaron en la localidad de Usme, al compararse con la Subred, aporta el 26.77 % dato levemente por debajo de lo esperado. En cuanto la distribución por UPZ según datos porcentuales aproximados Gran Yomasa y Danubio aporta más datos de lo esperado, en contraste con Comuneros que registra una menor proporción de casos, relacionado posiblemente a una mayor oferta comercial, dificultades en manejo de basuras, proliferación de perros callejeros.

Dichos eventos presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos, las intoxicaciones en la localidad de Usme representan tan solo el 3.22 % (179 eventos) de los

5.555 casos registrados en la ciudad, Por su parte las ETA aportan aún menos registros, teniendo en cuenta que de los 2.346 eventos presentados en 2016, tan solo se registran 14 casos (0.60 %) en residentes de la localidad, dato posiblemente relacionado a un subregistro del evento, debido a factores como el desplazamiento de los residentes de la localidad, en especial del régimen contributivo al contar con los centros de salud lejos de su residencia, prefieren no consultar y dar manejo en casa del evento.

3.3.1.5 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Los eventos relacionados con esta dimensión incluyen Bajo Peso al Nacer, Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años y Mortalidad Por y Asociada a Desnutrición, Dichos eventos registrados en la localidad, aportan el 6.03 % del dato distrital (5.011) con 302 casos, sienta la segunda dimensión con mayor peso de eventos de la localidad de Usme, hecho relacionado posiblemente a los factores económicos de la zona, más los hábitos alimentarios y condiciones socioculturales.

La distribución del evento al interior de las UPZ de la localidad presenta un comportamiento diferente al esperado según las proyecciones poblacionales, al menos en las zonas urbanas, evidenciando a Ciudad Usme muy por debajo del dato esperado, caso contrario ocurre en Danubio, dichos porcentajes no pueden ser considerados como definitivos, al estar muy relacionados con la consulta, sumado a posibles subregistro del evento Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años, además posibles fallas en las proyecciones poblacionales.

El bajo peso al nacer en el distrito cuenta con 4.258 menores y la localidad aporta el 216 casos, lo que representa un 5.1%, caso diferente ocurre con la Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años donde la localidad aporta una mayor proporción al registrar 86 menores (11.5 %) de los 748 casos en el distrito, este hecho se encuentra posiblemente relacionado a los motivos mencionados previamente, sumado a que se trata de un evento relativamente reciente en cuanto su notificación.

Por último De los 5 casos de mortalidad por o asociada a desnutrición, la localidad no aporta ningún caso.

3.3.1.6 Vida saludable y Condiciones No Transmisibles

Los eventos incluidos en esta dimensión son diversos, registrando Cáncer de la Mama y Cuello Uterino, Cáncer en Menores de 18 Años, Enfermedades Huérfanas - Raras y Exposición a Flúor. Dichos eventos aportan 1.558 casos en el distrito, de los cuales 102 residen en la localidad de Usme, lo que representa un 6.5%, datos que la ubican esta dimensión con mayor aporte por residentes de la localidad de Usme.

El Cáncer en Menores de 18 años presenta 356 eventos en el distrito, de los cuales 17 casos (4.8 %) se presentaron en residentes de la localidad, de estos casos 1 menor fue notificado al detectar la enfermedad y posteriormente al fallecer, dato que se suma a otros 5 casos que fallecen según la base de datos SIVIGILA.

Por otra parte los casos de Cáncer de la Mama y Cuello Uterino y Enfermedades Huérfanas – Raras, a pesar de presentar un comportamiento diferentes, proporcionan un dato similar en cuanto el porcentaje de casos, es decir, de los 819 casos distritales de Cáncer de la mama la localidad aporta 15 casos, y en enfermedades huérfanas de los 86 casos la localidad aporta solamente 1 caso, para un porcentaje 1.8 % y 1.2 % respectivamente; de dichos casos se cuenta con información de 1 fallecimiento por Cáncer.

Es importante mencionar que un factor diferenciador en cuanto la efectividad del tratamiento del Cáncer se trata de la detección temprana, hecho que se puede relacionar con la ausencia de instituciones especializadas en el sector, donde se cuente con personal entrenado y sensibilizado en el tema, sumado a la baja oferta de servicios de salud para el régimen contributivo asociado a largos desplazamientos, hechos que pueden desmotivar el acceso a consultas rutinarias o por sintomatología leve.

Por ultimo en cuanto a la Exposición a Flúor, la localidad aporta cerca de una cuarta parte de la notificación del distrito con un 23.2 % (69 casos), de los 297 eventos registrados en la base distrital

3.3.2 Eventos colectivos de interés en Salud Pública (Brotos y morbilidad)

A continuación se realiza una revisión del comportamiento de algunos de los eventos colectivos de más interés relaciona con los registros realizados en el distrito, incluyendo brotes de ETA y Varicela, así como las morbilidad por IRA y EDA, para lo cual se tomó como fuente la información oficial de urgencias y emergencias del año 2016 con relación a los brotes y las salidas de SIVIGILA para las morbilidades.

Tabla 40. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y localidades de la Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Salud Ambiental	153	9,5	13	3,0	7	2,9	2	1,6	3	5,4	1	100
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1460	90,5	414	97,0	236	97,1	125	98,4	53	94,6	0	0
Total	1613	100	427	100	243	100	127	100	56	100	1	100

Fuente: Bases oficiales Urgencias y Emergencias SDS. Años 2012-2016. Base de datos SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud 2016.

Con relación a los brotes registrados Específicamente en la Subred Sur, se cuenta con información de 4 eventos de interés en salud pública (Brotos de varicela y ETA, y morbilidad por IRA y EDA), para un total de 427 casos registrados, lo que representa un 26.47 % de la notificación del distrito. Al observar el comportamiento específico de la localidad de Usme, se cuenta con 127 registros, lo que representa un 7.87 % de la notificación del distrito y un 29.74 % de la Subred Sur.

Tabla 41. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Usme, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos por dimensión del PDSP 2012 - 2021	
	Salud Ambiental (ETA)	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles (Varicela Morbilidad EDA Y IRA)
Frente al distrito	1,31	8,56
UPZ Alfonso López frente a la localidad	0	8,8
UPZ Ciudad Usme frente a la localidad	0	9,6
UPZ Comuneros frente a la localidad	0	28,8
UPZ Danubio frente a la localidad	0	11,2
UPZ Gran Yomasa frente a la localidad	100	31,2
UPZ Flora frente a la localidad	0	10,4
UPZ Parque Entre Nubes frente a la localidad	0	0
UPR Rural frente a la localidad	0	0
Casos sin UPZ frente a la localidad	0	0

Fuente: Bases oficiales Urgencias y Emergencias SDS. Años 2012-2016.

3.3.2.1 Salud Ambiental

Teniendo en cuenta las dimensiones del PDSP, con relación a Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, se incluye únicamente los brotes de enfermedad transmitida por alimentos (ETA), la localidad de Usme aporta tan solo 2 brotes, ambos casos ubicados en la UPZ Gran Yomasa, para un 1.31 % de los 153 casos del distrito, hecho relacionado posiblemente al manejo de estos eventos en casa dependiendo de la gravedad de la sintomatología, el desplazamiento a las instituciones de salud, en especial en la población del régimen contributivo que no cuenta con poca oferta de atención en la localidad y dificultades en la configuración de brotes, relacionado con un posible subregistro.

3.3.2.2 Vida Saludable y enfermedades transmisibles

La dimensión de salud ambiental incluye los brotes de Varicela, IRA (Infección Respiratoria Aguda) y EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), registrados de los cuales la localidad de Usme aporta 125 (8.56 %) de los 1.460 eventos del distrito.

El brote que se presenta con mayor frecuencia es la varicela, de los 1300 casos distritales, 117 pertenecen a la localidad, lo que aporta un 9.0 % del total de casos, los cuales se distribuyen en mayor porcentaje en las UPZ Danubio, Comuneros. Y Gran Yomasa, debido no solo a la cantidad de población, sino a la dinámica del territorio en cuento una mayor oferta de instituciones educativas, públicas y privadas, así como como jardines infantiles de diferentes tipos.

En cuanto los brotes de EDA e IRA en el distrito se presentaron 76 y 84 casos, de los cuales Usme aporta 4 casos en cada evento para un 5.3 % y 4.8 % respetivamente. Dichos eventos, al igual que varicela, se dan en su mayoría en instituciones educativas, relacionados con debilidad en factores de prevención por parte de padres de familia, hábitos higiénico-sanitarios, además de continuar llevando los menores a las instituciones educativas a pesar del inicio de síntomas y recomendaciones de docentes y otros funcionarios, lo que dificulta romper la cadena de contagio.

3.3.3 Eventos individuales de interés en Salud Publica SIVIGILA DC (SISVAN, VESPA, SIVELCE, SISVECOS, SIVIM, Discapacidad, SISVESO y SIVISTRA)

A continuación se realiza una revisión del comportamiento de los procesos de vigilancia en salud pública que ingresan la información en diferentes herramientas diferentes al SIVIGILA, desde las dimensiones de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Convivencia Social y Salud Mental y Vida saludable y Condiciones No Transmisibles, con el fin de conocer su comportamiento al interior de las localidades, así como su representación a nivel distrital y en la Subred Sur.

Dichas herramientas de captura de información, son diversas según el subsistema, hecho que dificulta la consolidación de la misma y requiere un manejo diferencial, en consecuencia, el subsistema SISVAN utiliza la herramienta EPI-INFO, SIVIM, SISVECOS, SIVELCE y VESPA, procesos relacionados con la salud mental, utiliza el SIVIGILA DC vía web, por su parte el proceso de Discapacidad utiliza el aplicativo en línea para la localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), para finalizar, SISVESO y SIVISTRA manejan ACCES, pero adicionalmente este último subsistema utiliza el aplicativo de EXCEL.

Tabla 42. Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y localidades de la Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Seguridad Alimentaria y Nutricional	89304	36,14	11655	25,07	4992	22,27	3411	23,71	3208	37,16	44	4,16
Convivencia Social y Salud Mental	89288	36,13	19761	42,51	10802	48,20	6851	47,63	1865	21,61	243	22,97
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	68525	27,73	15070	32,42	6618	29,53	4122	28,66	3559	41,23	771	72,87
Total	247117	100	46486	100	22412	100	14384	100	8632	100	1058	100

Fuente: Base de datos VSP Secretaría Distrital de Salud 2016.

Los eventos de interés registrados en herramientas diferentes al SIVIGILA con relación a evento de seguridad alimentaria y nutricional, salud mental, discapacidad, salud oral y salud laboral, reportan 247.117 registros en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 18.81 % (46.486

casos) corresponden a la Subred Sur. Específicamente la localidad de Usme aporta 14.384 casos, lo que corresponde al 5.82 % del distrito y al 30.94 % de la subred Sur.

Tabla 43. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Usme, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos subsistemas SIVIGILA DC, agrupados por dimensión del PDSP 2012 - 2021		
	Seguridad Alimentaria y Nutricional SISVAN	Convivencia Social y Salud Mental SIVIM SISVECOS SIVELCE VESPA	Vida saludable y Condiciones No Transmisibles Discapacidad SISVESO SIVISTRA
Frente al distrito	3,75	7,67	4,61
UPZ Alfonso López frente a la localidad	9,08	10,45	18,42
UPZ Ciudad Usme frente a la localidad	7,08	4,34	6,05
UPZ Comuneros frente a la localidad	30,06	19,75	18,54
UPZ Danubio frente a la localidad	12,10	7,15	11,89
UPZ Gran Yomasa frente a la localidad	32,12	24,99	35,59
UPZ Flora frente a la localidad	2,33	4,55	5,38
UPZ Parque Entre Nubes frente a la localidad	0,96	1,85	0,10
UPR Rural frente a la localidad	0,00	0,00	1,28
Casos sin UPZ frente a la localidad	6,27	26,92	2,75

Fuente: Base de datos VSP Secretaría Distrital de Salud 2016.

3.3.3.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional

En cuanto la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional relacionada con el subsistema SISVAN (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional), se toman los eventos relacionados

con la desnutrición y exceso de peso de la información de menores, gestantes y escolares de 5 a 17 años, así como el bajo peso al nacer, en general dichos eventos aportan el 3.75 % del dato distrital, específicamente la desnutrición y exceso de peso aportan datos cercanos al general con 3.61 % y 3.71 %, en cuanto el bajo peso al nacer la localidad de Usme aporta el 5.07 % (216 menores) de los 4.258 casos registrados. Lo anterior se relaciona con factores ya mencionados como lo económicos y socioculturales, asociado a deficientes hábitos alimenticio.

Con relación a la distribución de los eventos por las diferentes UPZ, se observa un comportamiento irregular a lo esperado según los datos proyectados para la población de la localidad, UPZ como Comuneros y Ciudad Usme aportan mayor registro de casos, en contraste con Alfonso López, donde su aporte es menor al esperado, relacionado posiblemente a las dinámicas de la consulta y a las proyecciones poblacionales.

3.3.3.2 Convivencia Social y Salud Mental

En esta dimensión se incluyen eventos de interés relacionados con violencia, conducta suicida, lesiones de causa externa y consumo de sustancias psicoactivas (SPA), donde se cuenta con 89.288 registros a nivel distrital, de los cuales la localidad aporta 6851 lo que representa 7.67%, con relación a la Subred Sur, Usme aporta el 34.67 % de los 19761 casos registrados.

El subsistema SIVIM (Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual) registra información de violencia sexual, maltrato infantil y violencia intrafamiliar. En primera instancia se puede observar que de los 5041 casos registrados por violencia sexual, la localidad de Usme aporta 303 (6.01 %), en cuanto a la Subred Sur (1.237 Casos), el peso porcentual es de 24.49 %.

La violencia intrafamiliar registra 11.123 y el maltrato infantil 14.627 casos en el distrito, de los cuales la localidad de Usme aporta 775 (6.97 %) y 1390 (9.50 %) casos respectivamente. El peso de estos eventos frente a la Subred Sur es mucho mayor en el maltrato infantil, teniendo en cuenta que de los 3.840 aporta el 36.20 %, mientras que de los 2.588 casos de la violencia intrafamiliar el peso es de 29.95 %.

Lo anterior refleja, al menos en parte, las dificultades que se presentan a nivel intrafamiliar en la comunidad residente en Usme, factores ya mencionados como el hacinamiento, pautas de crianza, nivel educativo, estrategias de afrontamiento, intolerancia, sumado a dificultades económicas, necesidades básicas insatisfechas, así como factores socioculturales, como machismos, de proyecto de vida, no uso de métodos de regulación de la fecundidad, así como las características de la localidad que pueden incidir en los niveles de estrés, entre otros, se relaciona de una u otra manera con la alta incidencia de este tipo de eventos, problemática que se incrementa al tener en cuenta las dificultades para el acceso a atención psicológica en atención preventiva y resolutive.

La conducta Suicida, la cual es abordada por el subsistema SISVECOS (Sistema de Vigilancia epidemiológica de la Conducta Suicida), registra en la ciudad 11.665 casos de ideación, amenaza e intento suicida, así como el suicidio consumado, la localidad de Usme aporta 866 casos, lo que representa un 7.42 %, así como el 30.24 % de la Subred Sur.

Según los datos registrados por SISVECOS en la localidad, se registraron 9 (9.89%) de los 91 suicidios consumados de la ciudad, además de un importante peso de la ideación suicida e intento suicida con 8.30 % y 6.72 % respectivamente. Lo anterior refleja las dificultades en cuanto la salud mental en la localidad, además de compartir problemáticas mencionadas anteriormente, se incluyen factores como la falta de oportunidades y el proyecto de vida relacionadas con este evento.

SIVELCE (Sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa), registra las lesiones de causa externa intencionales y no intencionales o accidentales en la ciudad, durante el año 2016 se registraron 44.353 casos de los cuales la localidad de Usme aporta 3435 casos (7.74 %), así como el 38.38 % en la Subred, es importante mencionar que estos eventos se registran en los servicios de urgencias cuando el evento representa un riesgo y requiere algún tipo de asistencia médica.

Las lesiones intencionales, relacionadas principalmente con la riñas y delincuencia común, aportan el 28.37 % (9.801 casos) de la totalidad de las lesiones en la ciudad, lo que evidencia

los peligros que enfrenta la localidad relacionado con factores como intolerancia, necesidades básicas insatisfechas, ausencia de proyecto de vida entre otros factores, hecho que preocupa aún más si se tiene en cuenta que la localidad de Usme registra 1.053 casos, el 10.74 % del dato distrital y el 42.10 % de la Subred Sur.

Las lesiones accidentales reflejan deficiencias en las acciones de prevención en la comunidad en general, en especial con relación a los más pequeños, además del riesgo inherente a la salud de los individuos, trae como consecuencia un alto costo económico en cuanto la atención de urgencias requeridas, así como la inversión de talento humano en la atención de casos que en la mayoría de ocasiones podrían ser evitadas.

Por último, el sistema relacionado con el registro de personas con uso abusivo de sustancias psicoactivas VESPA (Sistema de vigilancia epidemiológica al consumo de sustancias psicoactivas), registra 2479 casos en el distrito, de los cuales 82 (3.30 %) residen en la localidad, hecho que posiblemente no refleja la situación real del evento, ya que solo se registra los casos que acceden a una institución de atención especializada en este tipo de eventos.

3.3.3.3 Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles

Por último, en esta dimensión se incluye el registro de personas con discapacidad, salud oral y laboral, registrando 68.525 casos en el distrito, de los cuales Usme aporta 4.122 lo que representa el 6.02 % frente al distrito y el 27.35 % en la subred.

Con relación al registro de personas con discapacidad, la capital hizo dicho proceso con 17.369 personas, de estas 1.014 (5.84 %) residen en la localidad, porcentaje similar al visto con relación a la salud oral y salud laboral donde de los 46.747 y 4.409 casos registrados, Usme aporta el 6.08 % (2.841 casos) y el 6.06 % (267 casos) respectivamente. Al comparar con la Subred se puede observar que para discapacidad el peso es de 29.5 %, en salud Oral del 26.4 % y en salud laboral el 30.1 %.

El proceso de registro de personas con discapacidad se realiza en las diferentes localidades a demanda, aunque se cuenta con una meta fija dependiendo la dinámica de la localidad, dicho

proceso se realiza mediante la socialización en diferentes espacios de la importancia del registro para conocer la situación actual de esta población, así como los beneficios a los que se puede acceder.

Por su parte la Salud Oral registra información mediante el formato de captura SISVESO (Sistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral), el cual parte de una meta establecida para las diferentes centros de atención que se ubican en la localidad, con el cual se toma una muestra donde se registren los 6 eventos de interés incluidos en la ficha (Gingivitis, periodontitis, caries cavitacional, lesión mancha blanca, lesión mancha café y fluorosis) con el fin de conocer el comportamiento al interior de las localidades y a nivel distrital.

Para finalizar, SIVISTRA (Sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores de la economía informal), registra los casos de accidentes o enfermedades posiblemente relacionados con la ocupación, con el fin de contar con un perfil epidemiológico y su asociación con las condiciones de trabajo en el que se desempeña la población trabajadora del sector informal de la economía en el distrito capital, mediante análisis de información y visitas domiciliarias.

3.3.4 Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la salud pública EEVV, VCSP.

Dentro del proceso de la vigilancia se encuentran procesos transversales como el proceso de Análisis Demográfico y Estadísticas Vitales (EEVV) y vigilancia comunitaria en la salud pública (VCSP).

El proceso de EEVV se encarga del registro de información de los hechos vitales que se presenten en las diferentes localidades, donde por medio de un certificado de nacimiento y uno de defunción, donde se registra diversa información sociodemográfica, así como de salud, la cual permite conocer el contexto del evento, así como proporcionar una fuente de información útil y confiable relacionada con cuantos nacimientos se dan, así como los fallecimiento y sus principales factores asociados, contando con la posibilidad de hacer distribuciones por motivo de fallecimiento, edad, sexo, lugar de ocurrencia, lugar de residencia,

nivel educativo, entre otros, en tiempo real, mediante la herramienta de Registro Único de Afiliación (RUAF).

Por su parte el proceso de VCSP se asume desde un enfoque epidemiológico crítico comunitario y social, cuyo propósito es identificar situaciones socioculturales, ambientales y económicas en la comunidad, que afectan la salud y que pueden relacionarse con la causa que promueve la aparición de eventos patológicos de interés en salud pública. A través del reconocimiento de las problemáticas acumuladas y la lectura de las necesidades comunales, se contribuye en la mejora de la respuesta social e institucional a las situaciones que afecten la salud en las localidades, mediante la herramienta de registro EXCEL e informes de donde se consolida el análisis de los eventos.

3.4 Eventos precursores

Los eventos precursores se entienden como aquellos que tienen una relación predisponente y pueden asociarse a otras complicaciones en la salud, en consecuencia la diabetes mellitus se considera como una de los principales precursores de la enfermedad renal crónica junto a la hipertensión arterial, hecho que genera una alta carga en la morbilidad y mortalidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó un breve análisis de la diabetes mellitus, entendida como una enfermedad crónica donde el cuerpo no puede regular el azúcar en la sangre, mediante la producción de insulina por el páncreas.

Se realiza una revisión de los 50 diagnósticos relacionados con la diabetes mellitus según los códigos CIE 10 asociados (E100-E109 diabetes mellitus insulino dependiente y E110 a E149 diabetes mellitus No insulino dependiente), por diferentes variables de interés teniendo en cuenta la localidad de ubicación del centro de atención, en consecuencia la información registrada se ve afectada en localidades como Usme, donde la oferta institucional en salud es reducida, siendo además en su mayoría para el régimen subsidiado, factor que no permite conocer la situación real de la población residente en la localidad.

Tabla 44. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016

Diabetes Mellitus	año	Atenciones	Individuos
No insulino dependiente	2012	222.517	78.642
	2013	189.815	71.030
	2014	219.154	83.388
	2015	138.330	60.513
	2016	124.732	58.173
Total No insulino dependiente		894.548	
Insulino dependiente	2012	120.070	30.866
	2013	113.854	32.122
	2014	152.744	39.212
	2015	97.573	32.231
	2016	97.860	31.802
Total Insulino dependiente		582.101	
Total atenciones		1.476.649	

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Es importante mencionar que los individuos no pueden sumarse teniendo en cuenta que un individuo puede ser atendido en diferentes redes, prestadores, localidades o por diagnósticos diversos en un mismo periodo, teniendo en cuenta lo anterior, los individuos serán tomados únicamente como un dato de referencia, a diferencia de las atenciones que si pueden ser sujeto de suma.

Tomando los datos mencionados se puede observar una importante disminución de las consultas relacionadas con este evento, pasando de 342.587 consultas en 2012 a 222.592 en 2016, lo que representa una reducción del 35 % en estas consultas en los últimos 5 años.

En cuanto las personas atendidas, teniendo en cuenta la salvedad realizada, se observa una disminución año a año, exceptuando el 2014, donde se presentaron los datos más altos del periodo revisado, iniciando en el 2012 con 109.508 pacientes dato mucho mayor al visto en 2016 con 89.975, según los datos observados.

Dichos datos pueden estar relacionado a procesos de prevención primaria antes de la ocurrencia del evento, con acciones como mejores hábitos alimentarios, dieta, ejercicio para afectar el sobrepeso y/o sedentarismo, en resumen, hábitos de vida saludable, sumado a una prevención secundaria una vez se ha detectado la enfermedad, relacionado nuevamente a hábitos de vida saludable, adherencia al tratamiento, para su control, retardar su progreso y prevenir posibles complicaciones agudas o crónicas.

Tabla 45. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016

año	Hombre			Mujer			Total atenciones
	Atenciones	%	Individuos	Atenciones	%	Individuos	
2012	152.608	44,5	41.073	189.979	55,5	51.786	342.587
2013	139.818	46,0	40.413	163.851	54,0	48.022	303.669
2014	169.778	45,7	46.967	202.120	54,3	57.442	371.898
2015	111.900	47,4	37.841	124.003	52,6	43.934	235.903
2016	91.798	41,2	33.081	130.794	58,8	49.060	222.592
Total	665.902	45,1		810.747	54,9		1.476.649

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017).

En el distrito capital se puede observar, aunque de manera irregular, una relación mayor en cuanto las atenciones por sexo en mujeres, dato posiblemente relacionado a una mayor cultura de prevención, adherencia a tratamientos y en general, asistencia a controles médicos en la mujer.

Tabla 46. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, 2012 - 2016

Momento curso de vida	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	%
Menores de 1 año	76	57	57	33	18	12	23	11	1	1	175	0,0
De 1 a 5 años	557	185	358	140	431	140	250	78	210	85	1.806	0,1
De 6 a 11 años	1.212	394	1.037	250	1.328	318	991	275	686	209	5.254	0,4
De 12 a 17 años	2.636	658	2.053	486	2.593	559	1.710	458	1.043	326	10.035	0,7
De 18 a 28 años	6.287	1.606	5.679	1.449	6.951	1.860	5.251	1.497	3.844	1.301	28.012	1,9
De 29 a 59 años	134.791	36.353	115.895	33.761	138.623	39.749	95.222	32.441	77.526	28.293	562.057	38,1
De 60 y más años	197.028	54.370	178.590	52.809	221.954	62.471	132.456	47.573	139.282	49.363	869.310	58,9
Totales	342.587		303.669		371.898		235.903		222.592		1.476.649	100

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Como es de esperarse, teniendo en cuenta las características del evento, en el distrito capital la mayoría de atenciones se dan en adultos mayores de 60 años, seguido por los adultos entre 28 y 59 años, entre ambos grupos de edad aportan el 96.9 %, cabe resaltar el 2 % de atenciones que se dan en jóvenes de 18 a 28 años lo que evidencia una posible necesidad,

de un seguimiento permanente, por gran parte de la vida para esta población, situación similar a la presentada en los menores de edad, a pesar de tener el menor peso porcentual de atenciones.

Tabla 47. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016

año	Consultas			Hospitalizaciones			Urgencias			Total atenciones
	Atenciones	%	Individuos	Atenciones	%	Individuos	Atenciones	%	Individuos	
2012	324.016	94,6	90.196	5.237	1,5	3.602	13.334	3,9	7.152	342.587
2013	285.736	94,1	85.496	4.246	1,4	2.982	13.687	4,5	7.255	303.669
2014	348.098	93,6	100.676	6.566	1,8	4.689	17.234	4,6	10.038	371.898
2015	220.937	93,7	79.620	3.536	1,5	2.709	11.430	4,8	6.569	235.903
2016	213.286	95,8	76.949	1.973	0,9	1.670	7.333	3,3	4.703	222.592
Total	1.392.073	94,3		21.558	1,5		63.018	4,3		1.476.649

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017).

En los servicios de consulta externa se dan la inmensa mayoría de atenciones de este evento, hecho muy relacionado a seguimientos de prevención y controles, pero es importante mencionar un importante porcentaje de atenciones por urgencias, que pueden relacionarse a mala adherencia a los tratamientos, deficiencia en los controles o en malos hábitos, de los cuales un porcentaje termina en hospitalizaciones, datos que por fortuna tienden a la disminución en los últimos años.

Al analizar el comportamiento puntual de las atenciones realizadas en los centros de atención en salud ubicados en la localidad de Usme, se puede observar comportamientos similares a los datos distritales en cuanto su distribución, pero es de aclarar que la información obtenida,

teniendo en cuenta que la localidad cuenta con un limitada oferta institucional en salud, en especial del sector privado, sumado a que cerca del 60 % de la población residente en la localidad se encuentra adscrita al régimen contributivo, afecta los datos, reflejado en una baja proporción de atenciones y casos registrados para Usme del evento de diabetes mellitus.

En consecuencia, del 1.476.649 atenciones registradas entre los años 2012 a 2016, la localidad de Usme cuenta con 8.669 atenciones lo cual aporta tan solo el 0.6 %, de las atenciones del distrito. Los usuarios registrados variaron en los últimos años, iniciando con 882, 580, 1.034, 951 y 892 para el año 2016, representando un comportamiento relativamente estable a excepción del año 2013 que presentó el dato más bajo del periodo.

En cuanto la distribución por sexo, la localidad de Usme muestra una relación similar al dato distrital con dato mayor de atención en mujeres (57.1 %) que en hombres (42.9 %). Igualmente la distribución por momento de curso de vida, refleja que los adultos entre 29 y 59 años con un 48,4 % y los mayores de 60 con un 47,2 % aportan en conjunto el 95.6 % dato muy similar al visto en el distrito aunque difiere en un mayor peso en adultez, lo que reflejaría posiblemente una mayor prevalencia de este evento en este grupo de edad en los residentes de la localidad de Usme.

Para finalizar las atenciones por los diferentes servicios son prácticamente iguales a las vistas en el distrito con un 94.1 % de atención por consulta externa, un 4.6 % en urgencias y el restante 1.4 % en hospitalización.

Los anteriores datos reflejan el comportamiento similar del distrito relacionado con una disminución de atenciones año a año, relacionado posiblemente a los factores ya mencionados, en cuanto estilo de vida saludable, ejercicio, hábitos alimentarios, así como variaciones en la oferta de servicios, entre otros, con el fin de prevenir el evento, controlarlo si ya se presenta y reducir el riesgo de otras complicaciones.

3.5 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades de morbilidad

¿Cuáles son las principales causas de morbilidad general?

Las principales causas de morbilidad general en la localidad de Usme para el año 2016 fueron caries de la dentina, hipertensión esencial primaria, rinofaringitis aguda, lumbago no especificado, hipotiroidismo, dolor en articulación, gingivitis crónica, astigmatismo, infecciones de vías urinarias y obesidad.

¿Cuáles son los principales factores condicionantes o factores de riesgo de los principales problemas de salud antes mencionados?

Como principal causa de morbilidad se encuentra caries de la dentina, primordialmente en el curso de vida infancia, teniendo como factores de riesgo los inadecuados hábitos de higiene oral y alimentación, estando a su vez asociado a la no adherencia al tratamiento odontológico, morfología dental, bajo nivel educativo y socioeconómico, medio ambiente inadecuado y condiciones sanitarias deficientes, los cuales generan problemas como la gingivitis.

En el caso de las condiciones crónicas, las cuales son unos de los eventos de mayor prevalencia en el curso de vida adultez y vejez, principalmente la hipertensión, los factores de riesgo se relacionan con inadecuados hábitos de vida, nivel educativo bajo, situación económica de la familia, patrones generacionales, bajo acceso a alimentos de calidad, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo, que conllevan a presentar patologías como accidentes cerebrovasculares, discapacidad, enfermedades isquémicas, afectando la calidad de vida y aumentando el riesgo de presencia de la enfermedad.

Usme es una de las localidades con menor acceso a servicios públicos y presenta un alto porcentaje de vías sin pavimentar. Los cambios climáticos y la presencia de sectores de clima fríos, presencia de vientos y a una mayor altura sobre el nivel del mar en zonas como La Flora, en conjunto con malas prácticas de cuidado a los cambios de temperatura, incrementan la ocurrencia de eventos de enfermedades respiratorias.

Respecto a las enfermedades respiratorias y a la morbilidad general, se encuentran factores de riesgo como la exposición a la contaminación del aire, la cual es causada por fuentes móviles con un alto porcentaje de PM10, PM25, Óxidos de Nitrógeno (NO), Óxidos de Azufre (SO), Monóxido de Carbono (CO) y Dióxido de Carbono (CO2). Las fuentes fijas aportan un

material particulado con una concentración de PM10, compuestos orgánicos volátiles y otra serie de sustancias nocivas para la salud. Las fuentes que más impactan la salud de la comunidad de la localidad son los ejes viales de las Avenidas Caracas, Boyacá, Usme y la vía al Llano. Las principales emisiones son producidas por el flujo de vehículos. La localidad también está expuesta a la contaminación del parque minero industrial del Tunjuelo y del relleno sanitario “Doña Juana” de la localidad de Ciudad Bolívar. Actualmente existen 23 industrias extractivas establecidas en la localidad con tecnología obsoleta, que contribuyen al deterioro de la calidad del aire del área de influencia. Así mismo, las condiciones habitacionales y de la vivienda, el hacinamiento y el bajo nivel socioeconómico inciden en las condiciones de salud de la población, encontrando que la Pobreza Multidimensional afecta aproximadamente el 20 % de los hogares en la localidad.

¿Cuáles son las discapacidades de mayor prevalencia en la población?

Teniendo en cuenta el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015, se encuentra que en la localidad de Usme, prevalece Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (58,7 %), del sistema nervioso (41,3 %), visual (33,9 %), sistema cardiorrespiratorio (30,6 %) y voz y habla (21,6 %). El comportamiento de acuerdo al sexo, se encuentra que las alteraciones de movimiento del cuerpo y visual, son más prevalentes en mujeres que en hombres.

Usme cuenta con problemas de movilidad de transporte, debido a la baja oferta de rutas de transporte y la gran cantidad de personas. Esto ha generado que las personas en condición de discapacidad se le dificulten el traslado a otras localidades a citas médicas y a terapias esto debido a la baja oferta de instituciones prestadoras de salud especializadas, a lo anterior se suma la construcción de desordenada y poco estructurada, ausencia de andenes o estos se encuentran en mal estado o se utilizan para la venta informal, así como un sector que cuenta con muchas pendientes y amplias zonas sin pavimentar agravan la situación de esta población.

¿Cómo es la oferta y demanda de servicios de salud en la Subred?

La demanda de servicios de salud encuentra, aproximadamente, en un 61,6 % (207.582 personas) concentradas en la población afiliada al régimen contributivo; el régimen subsidiado

concentra, aproximadamente, 30,9 % (104.340) de la población y el régimen de excepción 1,1 % (3.709). En cuanto a personas SISBEN No Afiliados, el 0,8 % (2.678) son potenciales beneficiarios y el 0,1 % (280) son personas no afiliables al régimen subsidiado.

La particularidad de la relación oferta-demanda es la dificultad de acceso a servicios de media, alta complejidad y de especialistas. Los residentes de esta localidad tanto los afiliados públicos como privados tienen que desplazarse a otras localidades de la ciudad para acceder a tales servicios de salud. Por tanto, las barreras geográficas constituyen un serio problema para hacer ejercicio del derecho a la salud.

4. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIÓN

El presente capítulo da a conocer el contexto territorial, demográfico, determinantes sociales y condiciones de salud y enfermedad de poblaciones diferenciales asentadas en la localidad de Usme.

El documento se realizó desde un proceso metodológico que incluye tres momentos: inicia con el reconocimiento de fuentes de información cuantitativas (bases de datos de APS, bases de alta consejería para las víctimas, VI Censo Caracterización de la Población Habitante de Calle en el Distrito Capital, censo de Censo General 2005 DANE., base SISPI diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas, datos registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, 2004-2015; la cual fue procesada en tablas de frecuencia y pirámides poblacionales con apoyo del programa Microsoft Excel 2007 y Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007(para datos DANE).

En cuanto a la información cualitativa, se consultaron diversos documentos: a nivel nacional, Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), Serie de Proyecciones poblacionales 2005-2015 DANE, ASIS Diferencial Nacional; documentos distritales: documento línea base y diagnóstico para la elaboración de perfil epidemiológico de poblaciones especiales, VI Censo Caracterización de la Población Habitante de Calle en el Distrito Capital, línea base para la política de etnias en el Distrito Capital. Documentos a nivel local se consultó diagnósticos locales con participación social 2014-2015, boletines de poblaciones diferenciales del Programa Territorios Saludables, informes finales del equipo de Gestión de políticas y programa, diagnósticos rápidos y documento análisis de situación de salud población diferencial 2015.

En el segundo momento se conformó la mesa de poblaciones diferenciales conformada por profesionales de gobernanza 1y 2, programas y representantes de espacios de vida cotidiana (Trabajo, Familiar, Educativo y Espacio Público), vigilancia en salud pública (referentes Discapacidad); la cual tuvo como objetivo recabar y analizar información respecto a las poblaciones objetivo. Esta se desarrolló con frecuencia mensual y una metodología lúdica-pedagógica que aporte en la construcción de cada uno de los capítulos del documento.

El tercer momento corresponde a la ejecución de análisis intersectorial y para el cuarto y último momento, se consolida la información y se elabora el documento con desagregación por cada grupo diferencial y de inclusión social.

4.1 Población étnica

En Colombia la constitución de 1991 reconocen tres grupos étnicos: indígenas, negros, afrocolombianos, palanqueros, raizales y el pueblo Rom, todos enfrentados a difíciles situaciones de supervivencia en el marco del conflicto armado del país y todas las consecuencias que este conlleva. Para el presente análisis se tendrá en cuenta solamente la comunidad Indígena y Afrocolombianos puesto que no se identifica presencia de personas de los otros grupos étnicos que residan en la localidad.

4.1.1 Relación territorio poblaciones étnicas (Indígena y afrodescendiente)

El mapa de ubicación de población indígena y afrodescendiente, se construye a través del ejercicio de cartografía participativa con la referente de etnias de Gobernanza – Componente 1. La cartografía participativa se desarrolló a través de la ubicación en mapas impresos donde la profesional por medio de puntos ubica a la población en el territorio. Las convenciones de color lila representan las comunidades indígenas y las de color rojo a la población afrodescendiente.

En la localidad de Usme se ha identificado presencia de pueblos indígenas, Camëntsa, Inga, Siona, Nasa, y Yanacona, Ambiká Pijao, Kichwa y Uitoto, entre otros.

Se encuentra que, los pueblo Nasa, Uitoto e Inga se establecieron en el asentamiento Tocaimita, Danubio, Virrey y Chuniza. El primero es un asentamiento informal que no cuenta con las condiciones para la habitabilidad, pues no cuenta con servicios públicos legales y acceso a transporte, tampoco se cuenta con equipamiento: Colegios o unidades de servicios de salud, por lo cual la comunidad debe dirigirse a otras UPZ.

En cuanto a los otros barrios, se más accesibles en cuanto a costos de arrendamiento y vivienda, hay presencia de colegios, jardines, iglesias, salones comunales y unidades de servicios de salud.

Así mismo se ha encontrado que en los barrios Alfonso López- Charalá, el Virrey y Chuniza de la UPZ Comuneros, son lugares en los cuales se encuentra un número importante población con pertenencia étnica, indígena y afro. Estos barrios se caracterizan por encontrarse en zona de montañosa y cuenta con vías de acceso principales que da vía a instituciones gubernamentales de apoyo social, como La subdirección local, DILE, el Punto de Articulación PAS y fundaciones de carácter no gubernamental.

Los costos de arriendo y alimentación para la zona son accesible. Sin embargo, en el lugar no se encuentran fuentes de ingresos formales, como fábricas e industria. Por lo que algunas personas deben emplearse en trabajos informales, cafeterías y ventas en calle.

La UPZ Gran Yomasa, presenta alta densidad poblacional debido a nuevas urbanizaciones VIS-VIP. Este territorio por su cercanía al parque entre nubes permite la urbanización no planificada y la aparición de barrios ilegales en la cual se establecen población con pertenencia étnica, en la localidad de Usme.

En cuanto a la población afrodescendiente, se ha encontrado que se ha establecido en toda la localidad, pero preponderan en UPZ como Gran Yomasa y Alfonso López, lugares en los

cuales se encuentra gran oferta institucional y presencia de organizaciones afro que propenden por apoyar a la comunidad. No obstante, a lo largo de la localidad se identifica comunidades afrodescendientes, no obstante, son personas que nacieron en Bogotá, por lo tanto, sus dinámicas se asemejan a las dinámicas ciudadinas.

4.1.2 Contexto Demográfico

El censo DANE del año 2005 procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007, identifico 7.717 personas con pertenencia étnica residente en Usme, el grupo étnico con mayor peso relativo fue el negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente con 90,3 %. Los indígenas participaron porcentualmente con 9,4 % y la población raizal (San Andrés y Providencia), con 0,3 % (Tabla 48).

Tabla 48. Distribución poblacional grupos étnicos, localidad de Usme, 2005

Grupos étnicos	Bogotá		Usme	
	Personas	%	Personas	%
Indígena	15032	13,3	723	9,4
ROM	523	0,5	0	0
Raizal de San Andrés y Providencia	1355	1,2	26	0,3
Palenquero	7	0	0	0
Negro(a), mulato, afrocolombiano	96523	85,1	6968	90,3
Total	113440	100	7717	100

Fuente Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción junio 2017.

De las 723 personas con pertenencia étnica indígena, el 50,5 % son hombres y 49,5 % mujeres. Con relación a la distribución de población indígena por pueblo se observa que Coyaima Natagaima¹ representa 35,7 % de la población Indígena asentada en Usme, seguido

¹ Indígenas de Ecuador es una categoría que engloba a las personas con pertenencia étnica que provienen de la república del Ecuador.

de los pueblos Muisca con 21,7 % y NASA con 3,7 %. Llama la atención la categoría de “otros grupos” que representan la minoría quienes aportan un 22,4 % de la población indígena en la localidad.

Tabla 49. Distribución de Población étnica indígena por pueblo, localidad de Usme, año 2005

Código censo 2005	Pueblo indígena	Hombre		Mujer		Total	
		N	%	N	%	N	%
200	Coyaima Natagaima	131	18,1	127	17,6	258	35,7
470	Muisca	79	10,9	78	10,8	157	21,7
500	Nasa	10	1,4	17	2,4	27	3,7
830	Otavaleño	10	1,4	11	1,5	21	2,9
560	Pastos	8	1,1	8	1,1	16	2,2
340	Inga	9	1,2	6	0,8	15	2,1
730	Uitoto	7	1,0	7	1,0	14	1,9
720	Wayúu	6	0,8	7	1,0	13	1,8
750	Yanacona	3	0,4	4	0,6	7	1,0
281	Embera Katio	3	0,4	2	0,3	5	0,7
900	Indigenas Ecuador	3	0,4	2	0,3	5	0,7
800	Senu	3	0,4	1	0,1	4	0,6
290	Guambiano	2	0,3	2	0,3	4	0,6
80	Bari	1	0,1	3	0,4	4	0,6
150	Chimilia	3	0,4	0	0,0	3	0,4
350	Camëntsá	2	0,3	0	0,0	2	0,3
40	Arhauaw	1	0,1	1	0,1	2	0,3
590	Siona	1	0,1	0	0,0	1	0,1
110	Kawiyari	1	0,1	0	0,0	1	0,1
930	Indigenas Mexico	0	0,0	1	0,1	1	0,1
280	Embera	1	0,1	0	0,0	1	0,1
	Otros Grupos	81	11,2	81	11,2	162	22,4
Total		365	50,5	358	49,5	723	100

Fuente Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción junio 2017.

Con relación a población Afrodescendiente, para el año 2005, el censo general DANE procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007, identifico en Usme residían 6.968 personas con pertenencia étnica afrodescendientes, el 51,5 % son hombres y el 48,8 % mujeres.

4.1.3 Momentos del Curso de Vida población Étnica

La distribución poblacional de acuerdo al momento del curso de vida en población étnica residente en Usme para el año 2005, concentra mayor peso porcentual en juventud y adultez (60,7 %), seguido de Infancia y adolescencia (23,3 %) y el 15,9 % se agrupa en primera infancia y vejez.

Para el grupo étnico Indígenas, el 57,3 % de la población se grupa en juventud y adultez, seguido de la población mayor de 60 años (vejez) con 20,6 %. De acuerdo al sexo y el momento del curso de vida se observa mayor peso porcentual en mujeres en los cursos de primera infancia, infancia, adolescencia, juventud y adultez; mientras que en hombres se concentran en la vejez.

Tabla 50. Distribución de la población Étnica, localidad de Usme, año 2005

Momentos del Curso de Vida	Indígena		Afrocolombiano		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primera infancia (0-5 años)	43	5,9	729	10,5	772	10,0
Infancia (6-11 años)	54	7,5	878	12,6	932	12,1
Adolescencia (12-17 años)	63	8,7	799	11,5	862	11,2
Juventud (18-28 años)	130	18,0	1441	20,7	1571	20,4
Adultez (29-59 años)	284	39,3	2817	40,4	3101	40,3
Vejez (60 años y más)	149	20,6	304	4,4	453	5,9
Total	723	100,0	6.968	100,0	7.691	100

Fuente Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción junio 2017.

En población étnica afrodescendiente, la distribución poblacional por momentos de curso de vida indica mayor concentración en Adultez con 40,4 %, seguido de Juventud 20,7 %, Adolescencia 11,5 % Infancia 12,6 %, Primera infancia 10,5 %, y Vejez 4,4 %.

4.1.4 Nacimientos en Poblaciones étnicas.

Para el análisis de nacimientos en población étnica, se consultó las bases de nacidos vivos del DANE –RUAF- del sistema de estadísticas vitales de la Secretaría Distrital de Salud del periodo 2013 -2016; las variables de elección fueron pertenencia étnica y lugar de residencia.

En la localidad de Usme entre los años 2014-2016, se presentaron 16.099 nacimientos, de los cuales el 0,6 % (n=94) refirió ser población Afrodescendiente y el 0,09 % población indígenas. El comportamiento en la tasa bruta de natalidad en población Afrodescendiente e Indígenas es constante en los periodos analizados con 0,01 % respectivamente.

De los 94 nacimientos en población Afrodescendiente en cuanto a la edad de la madre el 71,3 % (n=67) se ubican en el grupo de 20 a 34 años; seguido de 15 a 19 años con 19,1 % (n=18); en menor proporción se encuentra la población mayor de 35 años con 8,5 % (n=8) y menor de 14 años 1,1 % (n=1). Frente al régimen de aseguramiento de la madre, el 48,9% pertenecen al contributivo, el 39,4 % régimen subsidiado, el 9,6 % es población pobre no asegurada y un 3,2 % pertenecen al régimen especial.

Tabla 51. Nacidos vivos con pertenencia étnica, localidad de Usme, 2014 – 2016

Año	Indígena		Tasa bruta de natalidad Indígena	Afrodescendiente		Tasa bruta de natalidad Afro.	Total	Tasa bruta de natalidad población local
	# nacimientos	% del total de nacimientos en la localidad		# nacimientos	% nacimientos			
2014	6	0,1	0,01	39	0,7	0,1	5270	0,2
2015	4	0,1	0,01	27	0,5	0,1	5409	0,2
2016	5	0,1	0,01	28	0,5	0,1	5420	0,3

Fuente: Certificado nacimiento. Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud. Fecha de extracción mayo 2017.

Entre el 2014 y 2016 presentaron 15 nacimientos en población indígena, pertenecientes a los pueblos Pijao y Uitoto con 2 casos cada uno, los restantes pueblos Guayabera, Nasa, Vara, Arahuaca, Chibcha, Embera, Murui, Ticuna, Páez, Achagua, con un nacimiento cada uno, así como un nacimiento en otro pueblo. De acuerdo a la edad de la madre el 80 % es de 20 a 34 años y el 20 % de 15 a 19 años. Con relación al nivel educativo de la madre el 46,7 % refiere básica primaria, un 33,3 % media académica; el 6,7 % de la población relaciona básica secundaria, técnica profesional .y ningún nivel educativo respectivamente.

4.1.5 Mortalidad Evitable

Frente a la mortalidad evitable se realiza un análisis descriptivo de tipo retrospectivo de defunciones del DANE –RUAF- del sistema de estadísticas vitales entregadas por secretaría distrital de Salud, de las mortalidades materna, perinatal, infantil, menores de cinco años, neumonía en menores de cinco años, infección respiratoria aguda en menores de cinco años, desnutrición en menores de cinco años, mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años de los periodos 2013-2016. Las variables de análisis de los eventos fueron etnicidad y residencia.

Del total de fallecimientos ocurridos en la localidad de Usme entre 2013-2016, se identificaron 16 defunciones en población étnica, donde el 75 % (n=12) ocurrió en población Afrodescendiente y 25 % (n=4) en población indígena. Respecto a la mortalidad materna del año 2016; se identificó un 1 caso en población Afrodescendiente, de 35 a 39 años de edad, perteneciente al régimen subsidiado (Capital Salud) y la causa básica de muerte fue embarazo ectópico, no especificado.

Tabla 52. Distribución de casos de mortalidad evitable en población étnica, localidad de Usme, 2013 –2016

Mortalidad Evitable	2013			2014			2015			2016		
	Afro	Indígena	total	Afro	Indígena	total	Afro	Indígena	total	Afro	Indígena	total
Materna	0	0	2	0	0	0	0	0	4	1	0	1
Perinatal	1	0	70	0	0	84	1	0	84	0	0	74

Neumonía	0	0	3	1	0	3	0	0	6	1	1	9
SIDA	1	0	20	0	0	17	0	0	14	0	0	3
IRA	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	3
Infantil	1	0	62	1	0	56	3	0	47	1	1	53

Fuente: Certificado nacimiento. Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud. 2013-2017
Fecha de extracción mayo 2017.

En cuanto a la mortalidad perinatal de los periodos analizados, ocurrieron 2 defunciones en población Afrodescendiente; en cuanto a la edad de la madre 1 caso fue de 25 años y 1 de 44 años; ambos casos no tenían aseguramiento en salud. La causa básica de muerte fue síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal.

En mortalidad por neumonía se identificaron 21 defunciones de las cuales 3, ocurrieron en población étnica (2 casos Afro y 1 caso Indígena), con relación al sexo el 66,7 % son hombres y el 33,3 % mujeres, la causa básica de muerte fue bronconeumonía, no especificada y neumonía debida a adenovirus.

Entre el 2014 y 2016 sucedieron 218 mortalidades en población Infantil, de las cuales el 3,2 % fue en población étnica (6 casos Afro y 1 caso Indígena), el 57,1 % son mujeres y el 42,9 % hombres; la causa básica de muerte son neumonía debida a adenovirus, feto y recién nacido afectados por parto precipitado, insuficiencia renal congénita, hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal y otros trastornos del pulmón.

4.1.6 Condiciones de vida y relación con determinantes sociales de salud

Según la OMS, la salud no solo es la ausencia de afección o enfermedades sino que también se relaciona con el bienestar físico, mental y social. Por lo tanto, al realizar un análisis de las condiciones de vida y determinantes sociales de la salud, se debe partir en realizar una distinción. El tema del cuidado de la salud no solo se refiere a los servicios hospitalarios o extramurales que prestan el Estado o particulares; sino que también se debe contemplar las condiciones de vida de las personas.

En este sentido, se debe tener en cuenta que no todos los individuos tienen las mismas oportunidades de empleo, salario y vivienda que posibilita que haya una adecuada calidad de vida. Por lo anterior cabe señalar que en todos los contextos se encuentran desigualdades sociales, las cuales se refieren a las oportunidades que se tiene para adquirir o desarrollar su vida de cierta forma.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace una relación entre las desigualdades en salud como el resultado en el que la poblaciones crecen, viven, trabajan y envejecen, los cuales se definen como determinantes sociales de la salud están son expresiones de factores sociales, económicas y políticas, en esta medida abordar los determinantes sociales de la salud de las poblaciones étnicas no solo se parte de revisar su estado de salud, sino sus condiciones de vida.

Entre los determinantes sociales de la salud analizados se encuentran los intermedios y estructurales. Los proximales no se analizan debido a que no se cuenta con información de campo que permita llegar a este nivel.

En el análisis de los Determinantes Intermedios, se incluye las circunstancias materiales, entendidas como las condiciones de trabajo y de vida, las conductas relacionadas con la salud y los factores psicosociales y biológicos.

Se ha encontrado que la población indígena y afrodescendiente que llega a la ciudad no cuenta en algunos casos con una preparación académica y laboral que les permita desempeñarse actividades con una remuneración salarial apropiada. En este sentido, la información sobre nivel académico de los pueblos indígenas, se encuentra que un porcentaje alto logra culminar básica secundaria, en menor medida logran ingresar a educación superior.

De acuerdo al nivel educativo de la población afrodescendiente el 41,6 % ha alcanzado secundaria, el 34,4 % básica primaria, el 6,8 % de la población sin ningún nivel educativo. El 6,5 % ha alcanzado el nivel profesional, el 5,7 % preescolar, un 4,8 % media Técnica y el 0,1 % es normalista. Lo anterior se relaciona con los tipos de empleo que estas comunidades consiguen.

La información más reciente, referida a desempleo en esta población es del año 2012, encontrándose que se encontraba en el 35.5 % superior a la tasa nacional que fue de 10.2 %. Una de las principal fuentes de empleo de las personas ocupadas es el sector informal no asalariada, es decir, en las actividades de rebusque y otras actividades que no generan un contrato laboral con sus respectivas prestaciones sociales, como en construcción, ventas informales y, en el caso de las mujeres, como empleadas de servicio. Lo anterior agudiza las condiciones precarias y la pobreza en la que se encuentran estas comunidades.

Lo anterior, determina la situación de vivienda de la población, dado que los ingresos de las familias al ser menor deben optar por compartir el techo, lo que genera hacinamiento y problemáticas relacionadas con esta situación, inadecuadas condiciones higiénicas sanitarias. También se encuentra concentración en el barrio Tocaimita se identifican pueblos indígenas como Nasa, Coreguaje, Uitoto e Inga. Las viviendas de la zona se caracterizan por ser construidas en material polisombra, alfombras, madera y lata, materiales permeables que no permiten el aislamiento de la humedad, y además no cuentan con las condiciones dignas para que sean habitadas, puesto que no cuenta con alcantarillado, la energía eléctrica es tomada de los postes que se encuentran en la zona y no cuentan con ningún servicio público legalizado, además no se dispone de servicio de alimentador de sistema Transmilenio, así mismo no existen rutas de buses que ingresen al barrio, tampoco se evidencia algún tipo de institución u organización social.

Adicional, en el sector se identifica presencia de microtráfico, bandas criminales, problemas de convivencia social. Ha sido priorizada por diferentes sectores. Alta vulnerabilidad social, reinserción, asentamientos subnormales y presencia de población desplazada. Deficiencia en la construcción de viviendas, así como en servicios públicos de acueducto y alcantarillado y electricidad.

En general, las viviendas no poseen las características de habitabilidad suficientes para garantizar calidad de vida en la población. El material de construcción de las vías es deficiente y genera daño en la comunicación con transporte, junto con la escasa red vial que tiene la población para su movilidad al interior de la UPZ y con el resto de la ciudad. Además, de acuerdo al NBI las viviendas en hacinamiento son un factor determinante en la mortalidad en

niñez, junto con altas prevalencias de DNT global y crónica, y tasa de sífilis congénita por encima de la meta distrital.

Ahora bien, en los determinantes sociales intermedios también se encuentra el acceso a la salud, en esta media se revisan las principales barreras que encuentran estas poblaciones en la ciudad. Las barreras administrativas, son las dificultades en los traslados de ente territorial. Las comunidades indígena y afrodescendientes que llegan a Bogotá, no siempre realizan desvinculación de su EAPB de su ciudad de origen, por lo cual al intentar el cambio de ente, se presentan dificultades por las “trabas” que se generan por la falta de documentación. En esta medida, es frecuente que la población imponga acciones populares como tutelas y derechos de petición, con el fin de lograr la atención en salud.

No obstante, cuando se logra la vinculación a una EAPB en Bogotá, se identifican otro tipo de barreras, acceso a citas con medicina general, medicina especializada, cirugías y, en general, con cualquier servicio de salud de media o alta complejidad, por lo cual el uso de acciones populares es una constante entre la población.

Por otro lado, también se encuentran barreras culturales se ha encontrado que el idioma es un factor primordial, este es el mecanismo por el cual se interactúa. Algunas de las personas que llegan a Bogotá no saben español, por lo que encuentran dificultad en las consultas pues no pueden exponer con facilidad sus molestias y de la misma forma no entienden las recomendaciones del profesional de la salud, esto ha generado renuencia por parte de las personas, quienes prefieren continuar con sus creencias respecto al cuidado de la salud, relacionadas con las prácticas culturales y tradicionales, con el uso de medicina ancestral y consultando a las personas que saben del tema y que hacen parte de sus pueblos.

4.1.7 Análisis de Situación de Salud de las poblaciones diferenciales

A continuación se presenta un análisis descriptivo de tipo retrospectivo a partir de los eventos notificados en los diferentes subsistemas de Vigilancia en Salud Pública identificados en población étnica (Indígena y Afro) correspondiente a los periodos 2013-2016.

Tabla 53. Eventos de notificación subsistemas de vigilancia en salud pública, en población étnica, localidad de Usme, 2013-2016

Población	Subsistema	2013			2014			2015			2016		
		n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total
Indígenas	SIVIM	10	0,6	1568	11	0,2	5059	12	0,4	2905	10	0,4	2699
	SISVECOS	4	0,9	441	3	0,4	783	1	0,2	628	1	0,2	653
	SIVIGILA	23	2,3	1014	6	0,6	961	12	0,3	4775	7	0,1	5005
	SIVELCE	0	0	36	2	0,2	1290	3	0,1	2031	2	0,1	1976
Afro	SIVIM	9	0,6	1568	59	1,2	5059	23	0,8	2905	39	1,4	2699
	SISVECOS	2	0,5	441	7	0,9	783	24	3,8	628	3	0,5	653
	SIVIGILA	5	0,5	1014	1	0,1	961	26	0,5	4775	25	0,5	5005
	SIVELCE	1	2,8	36	10	0,8	1290	8	0,4	2031	8	0,4	1976

Fuente Bases de datos SIVIGILA D.C. - Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública. 2013-2016

Para la población indígena de los eventos notificados a SIVIGILA el 0,1 % (7 casos) fue en población indígena, donde sobresale la mortalidad por IRA en menor de 5 años; de igual manera se presentaron 4 casos de varicela y los restantes 2 casos en una intoxicación y exposición a flúor. Con relación a salud mental, en conducta suicida se observa un incremento en la notificación entre los años analizados, para el 2016 en la localidad se notificaron 653 casos, de los cuales 1 corresponden a intento suicida en población con pertenecía Indígena, en mujer de 27 a 59 años.

Con relación a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, el 0,4 % (10 casos) se presentaron en población Indígena. En relación a los tipos de violencia la principal causa es negligencia con 7 casos, seguido por violencia sexual con 2 casos y abandono el caso restante. Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100 %. En cuanto a la violencia de acuerdo al sexo, las mujeres con un 80 % (8 casos) son las principales víctimas de violencia, distribuido en diferentes grupos de edad, evidenciando que esta situación puede presentarse durante cualquier etapa de la

vida, caso contrario ocurre en hombres donde los 2 casos se dan en menores de 1 año. El comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas, se notificaron 2 casos, uno por sexo, el caso del hombre se dio en edades de 14 a 17 años y la mujer se dio entre las edades de 18 a 26 años.

Respecto a la población Afrodescendiente en SIVIGILA el 0,5 % (25 casos) de la notificación ocurrió en este grupo poblacional; dentro de los eventos que afectan a esta población se encontró que el 45,8 % (11 casos) fue por varicela, relacionado posiblemente a la presencia de brotes debido a su alta transmisibilidad, en segundo lugar se presenta la tuberculosis con un 8,3 % (2 casos), un evento igualmente transmisible, pero con una gravedad mucho mayor, sin el tratamiento médico pertinente. Los eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva en mujeres, son posiblemente los de mayor relevancia en esta población para dicho año, con un 20,8% (5 casos), discriminado con 2 casos de morbilidad materna extrema, 1 caso de sífilis gestacional, 1 caso de hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y delta y el restante, así como el más grave, de mortalidad materna.

Dichos eventos se relacionan al ser detectados y/o en seguimiento durante los controles prenatales y la atención una vez se da por terminada la gestación en el caso particular de la mortalidad materna, estos seguimientos se dificultan debido a problemáticas presentadas con frecuencia en esta población como el desplazamiento, barreras de atención, problemas de afiliación, entre otros, así como como factores socio económicos como largos desplazamientos, dificultades de movilidad, dinero para transporte, alimentación y demás necesidades.

El evento de bajo peso al nacer cuenta con 1 solo caso (4,2 %), pero se relaciona en gran medida, con la atención en el periodo de gestación en los controles prenatales, además del tema cultural y en especial económico que puede dificultar el acceso a los alimentos requeridos durante la gestación. Otro evento de interés por su potencial gravedad, visto en esta población con un caso cada uno es la malaria y la leptospirosis, uno transmitidos por vectores y otro de origen zoonótico, aportando un 8,4 % de la notificación total de casos. Por último, las

intoxicaciones con 2 casos (8.4 %) y la exposición a flúor con 1 (4.2 %) completan los casos registrados para 2016.

Desde Salud mental, con relación a los casos de conducta suicida para el año 2016 en la localidad se notificaron 653 casos, de los cuales 3 (0.5 %) corresponden a población Afrodescendiente; de acuerdo al tipo de conducta el 66.7 % (2 casos) fue por ideación suicida y un caso de intento suicida lo que aporta el 33.3 %. Las ideaciones se dieron en un joven de 14 a 17 años y un adulto de 27 a 59 años, mientras el intento fue en un joven de 18 a 27 años.

En cuanto a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 4583 casos; de los cuales 39 (1,4 %) se presentaron en población Afrodescendiente. En relación a los tipos de violencia la principal es negligencia con 27 casos, seguido por física con 13 y en tercer lugar se ubica la violencia sexual con 7 casos. Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100%. En cuanto a la violencia de acuerdo al sexo, las mujeres con el 76,9 % (30 casos) son las mayores víctimas de violencia distribuido en diferentes grupos de edad, evidenciando ser víctimas durante cualquier etapa de la vida, caso contrario ocurre en hombres donde los 9 casos se dan en menor de 1 año (4 casos) de 1 a 5 años (3 casos) y los restantes 2 casos en menores de 6 a 13 años.

4.2 Población con condición y situación

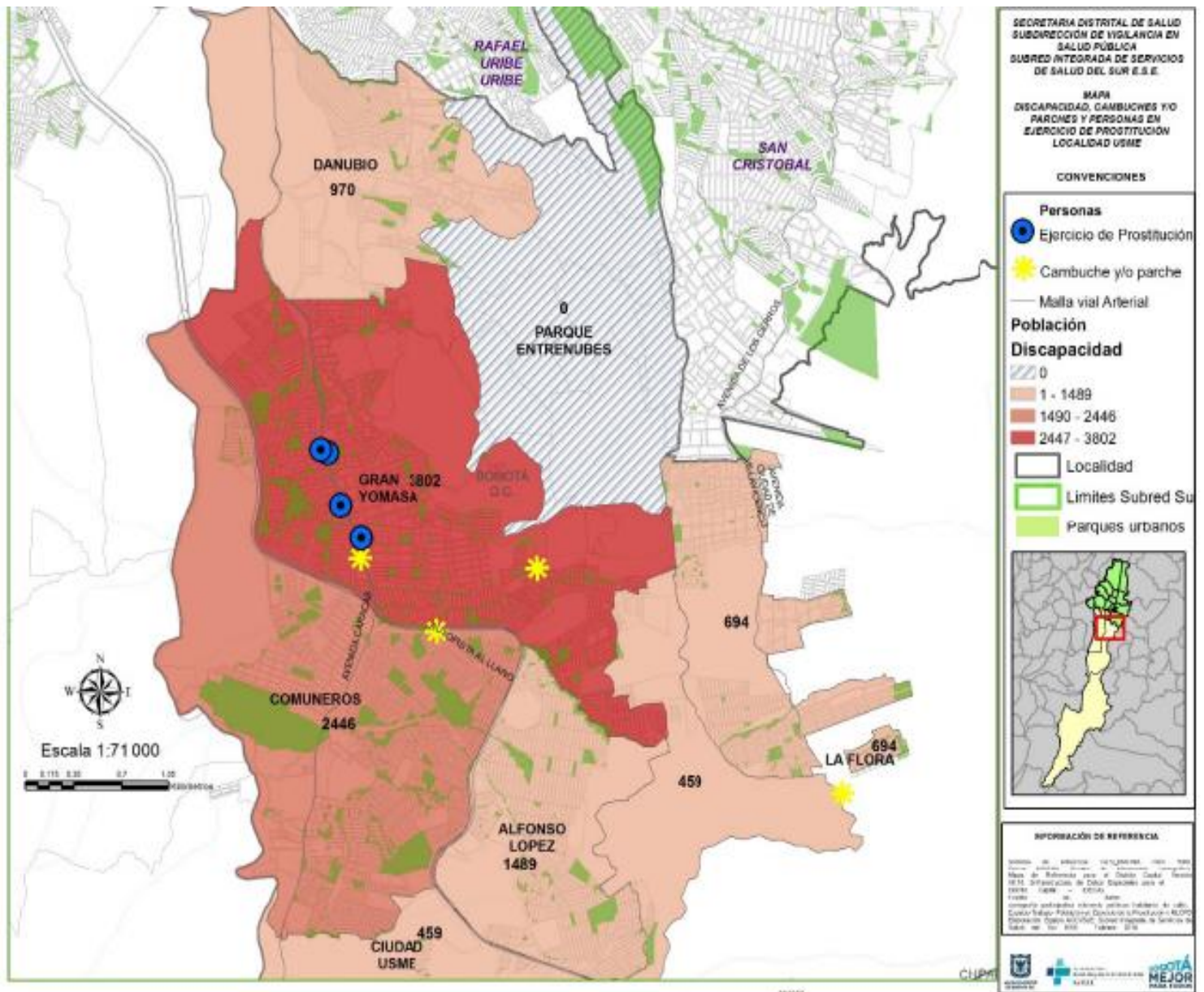
Se reconoce como poblaciones con condiciones y situación a las Víctimas del conflicto armado (VCA), Personas en ejercicio de prostitución (PEP), Ciudadanos habitantes de Calle (CHC), personas con discapacidad y recicladores de oficio. A continuación se realiza ejercicio de análisis.

4.2.1 Relación territorio poblaciones con condición y/o situación

El mapa de ubicación de población con condición y/o situación, se construye a través del ejercicio de cartografía participativa con las diferentes referentes poblacionales de Gobernanza

– Componente 1. La cartografía participativa se desarrolló a través de mapas impresos; las profesionales ubican por medio de puntos las poblaciones en el territorio.

Mapa 10. Ubicación Población con condición y situación, localidad de Usme, 2016



Las poblaciones diferenciales: Discapacidad, personas en ejercicio de Prostitución (PEP), Víctimas del conflicto armado (VCA), Ciudadanos Habitantes de Calle (CHC) y recicladores,

se encuentran ubicadas de forma transversa en la localidad. No obstante, se evidencian algunas características territoriales que se desarrollan a continuación:

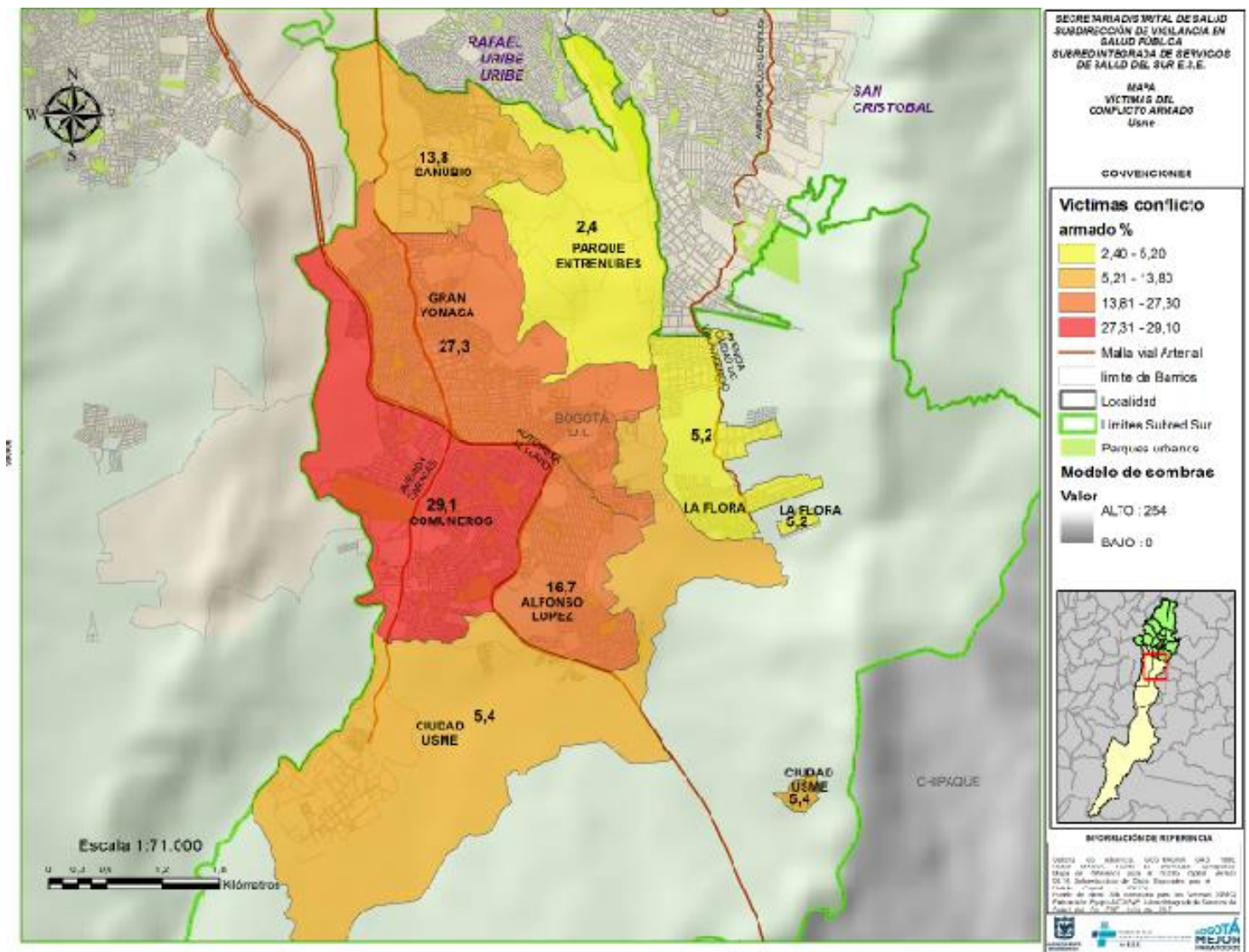
Las personas en condición de discapacidad se encuentran en todas las UPZ de la localidad, siendo Gran Yomasa (38.8 %) la que concentra un mayor número, Comuneros (24.4 %), Alfonso López (14.9 %), Danubio (9.7 %), La Flora (6.9 %), Ciudad Usme (4.6 %) y la UPR Tunjuelo (1.2 %), la distribución de esta población es relativamente similar a la población general en las localidades.

La localidad de Usme en zona de montaña sin planificación, los barrios surgió de la informalidad, contrayéndose viviendas sin andenes y vías de acceso adecuadas para el tránsito de personas con discapacidad, esto ha generado barreras de acceso para la movilidad para las personas que se movilizan en sillas de ruedas o problemas de movilidad. La UPZ Gran Yomasa cuenta con características que la diferencia del resto de la localidad, encontrándose que esta no se encuentra en zona de montaña por lo cual el acceso a vías no se dificulta como en otros contextos.

La concentración de equipamiento educativo y de salud se concentra en este lugar sin embargo, este equipamiento no es suficiente para la concentración poblacional. Se debe tener en cuenta que la localidad no cuenta con instituciones especializada en rehabilitación por lo cual las personas con discapacidad deben trasladarse fuera haciendo gasto de recursos económicos.

Para las PEP, se encuentra que la ubicación de esta población se realizó a través de los sitios en los cuales se ejerce esta actividad, la UPZ Gran Yomasa es el lugar en cual se concentran, en especial en los barrios Santa Librada y Brasília. Para los CHC se han localizado cambuches en la UPZ Gran Yomasa, esto debido a que en esta se concentra la zona comercial más implica de la localidad, lo que permite el acceso a objetos que satisfacen sus necesidades.

Mapa 11. Ubicación Poblaciones VCA, localidad de Usme, 2016



En cuanto a VCA estas se han ubicado en toda la localidad. Sin embargo, la UPZ Comuneros concentra una mayor población de este tipo; seguido de la UPZ Gran Yomasa y Alfonso López. Estas UPZ tienen características particulares que fueron expuestas con anterioridad.

Una de las motivaciones por las cuales las VCA se sientan en la localidad, es que previamente en estos lugares ya se han establecido personas en su mismo condición y que por el reconocimiento del territorio y de la oferta institucional, entre otras. Las familias que se ubican en la localidad víctimas de conflicto armado, son de origen campesino que buscan en la ciudad

anonimato, seguridad y mejorar sus condiciones de vida. En algunas zonas de la localidad se adquieren viviendas a precios accesibles para las familias. Sin embargo, estas viviendas no cuentan con adecuadas condiciones estructurales, de servicios y de acceso de transporte lo que incide en las condiciones de vida y salud.

4.2.2 Contexto Demográfico

De acuerdo a las fuentes de información sectorial disponibles, en la localidad de Usme se reconocen 25.103 personas como poblaciones en condición y /o situación. El mayor peso porcentual se concentra en la población víctima del conflicto armado (VCA) y población con Discapacidad. La menor proporción se relación en habitante de calle, personas en ejercicio de la prostitución y recicladores.

Tabla 54. Distribución poblaciones en condición y/o situación, localidad de Usme

Poblaciones en condición y/o situación	Hombre	Mujer	Intersexual	Sin dato	Total	%
Discapacidad	5069	5933	0	0	11002	43,8
Víctimas del Conflicto Armado	5725	7428	16	2	13171	52,5
Habitante de calle	54		0	0	54	0,2
Personas en ejercicio de la prostitución	158		0	0	158	0,6
Recicladores	471	247	0	0	718	2,9

Fuente: Discapacidad: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Boletín cuantitativo observatorio distrital de víctimas de Bogotá, diciembre 2017. Habitante de calle-Población. Secretaria de Integración Social actualización agosto- septiembre 2014. Población en ejercicio de la prostitución- boletín informativo de la secretaria de la mujer 2015. Población Informe "Caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá 2012.

Respecto a población víctima del conflicto armado; el observatorio distrital de víctimas de Bogotá del 1 septiembre 2010 al 1 diciembre 2017, capto 13.171 personas víctimas residentes en Usme, de las cuales el 56,4 % son mujeres, un 43,5 % hombres y el 0,1 % se reconoce como Intersexual.

Tabla 55. Población víctima del conflicto armado por sexo y grupo etario, localidad de Usme, 1 septiembre 2010 – 1 de diciembre 2017

Momento del curso de vida	Hombre		Mujer		Intersexual		Sin información		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primera infancia (0-5 años)	274	2,1	252	1,9	1	0,0	0	0,0	527	4,0
Infancia (6-13 años)	1145	8,7	1069	8,1	4	0,0	0	0,0	2218	16,8
Adolescencia (14-17 años)	699	5,3	738	5,6	0	0,0	0	0,0	1437	10,9
Juventud (18-28 años)	1050	8,0	1365	10,4	3	0,0	1	0,0	2419	18,4
Adulthood (29-59 años)	2001	15,2	3463	26,3	6	0,0	0	0,0	5470	41,5
Vejez (60 años y más)	483	3,7	456	3,5	2	0,0	0	0,0	941	7,1
sin información	73	0,6	85	0,6	0	0,0	1	0,0	159	1,2
Total	5725	43,5	7428	56,4	16	0,1	2	0,0	13171	100,0

Fuente: Boletín cuantitativo observatorio distrital de víctimas de Bogotá, diciembre 2017

Según la distribución poblacional en población VCA se observa mayor peso porcentual en adultez y juventud; seguido de adolescencia e infancia. En menor proporción se ubica primera infancia y vejez. De acuerdo a la pertenecía étnica en población VCA residente en Usme, 1.094 personas pertenecen a un grupo étnico; el 3,6 % (n=473) es población indígena, el 4,7% (n=614) es afrocolombiana, el 0,04 % (n=5) Palenquero y el 0,01 % raizal y Rom respectivamente. Frente a la población en condición y/o situación el 2,9 % (n=796) son personas con discapacidad.

Frente a la población habitante de calle (CHC), se toma como fuente oficial datos de caracterización de ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle publicados por secretaria de integración social, en el año 2011 identificaron 70 personas. En el año 2014 contactaron 54 personas con habitabilidad en calle (15). Uno de los factores desencadenantes de este fenómeno fue la intervención de desalojo en el sector del Bronx en la localidad de los mártires, generó migración de las personas habitantes de calle a diferentes localidades, dentro de estas Usme, presentando mayor concentración en los barrios de la Andrea, El Virrey, Monte Blanco, Fiscala, Alfonso López y Santa Librada (16)

Respecto a población en ejercicio de la prostitución, la Secretaria de la Mujer en el año 2015, realizó acercamiento al fenómeno de la prostitución a través de un instrumento de recolección de información implementado en 1.995 personas en ejercicio de prostitución de las 20 localidades de Bogotá. Según localidad de residencia el 7,9 % (n=158) habitan en Usme. De acuerdo a la edad, la mayor proporción se ubica en personas jóvenes de 14 a 26 años de edad; frente al lugar donde se ejercen, el 89,1 % lo realiza en establecimiento y el 10,9% en calle. Durante el ejercicio de la prostitución el 40 % refiere haber sido víctima de algún tipo de violencia, incluyendo violencia física, abuso sexual y en menor medida abuso policial.

El grupo poblacional de recicladores, la sentencia C-793/09 los constituye como grupo social que, como alternativa de supervivencia, se dedica al reciclaje de basuras, en condiciones de marginamiento y discriminación. De acuerdo al informe de caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá del año 2012, en la localidad de Usme residen 718 personas recicladores de oficio; de acuerdo al sexo el 65,6 % son hombres y el 34,4 % mujeres. El 72,7 % (n=522) de los reciclados son cabeza de familia, así como el 2,4 % (n=17) manifestó habitabilidad en calle.

Con relación a la población con discapacidad en Usme, el registro de localización para personas en condición de discapacidad (RLCPD), capto 11.002 personas con discapacidad (2004-2016). El 53,9 % son mujeres y el 46,1 % hombres.

Tabla 56. Población con discapacidad de acuerdo al momento del curso de vida y sexo, localidad de Usme, 2004-2016

Momentos del Curso de Vida	Hombre		Mujer		Total	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Primera infancia (0-5 años)	92	0,8	60	0,5	152	1,4
Infancia (6-11 años)	207	1,9	167	1,5	374	3,4
Adolescencia (12-17 años)	345	3,1	198	1,8	543	4,9
Juventud (18-28 años)	698	6,3	509	4,6	1.207	11,0
Adultez (29-59 años)	1.817	16,5	2.134	19,4	3.951	35,9
Vejez (60 años y más)	1.910	17,4	2.865	26,0	4.775	43,4
Total	5.069	46,1	5.933	53,9	11.002	100,0

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. *PCD: Población con discapacidad

Con relación a los momentos del curso de vida, el 79,3 % de la población con discapacidad se agrupa entre adultez y vejez, este suceso puede estar asociado a patrones de consumo y hábitos de vida de la población que llevan a una “transición en los riesgos”. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes.(17) De acuerdo al momento del curso de vida y el sexo, en primera infancia el valor porcentual es mayor en los hombres, y se mantiene hasta la Juventud. Mientras que en Adultez y Vejez son las mujeres quienes presentan los mayores valores porcentuales.

En cuanto a la seguridad social en salud de la población con discapacidad, el 62 % pertenecen al régimen subsidiado, el 24,9 % régimen contributivo, el 7 % es población pobre no asegurada, el 3,9 % población vinculada, el 1,8 % régimen especial y un 0,3 % no saben no responden.

Con relación al origen de la discapacidad, prevalece enfermedad general con 32,3 % el registro con esta clasificación es tan amplia que no facilita reconocer una causa directa, que aporte para la toma de decisiones en temas de salud. En segundo lugar la población no sabe cuál es el origen de la discapacidad con 23,7 %, el tercero y cuarto lugar son accidentes (12,7 %) y alteración genética hereditaria (12,6 %).

Tabla 57. Población con discapacidad por Origen de la alteración y momento del curso de vida, localidad de Usme, 2004- 2016

Origen de Discapacidad	Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermedad General	16	0,1	46	0,4	74	0,7	227	2,1	1182	10,7	2009	18,3	3554	32,3
Alteración genética	60	0,5	85	0,8	125	1,1	209	1,9	500	4,5	406	3,7	1385	12,6
Accidente	0	0,0	8	0,1	15	0,1	93	0,8	645	5,9	641	5,8	1402	12,7
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	29	0,3	74	0,7	112	1,0	200	1,8	208	1,9	33	0,3	656	6,0
Consumo psicoactivos	0	0,0	4	0,0	3	0,0	14	0,1	20	0,2	33	0,3	74	0,7
Complicaciones durante el parto	17	0,2	59	0,5	79	0,7	132	1,2	138	1,3	19	0,2	444	4,0
Víctima de violencia	0	0,0	0	0,0	4	0,0	15	0,1	122	1,1	55	0,5	196	1,8
Enfermedad profesional	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	90	0,8	125	1,1	217	2,0
Dificultades prestación servicios	2	0,0	12	0,1	13	0,1	37	0,3	60	0,5	39	0,4	163	1,5

Conflicto armado	0	0,0	0	0,0	1	0,0	8	0,1	53	0,5	16	0,1	78	0,7
Lesión autoinflingida	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,0	13	0,1	12	0,1	30	0,3
Otra Causa	3	0,0	2	0,0	4	0,0	11	0,1	69	0,6	89	0,8	178	1,6
Desastre Natural	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	6	0,1	8	0,1	15	0,1
No sabe	25	0,2	84	0,8	113	1,0	253	2,3	845	7,7	1290	11,7	2610	23,7
Total general	152	1,4	374	3,4	543	4,9	1207	11,0	3951	35,9	4775	43,4	11002	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. *PCD: Población con discapacidad

En cuanto al origen de discapacidad y el momento del curso de vida, se observa que en Adultez y Vejez el mayor reporte es por enfermedad general, mientras que en juventud no saben el origen de la discapacidad, respecto a las etapas de infancia y adolescencia el origen que más reportan es alteración genética.

Tabla 58. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y momentos del curso de vida, localidad de Usme, 2004-2016

Alteraciones	Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.	87	57,24	149	39,84	207	38,12	429	35,54	2310	58,47	3346	70,07	6.528	59,33
Sistema Nervioso	86	56,58	241	64,44	360	66,30	755	62,55	1487	37,64	1207	25,28	4.136	37,59
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	30	19,74	39	10,43	68	12,52	157	13,01	880	22,27	2099	43,96	3.273	29,75
Ojos	35	23,03	100	26,74	159	29,28	336	27,84	1176	29,76	1976	41,38	3.782	34,38

Oído	25	16,45	70	18,72	79	14,55	229	18,97	508	12,86	1016	21,28	1.927	17,51
Digestión, metabolismo y hormonas	13	8,55	12	3,21	18	3,31	99	8,20	443	11,21	702	14,70	1.287	11,70
Sistema genital y reproductivo	40	26,32	64	17,11	53	9,76	103	8,53	319	8,07	530	11,10	1.109	10,08
Voz y habla	79	51,97	247	66,04	286	52,67	530	43,91	785	19,87	446	9,34	2.373	21,57
Piel	0	0,00	2	0,53	10	1,84	55	4,56	151	3,82	178	3,73	396	3,60
Otra alteración	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	0,66	21	0,53	23	0,48	52	0,47
Demás órganos de los sentidos	1	0,66	3	0,80	4	0,74	39	3,23	106	2,68	125	2,62	278	2,53

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. *PCD: Población con discapacidad

Con relación a las alteraciones permanentes que afectan a la población con discapacidad en la localidad de Usme, se identifica que más de la mitad de la población se encuentra afectada por el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (59,33 %), seguido de alteraciones del sistema nervioso (37,59 %).

De acuerdo al momento del curso de vida y el origen de la discapacidad; en primera infancia, adultez y adultez la principal alteración se relaciona con movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas. En Infancia, se asocia a voz y habla; en la adolescencia y juventud al sistema nervioso.

4.2.3 Condiciones de Vida y Relación Con Determinantes Sociales De Salud

Según la OMS, la salud no solo es la ausencia de afección o enfermedades sino que también se relaciona con el bienestar físico, mental y social. Por lo tanto, al realizar un análisis de las condiciones de vida y determinantes sociales de la salud, se debe partir en realizar una distinción. El tema del cuidado de la salud no solo se refiere a los servicios hospitalarios o extramurales que prestan el Estado o particulares; sino que también se debe contemplar las condiciones de vida de las personas.

En este sentido, se debe tener en cuenta que no todos los individuos tienen las mismas oportunidades de empleo, salario y vivienda que posibilita que haya una adecuada calidad de vida. Por lo anterior cabe señalar que en todos los contextos se encuentran desigualdades sociales, las cuales se refieren a las oportunidades que se tiene para adquirir o desarrollar su vida de cierta forma.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace una relación entre las desigualdades en salud como el resultado en el que la poblaciones crecen, viven, trabajan y envejecen, los cuales se definen como determinantes sociales de la salud están son expresiones de factores sociales, económicas y políticas, en esta medida abordar los determinantes sociales de la salud de las poblaciones étnicas no solo se parte de revisar su estado de salud, sino sus condiciones de vida.

Entre los determinantes sociales de la salud analizados se encuentran los intermedios y estructurales. Los proximales no se analizan debido a que no se cuenta con información de campo que permita llegar a este nivel.

En el análisis de los Determinantes Intermedios, se incluye las circunstancias materiales, entendidas como las condiciones de trabajo y de vida, las conductas relacionadas con la salud y los factores psicosociales y biológicos.

4.2.3.1 Discapacidad

Teniendo en cuenta la información que se puede procesar respecto a los determinantes sociales de la salud de las personas con discapacidad, se encuentra que éntrelos determinantes intermedios se encuentran afiliación al SGSSS, desempeño laboral y barreras de acceso.

Determinantes intermedios

Las Características de las UPZ de la localidad de Usme presentan comportamiento similar en cuanto a particularidades físicas. La localidad cuenta con dos vías principales de acceso, avenida caracas y avenida Boyacá, por la cual transitan servicios de alimentador, SIPT y transporte tradicional. Sin embargo, el Portal de Transmilenio se ubica al inicio de la localidad, la mayor parte de vías son angostas, dificultando el acceso de trasporte de mayor capacidad,

que cuente con las características necesarias para la movilidad de personas en silla de ruedas o con problemas de movilidad, a esto se suma que gran parte de localidad se ubica en zona de montaña, causando que las calles sean pendientes y en ocasiones con escaleras pronunciadas.

Así mismo, algunas vías de la localidad no son pavimentadas dificultando la movilidad a las personas con discapacidad y la población en general, en especial en época de lluvias donde las calles sufren de encharcamiento y enlodándose, causando deslizamiento y se hacen peligrosas.

La localidad presenta construcción desorganizada en cuanto a viviendas y vías relacionada con dicha características, además del no cumplimiento de la normativa para construcción y la no existencia una política de construcción que sea amable con las personas en discapacidad que deben movilizarse en silla de ruedas, muletas u otras ayudas técnicas, así como la población invidente, pues se cuenta con andenes pequeños y contruidos en diferente material, diseño y altura, sumado al uso de espacio público para ventas, ausencia de rampas o el no respeto por ellas, afectando la autonomía en la movilidad y generando riesgos a la salud.

Al realizar el análisis de las condiciones de vida y determinantes de las poblaciones con Discapacidad, se encuentra que RLCPD no permite identificar y procesar información que dé cuenta de la fuente de la discapacidad, esto con el fin de dilucidar los factores proximales de los procesos de enfermedad y discapacidad. No obstante, se encuentran categorías que agrupan las posibles causas, enfermedad general, accidentes, etc. Lo anterior genera complejidad en los análisis sobre factores de riesgo y así movilizar acciones en promoción de la salud tendientes a disminuir las discapacidades generadas por factores propios de la persona (genéticos).

De acuerdo a la información registrada en el RLCPD, un porcentaje representativo de personas en condición de discapacidad se encuentra afiliadas al régimen subsidiado, perteneciente a estrato 1. En algunos casos se ha encontrado que los cuidadores y familiares de estas

personas tienen empleos temporales, lo cual facilita el acceso a régimen contributivo pero por “imaginarios” que al estar en el régimen subsidiado van a tener beneficios como bonos o ayuda no se generan cambios de régimen para las personas con discapacidad.

Lo anterior determina el acceso a los servicios de rehabilitación y de paliación puesto que, en la localidad no se cuenta con una vasta oferta de servicios de rehabilitación física o de atención para personas con discapacidad mental. Por lo que los cuidadores deben realizar gastos para trasladarse a otras zonas de la ciudad en búsqueda de estos servicios.

Determinantes estructurales

En la localidad se han encontrado aulas de inclusión para personas con discapacidad física y mental. Sin embargo, la oferta no logra cubrir la demanda de la localidad o no suplen todas las necesidades de las personas con discapacidad. Esta es una de las principales causas de los bajos niveles educativos de estas personas. Lo anterior determina el acceso a empleos formales que garantizan ingresos estables.

Por el bajo nivel educativo, se ha encontrado que las personas con discapacidad tienen menor posibilidad de conseguir una actividad productiva o un trabajo que una persona sin discapacidad, esto se debe en gran parte a los imaginarios frente a las limitaciones que tiene esta población; sumado a lo anterior se encuentra que la posibilidad se reduce aún más en las personas que nacieron con discapacidad o la adquirieron a temprana edad que aquellas que la adquirieron en el transcurso de la vida, explicándose en la baja adquisición de capital social y habilidades para desempeñarse productivamente.

Ahora bien, en este determinante también se encuentran las barreras de acceso, encontrándose que en general la comunidad con discapacidad y sus cuidadores identifican que las escaleras son una barrera arquitectónica, es decir la localidad cuenta aún con dificultades para la movilidad de personas que necesitan apoyo de sillas de ruedas u otros objetos. Entre otras barreras identificadas que encuentra que la comunidad, identifica barreras

a los servicios hospitalarios, encontrándose que en algunos servicios no se cuenta con rampas o ascensores adecuados.

4.2.3.2 Ciudadanos Habitantes De Calle (CHC)

Determinantes estructurales.

Entre los determinantes estructurales se encuentra el sexo. Como se mencionó en el contexto demográfico, prevalecen los hombres sobre las mujeres en una proporción de 4. Al revisar la información respecto a la edad y clasificándolos por cursos de vida, se observa que en adultez es la que sobresale. En esta media, se encuentra que los hombres en edad adulta son más propensos a la habitabilidad en calle, debido a factores asociados al consumo de SPA, por gusto y por razones económicas.

En cuanto a la motivación relacionada “por gusto”, se ha encontrado a través del ejercicio etnográfico que algunos CHA refieren que la calle es el lugar en el cual encuentran todos los medios que satisfacen sus necesidades; sin las presiones de la vida laboral o del hogar.

En cuanto a lo relacionado con el acceso a la salud, se ha encontrado barreras debido al aseguramiento de esta población, barreras autoimpuestas y actitudinales. Por aseguramiento, se ha observado que aún se encuentran CHC sin aseguramiento lo que dificulta la atención en salud, pese a los esfuerzos que realiza la SDS y la SDIS en caracterizar e incluir en el registro de población especial a los CHC fuera del SGSSS.

Ahora bien, cuando los CHC acuden a los servicios de salud en caso de presentar algún tipo de urgencia, estas personas desconocen la obligatoriedad y gratuidad de la atención para ellos; en algunos casos fueron objeto de discriminación por parte de los profesionales de la salud por su aspecto. Sin embargo, también se encontró que algunos ciudadanos acuden a los centros de salud exigiendo una pronta atención, con palabras soeces y amenazantes, lo que genera resistencia por los funcionarios.

A causa de lo anterior, la información encontrada sobre la situación en salud de la población CHC en la localidad, entre las principales dolencias o enfermedades encontradas son las enfermedades transmisibles como tuberculosis, Neumonía, VIH/SIDA, algunos tipos de

discapacidad como visual o por falta de alguna extremidad, enfermedades mentales como Esquizofrenia y todo lo relacionado con la dependencia a sustancias psicoactivas. Por último se encuentra que los CHC presentan algún grado de desnutrición lo que agudiza los padecimientos preexistentes.

Dichas patologías no cuentan con tratamiento entre otras por falta de interés por parte de los CHC quienes indican que no lo requieren o renuencia por experiencias negativas en los servicios de salud. La SDI cuenta con centros especializados en atención de CHC que están ubicados en su mayoría en el centro de la ciudad, por lo que los CHC de la localidad se muestran renuentes en acudir a ellos por las distancias que deben recorrer pues estos lugares brindan atención ambulatoria.

Determinantes intermedios

De los cambuches identificados en la localidad de Usme y el tiempo de existencia se observa que el 50 % presentan tiempo de 1 a 3 años de existencia, seguido 4 a 7 años con 25 %, de 8 a 10 años (16,7 %) y de 4 a 6 meses 8,3 % reafirmando la constante dinámica de apropiación del espacio público para pernoctar y conformar cambuches. De acuerdo a la tipología del cambuche se pueden identificar dos tipos.

El primero es de carácter estructurado, es decir, disponen de materiales como tablas, tejas, plásticos, entre otros, organizados de tal manera que buscan constituirse en viviendas prototípicas, indicando mayor apropiación y permanencia en el espacio urbano. En segundo lugar pueden ser circunstanciales, conformados por materiales como cartones, plásticos, cobijas, telas y otros que son acomodados temporalmente para pernoctar (15).

En Usme el 73,9 % son cambuches estructurados y el 26,1 % de ellos son cambuches circunstanciales, es decir que la mayor parte del espacio urbano utilizado para cambuches de población habitante de calle es de carácter temporal. En cuanto al uso dado a los cambuches el 49 % son espacios de uso mixto, el 19,6 son de exclusivo para vivienda, el 15,7 % para el trabajo, el 9,8 % son utilizados para el consumo de sustancias psicoactivas, el 3,9 % para la socialización y el 2 % para el retaque.

De acuerdo a las dinámicas de la localidad, el fenómeno de habitabilidad de y en la calle implica aspectos contextuales socio económicos y culturales que causan problemas como el narcotráfico, la violencia social y la delincuencia, que afectan las redes familiares y generan consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Según un informe realizado por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) en el 2013, la consecuencia de la intervención de desalojo en el sector del Bronx en la localidad de Los Mártires, generó migración de las personas habitantes de calle a diferente localidades, dentro de estas se encontró la localidad de Usme, presentando mayor concentración en los barrios de la Andrea, El Virrey, Monte Blanco, Fiscala, Alfonso López y Santa Librada.

4.2.3.3 Personas En Ejercicio De Prostitución (PEP)

Determinantes intermedios

A través de la intervención del sector salud en los establecimientos en los cuales se ejerce la prostitución en la localidad, se ha encontrado que las familias de las mujeres que ejercen esta labor no conocen la actividad real con la cual se obtiene el dinero. Es por esto que la información obtenía a través de las intervenciones se le da el carácter de confidencialidad.

Por lo tanto, el empirismo es una fuente con la cual se realizan los análisis sobre determinantes en esta población. En la localidad el ejercicio de prostitución, principalmente lo ejercen mujeres que hombres.

En acceso a la salud, se encuentra que las barreras de acceso que encuentran las PEP son las mismas que se presentan en la población general; personas sin afiliación por dificultades en los tramites, ya sea por portabilidad o por doble aseguramiento. Esta situación se encuentra relacionada con la migración a la ciudad, algunas mujeres que llegan a Bogotá a ejercer la prostitución, no hacen la desafiliación al SGSSS de su ciudad o municipio de procedencia por lo que al tratar de acceder en la ciudad se le dificulta por la portabilidad que en ocasiones no realizan los entes territoriales. Lo anterior dificulta el tratamiento de enfermedades que se han detectado durante la intervención de la subred, entre las más frecuentes Sífilis y VIH.

Ahora bien, en cuanto a las condiciones laborales, se encuentran diferencias en la adopción de conductas de autocuidado de las PEP. Por un lado se encuentran las PEP de Colombia quienes tienen mayores actitudes preventivas, adoptando medidas de protección como el uso de preservativos que disminuye la adquisición de ETS y por otro lado están las PEP provenientes de Venezuela, quienes por un pago adicional no adoptan dichas medidas de protección, ejerciendo su labor sin preservativo, adquiriendo alguna enfermedad que por su estatus en el país es de difícil tratamiento por los costos que esto acarrea.

Determinantes estructurales

No se encuentra información respecto a los ingresos de las mujeres o los hombres que se dedican al ejercicio. Sin embargo, desde el empirismo se infiere que los ingresos no son fijos y dependen de la forma en la que se ejerce, en calle o en establecimiento y, el estrato o la ubicación en la que se lleva a cabo la oferta del servicio. El dinero obtenido por los servicios no es netamente para la persona que presta el servicio, pues se debe restar los gastos de administración, pieza y dueño del establecimiento. Por lo tanto, el ingreso de estas personas es reducido y destinado a suplir sus necesidades propias y las de su familia.

Lo anterior agrava de alguna forma la situación de salud de estas personas, pues al no contar afiliación al SGSSS subsidiada, sus ingresos reducen las posibilidades de acceder a otros servicios. Encontrándose que en los casos que resultan reactivos en VIH o Sífilis en algunos casos no son tratados por los elevados costos de los tratamientos y los profesionales de los espacios al activar la ruta, se cuenta con la apertura y motivación de la usuaria en asistir a las consultas, encontrándose que algunas tampoco quieren acceder a los servicios de salud.

4.2.3.4 Recicladores De Oficio

Determinantes Intermedios

Entre los principales determinantes intermedios analizados para esta población, se tiene lo relacionado con la labor o el trabajo y la afiliación al SGSSS. Las personas que se dedican al ejercicio de recuperación de material denominada “basura”, son llamados recicladores. Esta labor es una fuente de trabajo informal para algunas personas en la localidad; esta se realiza

en diferentes contextos: andenes fuera de casas, fábricas, basura de las calles, canales y en algunos casos van cerca a los camiones recolectores de basura. En cualquiera de las formas de realizar la actividad la ganancia reside en la cantidad y calidad del material que se recupera.

Las condiciones en las cuales se realiza la labor del reciclaje marcan las condiciones de vida de estas personas, por un lado esta labor principalmente se realiza al aire libre, con una alta exposición a cambios de clima (temperaturas extremas, viento, lluvia y sol), exposición a residuos peligrosos, incluyendo sustancias tóxicas como el plomo y el asbesto, así como sangre, materia fecal, cadáveres de animales, vidrios rotos, agujas y objetos de metal afilado, también se exponen a enfermedades transmitidas por parásitos, moscas y mosquitos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se encuentra que si las personas que realizan reciclaje se encuentran asociados o agremiados utilizan las medidas de protección adecuada, pero si realizan esta actividad por cuenta propia la utilización de medidas de protección es opcional. Ahora bien, según la Asociación Nacional de Recicladores de Bogotá, el ingreso que perciben estas personas oscila en los 8000 mil pesos diarios por reciclar 300 kg de material. Ubicando a esta población en la línea de pobreza o en la línea de miseria, se ha encontrado también que una parte importante se encuentran afiliados a servicios de salud con régimen subsidiado y otros sin aseguramiento.

Además con el esta labor y sin el uso de protección se ha encontrado que, estas personas sufren en especial de dolor de espalda y extremidades, irritación de la piel y erupciones y con alto riesgo específico a contraer tuberculosis, bronquitis, asma, neumonía, disentería y parásitos. Por lo que se debe contemplar que las personas al dedicarse a una labor que de alguna forma contribuye a la economía del hogar, se exponen a riesgos para la salud que puede causar la muerte sino se realiza con las precauciones del caso.

4.2.3.5 Víctimas Del Conflicto Armado (VCA)

Determinantes estructurales

Las personas que se declaran como VCA atraviesan por situaciones que deterioran su calidad de vida y salud. En primera medida, la misma condición de desplazamiento implica destierro

de sus contextos de origen, los cuales eran espacios que suplían sus necesidades básicas de alimentación, salud y protección. Al llegar a las diferentes ciudades en las que se busca protección y mejorar sus condiciones de vida, deben adaptarse a escenarios nuevos.

Entre las principales fuentes de empleo de las VCA están los trabajos informales sin condiciones laborales adecuadas, como en construcción para los hombres y en servicio documentario para las mujeres.

Respecto a los servicios de salud, se encuentran barreras de acceso administrativas y de desconocimiento. Por un lado se ha encontrado que las EAPB de las ciudades de origen no aplican la norma a cabalidad, pues no generan los traslados de forma oportuna, causando dificultades de atención de la población en los lugares actuales de residencia, causando dificultades en la atención de esta población, por lo que los VCA establecen desconfianza en las instituciones por el reiterado fallo en la atención diferencial.

Otro de las dificultades encontradas es el desconocimiento del proceso administrativo para acceder al aseguramiento en salud, pues algunas VCA se incluyen o solicitan el SISBEN antes de registrarse como víctimas por lo que el puntaje obtenido como subsidiado es elevado, lo que incrementa los costos de los servicios de salud al consultar de forma particular.

A causa de lo anterior, la información encontrada sobre la situación en salud de la población VCA en la localidad, entre las principales cuestiones en salud encontradas se relaciona con la salud mental. Pues por las situaciones límite que viven las VCA antes de su desplazamiento, estos tienden a padecer cuadros de tristeza, ansiedad, depresión e impotencia con la situación, las cuales no son tratadas debido a la no operacionalización de la política de salud mental en el país pues no hay gran oferta de servicios para este tipo de población.

4.2.4 Análisis de Situación de Salud de las poblaciones

El perfil Salud - Enfermedad es la expresión de la carga de enfermedad que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen; entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida(18).

Para el presente apartado se muestra un análisis descriptivo de tipo retrospectivo de la morbilidad a partir de los eventos notificados en los subsistemas de vigilancia en Salud Pública analizando las variables de situación y/o condición de grupos poblacionales como víctimas del conflicto, discapacidad, ejercicio de prostitución, habitante de calle y recicladores; en los periodos 2013-2016, en la localidad de Usme.

Tabla 59. Eventos de notificación en poblaciones por condición y /o situación, según subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad de Usme, 2013-2016

Población	Subsistema	2013			2014			2015			2016		
		n	%	total	n	%	total	n	%	total	n	%	total
Discapacidad	SIVIM	10	0,6	1.568	121	2,4	5.059	92	3,2	2.905	1	0	2.699
	SISVECOS	11	2,5	441	3	0,4	783	18	2,9	628	12	1,8	653
	SIVIGILA	0	0	1.014	0	0	961	36	0,8	4.775	8	0,2	5.005
VCA	SIVIM	0	0	1.568	0	0	5.059	102	3,9	2.905	16	0,6	2.699
	SISVECOS	20	4,5	441	37	4,7	783	432	68,8	628	21	3,2	653
	SIVIGILA	0	0	1.014	105	10,9	961	51	1,1	4.775	18	0,4	5.005
Ejercicio prostitución	SIVIM	84	5,4	1.568	0	0	5.059	0	0	2.905	0	0	2.699
	SISVECOS	0	0	441	2	0,3	783	0	0	628	0	0	653
Habitante de calle	SIVIGILA	0	0	1.014	0	0	961	32	0,7	4.775	10	0,2	5.005

Fuente Bases de datos SIVIGILA D.C. - Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública. 2013-2016

Para la población en condición de Discapacidad, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual –SIVIM- el 6,2 % (n=224) corresponde a personas en condición de Discapacidad. Al revisar el comportamiento se encuentra variación en cada año, en 2016 solo se reportó 1 de persona en condición de Discapacidad de los 2.699 casos. El reporte refería presunta violencia física y emocional hacia una mujer.

Para el subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida –SISVECOS- se encontró que en el mismo periodo el 7,6 % (n=44) son de personas en condición de Discapacidad. De los cuales 7 fueron en hombres y 5 en mujeres. Prevalece la ideación suicida con el 83 % (n=10), seguido por el intento con el 17 % (n=2) de los casos. En el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), se registraron 11.755 casos, de los cuales el 0,37 % (n= 44) correspondían a personas con discapacidad, entre ellos eventos adversos seguidos a la vacunación, intoxicaciones, morbilidad materna extrema y varicela individual.

Frente a la población víctima del conflicto armado, en el año 2016 de los 2699 casos registrados por SIVIM, el 0.6 % (n=16) pertenecen a población VCA, dichos casos relacionan principalmente con negligencia (13 casos), violencia sexual (4 casos), física (2 casos) y abandono (1 caso). Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100 %. En cuanto a conducta suicida se notificaron con 21 casos (3.2 %), se distribuye en 14 casos en mujeres, de los cuales 12 casos (85.7 %) son ideación, 1 caso (7.1 %) por amenaza e intento suicida respectivamente. Los 7 casos restantes se presentaron en hombres de los cuales 4 casos fueron ideaciones, 1 caso amenaza y 2 casos intentos. Los casos se distribuyen equitativamente en adolescentes de 14 a 17 años y adultos de 27 a 59 años con 7 casos cada uno, seguido de manera preocupante por 6 casos en menores de 6 a 13 años. En cuanto al registro de personas con uso de SPA, se cuenta con 7 casos, 4 en hombres y 3 en mujeres, 5 casos en menores de 14 a 17 años y los restantes 2 casos entre los 18 y 26 años.

En población habitante de calle, para el año 2016 se notificó un caso de conducta suicida, fue un hombre de 25 años de edad el tipo de conducta fue ideación suicida.

En el periodo 2013-2016 ha habido por el violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual 1.568, 5.059, 2.905 y 2.699 casos respectivamente por SIVIM. En este se han identificado 84 notificaciones. Por otra parte, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) 1014, 961, 4.775 y 5.005 casos en el mismo periodo respectivamente de los cuales no hay notificación por parte de la comunidad LGBTI. Finalmente, en temas de salud mental la localidad de Usme

ha tenido 441, 783, 628 y 653 notificaciones al subsistema SISVECOS de los cuales fueron identificados 2 casos (en 2014) que constituyen el 0,25 % de la notificación total de ese año.

4.3 Género, identidad y orientación sexual

Este enfoque permite reconocer la diferencia de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas, en la medida que se reconocen sus derechos. En el análisis de determinantes de esta población permite reconocer las situaciones que se reconocen en la localidad.

4.3.1 Relación territorio poblaciones con condición y/o situación

El mapa de ubicación de población LGBTI, se construye a través del ejercicio de cartografía participativa con la referente de Gobernanza – Componente 1 y espacio público. La cartografía participativa se desarrolló a través de mapas impresos; las profesionales ubican organizaciones y/ o sitios en los cuales se realizan actividades con esta comunidad.

4.3.2 Contexto Demográfico

Tabla 60. Distribución población LGBTI, localidad de Usme, 2014-2016

Poblaciones Diferenciales y de inclusión Social		Hombre	Mujer	intersexual	Sin dato	Total	%
LGBTI	Bisexual	0	22	0	0	22	32,4
	Gay	16	0	0	0	16	23,5
	Intersexual	3	11	0	0	14	20,6
	Lesbiana	0	7	0	0	7	10,3
	Transgeneristas	1	8	0	0	9	13,2
Total		20	48	0	0	68	100

Población LGBTI: Datos calculados bases PTS. SDS, Programas Territorios Saludables, BD poblacional preliminar Julio 2012- Junio 2016. Fecha de extracción 8/8/2016.

Desde el Sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas PIC entre el periodo 2014-2016, en Usme se logró brindar atención a 68 personas que se auto reconocen como población LGBTI. De acuerdo a la orientación sexual el 32,4 % se identifican como bisexuales, el 23,5 % Gay, un 20,6 % intersexual, el 13,2 % transgeneristas y el 10,3 % lesbianas. De acuerdo al momento del curso de vida, el mayor peso proporcional se ubica en adultez con 50 %, seguido de Adolescencia 25 % y Juventud 18,8 %, llama la atención el 6,3 % en población infantil.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud

Determinantes intermedios

Las condiciones de vida y salud de la población LGBTI se realiza partiendo de la información obtenida a partir de las unidades de análisis en la Mesa de población diferencial la cual se realiza en la subred. Se ha identificado que los trabajos en salones de belleza o peluquería son los que con mayor frecuencia se realizan por esta población. Se encuentra además, personas que estudian o trabajan por cuenta propia en bares o en la informalidad. Lo anterior

se relacionada con los imaginarios colectivos negativos y estigmatización lo que limita el acceso a otras fuentes de trabajo.

No se cuenta con información sobre ingreso promedio de esta población, pero se ha encontrado que los ingresos no son estables lo que no permite la satisfacción de todas las necesidades.

En el acceso a la salud, se encuentra necesidades en prevención de ITS y asesoría en el uso de métodos anticonceptivos, los procesos preventivos de enfermedades de transmisión sexual no dispone en algunos casos de enfoques que tengan en cuenta la diversidad sexual, lo cual limita y genera barreras en el acceso a los servicios y métodos de protección, lo cual se relaciona con un desconocimiento tanto como de los prestadores de servicios como de la población misma que desconoce o no hace uso de estos servicios, así mismo y relacionado con la capacidad económica, aumenta el riesgo de contagio de ITS al no tener acceso a los métodos de prevención.

Para algunos casos específicos, se requiere de atención y asesoría en procesos de implantes y modificaciones corporales relacionada con la prevención de procedimientos no seguros. Existen barreras de acceso a los Servicios de Salud en el Plan Obligatorio (POS), puesto que no se tiene incluido el proceso de las transformaciones corporales. Las que se quiere someter parte de la población LGBTI, ya que al considerarse procedimientos estéticos no son cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto ocasiona que la población se vea expuesta a la práctica insegura de procedimientos para realizar modificaciones corporales, generando lesiones, deformaciones, problemas en la piel, afectación general de salud y riesgo de muerte.

La discriminación y estigma social hacia la población LGBTI sigue siendo una de las principales problemáticas, puesto que genera violencia hacia la población, ocultamiento de la preferencia sexual limitando el acceso a servicios institucionales y de salud y afectaciones en el desarrollo de proyectos de vida. En el caso de violencia hacia la población LGBTI, se presentan situaciones de amenazas, violencia física, violencia sexual y homicidios. Las situaciones de

violencias y discriminación generan vulneración de derechos, teniendo afectaciones en salud mental, limitaciones en la realización de proyecto de vida y limitando el acceso de la población a los servicios institucionales.

Análisis de Situación de Salud en población LGBTI

Para el presente apartado se muestra un análisis descriptivo de tipo retrospectivo de la morbilidad a partir de los eventos notificados en los subsistemas de vigilancia en Salud Pública analizando la categoría de orientación social (LGBTI); en los periodos 2013-2016.

Al revisar los diferentes sistemas de información, se identifica que algunos subsistemas no cuentan con la variable de orientación sexual lo cual limita el reconocimiento de la morbilidad en población LGBTI de la localidad. Solo se puede analizar desde salud mental a través de los subsistemas SIVIM y SISVECOS, donde se observa un comportamiento acreciente en la proporción de notificación de población LGBTI entre el 2013-2016.

En Salud mental, con relación a los casos de conducta suicida para el año 2016 en la localidad de Usme se notificaron 653 casos, de los cuales 3,1 % (20 casos) de la notificación es de la población LGBTI. La etapa del ciclo en la que se concentran los casos de esta comunidad es en adolescencia (14-17 años) con 11 por ideación y 4 por intento de suicidio. Con la misma cantidad de casos siguen juventud (18-27 años) y adultez (27-59 años) con 3 cada uno respectivamente.

Tabla 61. Eventos de notificación en población víctima de conflicto armado, según subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad de Usme, 2013-2016.

Subsistema	2013			2014			2015			2016		
	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total
SIVIM	0	0	1.568	0	0	5.059	0	0	2.905	4	0,1	2.699
SISVECOS	0	0	441	0	0	783	0	0	628	20	3,1	653
SIVIGILA	0	0	1.014	0	0	961	0	0	4.775	0	0	5.005

Fuente Bases de datos SIVIGILA D.C. - Subsistemas de Vigilancia en Salud Publica. 2013-2016

En violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 2699 casos de los cuales 4 corresponden a la comunidad LGBTI de Usme. De estos se desprenden las siguientes notificaciones en violencias física y emocional. Al SIVIGILA para el año 2016 se notificaron 5.005 eventos, sin porcentaje de la comunidad LGBTI en la notificación. Respecto a la población en ejercicio de prostitución el periodo 2013-2016 al subsistema SISVECOS se notificaron dos (2) casos en el año 2014 que constituyen el 0,3 % de la notificación total de ese año.

5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

5.1 Espacio de Vivienda

Para la vigencia abril a diciembre 2017, el Espacio Vivienda busca implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar y de las personas institucionalizadas, desde un enfoque sistémico que reconozca las particularidades individuales, familiares e institucionales para el mejoramiento de la salud y calidad de vida, la movilización de los recursos familiares e institucionales y la activación de rutas de atención integral para anticiparse a desenlaces negativos.

Desde el Espacio Vivienda se realiza la identificación de usuarios sujetos de intervención a través de las acciones de gestión del riesgo, en la localidad de Usme para el periodo 2017, logrando garantizar la agenda a programas de promoción y prevención del 83.2 % de los usuarios visitados.

Tabla 62 Relación de asignación de citas por programas de PYD, localidad de Usme, 2017

Programas PYD	Visitado	Agendado	%
PAI	4.060	4.060	100
Programa CCU (21 -69)	233	183	78,5
Higiene oral (Control Placa Bacteriana)	865	480	55,5
Crecimiento y desarrollo	145	69	47,6
Programa tamizaje visual	90	38	42,2
Programa del joven	321	72	22,4
Programa del adulto	89	15	16,9
Programa cáncer mama (50-69)	106	0	0,0
Total	5.909	4.917	83,2

Fuente: Matriz Gestión del Riesgo del Espacio Vivienda. Periodo 2017

Desde el Espacio Vivienda el equipo de profesionales y técnicos contribuyen al cuidado de La salud materno-perinatal, en el proceso de identificación, buscan casos excepcionales de

usuarias que no acuden a controles prenatales y se realiza educación en señales de alarma. Una vez captada la gestante se realiza verificación, educación y retroalimentación pertinente que permita minimizar las complicaciones a nivel materno perinatal enfatizando en la importancia de realizar controles prenatales oportunos para la identificación y adecuado tratamiento de alteraciones en la gestación.

En la localidad de Usme durante la vigencia de abril a diciembre 2017, los equipos de gestión del riesgo identificaron 56 gestantes, logrando realizar activación de ruta en el 98,2 % (55 gestantes) de los casos. Con relación a regulación de la fecundidad, cuando se identifican mujeres en edad fértil, se realiza verificación de asistencia a la consulta de regulación de la fecundidad, para la vigencia mencionada anteriormente se activó ruta de atención a 89 mujeres y se agendo cita a 25 mujeres.

Respecto al seguimiento de los casos de morbilidad materna realizados en la localidad por el espacio de vivienda realizó seguimiento a casos de sífilis gestacional, buscando aportar a la disminución de la sífilis congénita y logrando la adherencia al control prenatal de las gestantes en seguimiento.

Durante el año 2017 fueron remitidas 60 usuarias con sífilis gestacional por vigilancia en salud pública, desde el equipo de vivienda se logró realizar seguimiento al 65 % (39 usuarias); en relación a sífilis gestacional es importante mencionar que se sensibilizó a las madres obteniendo un tratamiento oportuno y adecuado, para la prevención de la transmisión vertical, sin embargo, se encontró dificultad para sensibilizar a sus parejas, debido a que algunas se negaban a seguir la continuidad del tratamiento y la aplicación de las prácticas preventivas.

Así mismo durante el año 2017 se identificaron 152 usuarias con diagnóstico relacionado con morbilidad materna extrema, logrando realizar seguimiento a 102 usuarios (67,1 %). En cuanto al índice de mortalidad perinatal asociado a una morbilidad materna extrema se observó que de las 187 usuarias intervenidas, se presentaron tres casos de mortalidad perinatal, generando una proporción de 3.9 % con relación a los casos en seguimiento.

De las intervenciones realizadas se brindó educación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas de la transmisión vertical; se identifica que las usuarias no detectadas tempranamente se relacionan con la no asistencia oportuna a los controles prenatales, lo que retrasó las captaciones e intervenciones de las familias. Por otra parte cabe mencionar que algunas usuarias rechazaron la intervención y firmaron la carta de desistimiento para la atención a los perfiles profesionales que realizan las intervenciones, situación generada por falta en la disponibilidad de tiempo por razones de índole laboral, adicionalmente la ubicación de las familias o individuos, donde los datos suministrados son errados, dificultades en la nomenclatura por la frecuente actualización de la misma que hace difícil la ubicación de la población, sumado a la característica flotante de la población; factores que inciden en la no captura efectiva del usuario.

La desnutrición aguda, moderada o severa cuenta con un seguimiento desde el Espacio Vivienda por medio del equipo interdisciplinario, dio un abordaje a 440 menores de 5 años, los cuales fueron captados y abordados en conjunto con el subsistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional (SISVAN). En la localidad de Usme se realizó el seguimiento a 154 menores (35 %) evidenciando que en ningún caso se presentó una pérdida de peso y por el contrario el 24 % (37 casos), recuperaron peso posterior a los diferentes seguimientos.

Tabla 63. Distribución del resultado del seguimiento a menores de 5 años con algún tipo de desnutrición intervenidos desde espacio vivienda y SISVAN, localidad de Usme, 2017

Resultados del proceso	Nº	%
Recuperó peso	37	24
Se mantuvo igual	117	76
Pérdida de peso	0	0
Total	154	100

Fuente: Base de datos SISVAN. Vigilancia En Salud Pública.2017-2018

Dicho seguimiento tiene como fin monitorear el proceso de atención en salud y suministro de medicamentos y exámenes acordes a plan de manejo para garantizar la recuperación del menor, así como la identificación de determinantes en salud que lo afectan, para orientar las acciones relacionadas con la activación de rutas de atención.

El mantenimiento de la deficiencia de peso puede responder a situaciones asociadas a la prestación del servicio de salud, (Formula terapéutica listas para consumir (FTLC), efectividad de la agenda de citas), corresponsabilidad por parte del cuidador, comorbilidades, entre otros. Con relación a la adherencia a servicios de salud, el 93,2 % (n=55) de niños con DNT Aguda asisten a los servicios de crecimiento y desarrollo, después del seguimiento realizado por el espacio vivienda, el cual desarrolla acciones como educación en adherencia a programas de salud, rutas de atención en salud y deberes y derechos en salud ante servicios de calidad e integrales, decálogo de la Salud. El restante de los casos (5 casos, 6,8 %) presentan barreras de acceso por, falta de pago de EPS, lo que conlleva a la inactivación de los servicios de salud, por lo cual se puede inferir barreras económicos y laborales en las familias. Otras barreras de acceso están relacionadas con el proceso de portabilidad y movilidad en salud y negligencia por parte de los padres en algunas familias.

El 53,8 % (n=7) de los niños asistieron al seguimiento en salas ERA antes de las 72 horas, la intervención por parte de los equipos fue de calidad, en cuanto a educación en signos de alarma de las ERA, que conllevan a los signos de peligro de muerte, donde los padres y/o cuidadores conocen los cuidados de los menores en casa, identifican la importancia de mantener un esquema de vacunación completo y la adherencia a programas de crecimiento y desarrollo, para identificación precoz de alteraciones y manejo oportuno, junto con la práctica de herramientas preventivas y factores de protección para el menor y su núcleo familiar, llevando a cabo un abordaje integral a nivel ambiental y biopsicosocial en el grupo familiar.

Frente a los eventos desencadenantes en salud mental, el equipo de profesionales del espacio vivienda identificó: abandono al tratamiento psicoterapéutico desde su EPS, desmotivación personas y desesperanza aprendida de los servicios de salud, barreras de acceso a los servicios de salud, el factor económico trunca el seguimiento de los procesos, ausencia de

redes de apoyo familiar y social, lo cual facilita el aislamiento de las personas, que conlleva a dificultad de expresión de emociones y también influye el factor educativo del núcleo familiar y sus conductas culturales.

Con relación a las enfermedades crónicas, desde el Espacio Vivienda, se identificó el riesgo en 1.956 personas de las localidades urbanas que hacen parte de la Subred Sur, de los cuales el 15 % (293 casos) fueron direccionados a los servicios de salud, debido a que no se encontraban vinculados a programas de manejo y atención a la situación en salud.

Tabla 64. Distribución identificación de riesgo crónico por prioridad y eventos, Espacio Vivienda, localidad de Usme, 2017

Prioridad	Diagnostico Usme						Cantidad	%
	Diabetes	%	EPOC	%	HTA	%		
Alta	1	0,2	0	0,0	2	0,3	3	0,5
Baja	29	4,9	25	4,3	349	59,6	403	68,8
Media	19	3,2	8	1,4	153	26,1	180	30,7
Total	49	8,4	33	5,6	504	86,0	586	100,0

Fuente tableros de control espacio vivienda.2017

Específicamente en la localidad de Usme se registraron 586 personas, lo que representa el 30 % del total de usuarios identificados, en su gran mayoría asociado a la hipertensión arterial. Con relación a las acciones desarrolladas desde la estrategia de entornos ambientalmente saludables, desde el espacio vivienda se realizó una caracterización socio ambiental, a las familias priorizadas por eventos en salud determinados desde nivel central. De manera que durante el año 2017, se realizó la intervención de caracterización socio ambiental a las familias, así mismo se realizaron sesiones de educación frente a los módulos de vivienda saludable, manejo de agua residual y apta para consumo humano, químicos en el hogar y tenencia responsable de animales de compañía entre otros.

Componente de Acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar – HCB: Este componente se desarrolla desde cuatro momentos: 1) caracterización socio ambiental de cada HCB y un reconocimiento cartográfico, 2) elaboración y concertación del plan de trabajo, 3) fortalecimiento de capacidades en madres comunitarias (módulos de la estrategia AIEPI comunitario, e implementación de la estrategia de "Mi Mascota Verde y Yo"), 4) monitoreo y evaluación al plan familiar y un reconocimiento del hogar saludable.

Dicho componente capacita madres comunitarias gestoras del conocimiento en la estrategia AIEPI comunitario, con el fin de mejorar prácticas de cuidado y autocuidado en salud. A continuación presentan los resultados obtenidos.

Tabla 65. Indicadores Acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar, Madres Comunitarias, localidad de Usme, abril- diciembre 2017

Indicador	Resultado
Madres comunitarias que conoce las ventajas de la lactancia materna	El 100 % (n=173) de las madres comunitarias conocen las ventajas de la lactancia materna.
Madres comunitarias saben qué alimentos se deben dar en la alimentación complementaria del 6° al 12° mes	El 97,7 % (n=169) de las madres comunitarias saben qué alimentos se deben dar en la alimentación complementaria del 6° al 12° mes.
Madres comunitarias aplican normas adecuadas para la edad del niño	El 100 % (n=173) de las madres comunitarias aplican normas adecuadas para la edad del niño.
Madres comunitarias tienen el carné de vacunación de los niños	El 97 % (n=169) de las madres comunitarias tienen el carnet de vacunación de los niños.
Madres comunitarias que aplican medidas básicas en la correcta manipulación de alimentos	El 100 % (n=173) de las madres comunitarias aplican medidas básicas en la correcta manipulación de alimentos.
Madres comunitarias que realizan cepillado diariamente a los niños	El 100 % (n=173) de las madres comunitarias realizan cepillado diariamente a los niños.

Madres comunitarias que conocen al menos dos signos de alarma que indiquen la necesidad de llevar urgentemente al niño al servicio de salud	El 100 % (n=173) de las madres comunitarias conocen al menos dos signos de alarma que indiquen la necesidad de llevar urgentemente al niño al servicio de salud.
Madres comunitarias conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con EDA	El 100 % (n=173) de las madres comunitarias conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con EDA.

Fuente: Matriz de Acciones de Respuesta del Espacio Vivienda. Localidad de Usme. Año 2017.

Los indicadores del proceso de acciones en hogares comunitarios de bienestar en madres comunitarias implementados en la localidad de Usme, permite inferir que es una estrategia integral de impacto que aporta al cuidado de la Salud de formadores que indican positivamente en las familias y en los niños y niñas beneficiados de este programa.

Tabla 66. Indicadores Acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar, Niños, localidad de Usme, abril - diciembre 2017

Indicador	Resultado
Niños menores de cinco años están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo	De los 738 menores de cinco años inscritos en los HCB intervenidos con la estrategia de AIEPI comunitario; el 99,3 % (n=733) asisten a consulta crecimiento y desarrollo.
Niños menores de cinco años que cuentan con esquema completo de vacunación según el PAI disponible en el municipio de Bogotá	El 100 % de niños de cinco años con esquema completo de vacunación según el PAI disponible en el municipio.
Niños menores de 5 años que disminuyeron el índice de placa bacteriana durante el proceso	El 61,0 % (n=478) de los menores de 5 años, mejoraron la técnica de cepillado, y contribuyen a la disminución del índice de placa bacteriana. De igual manera las madres comunitarias se concientizaron frente a las prácticas de salud oral y multiplicaron la información a padres de familia y o cuidadores en la importancia de higiene bucal y adecuada alimentación.

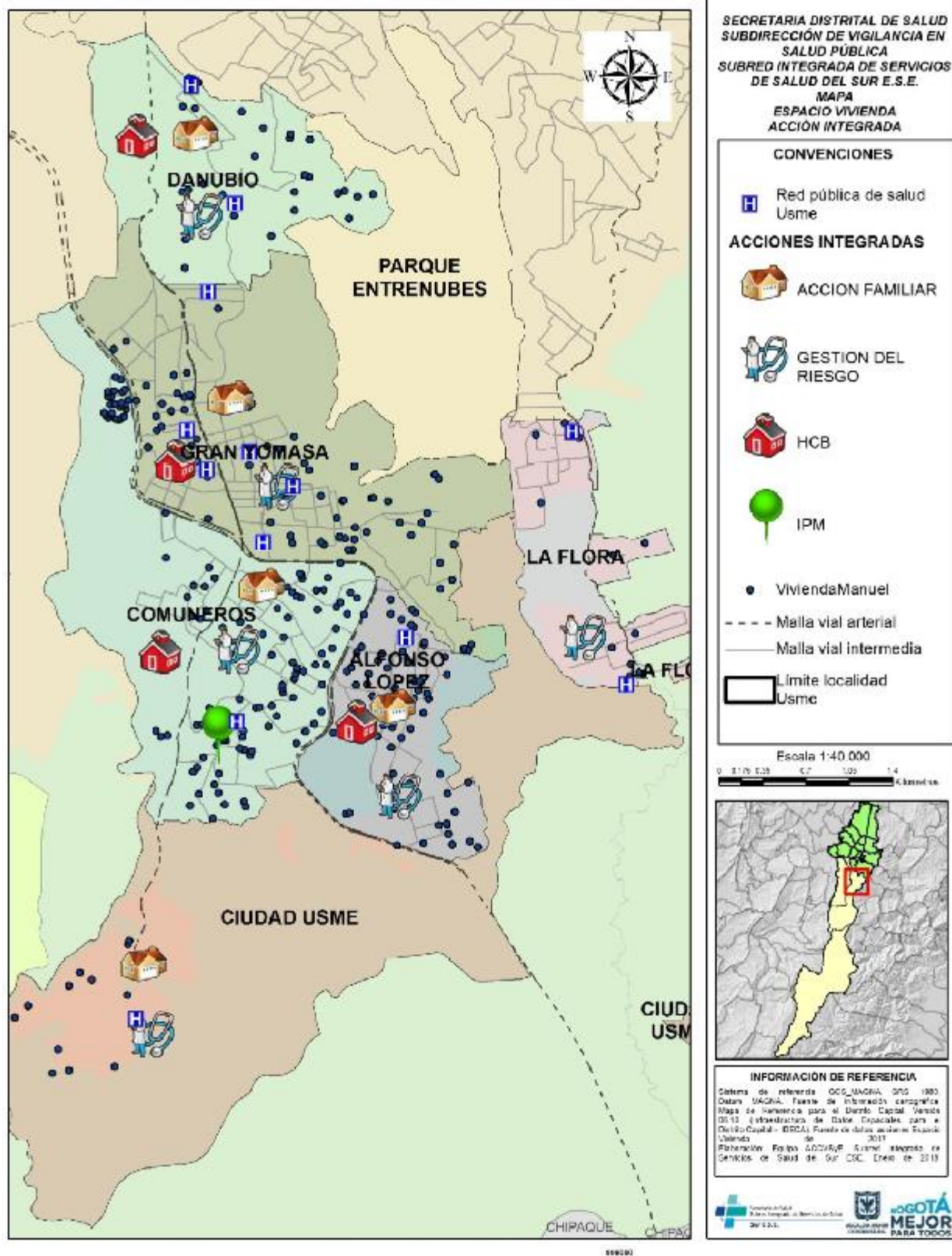
Fuente: Matriz de Acciones de Respuesta del Espacio Vivienda. Localidad de Usme. Año 2017.

Con relación a la adherencia al programa de crecimiento y desarrollo, cinco niños y niñas presentan barreras de acceso en aseguramiento en salud y multiafiliación dentro de las acciones del espacio se implementan procesos de gestión para eliminar las barreras y lograr el acceso de los menores al programa.

El indicador de salud oral permite reconocer que las acciones de prevención inciden positivamente en el cuidado de la salud de niños y niñas formando hábitos protectores en el desarrollo de las personas.

El mapa 8 presenta gráficamente el componente de acciones familiares desarrollando acciones centradas en familia de acuerdo a las 5 prioridades hacia el mantenimiento y promoción de la salud familiar, en las UPZ Comuneros, Ciudad Usme, Danubio y Gran Yomasa. Con relación al componente de hogares comunitarios de bienestar se desarrolla en las UPZ Danubio, Gran Yomasa, Comuneros y Alfonso López.

Mapa 13. Acciones Espacio Vivienda, localidad de Usme, abril - diciembre 2017.



5.2 Espacio Educativo

El espacio educativo desarrolla la acción integrada sintonizarte, compuesta por los componentes acompañarte, amarte, disfrutarte, explorarte y cuidarte.

El propósito de esta acción integrada es identificar necesidades o factores de riesgo en la comunidad educativa, con el fin de favorecer la promoción de conocimiento, actitudes y prácticas saludables a través de metodologías conversacionales reflexivas, lúdicas y comunicativas. De igual manera, se espera generar multiplicadores de la información en las diferentes instituciones educativas, logrando transformaciones positivas para la salud y la calidad de vida en la cotidianidad de la comunidad educativa, para lo cual es necesario realizar articulación con los diferentes sectores y así dar respuestas a las necesidades que se han identificado.

La acción integrada sintonizarte hizo presencia en 22 colegios públicos de la localidad de Usme, la mayoría de los colegios intervenidos se ubican en la UPZ Gran Yomasa (50 %) (6 colegios), en UPZ Comuneros se ubican el 27,3 % de los colegios intervenidos, UPZ Alfonso López y Flora el 91 % respectivamente y 4,5 % en UPZ Danubio, de acuerdo a lo anterior es importante mencionar que las tres primeras UPZ mencionadas, son las de mayor densidad poblacional. Con relación al área de ubicación de los colegios intervenidos el 21(91.4 %) pertenecían al área urbana y una institución al área rural.

La Acción integrada sintonizarte desarrollo los cinco componentes en todas las instituciones educativas intervenidas a excepción de los colegios: Brasilia y Orlando Fals Borda donde no se desarrolló los componentes de disfrutarte y explorarte, el colegio Atabanzha no se desarrolló el componente amarte, en el IED Santa Librada no se desarrolló la estrategia cuidarte. Siem embargo en los cuatro Colegios que están ubicados en las UPZ La Flora, Gran Yomasa, Danubio y Comuneros, se identificó población con discapacidad, la cual requiere acompañamiento para generar un proceso de inclusión en la institución educativa mediante el componente cuidarte: padrinos y madrinas de la discapacidad (Ver mapa 10).

A continuación se describen las acciones desarrolladas según la priorización de las situaciones o riesgos a intervenir de acuerdo a las unidades de análisis que se realizaron con las instituciones educativas. Respecto a los resultados obtenidos de los indicadores es importante aclarar que es de acuerdo a lo digitado y son datos preliminares.

Componente amarte

Este componente interviene problemáticas de salud sexual. En la respuesta (acciones) brindada desde el espacio fue necesario el desarrollo de dos fases. La primera fase incluye la articulación con el Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC). En la segunda fase está el trabajo con docentes, los grupos conversacionales con estudiantes y la socialización de la iniciativa comunicacional.

Las situaciones o riesgos a intervenir en los colegios de la localidad de Usme fueron: en UPZ la Flora se identificó inadecuadas prácticas de autocuidado, embarazo en adolescentes, inicio temprano de la sexualidad. En UPZ Danubio: embarazo en adolescentes, desconocimiento de métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, falta de autocuidado, auto reconocimiento y auto respeto, prevenir acceso a contenido audiovisual no apropiado y desconocimiento de derechos y deberes SSR. Para UPZ Gran Yomasa: inicio de la sexualidad a temprana edad, debilidades en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes, irrespeto por orientación sexual LGTB, conductas hipersexuadas en los menores, desconocimiento de derechos y deberes sexuales y reproductivos, abuso sexual, promiscuidad y prácticas sexuales de riesgo, debilidades en el acompañamiento a los niños y pre - adolescentes en el manejo de la sexualidad, desconocimiento de los métodos de planificación familiar.

En la UPZ Comuneros: sexualidad irresponsable, promiscuidad, embarazo en adolescentes, aborto, conductas hipersexuadas, embarazo en adolescentes, inadecuado manejo emocional, toma de decisiones y débil proyecto de vida, falta de orientación y capacitación en salud sexual, desconocimiento de métodos y rutas para la planificación familiar, promiscuidad, relaciones sexuales sin responsabilidad. En la UPZ Alfonso López: desconocimiento en sexualidad sana

y responsables debilidades en el reconocimiento y cuidado de las enfermedades de transmisión sexual, desconocimiento de métodos y rutas para la planificación familiar.

El resultado obtenido de acuerdo al indicador: porcentaje de personas con modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes, aplicando 50 pretest a los participantes con el fin de identificar riesgos en salud, identificando 48 estudiantes presentaron riesgo, de ellos finalizaron el proceso 25 estudiantes a quienes se les aplicó el pos test evidenciando que el 96 % (24 estudiantes) presentaron modificaciones positivas entorno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes.

Desde el componente, se logró generar un trabajo conjunto con estudiantes para motivar la creación de semilleros PESCC. De igual manera, se logró fortalecimiento de los conocimientos de los docentes en el abordaje de las temáticas de salud sexual y reproductiva y como perder el miedo a educar sobre sexualidad, con el uso de juegos didácticos y dinámicas de grupo siempre involucrando a los padres de familia para hacer un trabajo en conjunto del abordaje y así fortalecer la toma de decisiones.

Componente cuidarte

El componente interviene problemáticas relacionadas con salud oral, crecimiento y desarrollo, tiene como meta incrementar prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud en la institución educativa, así como el fortalecimiento de la práctica de higiene de manos.

En la respuesta que se da desde este componente se desarrollan dos fases. La primera fase contiene la gestión con la institución para propiciar prácticas saludables y el fortalecimiento de capacidades de los estudiantes del servicio social obligatorio. En la segunda fase se trabaja con docentes en temas relacionados con prácticas saludables, se desarrollan grupos conversacionales con estudiantes, se socializa la iniciativa comunicacional acorde a medios de comunicación disponibles y se brinda asesoría a padres en temas relacionados con prácticas saludables.

Las situaciones o riesgos a intervenir en la localidad son: inadecuados hábitos de higiene oral, falta corresponsabilidad de padres y madres para asistencia a consulta de salud oral y a la orientación para la higiene oral de los niños. Como particular se identificó en UPZ Danubio alto riesgo de dificultad en higiene oral y pediculosis y en UPZ Comuneros y Alfonso López inadecuada higiene personal asociada a negligencia.

Con relación al resultado obtenido para el indicador de: porcentaje de escolares con mejores prácticas en Salud Oral, se identificaron 1018 pretest para la identificación de riesgos y conductas que afectan la salud, después de culminadas las acciones, como resultado de las acciones realizadas se observó que el 65,3 % mejoraron las prácticas de salud oral.

Respecto al fortalecimiento de la práctica de lavado de manos, se realizó clasificación de la técnica de higiene de manos por parte del profesional de enfermería a 677 participantes, realizando educación en la importancia del lavado de manos y el cuidado de la salud.

Respecto a las acciones de padrinos y madrinas de la discapacidad en el periodo de agosto a diciembre en los 4 colegios donde se identificó población con discapacidad, se realizó intervención al colegio Federico García Lorca a 6 niños con discapacidad y padrinos y madrinas formados como facilitadores del sociocuidado. En el mes de febrero 2018 en los colegios Orlando Fals Borda, Nueva Esperanza y Atabanzha se realizara intervención.

En el colegio intervenido se conformó el grupo de facilitadores del socio-cuidado, explorando las competencias e intereses de apadrinamiento de personas con discapacidad y en habilidades para esta práctica, las sesiones son direccionadas al fortalecimiento del desarrollo de competencias del saber-conocer, saber ser y saber convivir, saber-hacer, las cuales permiten la construcción y ejecución de manera conjunta del plan de acción según intereses y competencias identificados para apadrinar a la persona con discapacidad. Durante el proceso en la institución educativa se reconoce el compromiso por parte de docentes y directivos para la fortalecer los procesos de inclusión y replicar las acciones realizadas a mas estudiantes a través de propuesta preliminar de inclusión para el próximo año escolar del proyecto distantes y distintos.

Componente explorarte

Este componente aborda los problemas de salud ambiental, salud pública en emergencias y desastres. Busca disminuir la presentación de los riesgos colectivos identificados que están generando impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar. Las acciones desarrolladas comprenden la gestión con el PRAES, el trabajo con docentes, los grupos conversacionales con estudiantes, las jornadas de salud ambiental o dos sesiones con estudiantes o docentes y la socialización iniciativa comunicacional acorde a medios de comunicación disponibles y espacios socioculturales de la institución.

Situaciones o riesgos que se espera intervenir para la localidad son: en UPZ Flora: Inadecuada disposición y manejo de recursos sólidos, inadecuada tenencia y cuidado de mascotas, falta de capacitación de salud pública en emergencias y desastres. Para UPZ Danubio Proliferación de plagas. UPZ Gran Yomasa: recolección inadecuada de residuos sólidos, tenencia inadecuada de mascotas, contaminación ambiental que genera enfermedades respiratorias, necesidad de capacitación en prevención emergencias y desastres, falta de cuidado e interés frente al entorno ambiental, necesidad de fortalecer procesos ambientales (Huerta Escolar) y proliferación de plagas en la institución. En Comuneros: disposición inadecuada de residuos sólidos, falta de consciencia y necesidad de generar clasificación de residuos sólidos, necesidad de realizar procesos de reciclaje y falta de conciencia. Alfonso López: contaminación por cercanía a quebrada, inadecuado manejo de residuos en el entorno.

El resultado de Puntos Críticos recuperados en instituciones educativas. De acuerdo a la matriz de la política de salud ambiental, entre mayo a junio se identificaron 140 puntos críticos de los cuales se recuperaron 12 durante los meses de agosto a noviembre, logrando un 9 % de recuperación. Cabe resaltar, que los puntos críticos no recuperados, están relacionados con la infraestructura, contaminación, actividades económicas de la localidad que han generado impacto negativo en la población; factores que no pueden ser recuperados desde las acciones desarrolladas de la estrategia Sintonizarte componente explorarte.

Con el fin de promover y fortalecer la salud ambiental, al inicio de las acciones se realizó identificación de necesidades que presentaran las instituciones educativas, identificando inadecuada disposición de residuos, inadecuado uso de agua y luz, pocas o nulas acciones de reciclaje, no apropiación de la cultura de cuidado de la naturaleza.

Al realizar la identificación de puntos críticos, se determinaron cuáles podrían ser modificados por los profesionales a cargo del componente explorarte, de esta manera las acciones con docentes y estudiantes, estuvieron encaminadas, no solo al fortalecimiento teórico sino a la recuperación de dichos puntos encontrados.

Componente disfrutarte

El componente desarrolla los temas de seguridad alimentaria y nutricional y actividad física. La respuesta brindada se desarrolló dos fases, en la primera fase están las acciones de gestión en temas de alimentación saludable y actividad física. Para la segunda fase se trabaja con docentes, se desarrollan grupos conversacionales con estudiantes y se socializa la iniciativa comunicacional.

Las situaciones o riesgos a intervenir en la localidad son: inadecuados hábitos alimentarios, desconocimiento de la importancia de hidratarse, inadecuado uso del tiempo libre, suministro adecuado de alimentos desde la familia, falta de actividades de promoción de la actividad física y el manejo del tiempo libre, necesidad de mejorar la calidad de los alimentos de la tienda escolar, desconocimiento de la importancia nutricional y alimentaria y sedentarismo.

Desde el componente Disfrutarte se abordaron temáticas relacionadas con hábitos de vida saludable, alimentación saludable y promoción de actividad física direccionadas a la sensibilización de la comunidad educativa, minimizando las problemáticas identificadas tales como malnutrición, oferta de alimentación no saludable y manejo inadecuado del tiempo libre.

Durante las acciones desarrolladas a través del eje de gestión con las instituciones educativas y sus directivos, se logró socializar en las tiendas escolares y directivos la resolución 2092 de 2015 por la cual se establece el funcionamiento de la tienda escolar, se evidencio el

empoderamiento de las instituciones educativas frente al tema ofertando alimentos naturales. Así mismo se reconoció la importancia de la implementación del día saludable para la venta de preparaciones y alimentos naturales una vez por semana generando cambios a nivel institucional.

Se llevaron a cabo asesorías técnicas con docentes ejecutando las temáticas de hábitos de vida saludable, pautas para mantener una alimentación saludable, la importancia de la actividad física para estar saludable, pautas de higiene postural, prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, mayor control y organización para el consumo adecuado de refrigerios para los estudiantes. Se generó un proceso de articulación con los docentes del área de educación física para el fortalecimiento del componente disfrutarte en las instituciones educativas a través de la promoción de actividades lúdicas para el manejo adecuado del tiempo libre, articulando ello con promoción de alimentación saludable y consumo de agua.

En relación al resultado obtenido para el indicador de personas con modificaciones positivas en torno a las mejores prácticas y hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física, se realizaron 580 pretest con el fin de identificar algunas prácticas y hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física de los estudiantes participantes, posterior a ejecutar las actividades se aplicaron 526) evidenciado modificaciones positivas en estrategia.

Acompañarte

El componente aborda problemáticas de salud mental. Las acciones se desarrollan en dos fases. La primera fase incluye la convocatoria, conformación, fortalecimiento y seguimiento de grupo promotor de convivencia y la identificación de estudiantes con riesgos psicosociales. En la segunda fase se desarrollan grupos conversacionales con docentes, padres y estudiantes, se realiza reunión de articulación de salud mental y se socializa la iniciativa comunicacional.

Las situaciones o riesgos a intervenir en la localidad son: consumo de sustancias psicoactivas, inadecuada resolución de conflictos y violencia intrafamiliar en todas las UPZ, depresión en todas las UPZ a excepción de Alfonso López, Bullying en la mayoría de UPZ con excepción en Danubio. En UPZ Comuneros y Gran Yomasa se adiciona como problemáticas identificadas

Cutting, baja autoestima, discriminación y exclusión social, las dos últimas situaciones mencionadas solo se presentan en los colegios intervenidos en UPZ Comuneros.

El resultado obtenido para el indicador relacionado con el porcentaje de personas con modificaciones positivas en torno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental, evidencia que para la localidad, durante el periodo mayo a noviembre del 2017, se realizaron 619 pretest a los estudiantes que participan en los círculos conversacionales, identificando riesgo en salud mental, posterior a la intervención se aplicaron 508 posttest, de los cuales 216 alumnos presentaron riesgo (97.7 %).

Desde el componente se ha logrado sensibilizar a la comunidad educativa en temas relacionados a la prevención de eventos en salud mental como son la comunicación asertiva, la autoestima y habilidades sociales, con el fin de mitigar el hostigamiento escolar, se sensibiliza, además en el consumo de sustancias psicoactivas y sus efectos en la salud, al igual que sus consecuencias.

En los círculos conversacionales se enfatiza el respeto por los demás, valores y proyecto de vida, al igual que la importancia de la toma de decisiones, inteligencia emocional como herramienta para la resolución de conflictos. Se realizaron sesiones con padres de familia, donde se trataron temáticas en torno a les pautas de crianza y la importancia de la comunicación con los hijos siendo fundamental para la toma de buenas decisiones y prevención de factores de riesgo para la salud mental.

5.3 Espacio Público

El espacio público tiene como fin promover en la población práctica saludables de cuidado, que inciden en la reducción de los riesgos colectivos e individuales a través de acciones promocionales y de intercambio social y comunitario. Este espacio está organizado por dos acciones integradoras como son; gestión del riesgo en salud en el espacio Público y comunidades promotoras y protectoras de la salud.

Acción integradora Gestión del Riesgo en Salud en el Espacio Público.

Esta acción integradora, comprende la identificación, planificación, implementación y evaluación de riesgo en salud, potenciando factores protectores con énfasis en la promoción de estilos saludables, se implementan en los diferentes escenarios para la movilidad, el esparcimiento y la recreación y los entornos de los establecimientos abiertos al público. Las acciones de gestión del riesgo se implementan a través de dos componentes.

En el Componente 1 se ubican los constructores del espacio público, en el cual desarrolla tres estrategias 1) Acciones itinerantes en el Espacio Público, 2) Cuídate y se feliz; 3) Jornadas y 4) Caracterización y monitoreo del riesgo en salud.

Las Acciones itinerantes en el Espacio Público, son puestas en escena con técnica de teatro callejero que buscan educar en prevención del riesgo y promoción de estilos de vida saludables con temáticas priorizadas; se desarrolla en escenarios priorizados, como puntos críticos de accidentabilidad por movilidad, parques y entornos de establecimientos de consumo de alcohol y alimentos. En la localidad de Usme en el año 2017, se realizó educación a 16.914 personas (47,7 % hombres y 52,3 % mujeres) en temas de IRA, higiene de manos, consumo de tabaco, salud ambiental, salud al viajero, lactancia materna, seguridad vial, reto a la bici, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental, vacunación, hábitos saludables, pólvora, alimentación saludable y consumo responsable de alcohol.

En la estrategia “Cuídate, Sé Feliz”, realiza tamizaje del riesgo cardiovascular a personas que transitan por el espacio público; promueve educación en prácticas de vida saludable (actividad física regular, reducción de exposición al humo ambiental de tabaco, bebidas alcohólicas y el

consumo de una alimentación sana, nutritiva y segura), que contribuyan a mejorar el estado de salud y a prevenir la aparición de enfermedades de la comunidad. En el periodo febrero-diciembre 2017 se abordaron 5920 personas; de la cuales el 39,4 % (2333) presentaron riesgo medio y el 1,5 % (88) riesgo alto, realizando activaciones de ruta sectorial e intersectorial.

La estrategia de caracterización y monitoreo del riesgo en salud, es una acción coordinada con el equipo de Vigilancia Comunitaria en Salud Pública, donde realizan recorridos en barrios de UPZ priorizadas y puntos críticos identificados en la anterior vigencia, a fin de hacer recolección y análisis de información en campo, de la percepción en salud del espacio público; este ejercicio se da a partir de dos enfoques; el primero es ambiental (evalúa aspectos de residuos sólidos en el barrio; riesgo de emergencias y desastres en el barrio y tenencia inadecuada de mascotas y riesgo de zoonosis en el barrio); el segundo enfoque es social evalúa la percepción del funcionamiento de la prestación de servicios públicos en un barrio legalizado, el riesgo de violencia o de agresión interpersonal por condiciones del barrio y las barreras físicas para la movilidad de las personas en el barrio.

Para el periodo 2017 en la localidad de Usme se logró realizar recorrido en 59 barrios (51 barrios en la UPZ Gran Yomasa y 8 en la UPZ Alfonso López); de los cuales el 65,5 % (19 barrios) presentó riesgo medio y el 13,8 % (4 barrios) riesgo alto. Con relación al componente ambiental, el paso de las quebradas Santa Librada, Bolonia y Gran Yomasa, son sinónimo de factor de riesgo en temporada de lluvia por encharcamiento en las calles, vías y viviendas aledañas a las mismas, junto a la presencia de roedores y vectores provenientes de estos lugares; otro factor de riesgo es la cercanía al Relleno Sanitario Doña Juana (RSDJ), genera una percepción de riesgo en salud en la comunidad originado por los olores ofensivos provenientes del relleno sanitario, de igual manera se le atribuye la proliferación de moscas en los barrios caracterizados y lo relacionan con enfermedades en la piel, deficiencias respiratorias y enfermedades gastrointestinales.

El manejo de residuos sólidos en el barrio, presenta fallas desde la separación en la fuente hasta el momento de la recolección por parte del operador de servicio, dado que la comunidad desconoce los tipos de residuos existentes y la forma apropiada de disposición.

Adicionalmente se presentan constantes quejas por el cobro de la recolección de Residuos de construcción y demolición (RCD) a cargo de las empresas de aseo en la ciudad, lo anterior se relaciona al pago a habitantes de calle que realizan recolección de estos residuos en carretas y son arrojados a los cuerpos de agua pertenecientes a la localidad.

Frente al componente social en Usme, se relaciona principalmente con zonas reconocidas como inseguras relacionadas a robos, asaltos y lesiones de causa externa intencionales, donde la comunidad manifiesta que se presentan además riñas callejeras, relacionadas principalmente oscuros de dichas zonas, afectando la salud mental de los habitantes por la percepción de inseguridad constante, a todo lo anterior, se suma el expendio y consumo de SPA en diferentes barrios de la localidad. Así mismo la inseguridad percibida en los barrios caracterizados de riesgo alto, se asocia a su ubicación en la parte alta de la localidad de Usme, limitando con barrios de invasión y/o ilegales donde hay pandillas que realizan acciones delictivas como hurtos, expendio y consumo de SPA.

En relación a la prestación del servicio de transporte público en el sector es deficiente, evidenciándose principalmente en horas de la noche, donde se restringe la oferta de transporte formal, hecho que sumado a factores de inseguridad de los barrios, afectan la movilidad de la comunidad en especial estudiantes y empleados de jornadas nocturnas, afectando la calidad de vida y el desarrollo de actividades.

Para el Componente 2, el programa “VINCÚLATE”; comprende la implementación de la línea psicoactiva, los Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU) y los Servicios de Acogida.

La línea Psicoactiva es una estrategia Integral de Salud Mental no presencial dirigido a población en general con afectación en consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales para servicios de información, orientación, intervención breve, canalización y seguimiento. Respecto a los servicios SOJU de orientación para adolescentes y jóvenes entre los 10 y 26 años con consumos iniciales de sustancias psicoactivas; se desarrollan acciones de Tamizaje inicial por el perfil de trabajo social, psicología y terapia ocupacional, acciones colectivas y comunitarias en población con consumos iniciales (12 sesiones) y 5 seguimientos por profesionales (1 psicología, 1 Trabajo Social, 1 Terapia ocupacional, 1 Familia y 1 Cierre), en

la localidad de Usme entre el periodo Julio a Noviembre 2017 se realizó atención de seguimiento y cierre del proceso a 219 personas, donde el 47,6 % de la personas lograron superar el consumo de SPA y un 46,9 % de la población mejoró su calidad de vida a partir de las intervenciones realizadas por la estrategia.

Los Servicios de Acogida son espacios comunitarios para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, a través de escucha activa, identificación temprana de riesgos en salud (sexual, salud reproductiva, salud mental y condiciones crónicas) asociados al consumo, intervenciones breves a través de entrevista motivacional y la canalización según las necesidades de la población en riesgo. Para el accionar, se realizan actividades de enganche a través de recorridos de calle; en la población se identifica el riesgo en salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral y en condiciones crónicas a partir del tamizaje en VIH, Sífilis, ASSIST, AUDIT y APGAR.

De igual manera se desarrollan espacios comunitarios para el abordaje del consumo sustancias psicoactivas, movilización de red de recursos institucionales y comunitarios; en la estrategia de intervención se realizan procesos de desarrollo institucional y comunitario para la prevención y mitigación del consumo nocivo de alcohol en articulación con la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia a través de la estrategia “Farra en la buena” y como cierre del proceso se evalúa y monitorean las acciones ejecutadas.

En Usme en el periodo enero a diciembre 2017 se vincularon 392 personas a la estrategia de servicios de acogida; el 70 % de la población presentó riesgo alto y medio de consumo SPA (riesgo alto 166 y riesgo medio: 107); como acción de respuesta se realizaron 315 canalizaciones (activaciones de ruta) a diferentes servicios (salud y programas sociales); de las cuales el 100 % presentan seguimiento en el proceso.

Acción integradora Comunidades promotoras y protectoras de la salud

Esta acción tiene como propósito apropiar prácticas de promoción y protección de la salud que permitan el desarrollo de competencias para el cuidado de la salud, encaminados al fortalecimiento de vínculos y relaciones sociales de la población.

A través del componente Grupos comunitarios con iniciativas concertadas, implementadas y evaluadas; donde líderes comunitarios y cuidadoras(es) promueven y orientan prácticas saludables y el ejercicio de los derechos en salud para participar en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud con énfasis en la detección temprana de alteraciones de la salud relacionados con acciones de interés en salud pública. El desarrollo del proceso parte del reconocimiento de grupos y organizaciones comunitarias; identificación de necesidades en la comunidad y/o poblaciones; establecimiento de plan de trabajo con iniciativa a implementar y evaluación del proceso.

Para el periodo enero a diciembre del 2017 en la localidad de Usme, se abordaron 58 grupos comunitarios, los cuales implementaron iniciativas comunitarias, con una cobertura de 1.557 personas, de las cuales el 27,5 % de las personas fueron adherentes al proceso de iniciativas comunitarias.

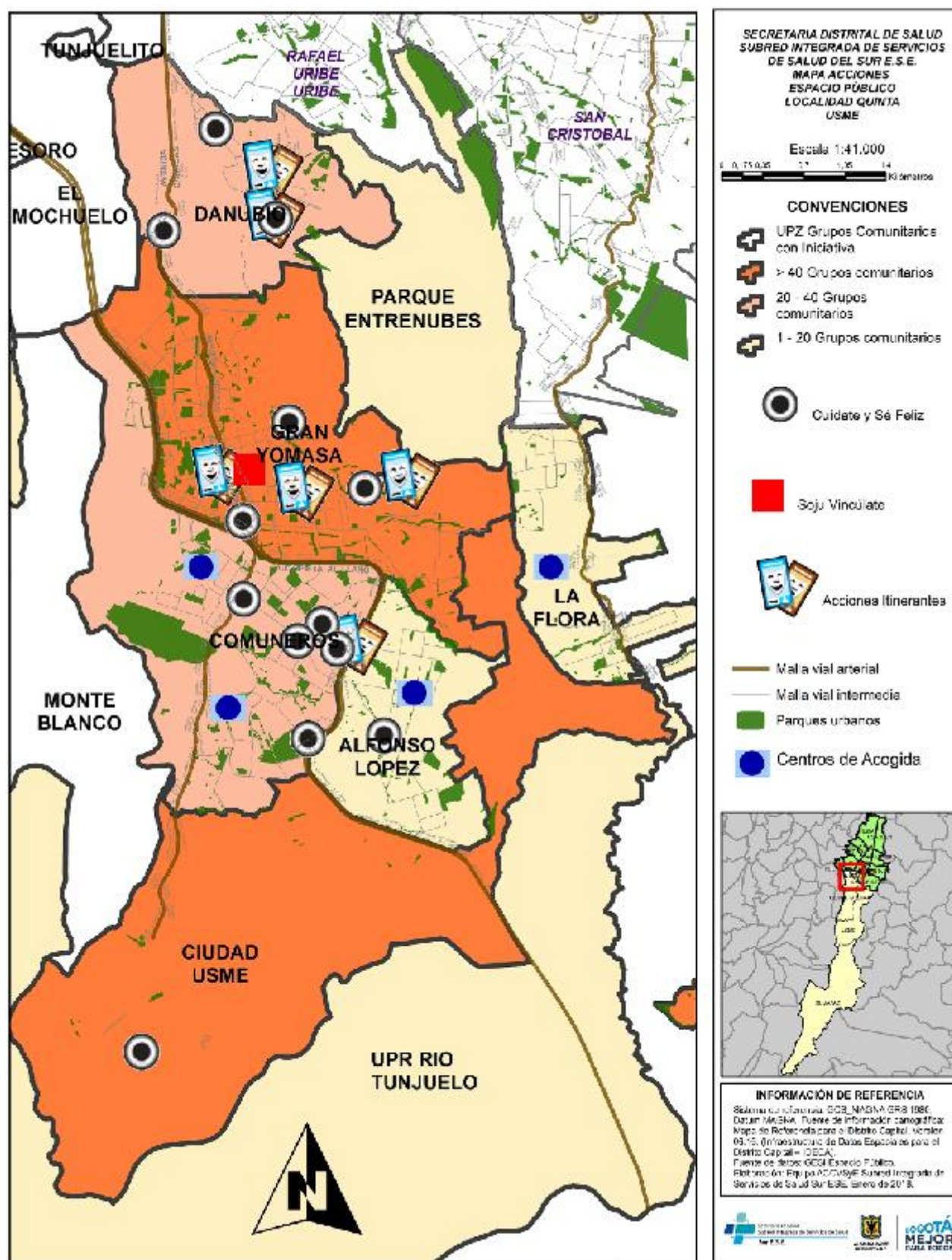
Tabla 67. Grupos comunitarios con iniciativas comunitarias implementadas por línea de intervención localidad de Usme, enero a diciembre 2017

Estrategia o línea de intervención	Total iniciativas	Población cubierta
Rehabilitación Basada en Comunidad	2	37
Salud Mental Comunitaria	6	181
Salud Ambiental	6	90
Barras futboleras	2	18
Salud Oral	5	155
Transmisibles	6	258
Derechos Sexuales y Reproductivos	3	77
Alimentación Saludable	2	32
Curso de vida - Persona Mayor	4	123
Curso de vida - Juventud	2	20
AEIPI Comunitario	4	68
Estrategia Poblacional (LGBTI y habitante de calle)	16	498

Fuente: tablero de control de grupos comunitarios con iniciativas comunitarias implementadas por línea de intervención Espacio público, localidad Ciudad Bolívar, enero a diciembre 2017.

El mapa 11 de acciones del Espacio Público en la localidad quinta de Usme reflejan el accionar de las estrategias anteriormente descritas; la mayor concentración de actividades se ubican en la UPZ Gran Yomasa para grupos comunitarios con iniciativas comunitarias, acciones itinerantes, SOJU y estrategia cuídate y se feliz, esta UPZ se caracteriza por concentrar el mayor número poblacional de la localidad, concentración de la oferta institucional; los Centros de Acogida que se ubican en las Unidades de Planeación Alfonso López, La Flora y Comuneros. La estrategia Cuídate y Sé Feliz se ubica en todas las Unidades de Planeación Urbanas de la localidad a excepción del Parque Entrenubes y la UPR Rio Tunjuelo.

Mapa 15. Acciones Espacio Público Subred Sur, localidad de Usme, 2017.



5.4 Espacio Trabajo

El propósito del proceso desarrollado en el espacio trabajo obedece a contribuir a la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo su desarrollo integral a partir de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del soporte familiar y social, a través del desarrollo de procesos en las familias o acudientes. Además busca la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en la población trabajadora.

Las situaciones dentro de las que se espera intervenir corresponden a trabajadores expuestos a diferentes riesgos donde sobresalen los químicos derivados del contacto con sustancias peligrosas en actividades económicas como salas de belleza (tintes y queratinas) talleres de mecánica, ornamentación, carpinterías, talleres de latonería y pintura. Otros riesgos se relacionan con actividades económicas de mediano impacto como restaurantes, panaderías, peluquerías (cepillado, manicura, pedicura, corte de cabello), arreglo de calzado, confecciones, cafeterías, fruterías se relacionan con riesgos por posturas mantenidas y prolongadas, manipulación de cargas, movimientos repetitivos, ausencia de mantenimiento de máquinas, no uso de elementos de protección personal y cambios bruscos de temperatura y radiación no ionizante. Los riesgos mencionados anteriormente afectan también a los niños, niñas y adolescentes trabajadores con una clara vulneración de los derechos a la salud, educación y recreación generada por el desarrollo de actividades laborales desde temprana edad.

Acción integrada 1: Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”

El principal propósito es la desvinculación de las peores formas de trabajo de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo su desarrollo integral a partir de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del soporte familiar y social, a través del desarrollo de procesos en las familias o acudientes. Dicha acción se desarrolla a través de diferentes actividades para el cumplimiento del objetivo propuesto.

- Identificación y caracterización del perfil del riesgo de los niños, niñas y adolescentes trabajadores en zonas de concentración comercial referenciadas a nivel intersectorial y, por otros espacios y procesos.
- Acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y sus familias para el reconocimiento y definición de roles a través de habilidades para la vida.
- Seguimiento y cierre del proceso de desvinculación de niños, niñas y adolescentes trabajadores o promoción del trabajo adolescente protegido.
- Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil.

Para el desarrollo de las acciones con niños y niñas trabajadores se cuenta con un talento humano interdisciplinario para un abordaje integral. Con relación a niños y niñas el proceso cuenta con una duración de 4 meses, incluyendo la caracterización realizada por el tecnólogo en salud ocupacional y el trabajador social, mediante la búsqueda activa en unidades de trabajo informal en zonas de riesgo, seguimiento al plan de trabajo en el marco de 10 habilidades para la vida y cierre desarrollada por el trabajador social. En adolescentes, el proceso cuenta con la misma duración y se enfoca igualmente en el marco de 10 habilidades para la vida; la búsqueda activa y caracterización se realiza por el tecnólogo en salud ocupacional, el primer y segundo acompañamiento por psicólogo, un tercer acompañamiento nuevamente por tecnólogo y el cierre por parte de psicología, esta actividad cuenta con una visita adicional por parte del perfil de enfermería, enfocada a la prevención de condiciones crónicas, hábitos de vida saludables y salud sexual y reproductiva, dicho acompañamiento no cuenta con una periodicidad específica y debe realizarse posterior al primer acompañamiento y antes del cierre del caso.

Con relación al desarrollo de actividades colectivas se realiza la búsqueda de grupos de 10 niños, niñas o adolescentes que se encuentran en riesgo de trabajo infantil, ubicados en zonas de alta concentración, la cual cuenta con una única sesión colectiva donde se desarrolla una temática relacionada con 10 habilidades para la vida, según la necesidad identificada en el grupo. La caracterización de estos grupos es realizada por el trabajador social y el desaplique por parte del psicólogo.

Los indicadores que miden esta respuesta son:**Tabla 68. Indicadores respuesta integrada de desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”, localidad de Usme, abril a diciembre 2017**

Indicador	NNA Abordados	NNA desvinculados	Resultado
Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o trabajo protegido	511	180	35.2 %
Porcentaje de niños y niñas con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil	365	118	32.3 %
Porcentaje de adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o trabajo protegido	146	62	42.5 %

Fuente: Bases tableros de control Espacio Trabajo, Subred Sur E.S.E., abril – diciembre 2017.

En lo localidad de Usme se puede observar una desvinculación general del trabajo infantil en niños, niñas y adolescentes de un 35,2 %; al discriminar entre grupos se puede observar una mayor efectividad en adolescentes, en comparación con niños y niñas, aunque este dato se encuentra afectado por los tiempos de ejecución de las acciones, teniendo en cuenta que un importe porcentaje de casos aún se encuentra en seguimiento. Es importante indicar que de los 62 adolescentes registrados el 53,2 % (33 casos) se encuentran desvinculados del trabajo y el restante 46,8 % (29 casos), se encuentran bajo la condición de trabajo protegido.

Respuesta desarrollada por el espacio de trabajo

En primera instancia es importante describir los principales riesgos a los que se encuentran expuestos los niños, niñas y adolescentes trabajadores, incluyendo: exposición a ruido, temperaturas extremas, inhalación de polvos orgánicos e inorgánicos, movilización de cargas, tareas con movimientos repetitivos, posturas prolongadas, trabajo monótono, riesgo locativo

por condiciones de almacenamiento, riesgo de ser víctima de hechos de violencia, abuso, consumo de SPA, vinculación de en grupos ilegales, entre otros.

En términos generales se realiza orientación en 10 habilidades para la vida (autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas, pensamiento crítico, pensamiento creativo, manejo de emociones, manejo de estrés), además de trabajo en definición de roles para la garantía y restitución de derechos, pautas de crianza para padres y/o cuidadores, desarrollo integral de niños niñas y adolescentes, proyecto de vida. Para los adolescentes se realiza adicionalmente un el abordaje desde el perfil de enfermería enfocado en hábitos de vida saludables y por parte del perfil de tecnólogo en salud ocupacional se realiza la socialización de riesgos para la salud y las medidas de intervención para trabajo protegido.

La localidad cuenta con amplios sectores comerciales (locales de ropa y zapatos, tiendas, internet etc.), así como por la presencia de vendedores ambulantes, que se dedican al comercio de frutas y verduras; adicionalmente Usme no cuenta con amplias ofertas institucionales que permitan la vinculación de niños, niñas y adolescentes en actividades de tiempo libre y la oferta se centraliza en la zona central de la localidad, específicamente la UPZ Gran Yomasa, dificultando el acceso en las zonas periféricas, factores que afectan la asistencia y adherencias de los menores, favoreciendo que los menores permanezcan en calle buena parte del tiempo enfrentando los riesgos mencionados.

Resalta la actividad económica relacionada con la elaboración de productos lácteos, estos niños no se desvinculan por los aspectos culturales que manejan padres y cuidadores ya que estas actividades hacen parte de la tradición de las familias, vinculando a los niños a ellas como aporte importante de formación y fortalecimiento individual.

Específicamente en niños y niñas se resalta como logro la corresponsabilidad frente a los acuerdos establecidos, así como el compromiso tanto con los niños como con los padres y cuidadores de la culminación del proceso, resultado de la intervención individual en cada sesión, lo anterior permite un acompañamiento efectivo a través de los seguimientos

realizados, brindando información frente a las diferentes redes de apoyo y de los programas sociales que favorecen a la dinámica familiar en relación del aprovechamiento del tiempo libre, sensibilización sobre los riesgos físicos biológicos y psicosociales que afectan la salud, así como la restitución de derechos.

En cuanto a los adolescentes un factor que favorece su desvinculación se relaciona con la sensibilización frente a los riesgos del trabajo infantil, igualmente se evidencia apropiación de las asesorías fortaleciendo su proyecto educativo y cambiando los imaginarios frente al trabajo infantil, sumado al cierre de unidades de trabajo por no generar los ingresos suficientes que aporten al sostenimiento de la familia, también se evidencia el traslado de vivienda, barrio o incluso localidad.

El mapa 12 registra que la distribución espacial de los NNA intervenidos por el Espacio Trabajo en la localidad de Usme a escala de UPZ identifica que en Gran Yomasa, Comuneros y Danubio se concentra el 86 % de las actividades. Una característica común a estas UPZ es la baja oferta de empleo formal para el total de la población económicamente activa, y en donde la población infantil y adolescente se vincula a las actividades productivas para complementar los ingresos de carácter familiar y satisfacer necesidades básicas de alimentación y vivienda, además se considera que en el territorio se presenta vulnerabilidad social al ser receptora de población migrante de bajos recursos económicos, baja adherencia a programas de salud preventiva y promocional y redes de apoyo débiles en pro de la desvinculación del trabajo infantil y el trabajo adolescente protegido, lo que aumenta en riesgo de presentar un proceso salud-enfermedad e impactar en otras dimensiones de desarrollo personal como puede ser el aprendizaje, el aprovechamiento del tiempo libre y el descanso. La localización de estas intervenciones está en los barrios en donde aparecen pequeñas centralidades comerciales como lo son Danubio, Barranquillita, Santa Librada, La Andrea, Gran Yomasa, Chuniza, Charala, El Virrey y Centro Usme. Así mismo, Espacio trabajo ha desarrollado un colectivos de NNA, concentrando población en los sectores más vulnerables a la situación de niños, niñas y adolescentes trabajadores en el barrio Santa Librada.

Acción integrada 2: Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud

El principal propósito de esta acción es contribuir a la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía en el Distrito Capital, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud.

Esta acción integrada desarrolla seis productos denominados: UTIS (Unidades de trabajo informal) de alto impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo; UTIS de mediano impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo; grupos organizados de trabajadores informales (GOTIS); Centros de escucha para personas en

ejercicio o vinculadas a la prostitución en zonas media y baja concentración y gestión y el Seguimiento y monitoreo a la implementación de las acciones integradas del espacio trabajo. Para el desarrollo de dichos productos se cuenta con un talento humano interdisciplinario para un abordaje integral, incluyendo: Tecnólogo en salud ocupacional, especialista en salud ocupacional, profesional en psicología, trabajo social y enfermería, además de una auxiliar en enfermería.

Las UTIS de alto impacto cuyo proceso de caracterización es realizado por el tecnólogo en salud ocupacional, continuando con el despliegue del plan de trabajo por parte del especialista en salud ocupación, incluyendo un seguimiento adicional por parte del perfil de psicología o enfermería según la necesidad identificada en la unidad. Por otra parte las UTIs de mediano impacto inician proceso y lo terminan el tecnólogo en salud ocupacional, ambos procesos cuentan con una duración de 4 meses para su ejecución.

El orden de las actividades a realizar:

- Motivación, caracterización y concertación del plan de trabajo en nuevas Unidades de Trabajo Informal de alto y mediano impacto.
- Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de los trabajadores de la economía informal en UTI de alto y mediano impacto, a través de la implementación del plan de trabajo de cada UTI.
- Seguimiento y evaluación del proceso de implementación de la estrategia entornos laboralmente saludables en Unidades de Trabajo Informal de alto y mediano impacto.

Los GOTIS se enfocan en la Promoción del derecho y de las garantías sociales y de salud inherentes al trabajo para prevenir daños a la vida y salud de los trabajadores de la economía informal; realizando énfasis en UTÍ's de bajo impacto dado que son trabajadores que requieren mejorar sus condiciones de salud y no cuentan con una unidad de trabajo fija, orientando a los trabajadores en la protección de la salud en el trabajo, y desarrollo del decálogo para el fomento de una cultura preventiva y la formación en deberes y derechos en el Sistema de Riesgos Laborales, condiciones crónicas, así como la pobre calidad o cantidad de sueño, dicho proceso dura 1 mes, incluyendo 4 sesiones con el grupo establecido.

Los centros de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución en zonas de media y baja concentración, busca promover las prácticas saludables en personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución, incluyendo acciones como: la escucha activa, los recorridos de calle, actividades lúdicas pedagógicas, tamizaje y asesoría en VIH y Sífilis, seguimiento de casos con activación de rutas, fortalecimiento de redes y asesoría Psicosocial. Tomando como base la solicitud de la Corte constitucional frente a la Resolución 518 del 2015 y la Sentencia T594 del 2016, donde se plantea la necesidad de legalizar dicha actividad.

Los indicadores que miden esta respuesta son:

Tabla 69. Indicadores respuesta integrada de Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud, localidad de Usme, abril a diciembre 2017

Indicador	UTIS abordados	UTIS mejoras > 75%	Resultado	Trabajadores abordados
Porcentaje de UTIS de alto y medio impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75 % la estrategia de entornos laborales saludables	947	443	46.8	1265
Porcentaje de UTIS de alto impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75 % la estrategia de entornos laborales saludables	346	132	38.2	393
Porcentaje de UTIS de medio impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75 % la estrategia de entornos laborales saludables	601	311	51.7	872

Fuente: Bases tableros de control Espacio Trabajo, Subred Sur E.S.E., abril – diciembre 2017.

Como se puede observar se cuenta una mayor efectividad de la estrategia en las UTIs de mediano impacto en la localidad, aunque nuevamente este dato se encuentra afectado por los tiempos de ejecución de las acciones, adicionalmente se observa que se aborda una mayor cantidad de personas en las UTIs de mediano impacto generando una afectación positiva en los trabajadores de la localidad.

Respuesta desarrollada por el espacio de trabajo

En las asesorías que se han desarrollado desde el espacio de trabajo en unidades de alto impacto se ha logrado generar un proceso de concientización en los trabajadores sobre la importancia de adoptar medidas de intervención que promuevan un estado de bienestar en los trabajadores y se fomentan prácticas de autocuidado con el fin de disminuir los factores de riesgo asociados a su actividad laboral. Se logra una implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludables, donde se resaltan procesos de adaptación en actividades como uso de hojas de seguridad, rotulado de sustancias químicas, desarrollo de actividades con adecuadas fuentes de ventilación natural y en algunas uso de extractores, uso adecuado de elementos de protección personal, mantenimiento periódico a máquinas y herramientas, proceso de capacitación, programas de limpieza, programa de pausas activas, condiciones de almacenamiento y organización de la unidad, entre otros.

Se hace énfasis en los efectos negativos para la salud cuando no se tienen en cuenta medidas de precaución, con el fin de sensibilizar al trabajador sobre las principales consecuencias que puede generar el no adoptar medidas de intervención que disminuyan los factores de riesgo, se informa sobre las principales afectaciones a nivel de vías pulmonares, problemas de piel y mucosas, enfermedades osteomusculares, circulatorias, alteraciones en órganos de los sentidos como oídos y ojos. La socialización de las implicaciones para la salud, permiten que los trabajadores tengan una mayor adherencia a los planes de trabajo, y se logre un cumplimiento de la implementación de la estrategia, las asesorías se enfocan de acuerdo a las necesidades de la población y a actividades que se puedan cumplir y den respuesta a la mitigación del riesgo y a los efectos en salud de la población informal.

De igual manera se fortalece el proceso de autocuidado de los trabajadores haciendo énfasis en temáticas de hábitos de vida saludable, alimentación balanceada, actividad física, entre otros, así como el respectivo direccionamiento a los diferentes servicios de salud dependiendo de las necesidades y factores de riesgo que se identifiquen en la población trabajadora.

En el desarrollo de las asesorías para Unidades de Trabajo Informal de mediano impacto se evidencia que los trabajadores son receptivos al uso de elementos de protección personal, autocuidado y el mantenimiento áreas de trabajo limpias y despejadas, el apropiado transporte y levantamiento de cargas, posturas adecuadas para el levantamiento de las mismas. De igual forma establecen tiempos para realizar rutinas de pausas activas según lo recomendado en la asesoría, creando en los trabajadores una conciencia de autocuidado lo que permite disminuir la incidencia de enfermedades y accidentes por las actividades laborales, logrando mejoras en la parte locativa de cada unidad de trabajo informal.

En ocasiones los trabajadores tanto de alta como de medio impacto atienden las visitas, recibiendo la asesoría y los procesos de sensibilización, pero no se da cumplimiento de las recomendaciones dado que no son de carácter obligatorio. Los cambios relacionados con infraestructura o adecuaciones locativas se dificultan al no contar con dinero para realizarlo a pesar de comprender la importancia de los mismos.

Como se puede observar en el mapa, la distribución espacial de las UTI intervenidas por el Espacio Trabajo en la localidad de Usme a escala de UPZ permite identificar que en Gran Yomasa, Comuneros, Danubio y Alfonso López se concentra el 98 % de las actividades. Una característica común a estas UPZ es la baja oferta de empleo formal para el total de la población económicamente activa, lo que ha llevado al establecimiento en el territorio de actividades productivas de poca calificación y pequeña escala, en la unidad familiar o de carácter individual, principalmente en los nodos de comercio de escala zonal.

En la UPZ Gran Yomasa se concentra el 52 % de las intervenciones a UTI, las cuales se desarrollan en el sector del área de influencia de la Av. Caracas, con mayor intensidad en los barrios Gran Yomasa, La Andrea y Santa Librada, en donde el poco espacio público se ve afectado por la presencia de comercio informal, impulsado por la necesidad de la población más vulnerable de la UPZ de obtener algún tipo de recurso para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y vivienda en un territorio en donde la alta densidad poblacional, en relación con el resto de UPZ de la localidad, así como el escaso número de vías para la movilización genera nodos y centralidades para el desarrollo de actividades productivas para la subsistencia; además, de todas las actividades productivas que ponen en riesgo la salud de la población identificadas en esta UPZ, el 36 % son UTI de alto impacto, lo que indica que existe un riesgo químico en los lugares en donde se desarrollan las actividades productivas y son de interés para la gestión del riesgo en salud por su grado de afectación.

En la UPZ Comuneros se concentra el 25 % de las intervenciones en UTI en los sectores comerciales de los barrios Chinuza, Charala, El Virrey y Valles de Cafam en donde persiste la alta densidad poblacional y condiciones socioeconómicas y de movilidad adversas para el establecimiento de actividades industriales formales de gran escala, de las cuales el 38 % de UTI de alto impacto. En la UPZ Danubio las intervenciones en las UTI se desarrollaron en el eje de la CL 56 SUR entre la KR 5C y DG 56 SUR en el barrio del mismo nombre y en una centralidad comercial, en donde se facilita el establecimiento de actividades productivas dada la oportunidad que tienen los trabajadores de ofrecer sus productos y servicios; la proporción de UTI de alto impacto a escala de UPZ del 25 %. Para la UPZ Alfonso López se intervienen UTI con mayor intensidad en los sectores La Reforma, La Comuna y El Progreso en donde

existe un bajo índice de movilidad y accesibilidad geográfica, por lo que el desplazamiento fuera de la UPZ es costoso en tiempo y dinero, así como bajos niveles socioeconómicos lo que imposibilita el goce de otros servicios y derechos humanos y sociales.

6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

6.1 Metodología

Para el proceso de análisis y síntesis de la información del documento de ACCVSYE, se adapta la metodología BIT PASE y PASE a la Equidad en Salud para la comprensión del territorio en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, esto permite el reconocimiento de las condiciones poblacionales ambientales, sociales, económicas y el reconocimiento del territorio que permiten generar una configuración actual y deseada del territorio, un análisis integral y la síntesis de la información.

Para esto, se planeó un proceso que integra sintéticamente los capítulos que conforman el documento para así generar una identificación de las condiciones del territorio, la comprensión del mismo y la generación de respuestas a las necesidades identificadas, a partir de un proceso que integre los siguientes elementos:

- Construcción de la configuración actual del territorio
- Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio.
- Transformación esperada de ejes estructurantes y tensiones.
- Construcción de la configuración deseada.
- Construcción de estrategia.

En este sentido los pasos a seguir para el análisis y síntesis de la información implican los siguientes pasos:

1. A partir de los insumos de los procesos de análisis de los componentes de Gobernanza, así como de Gestión del Riesgo en Salud, se Identificarán los vínculos presentes en el territorio para asociarlos a las tensiones o eventos en salud identificados previamente en las Agendas Locales, y complementado para la Subred Sur con las tensiones identificadas en las mesas estratégicas a partir del Plan Decenal de Salud Pública.
2. Empleando los mapas de riesgos realizados en el capítulo 1, e integrando los procesos de análisis, se ubican geográficamente las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas y se asocian a las tensiones identificadas previamente.
3. Se identifican los puntos de concentración de las tensiones en el territorio, definiendo los nodos o racimos, realizando un análisis de los generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones compartidos y su precedencia en el tiempo.

4. Con el ejercicio anterior de identificación de tensiones se realiza un análisis de la localización de las tensiones y condiciones identificadas, partiendo de que cada una de las tensiones presenta una localización definida y/o aunque se presente en muchos sectores, tiene predominancia o se concentra con mayor fuerza en ciertas zonas de la localidad, lo cual permite identificar particularidades y patrones presentes en el territorio.
5. Con el análisis realizado se construyen los ejes estructurantes a partir de los nodos o racimos. Los ejes estructurantes pueden referirse a procesos económicos, sociales, ambientales o institucionales de nivel macro inherentes a la forma como está constituida la organización social, económica y política de la localidad o del Distrito Capital y en particular a aquellos elementos que se reiteran y su afectación en la salud de la población.
6. La construcción de la configuración actual, surge de la forma como se relacionan unos y otros elementos en el territorio. Cuando se identifican los ejes estructurantes, se logra identificar que el mapa va tomando ciertas características que pueden asociarse a una imagen compartida. Teniendo en cuenta las condiciones del PASE y las particularidades históricas y culturales del territorio, se asigna una imagen a la configuración del territorio.
7. A partir de la imagen, las condiciones identificadas en el territorio y de los ejes estructurantes, se construye una metáfora que se constituye en un acercamiento o aproximación al territorio, la cual de forma narrativa integra las condiciones particulares y la configuración actual. La imagen y la metáfora permiten una apropiación del territorio, generando una síntesis de la situación actual del mismo y de sus particularidades, integrando los procesos de análisis desarrollados por los equipos locales. Esto permite integrar la información y procesos realizados en la Subred y contar con la integración de análisis y síntesis.
8. A partir de la configuración actual del territorio, se desarrollan procesos de análisis con que integre las acciones del componente 1 de Gobernanza, los Espacios de Vida Cotidiana, GPAISP y los diferentes componentes de Gestión del Riesgo, que permitan identificar las acciones realizadas y territorializarlas, aportando al desarrollo del capítulo 5, a la respuesta brindada sectorial e intersectorialmente y a la Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio. Para esto se emplean los mapas de acciones

de los diferentes componentes, y se realiza trabajo conjunto de territorialización de las acciones en la cartografía de las localidades.

9. A partir de los análisis realizados con los diferentes componentes, se realizan ejercicios en los cuales se plantea la transformación esperada de los ejes estructurantes y de las tensiones territorializadas a partir de las acciones identificadas y de las acciones a realizar a futuro, lo cual permite la apropiación de la configuración actual y el análisis de la respuesta brindada, con el fin de generar propuestas para la transformación de los ejes estructurantes.
10. Teniendo en cuenta los resultados del proceso, la territorialización de las acciones y el planteamiento de transformación de los ejes estructurantes, se procede a construir la imagen y la metáfora para generar la configuración deseada del territorio.
11. La identificación de la configuración deseada, permitirá la planeación y construcción de estrategias de intervención en las localidades que generen una transformación del territorio a partir de acciones sectoriales e intersectoriales, así como integrar la información y la configuración del territorio como proceso de análisis y síntesis.

6.2 Nodos

En el proceso de caracterización del estado actual del territorio y la configuración de nodos se realiza a través de 3 etapas o momentos: identificar, comprender y responder. El primer momento implica la identificación de tensiones y la interacción de estas en las dimensiones del desarrollo. El segundo momento, requiere diagnosticar el territorio para reconocer el por qué aparecen las tensiones y finalmente el tercer momento, requiere proponer un estado deseado del territorio.

6.2.1 Momento de identificar

Este momento implica el reconocimiento del territorio el cual se realiza por medio del análisis de la información de los capítulos 1, 2 y 3, la información resultante de los recorridos territoriales y la información de las EAT. Posteriormente, se diseña y diligencia matriz de tensiones con información demográfica, ambiental, social y económica, se definen reforzadores, liberadores y las implicaciones de estas situaciones y las acciones para mitigar o disminuir el impacto en la población.

Para la identificación de tensiones se realizaron dos sesiones de priorización y desarrollo de tensiones, en las cuales participaron profesionales de los componentes, espacios y programas de la subred: Gobernanza, Espacios de Vida Cotidiana, Vigilancia en Salud Pública, Programas y PYD, Gestión del Riesgo en Salud y el Plan de Intervenciones Colectivas, dando como resultado la definición de tensiones locales, análisis de las dimensiones del desarrollo por momentos de curso de vida para la configuración de nodos, desarrollo de propuestas de intervención e identificación de responsables de las mismas, este proceso permitía la discusión y planteamiento de las temáticas en espacios intersectoriales para el posicionamiento de las acciones y el desarrollo de las agendas locales. El resultado de estas sesiones fue la definición de tensiones en salud a las cuales se les realiza análisis integral con información recabada por los mismos actores que participan en la priorización.

Tabla 70. Matriz de Tensiones, localidad de Usme

Momento de curso de vida	Tensión	Valoración final – N° Tensión
Niñez	Caries	1
Niñez	Mortalidades por Neumonía en menores de 5 años	2
Niñez	Maltrato Infantil	3
Niñez	Trabajo Infantil	4
Niñez	Mortalidad Perinatal	5
Niñez	Desnutrición Global y Crónica	6
Adolescencia	Conducta Suicida en Adolescencia	7
Adolescencia	Embarazo en Adolescentes	8
Adolescencia - Juventud	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	9
Adolescencia	Adolescente Trabajador en Condiciones No Seguras	10
Juventud	Violencia de Género	11
Juventud	Trabajo Informal en Condiciones No Seguras	12
Juventud	LCE intencionales, asociadas a riñas y asaltos	13
Adultez - Vejez	Condiciones Crónicas	14
Vejez	Violencia hacia la persona mayor	15
Transversal	Asentamientos Informales	16
Transversal	Riesgo Psicosocial	17

Fuente: Subred Sur, Equipo ACCVSyE, Tabla resumen Tensiones Usme. 2017

Como parte del proceso de análisis se realiza una revisión de los factores determinantes de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, a partir de la identificación de desigualdades presentes en la localidad respecto al contexto distrital. Para esto, se emplean estratificadores sociales que permiten realizar comparaciones entre las diferentes localidades de Bogotá, a partir de las variables del índice de condiciones de vida (acumulación de capital humano, capital social básico, acumulación colectiva de bienes y acumulación individual de bienes culturales), la asistencia escolar en personas de 18 a 25 años y el ingreso per cápita.

La comparación distrital de estas variables, y a partir de la metodología empleada por Secretaría de Salud de Bogotá, permitió agrupar a las localidades en terciles de localidades menos aventajadas, localidades de nivel medio y localidades más aventajadas. A partir de esta categorización, se realizan análisis que permitan establecer relaciones entre las condiciones de vida y los eventos en salud presentes en los territorios. Para el análisis de estas variables, se empleó como fuentes de información la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, Secretaría Distrital de Educación, y resultados de la Encuesta SISBEN III.

Agrupación de localidades en terciles según estratificadores sociales

A continuación se presentan las localidades que hacen parte de los terciles menos aventajados, en nivel medio y más aventajados para los años 2011 y 2014, según los estratificadores sociales ICV y asistencia escolar en personas de 18-25 años; de este ejercicio se excluyeron los datos correspondientes a la localidad de Sumapaz, que en su mayoría corresponde a una localidad rural y que en muchos casos, el indicador de salud para dicha localidad es 0 y en otros, el indicador es muy elevado por efecto del bajo valor del denominador.

En primer lugar, el índice de condiciones de vida, incluye los siguientes factores para su análisis:

- **Acumulación de capital humano.** Se mide por los niveles de escolaridad en el núcleo familiar. Como variables se utiliza el número de años de educación alcanzados por el jefe del hogar, la escolaridad promedio de las personas de 12 y más años, la proporción de jóvenes entre 12 y 18 años que asisten a secundaria o a la universidad y la proporción de niños entre 5 y 11 años que asisten a un establecimiento educativo.

- **Capital social básico.** Se mide por la composición del hogar. Como variables se utiliza la proporción que representan los niños menores de 6 años en la conformación del hogar y la relación de personas por cuartos disponibles.
- **Acumulación colectiva de bienes.** Hace referencia a la infraestructura de servicios públicos. Se mide por el acceso y la calidad de los servicios. Como variables se utilizan la disponibilidad y características de los servicios sanitarios, fuentes de agua para consumo humano, el combustible utilizado para cocinar y el sistema de recolección de basuras.
- **Acumulación individual de bienes materiales.** Se mide por la calidad de la vivienda. Como variables se utiliza la calidad del material de los pisos y las paredes en las viviendas. (Veeduría Distrital, 2011).

Como se observa a continuación, la localidad de Usme cuenta con uno de los datos más bajos en cuanto ICV, ubicándola en el grupo de localidades menos aventajadas en los años 2011 y 2014, con datos muy lejanos a los vistos en las zonas más aventajadas, especialmente con localidades como: Usaquén, Chapinero y Teusaquillo.

Tabla 71. Agrupación de localidades según índice de condiciones de vida – ICV, 2011 – 2014

AÑO 2011			AÑO 2014		
Tercil	Localidad	Porcentaje asistencia escolar en personas de 18 años	Tercil	Localidad	Porcentaje asistencia escolar en personas de 18 años
		(Estratificador de equidad)			(Estratificador de equidad)
Menos aventajados	Usme	23,4	Menos aventajados	Usme	23,8
	Ciudad Bolívar	24,3		Ciudad Bolívar	25,6
	Bosa	26,2		Santa Fe	34,3

	San Cristóbal	33,9		San Cristóbal	34,7
	Rafael Uribe	33,9		Rafael Uribe	35,2
	Tunjuelito	38,6		Bosa	35,4
Nivel medio	Santa Fe	38,6	Nivel medio	Tunjuelito	38,9
	Kennedy	39,5		Los Mártires	39,1
	Los Mártires	42,4		Kennedy	41,7
	Antonio Nariño	45,5		Antonio Nariño	42,4
	Suba	47		Suba	44,2
	Engativá	49		Fontibón	49,8
	Puente Aranda	49,8		Engativá	51,9
Más aventajados	Barrios Unidos	51,3	Más aventajados	Puente Aranda	52,1
	La Candelaria	52,5		Usaquén	55,3
	Fontibón	52,5		La Candelaria	56,5
	Usaquén	58,9		Barrios Unidos	57,1
	Chapinero	66		Chapinero	61,7
	Teusaquillo	73,6		Teusaquillo	70,6
	Bogotá	41,5		Bogotá	42,2

Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSYE con plantillas OPS.

Como se ha mencionado anteriormente Usme evidencia dificultades en cuanto el acceso a la educación en especial superior, sea técnica o profesional en especial, en los momentos del curso de vida adultez y persona mayor, aunque en la adolescencia y juventud, se ve afectado por la oferta educativa, los costos de acceso, las necesidades económicas y el interés por la formación. Lo anterior afecta directamente la calidad de vida, el acceso a empleo bien pago, apoyo al núcleo familiar y la valoración de la importancia de la educación para los miembros de la familia, así como una posición crítica ante la información suministrada, el proyecto de vida y un sinnúmero de factores adicionales.

Las localidades menos aventajadas cuentan con una composición familiar extensa en mayor proporción que las más aventajadas, al igual que un mayor número de personas que la conforman los tipos de familia y una mayor cantidad de población de niños y jóvenes, factores que se relacionan con una mayor dificultad para satisfacer las necesidades básicas, acceso a la educación, trabajo formal y mejor pago, movilidad, opciones de manejo del tiempo libre, alimentación, esparcimiento, acceso a bienes y servicios y demás factores necesarios.

Para finalizar, las localidades menos aventajadas cuentan con una menor oferta en salud, en especial los relacionados con el acceso a servicios especializados, más aun con la población perteneciente al régimen contributivo, quien en su mayoría acceden al salario mínimo, con horarios fijos y quienes deben recorrer grandes distancias para acceder a los servicios requeridos, además de los trámites correspondientes. Lo anterior genera altos gastos económicos y de tiempo, afectando la calidad de vida, a esto se suma una reducida oferta de servicios de transporte público, con mayor porcentaje de vías en mal o regular estado, así como una menor posibilidad de acceso a vehículo propio en comparación con las localidades más aventajadas

En segundo lugar se toma la asistencia escolar en personas de 18 a 25:

Para este indicador se toma como fuente el DANE con la Encuesta Multipropósito, la cual registra la tasa de asistencia escolar para las edades en mención, donde se refleja la participación de la población a la educación superior. Es importante mencionar que el estrato socioeconómico se relaciona con el acceso a la educación, es así que los estratos 1 y 2 están por debajo de la tasa promedio de la ciudad, en comparación las tasas de los estratos 3, 4, 5 y 6, las cuales se ubican por encima de la tasa promedio de la ciudad.

Como ya se mencionó previamente, la localidad de Usme, además de contar únicamente con estratos 1 y 2, presenta la tercera tasa de absorción más baja en Bogotá, solamente superado por Ciudad Bolívar y Sumapaz. En consecuencia, Usme se ubica por debajo del dato promedio de la ciudad y muy lejano de localidades más aventajadas como Teusaquillo y Usaquén.

Tabla 72. Agrupación de localidades en terciles según asistencia escolar en personas de 18 a 25 años, 2011 – 2014

AÑO 2011			AÑO 2014		
Tercil	Localidad	Porcentaje asistencia escolar en personas de 18 a 25 años	Tercil	Localidad	Porcentaje asistencia escolar en personas de 18 a 25 años
		(Estratificador de equidad)			(Estratificador de equidad)
Menos aventajados	Usme	23,4	Menos aventajados	Usme	23,8
	Ciudad Bolívar	24,3		Ciudad Bolívar	25,6
	Bosa	26,2		Santa Fe	34,3
	San Cristóbal	33,9		San Cristóbal	34,7
	Rafael Uribe	33,9		Rafael Uribe	35,2
	Tunjuelito	38,6		Bosa	35,4
Nivel medio	Santa Fe	38,6	Nivel medio	Tunjuelito	38,9
	Kennedy	39,5		Los Mártires	39,1
	Los Mártires	42,4		Kennedy	41,7
	Antonio Nariño	45,5		Antonio Nariño	42,4
	Suba	47		Suba	44,2
	Engativá	49		Fontibón	49,8
	Puente Aranda	49,8		Engativá	51,9
Más aventajados	Barrios Unidos	51,3	Más aventajados	Puente Aranda	52,1
	La Candelaria	52,5		Usaquén	55,3
	Fontibón	52,5		La Candelaria	56,5
	Usaquén	58,9		Barrios Unidos	57,1
	Chapinero	66		Chapinero	61,7
	Teusaquillo	73,6		Teusaquillo	70,6
	Bogotá	41,5		Bogotá	42,2

Fuente: DANE – SDP Encuesta Multipropósito Bogotá (EMB) 2011, 2014.

Lo anterior se correlaciona con la información registrada en la anterior tabla, donde se observa las marcadas diferencias, siendo Usme la localidad con datos más negativos de la ciudad en los 2 años analizados, muy alejado de lo registrado en localidades con mejores condiciones en el distrito, en otras palabras por cada joven de Usme que accede a la educación superior en dichas edades lo hacen 3 jóvenes de Teusaquillo o 2 jóvenes de localidades igualmente aventajadas como Chapinero, Barrios Unidos, Usaquén e incluso localidades en nivel medio como Engativá, Fontibón y Suba.

Lo anterior se relaciona directamente con la dificultad o imposibilidad de generar un mejoramiento de la calidad de vida permitiendo que se mantengan condiciones de vida negativas o perjudiciales para la comunidad, como la pobreza, la violencia e inequidad ya presente en el territorio y descrito anteriormente.

Por último, el ingreso per cápita:

El ingreso per cápita o renta per cápita, como también se lo denomina, es el concepto que denomina a aquella variable económica que indica la relación que existe entre el Producto Bruto Interno (PBI) y la cantidad de habitantes de una nación. A instancias de la macroeconomía, el PIB es una medida que expresa el valor monetario de la demanda final en lo que respecta a la producción de bienes y de servicios, en una región o país, durante un lapso de tiempo determinado, que normalmente es de un año. Cabe destacarse que al PIB se utiliza para tener una noción de la medida del bienestar material presente en una sociedad y que mide siempre la producción final.

Entonces, para conocer el valor del ingreso per cápita es necesario que se divida el PIB por la cantidad de población; así las cosas, el ingreso per cápita es un indicador económico que nos permite conocer a través de su valor la riqueza económica de una nación. Porque este indicador está estrechamente vinculado con la calidad de vida de las personas que habitan en un país (ABC, 2017).

Tabla 73. Agrupación de localidades en terciles según ingreso per cápita, 2011 – 2014

AÑO 2011			AÑO 2014		
Tercil	Localidad	Ingreso Per cápita (Estratificador de equidad)	Tercil	Localidad	Ingreso Per cápita (Estratificador de equidad)
Menos aventajados	Ciudad Bolívar	\$ 353.195,74	Menos aventajados	Usme	\$ 428.089
	Usme	\$ 353.339,10		Ciudad Bolívar	\$ 449.245
	San Cristóbal	\$ 383.049,91		Bosa	\$ 498.088
	Bosa	\$ 400.662,74		San Cristóbal	\$ 531.532
	Rafael Uribe	\$ 462.660,35		Rafael Uribe	\$ 601.665
	Tunjuelito	\$ 543.036,32		Tunjuelito	\$ 693.920
Nivel medio	Kennedy	\$ 636.033,98	Nivel medio	Kennedy	\$ 730.392
	Antonio Nariño	\$ 710.948,15		Santa Fe	\$ 743.361
	Los Mártires	\$ 720.545,28		Los Mártires	\$ 856.632
	Puente Aranda	\$ 782.973,26		Puente Aranda	\$ 884.991
	Engativá	\$ 801.226,55		Antonio Nariño	\$ 901.504
	Santa Fe	\$ 816.460,43		Engativá	\$ 990,737
	Candelaria	\$ 992.390,07		La Candelaria	\$ 1.177.067
Más aventajados	Suba	\$ 1.059.765,61	Más aventajados	Fontibón	\$ 1.238.466
	Fontibón	\$ 1.135.394,73		Barrios unidos	\$ 1.343.021
	Barrios unidos	\$ 1.223.299,31		Suba	\$ 1.354.622
	Usaquén	\$ 1.931.642,49		Usaquén	\$ 1.948.544
	Teusaquillo	\$ 2.076.054,14		Teusaquillo	\$ 2.450.715
	Chapinero	\$ 3.258,705,90		Chapinero	\$ 3.813.290
	Bogotá	\$ 580.344.32		Bogotá	\$ 933.032

Fuente: DANE – SDP Encuesta Multipropósito Bogotá (EMB) 2011, 2014.

Dicho indicador muestra claramente uno de los factores que más inciden en las condiciones de vulnerabilidad de la población de la localidad de Usme, siendo para 2014 la localidad de menor ingreso per cápita en la ciudad con un ingreso menor a la mitad del promedio de la ciudad. Al realizar la comparación con las localidades más aventajadas se observa el caso extremo de la localidad de Chapinero que recibe un ingreso 8 veces mayor que el visto en Usme, algo similar, aunque en menor medida, ocurre al compararse con Teusaquillo y Usaquén con 5 y 3 veces más ingresos respectivamente, incluso localidades ubicadas en el nivel medio de este indicador reciben el doble e incluso un poco más de ingresos como Mártires, Puente Aranda, Antonio Nariño, Engativá o Candelaria.

Todo lo anterior evidencia las marcadas diferencias entre las localidades menos aventajadas en comparación con otras más aventajadas, donde se cuenta con mayores y mejores opciones tanto para el desarrollo del individuo y su familia, así como una mejor posibilidad de maniobra ante situaciones imprevistas que puedan presentarse durante la vida en comparación a las localidades menos aventajadas.

6.2.2 Momento para comprender

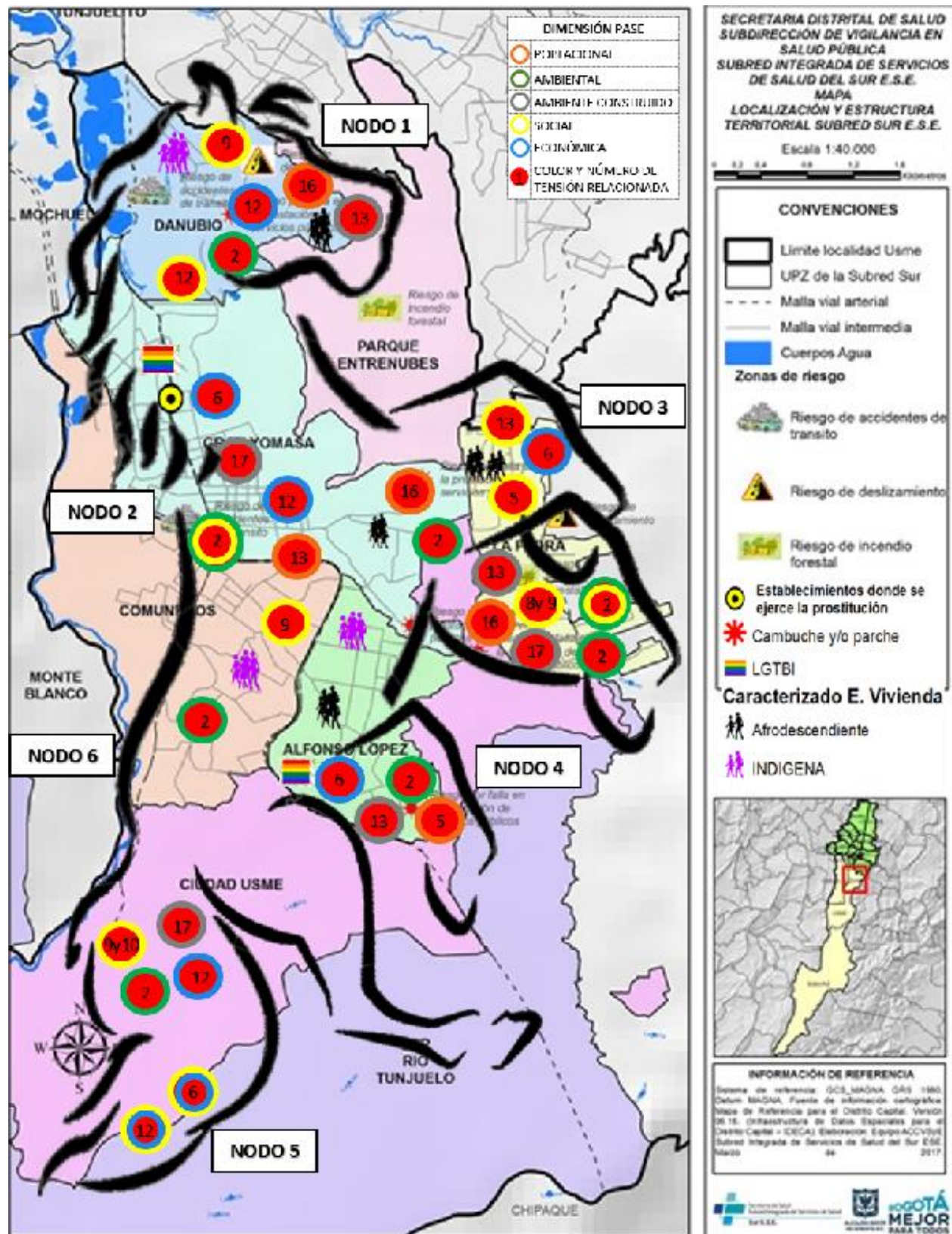
Para lograr una comprensión integral del territorio se requiere de una construcción conjunta que permita realizar un dialogo de saberes, la conjunción de información técnica y de la experiencia local, apoyado en los indicadores en salud, en el reconocimiento de las condiciones poblacionales ambientales, sociales y económicas y el reconocimiento del territorio que permitan generar una configuración actual y deseada del territorio que permita un análisis integral y la síntesis de la información. Para esto, se plantean seguir un proceso que integre los análisis anteriores y permita generar una identificación de las condiciones del territorio, la comprensión del mismo y la generación de respuestas a las necesidades identificadas. Para esto, se emplea el estudio de tensiones según áreas de observación ubicándolas geográficamente en zonas que afectan y relacionándolas con eventos de interés en salud pública.

El proceso inicia con el diseño y diligenciamiento de matriz para la configuración de tensiones en la cual se realiza descripción, se identifica polo A y B, factores reforzadores y/o liberadores

que tienden a agudizarla o mitigarla; así mismo se definen los escenarios o espacios en los cuales las tensiones definidas se plasman y se relacionan según afectación poblacional. El mapa de ubicación espacial de tensiones se realizó a partir de sesiones de análisis y discusión con el equipo de ACCVSyE de la subred, contando con la experiencia y conocimiento que se tiene del territorio, lo que permitió reconocer las situaciones en las localidades.

De la ubicación de tensiones resultó la clasificación de 6 nodos en la localidad de Usme, los cuales permiten agrupar las tensiones en territorios y así analizar el impacto en el mismo. No obstante, se debe tener en cuenta que a pesar de ubicarse la tensión en un punto específico, esto no quiere decir que no afecte al resto de la localidad.

Mapa 18. Configuración actual del territorio, localidad de Usme



Metáfora Usme

“El caballo representa a la naturaleza y su relación con el ser humano; carga en su lomo con la expansión urbana y comparte con Ciudad Bolívar las cargas ambientales de los residuos sólidos de la ciudad afectando la calidad del aire que respiran sus habitantes, afectando su piel, sus pulmones y su calidad de vida.

Su cabeza llena de pensamientos no le permite estar tranquilo por la situación económica, adherido a ello un cabestrillo de marginalidad que profundiza las inequidades sociales y unas anteojeras no le permiten proyectarse hacia el futuro, afectando las condiciones económicas y sociales de la población.

Su vientre inflamado por su alta densidad poblacional le ocasiona tránsito lento para digerir procesos sociales y ambientales, presentando afectaciones respiratorias y gastrointestinales, así como afectaciones psicosociales en sus habitantes.

Sus patas enfermas no le permiten avanzar por el camino del desarrollo, una pata soporta el peso de la desigualdad social y económica que refleja la realidad del país”.

A partir de la identificación de condiciones a partir de los determinantes del desarrollo PASE (Poblacionales, Ambientales, Económicas y Sociales) y su relación con las tensiones en salud, se desarrolla una imagen que representa el estado actual de la localidad, así como una metáfora que agrupa estas relaciones en el territorio, a partir de la construcción de nodos que agrupan las condiciones y determinantes relacionadas con las situaciones en salud de la localidad.

Nodo 1. Bajos recursos económicos y bajo nivel educativo que inciden en la calidad de vida y salud de la población.

Nodo 2. Ausencia de planeación, ordenamiento territorial y alta densidad poblacional.

Nodo 3. Asentamientos no legalizados y baja capacidad institucional.

Nodo 4. Riesgo psicosocial y afectación del tejido social.

Nodo 5. Expansión urbana que genera transformación del entorno, así como afectación de los modos y estilos de vida rurales.

Nodo 6. Deterioro ambiental y afectación en calidad de vida y salud.

Nodo 1: Bajos recursos económicos y bajo nivel educativo que inciden en la calidad de vida y salud de la población

Usme se caracteriza por la presencia de asentamientos informales, como producto de las condiciones económicas, sociales, ambientales y políticas del país, las cuales se ven reflejadas por procesos de desplazamiento interno y ocupaciones ilegales en la periferia urbana. Esto ocurre principalmente en las UPZ Danubio, La Flora, Gran Yomasa, Comuneros, Parque Entrenubes y Alfonso López, lugares en los cuales también se ha identificado población diferencial y de inclusión.

La población de Usme se encuentra en situaciones de desigualdad con respecto a otras localidades, caracterizada por desempleo, trabajo informal en condiciones no seguras, particularmente en el momento de curso de vida juventud, una alta tasa de informalidad, reforzado por inadecuadas condiciones económicas, sociales y educativas, generando condiciones desfavorables que afectan la calidad de vida y salud, aumentando el riesgo de embarazo en adolescentes, consumo de SPA y lesiones de causa externa, entre otras.

Entre los factores que inciden en estas situaciones se encuentra el déficit de acompañamiento por parte de los padres y/o cuidadores, falta de equipamiento institucional para la ocupación del tiempo libre, interacción con pares negativos y deserción escolar, principalmente en el momento de curso de vida adolescencia.

Adicionalmente, los bajos recursos económicos de la población afectan la seguridad alimentaria y nutricional de las familias, teniendo en cuenta que el acceso y calidad de los alimentos están mediados por factores económicos y socioculturales.

Nodo 2: Ausencia de planeación, ordenamiento territorial y alta densidad poblacional.

El crecimiento urbano del sur de la ciudad, caracterizado por procesos de autoconstrucción, ha generado condiciones deficientes de habitabilidad y espacio público, elementos que aunque son transversales a toda la localidad se evidencian particularmente en la UPZ Gran Yomasa.

El mal uso del suelo, genera el surgimiento de zonas en las cuales se han instalado establecimientos como bares y discotecas en áreas no permitidas, lo cual ha favorecido la venta y consumo de SPA; así mismo se presentan casos de riñas y asaltos que derivan en eventos de lesiones de causa externa.

La invasión al espacio público en zonas ocupadas por ventas de víveres y otros artículos, contribuye a la presencia de trabajo informal en condiciones no seguras. De la misma forma se generan situaciones que afectan la seguridad, movilidad, manejo de residuos y proliferación de vectores que afectan a la comunidad.

Por otro lado, la falta de planeación de infraestructura vial, se refleja en el alto flujo de transporte pesado, buses de transporte público e intermunicipal, impactando la calidad del aire de la zona, generando además situaciones de inseguridad, aumento en el tiempo de desplazamiento de la población, contaminación auditiva y caos vehicular.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha identificado que las infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de cinco años, están relacionadas con la contaminación generada por fuentes móviles y son reforzado por las características estructurales y habitacionales (hacinamiento) de las viviendas las cuales no presentan adecuadas condiciones de ventilación e iluminación agudizadas por malas prácticas de aseo en algunas familias.

Nodo 3: Asentamientos no legalizados y baja capacidad institucional

Usme se caracteriza por la presencia de asentamientos informales, como producto de las condiciones económicas, sociales, ambientales y políticas del país, las cuales se ven reflejadas por procesos de desplazamiento interno y ocupaciones ilegales en la periferia urbana. Esto ocurre principalmente en las UPZ Danubio, La Flora, Gran Yomasa, Comuneros, Parque Entrenubes y Alfonso López, lugares en los cuales también se ha identificado población diferencial y de inclusión.

Los asentamientos informales, asociados a condiciones de pobreza, no acceso a servicios públicos, transporte y baja oferta institucional, influyen en el aumento del riesgo psicosocial y

desigualdad de la población, lo cual puede generar embarazo en adolescentes, consumo de SPA, lesiones de causa externa, riñas y asaltos, entre otros.

En las UPZ Gran Yomasa y Ciudad Usme, en los sectores de Bolonia y Ciudadela Usme, se encuentran urbanizaciones legales de vivienda de interés social VIS y vivienda de interés prioritario VIP, sin embargo, no se cuenta con una oferta institucional adecuada que permita suplir las necesidades de la población. Adicionalmente se presentan tensiones entre antiguos y nuevos pobladores de los territorios.

Tanto en los asentamientos informales como en los nuevos proyectos urbanísticos legales, se evidencian barreras en el acceso a equipamientos y servicios de distinta índole (educación, salud, recreación, etc.), lo que implica que la población deba desplazarse a otras zonas para acceder a estos, generando aumento en gasto de transporte y en los tiempos de desplazamiento.

La falta de cobertura de servicios sociales se ve reflejada en situaciones de inseguridad alimentaria, trabajo informal, riesgo psicosocial y deterioro ambiental, que desbordan la capacidad institucional, aumentando el riesgo de ocurrencia de eventos evitables como la mortalidad infantil y materna.

En este contexto se presentan situaciones de consumo de SPA, los cuales pueden estar relacionados con factores como disfunción familiar, inadecuadas pautas de crianza, inadecuado manejo del tiempo libre, violencia intrafamiliar, desestructuración del proyecto de vida, necesidades básicas insatisfechas, inseguridad y problemas de convivencia.

Nodo 4: riesgo psicosocial y afectación del tejido social

Se identifica inicialmente para la UPZ Alfonso López en la presencia de delincuencia común, venta y consumo de sustancia psicoactivas, violencias y afectaciones en salud mental. Estas situaciones se presentan principalmente por débiles tejidos sociales y vulnerabilidad económica y social de la población. Así mismo en la zona se presenta alta presencia de trabajo informal en condiciones no seguras. Los riesgos psicosociales afectan adicionalmente a las

UPZ Comuneros, Gran Yomasa, Danubio y La Flora, donde se presentan zonas críticas de inseguridad y una alta afectación por diferentes tipos de violencias.

El riesgo psicosocial en la localidad de Usme se manifiesta en la afectación de la salud de las personas, relacionadas con condiciones de bajos ingresos económicos, acentuación de informalidad laboral y baja oferta de educación superior (técnica, tecnológica y profesional). Lo anterior se ve reflejado en situaciones de inseguridad, problemas de convivencia y desintegración del tejido social, presencia de delincuencia común, venta y consumo de sustancia psicoactivas, violencias y afectaciones en salud mental. Todas estas problemáticas afectan principalmente en los momentos de curso de vida adolescencia, juventud y adultez.

La estructura de oportunidades de la localidad propicia el rezago escolar (producida por la deserción escolar (en educación básica y media) y la ausencia de instituciones de educación superior) ante las demandas del mercado laboral cuya lógica exige niveles de postgrado para acceder a mejores empleos. Esto refleja la no adherencia al trabajo formal (afiliación al SGSSS, con EPS, ARL y pensión) y, con esta, acceso limitado a la canasta de bienes de consumo necesarios para alimentarse correctamente. Como resultado los bajos ingresos y el alto costo de los alimentos influyen en la desnutrición global y crónica en el momento del curso de vida niñez.

Esta estructura también propicia la informalidad y el desempleo que afectan también a jóvenes y adultos en el trabajo en condiciones no seguras por exposición al medioambiente y a sus cambios abruptos de clima y temperatura, a situaciones de inseguridad en las calles (fleteo, atraco, raponeo, etc.) y a riesgos laborales propios de la actividad en la que se desempeñan (quemaduras por aceite, riesgo de ser atropellado en las vías, etc.). Asimismo los jóvenes no cuentan con espacios para el manejo de su tiempo libre y los espacios de esparcimiento para tal fin son ocupados para el consumo de sustancias psicoactivas y prácticas contrarias a su naturaleza.

Como resultado, el tejido social y económico que propicia esta estructura inciden en el embarazo adolescente, en la maternidad y paternidad tempranas no planeadas e inicio

temprano y posterior en consumo de SPA. En la falta de redes de apoyo necesarias para la prevención de mortalidad perinatal.

Estas situaciones se presentan principalmente por debilidad en el tejido social, vulnerabilidad económica, falta de redes de apoyo. Así mismo en la zona se presenta alta presencia de trabajo informal en condiciones no seguras. Los riesgos psicosociales afectan adicionalmente a las UPZ Comuneros, Gran Yomasa, Danubio y La Flora, donde se presentan zonas críticas de inseguridad y una alta afectación por diferentes tipos de violencias.

El riesgo psicosocial en la UPZ La Flora se ve influenciado por factores relacionados con el embarazo en adolescentes, la no tenencia de vivienda, trabajo informal y desempleo, consumo de SPA, hacinamiento, violencia intrafamiliar. Los imaginarios sobre métodos de regulación de la fecundidad basados en construcciones culturales, patrones generacionales e inicio temprano de relaciones sexuales, se constituyen en factores que aumentan el riesgo de embarazo en adolescentes.

Nodo 5: Expansión urbana que genera transformación del entorno, así como afectación de los modos y estilos de vida rural

Esto se presenta en la zona de expansión urbana de la UPZ Ciudad Usme, en donde se están generando procesos de urbanización en zonas que eran empleadas para agricultura y para usos de suelo rural, lo cual genera una transformación del entorno ambiental y social, generando cambios en los estilos de vida rurales hacia procesos netamente urbanos, generando cambios en identidad y de las actividades económicas. Algunos de estos cambios se han visto reflejados en el aumento de hurtos y el expendio de sustancias psicoactivas en zonas que se consideraban seguras, así mismo se generan cambios en las actividades productivas de la población. El proceso de expansión urbana reduce las zonas de cultivo de alimentos, las zonas verdes y de ambiente natural, transformando el entorno y generando una mayor demanda de vías y de transporte público, afectando tanto a la zona urbana como a la zona rural.

En la localidad de Usme, la clasificación del suelo corresponde a un 86 % rural, 9,8 % urbano y 4 % de expansión urbana. La presencia de suelo de expansión urbana en la localidad ha ocasionado una serie de procesos de transformación del entorno ambiental y social, así como cambios en los modos de vida, principalmente en la zona rural. Estos procesos han impactado principalmente en la UPZ 61 Ciudad Usme, la cual contaba con una vocación principalmente rural y en la cual se han generado cambios de uso del suelo y de las actividades económicas, presentándose conflictos como la afectación en la permanencia de habitantes históricos de la zona rural, vacíos en la normatividad en materia de certificación o tenencia de la tierra, aumento de la densidad poblacional, migración de habitantes de la zona urbana a la zona rural e insuficiencia en infraestructura y equipamientos para atender la demanda de los nuevos habitantes, así como baja capacidad institucional para atender a la población.

A partir del desarrollo del POT Plan de Ordenamiento Territorial en curso, se identifican además problemáticas como la densificación urbana en el borde - zona de reserva forestal de cerros en zona de riesgo (Bolonía), urbanización formal e informal en área del Parque Entre Nubes, venta y ocupación ilegal de suelo en zonas de reserva, ordenamiento territorial en conflicto con el ordenamiento sociocultural, expansión sobre el río Tunjuelo y falta de equipamientos (Nuevo Usme), los cuales aumentan las zonas urbanizadas en la localidad por procesos legales e ilegales, generando algunos conflictos que afectan a la comunidad y a su calidad de vida.

Algunos de estos cambios se han visto reflejados en el aumento de hurtos y en el expendio de sustancias psicoactivas en zonas que se consideraban seguras y donde no se presentaba consumo, generando redes de microtráfico y cambiando las dinámicas en las zonas de expansión urbana. Esto aumenta el riesgo psicosocial de la población, manifestado en el aumento de casos de violencias, embarazo en adolescentes y consumo de sustancias junto con el aumento de la población.

Los cambios en las actividades económicas y productivas de la población, ha ocasionado un aumento del trabajo informal en condiciones no seguras, al generarse formas de trabajo como ventas callejeras y reciclaje, lo cual impacta en la calidad de vida de los habitantes en general

aumentando las condiciones de inseguridad y aumentando el riesgo de exposición a condiciones no aptas para el trabajo afectando la salud y calidad de vida.

Así mismo, el proceso de expansión urbana reduce las zonas empleadas para la agricultura, el cultivo de alimentos, la ganadería, la porcicultura y la avicultura, ocasionando cambios en la dieta de los habitantes y afectando directamente la seguridad alimentaria y nutricional. Estos cambios generan la reducción de alimentos naturales en la dieta, lo cual, sumado a las condiciones económicas y a los cambios de los procesos productivos, limita el acceso a alimentos de calidad, afectando principalmente al momento de curso de vida infancia, y aumentando el riesgo de desnutrición.

El aumento del tráfico vehicular producto del establecimiento de un mayor número de viviendas, genera una mayor exposición a material particulado; así mismo, los asentamientos en zonas de mayor altura, menor temperatura y con vientos más frecuentes, propios de las zonas altas de la localidad, se convierten en factores que aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias, principalmente en población vulnerable y en menores de 5 años.

Nodo 6: Deterioro ambiental y afectación en calidad de vida y salud

En este eje se configuran las problemáticas ambientales, entre las cuales se encuentra las derivadas de la cercanía con el relleno sanitario Doña Juana de la localidad de Ciudad Bolívar, afectando a la población con olores ofensivos y cercanía a los residuos, lo cual está relacionado con afecciones en la piel, problemas respiratorios y gastrointestinales en las zonas de cercanía de las UPZ Comuneros y Gran Yomasa. Adicionalmente se encuentra afectación por presencia de algunas curtiembres en la UPZ Comuneros, contaminación por material particulado por alto flujo vehicular entre las UPZ Gran Yomasa y Comuneros, presencia de ladrilleras en la UPZ Danubio, contaminación en ríos y quebradas de la localidad, afectación de zonas de protección y ambientalmente vulnerables en la UPZ Alfonso López y manejo inadecuado de residuos a nivel general.

La localidad de Usme presenta zonas de reserva definidas como bosques, quebradas y nacederos, sin embargo, estas presentan deterioro por situaciones como el conflicto entre la

conservación de los bosques y la producción agropecuaria, la alteración hidráulica por la invasiones de las rondas de quebradas, vertimientos líquidos industriales, el manejo inadecuado de residuos sólidos y la tenencia inadecuada de animales.

Se encuentra afectada por la contaminación del aire causada por fuentes móviles, emisiones producidas por el flujo de vehículos, con altos porcentajes de material particulado (PM10 y PM25), óxidos de nitrógeno, óxidos de azufre, monóxido de carbono y dióxido de carbono; las fuentes que más impactan la salud de la comunidad de la localidad son los ejes viales de las Avenidas Caracas, Boyacá, Usme y la vía al Llano.

La localidad a su vez se expone a la contaminación del parque minero industrial del Tunjuelo y del Relleno Sanitario “Doña Juana” de la localidad de Ciudad Bolívar, el cual geográficamente limita al oriente con la UPZ Comuneros, donde se observa la presencia de ocupaciones ilegales en asentamientos informales, los cuales se han conformado por procesos de desplazamiento interno, condiciones que predisponen eventos como la Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años.

Respecto a la dimensión ambiental, se identifica que en la localidad hay presencia de industrias extractivas, dedicadas a la producción de ladrillos y tejas, principalmente en la UPZ Danubio y en la UPZ Gran Yomasa, esta labor aumenta el material particulado, afectando la calidad del aire, lo cual está relacionado con la morbilidad por enfermedad respiratoria (neumonía) en especial en los momentos de curso de vida infancia y vejez.

Por otra parte, la mortalidad por neumonía en menores de 5 años, es uno de los eventos evitables con mayor frecuencia en la localidad para el año 2016, presente en las UPZ Gran Yomasa (5 casos), Danubio (2 casos) y La Flora (2 casos), Como factores de riesgo inciden directamente el bajo peso al nacer, la prematurez y la no asistencia a controles de crecimiento y desarrollo, además de factores ambientales (exposición a la contaminación del aire causada por fuentes móviles, contaminación del parque minero industrial del Tunjuelo y del Relleno Sanitario “Doña Juana” de la localidad Ciudad Bolívar).

La identificación de nodos, la agrupación de afectaciones ambientales, sociales, económicas y poblacionales y la identificación de tensiones y eventos, se ven reflejados en la construcción la metáfora del estado actual de la localidad, la cual es la base para generar una transformación del territorio.

6.3 Validación de contenidos

Con el fin de realizar validación de contenidos, se programan y ejecutan unidades de análisis con los diferentes espacios, programas y componentes de la subred y en espacios intersectoriales.

Para la validación de contenidos del proceso de estructuración de la configuración inicial del territorio, se acuerda con los líderes de los diferentes espacios, programas y componentes de la subred, realizar unidades de análisis en las cuales se aplica instrumento de recolección de información que facilita el proceso. Así mismo se socializan los hallazgos del proceso de configuración inicial del territorio buscando que los participantes de las sesiones validen o refuten la información encontrada.

Se logra realizar unidad de análisis en los 4 espacios de vida cotidiana: vivienda, educativo, laboral y público; componente de programas, Gobernanza 1 y Vigilancia Ambiental. Así mismo, se realiza esta actividad en el espacio interinstitucional de la EAT de las localidades de Tunjuelito y Usme. Diseñando una metodología acorde al objetivo de la unidad de análisis, se emplea la cartografía social como mecanismo de análisis. Inicialmente se socializa los resultados de la aplicación de la adaptación de BIT PASE: definición de tensiones y la territorialización de las mismas.

Entre los principales hallazgos del proceso de validación del contenido, se encuentra que los profesionales que participan identifican que las tensiones territorializadas son acordes a sus procesos de intervención. Adicionalmente se encuentra que las desigualdades en la ciudad se expresan en mayor medida en el acceso a la salud, así como en el acceso de las personas con régimen contributivo a una mayor atención en caso de enfermedad que las personas con régimen subsidiado.

En las unidades de análisis, se exponen los hallazgos del proceso de configuración inicial del territorio con el fin de validar la información recolectada. Para este ejercicio se planteó una metodología orientada a la georreferenciación de las acciones por parte de los espacios de vida cotidiana: vivienda, educativo, laboral y público. Y, asimismo, fue realizado en espacios intersectoriales como la UAT de Tunjuelito.

El ejercicio contó con recursos audiovisuales en los que se presentaron la metodología PASE y las figuras obtenidas en los mapas de las localidades de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito. Se mostraron en ellas la concentración de los nodos y las problemáticas en salud asociadas al territorio de la localidad de Tunjuelito. Cada espacio manifestó las acciones que se están llevando a cabo bajo los programas y componentes que los componen. De esta manera los espacios validaron la información recopilada en los demás ejercicios realizados.

6.4 Momento de responder: Análisis de respuesta

A partir de la identificación de nodos y de la configuración actual del territorio, se desarrolló el proceso de análisis de las acciones realizadas en la localidad de Usme, con el fin de identificar la respuesta dada a los nodos, conocer la forma en que estas acciones se relacionan con las tensiones y plantear recomendaciones partiendo de la suficiencia o no de las acciones realizadas, y de cómo estas se pueden enfocar para la transformación de los nodos y de la configuración del territorio.

El Espacio de vivienda realiza acciones encaminadas a gestionar los riesgos en salud que se identifican en los hogares de la localidad, a través de la movilización de equipos profesionales que se encargan de orientar y activar rutas para las personas en las cuales se encuentra alguna situación. El espacio de Trabajo realiza acciones en las diferentes Unidades de trabajo informal que se han priorizado con el fin de atender las necesidades de las personas que trabajan en este sector, de igual forma se activan rutas y realizan acciones encaminadas a disminuir los riesgos laborales. El espacio educativo a su vez realiza acciones en colegios priorizados desarrollando estrategias que permiten contribuir a la formación de los y las estudiantes, reduciendo situaciones de consumo de SPA y orientando frente a riesgos psicosociales. Finalmente el espacio público, contribuye a orientar a la comunidad que tiene

inicio en consumo de SPA, realizan acciones de empoderamiento local frente a temas ambientales y apropiación del espacio. Lo anterior conjugado de alguna forma contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y reducir los riesgos en salud.

Nodo 1. Bajos recursos económicos y bajo nivel educativo que inciden en la calidad de vida y salud de la población

En el marco de la participación local se trabaja desde el comité operativo de infancia y adolescencia en la articulación Interinstitucional que permita dar respuestas a situaciones que afecten el bienestar y calidad de vida de los NNA, dentro de estas se realiza cruce de base de datos de NNA desescolarizados, notificación de NNA en riesgo de desnutrición global y vinculación a programas de integración social para aporte alimentario (canasta familiar, comedores comunitarios, jardines).

Desde la política de seguridad alimentaria y nutricional se está adelantando el plan choque que busca afectar determinantes relacionados con la desnutrición aguda, en este sentido el trabajo en el diseño y operación de la ruta integral de atención a la desnutrición aguda, lo cual ha contribuido a intervenir a nivel individual a población de primera infancia con dicho déficit nutricional, así mismo se destaca el trabajo articulado con SDDE en la gestión de una ruta de empleabilidad para familias con menores que presenten desnutrición, dicha ruta está operando desde enero de 2018 y está en proceso de implementación.

Se evidencia que la población mayor de 18 años con discapacidad deben acudir a institucionalidad privada debido a la poca oferta.

Desde el Comité Local de Estupefacientes se ha generado articulación con espacios de participación a nivel intersectorial, con el fin de favorecer reducir la situación de desigualdad socio-económicas, donde se desarrollara la primera feria de servicios para la juventud de Usme en abril, desde allí se posicionara el tema SPA y los servicios con los que cuenta la subred y el sector salud para enfrentar este problema, pero además se constituye como un espacio para definir una ruta de oportunidades para los y las jóvenes de la localidad.

Nodo 2. Ausencia de planeación, ordenamiento territorial y alta densidad poblacional

Las problemáticas relacionadas con la planeación territorial, repercuten en aspectos como la generación de asentamientos informales, el aumento de contaminación derivada del tráfico vehicular en zonas de alto impacto, el manejo inadecuado de residuos sólidos, posibilidad de aumento de delincuencia común y lesiones de causa externa, informalidad laboral en vía pública y un desbalance entre la demanda de servicios sociales y de salud y la oferta asignada. Las acciones asignadas a los momentos de curso de vida de mayor vulnerabilidad, permiten repercutir positivamente en el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades, para la mejoría de las condiciones de calidad de vida y salud de la población.

Dentro de los espacios locales de participación como el Comité operativo de infancia y adolescencia se realiza promoción de prácticas de cuidado ante las enfermedades respiratorias IRA , promoviendo la técnica de lavado de manos y el uso adecuado de tapabocas, con el fin de que esta información sea multiplicada por los demás sectores e incidan positivamente en las prácticas de cuidado de los NNA. Se cuenta con disponibilidad de los servicios de vacunación para completar esquema en menores de 5 años.

En las acciones familiares desde el espacio vivienda se implementan acciones de la estrategia AIEPI en relación al reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades prevalentes de la infancia, que conllevan a los signos de peligro de muerte en los menores de 5 años, cuidados y tratamiento en casa o manejo básico de la sintomatología respiratoria, y también las medidas preventivas sobre las infecciones IRA y EDA e importancia de asistencia oportuna a los servicios de salud.

Nodo 3. Asentamientos no legalizados y baja capacidad institucional

Se realiza caracterización socio ambiental, por evento en salud de riesgo ambiental desde el espacio vivienda que permiten el fortalecimiento de la familia en prácticas de salud, para la mitigación y prevención de enfermedades, y en áreas priorizadas como en la zona de influencia relleno sanitario. Desde Gobernanza se apoyan las diferentes acciones interinstitucionales que se realizan en los territorios o zonas de invasión.

Dentro de los espacios locales de participación como el Comité operativo de infancia y adolescencia se realiza movilización de las acciones que desarrolla cada sector a los territorios, se aporta desde los servicios de vacunación para completar esquema en menores de 5 años y mujeres gestantes, toma de talla, peso y orientación frente las prácticas de cuidado desde la estrategia cuídate se feliz. En las acciones familiares desde el espacio vivienda se implementan acciones de la estrategia AIEPI en relación al reconocimiento de signos y síntomas de enfermedades prevalentes de la infancia ,que conllevan a los signos de peligro de muerte en los menores de 5 años, cuidados y tratamiento en casa o manejo básico de la sintomatología respiratoria, y también las medidas preventivas sobre las infecciones IRA y EDA e importancia de asistencia oportuna a los servicios de salud.

Desde el Comité Local de Estupefacientes se desarrollará en el segundo semestre del año en curso 3 ferias de servicios con el fin de acercar la oferta institucional en torno a la atención, prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas en la localidad, desde el principios de sostenibilidad, gestión y continuidad, y participación ciudadana.

Nodo 4. Riesgo psicosocial y afectación del tejido social

Desde Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, se realiza fortalecimiento a los profesionales de las USS sobre la oferta de los servicios en cuanto a programas de salud mental. Desde el Espacio de Vivienda, se realizan acciones en familias interviniendo eventos de conducta suicida y riesgo psicosocial identificado.

Desde el Consejo Red del Buen Trato se planea realizar jornadas de prevención de violencias para todos los cursos de vida, donde no solo se realice procesos de sensibilización si no se dé a conocer los portafolios de servicios con las que cuenta las diferentes entidades que hacen parte del Consejo Red para que la población víctima de algún tipo de violencia se beneficie de los servicios o programas.

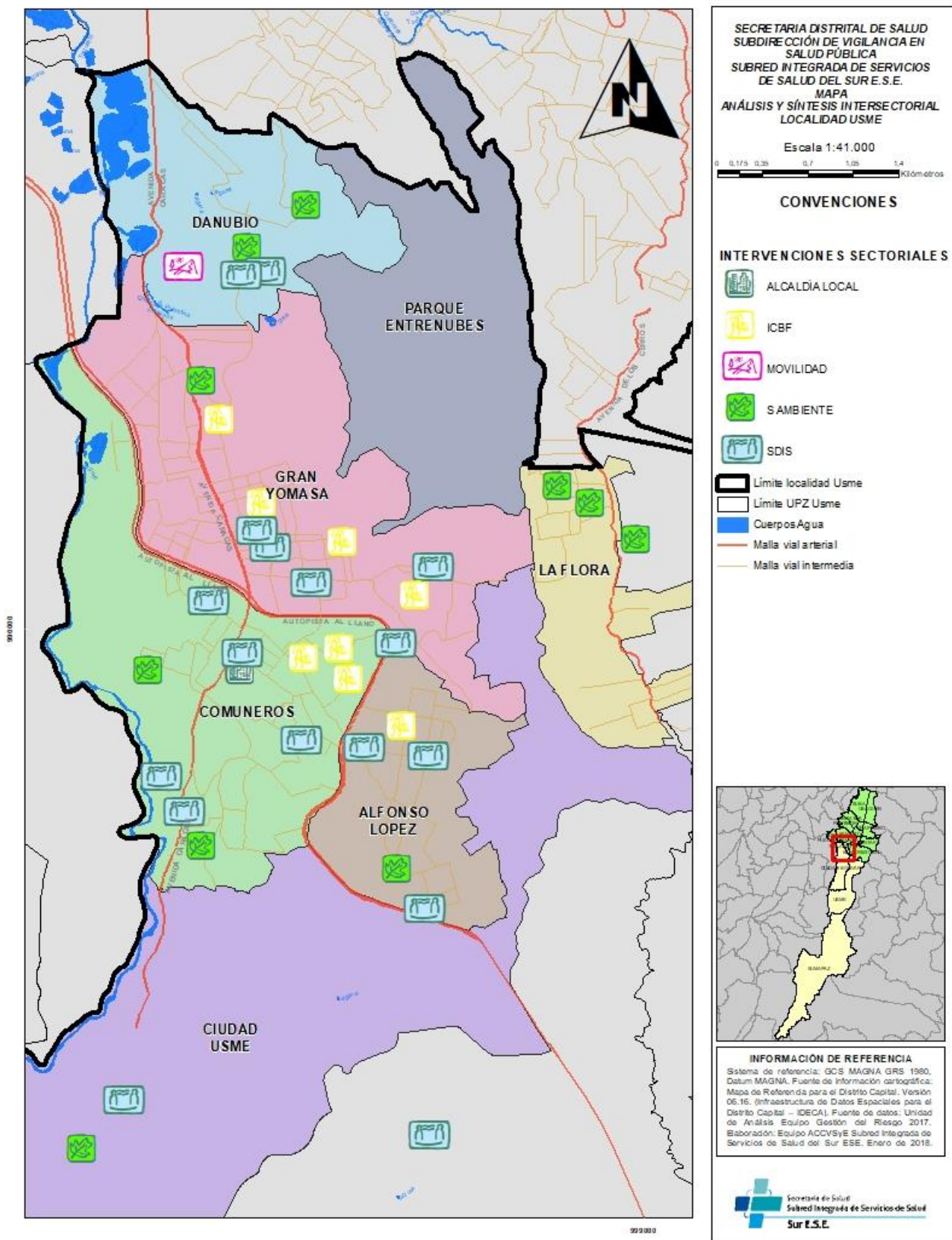
En el marco de la participación local se trabaja desde el comité operativo de infancia y adolescencia en la articulación de acciones promocionales que garanticen el desarrollo integral y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes de la localidad desde el marco

de sus derechos. Desde el plan de acción de la política pública se tiene contemplado la atención a problemáticas y situaciones de vulneración relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, violencia infantil y trabajo infantil que tienen una afectación para su desarrollo psicosocial. Por otra parte se adelantan acciones desde los espacios de vida cotidiana en cuanto a la identificación de riesgos psicosociales e intervenciones que aporten a la re significación de estilos de vida y mitigación de factores de riesgo.

Desde el programa PyD se realiza valoración del riesgo psicosocial en la consulta de crecimiento y desarrollo y se realiza notificación al SIVIM.

Actualmente a través del proyecto 264 de la alcaldía local, la Fundación Merani en articulación con las instancias de participación que se desarrollan en la localidad, incluido el Comité Local de Estupefacientes, se planea adelantar un proyecto para fortalecer la seguridad y convivencia en la localidad, específicamente desde la situación de la oferta y el consumo de SPA, se desarrollaran 3 componentes. El primero de ellos se orienta a la formación e implementación de vigías quienes realizaran acompañamientos a los colegios y comunidad en general. El segundo componente abordara el fortalecimiento a frentes de seguridad como las JAC de la localidad y finalmente se busca fortalecer el tejido social a través de la gestión interinstitucional de las entidades presentes en el territorio.

Mapa 20. Acciones de acciones intersectoriales, localidad de Usme



Nodo 5. Expansión urbana que genera transformación del entorno, así como afectación de los modos y estilos de vida rurales

Se cuenta con acciones intersectoriales que se enfocan en fortalecer la cultura y población campesina en la zona alta, media y baja de la ruralidad, con el apoyo de la Alcaldía Local y Secretaría Local de Integración Social. Conmemoraciones como el día del campesino, permiten mantener y apropiar prácticas culturales de la ruralidad y socializarlas con la población en general de la localidad de Usme. Respecto a los nuevos desarrollos de vivienda, se realizan mesas territoriales que permiten reconocer y trabajar en las problemáticas identificadas, tales como el manejo de residuos sólidos, seguridad y necesidades en salud como vacunación.

Dentro de los espacios locales de participación como el Comité operativo de infancia y adolescencia se realiza promoción de prácticas de cuidado ante las enfermedades respiratorias IRA , promoviendo la técnica de lavado de manos y el uso adecuado de tapabocas, con el fin de que esta información sea multiplicada por los demás sectores e incidan positivamente en las prácticas de cuidado de los NNA. Se cuenta con disponibilidad de los servicios de vacunación para completar esquema en menores de 5 años.

Nodo 6. Deterioro ambiental y afectación en calidad de vida y salud

Se realiza vigilancia intensificada que monitorea mensualmente 13 acueductos, los cuales se les entrega informes de IRCAS por parte de la sub red, así como asistencias técnicas, mesas de trabajo mensual, mapas de riesgo y planes de mejora. Se realizan IVC a canteras, expendios de agroquímicos, ferreterías, fundiciones, restaurantes colegios, HCB, así como IVC a relleno sanitario. Desde el espacio vivienda se realizan acciones para el cuidado de la salud familiar, estrategia AIEPI comunitaria y la estrategia de mascota verde, así como acciones de vivienda saludable con el equipo de técnicos ambientales en todas las familias.

Se realizan IEC en temas relacionados con las diferentes líneas de las políticas, desde punto cuídate y se feliz se educa sobre IBOCA y UV, se cuenta con iniciativas para recuperación de espacios públicos, creación de huertas. Se realizan acciones de salud en el viajero, IRA e higiene de manos. Desde espacio educativo se cuenta con el módulo explorarte,

fortalecimiento a PRAES y recuperación de puntos críticos. Desde gobernanza se articulan sectorial e intersectorialmente las acciones necesarias que den respuesta a las problemáticas de cada territorio, entre ellas las mesas comunitarias con el tema de relleno sanitario, igualmente se realizan muestreos mensuales de alimentos bebidas alcohólicas entre otros.

Dentro del espacio del Comité operativo de infancia y adolescencia se promocionan las prácticas de cuidado ante las enfermedades respiratorias IRA , promoviendo la técnica de lavado de manos y el uso adecuado de tapabocas.

En la consulta de crecimiento y desarrollo se evalúa condiciones ambientales relacionadas con el estado de salud a través de los antecedentes tóxicos u otros, aunque este antecedente no se tiene como uno de los principales, en ocasiones se diligencia, en especial cuando el niño o niña tiene alguna enfermedad respiratoria. De igual forma se evalúa el aporte nutricional mediante la indagación de la ocupación de los padres y del responsable del cuidado, lactancia materna e ingesta de alimentos.

6.5 Recomendaciones

Para desarrollar recomendaciones para la transformación de las condiciones del territorio, se parte del reconocimiento de las condiciones actuales, ventajas y oportunidades y condiciones que posibilitan la transformación, a partir de la construcción de una configuración deseada del territorio, la cual posibilita el desarrollo de propuestas a partir de la transformación de los nodos identificados.

Ventajas

- La localidad de Usme cuenta con un 85 % de área rural, la cual soporta una importante carga ambiental de la ciudad, lo que contribuye a un menor impacto en la contaminación urbana.
- Presenta zonas de valor paisajístico para la ciudad, así como áreas de protección ambiental como el Parque Entrenubes.
- Cuenta con áreas aprovechables para actividades agropecuarias, contando con cultivos de papa, arvejas, hortalizas, fresas, entre otros cultivos andinos.

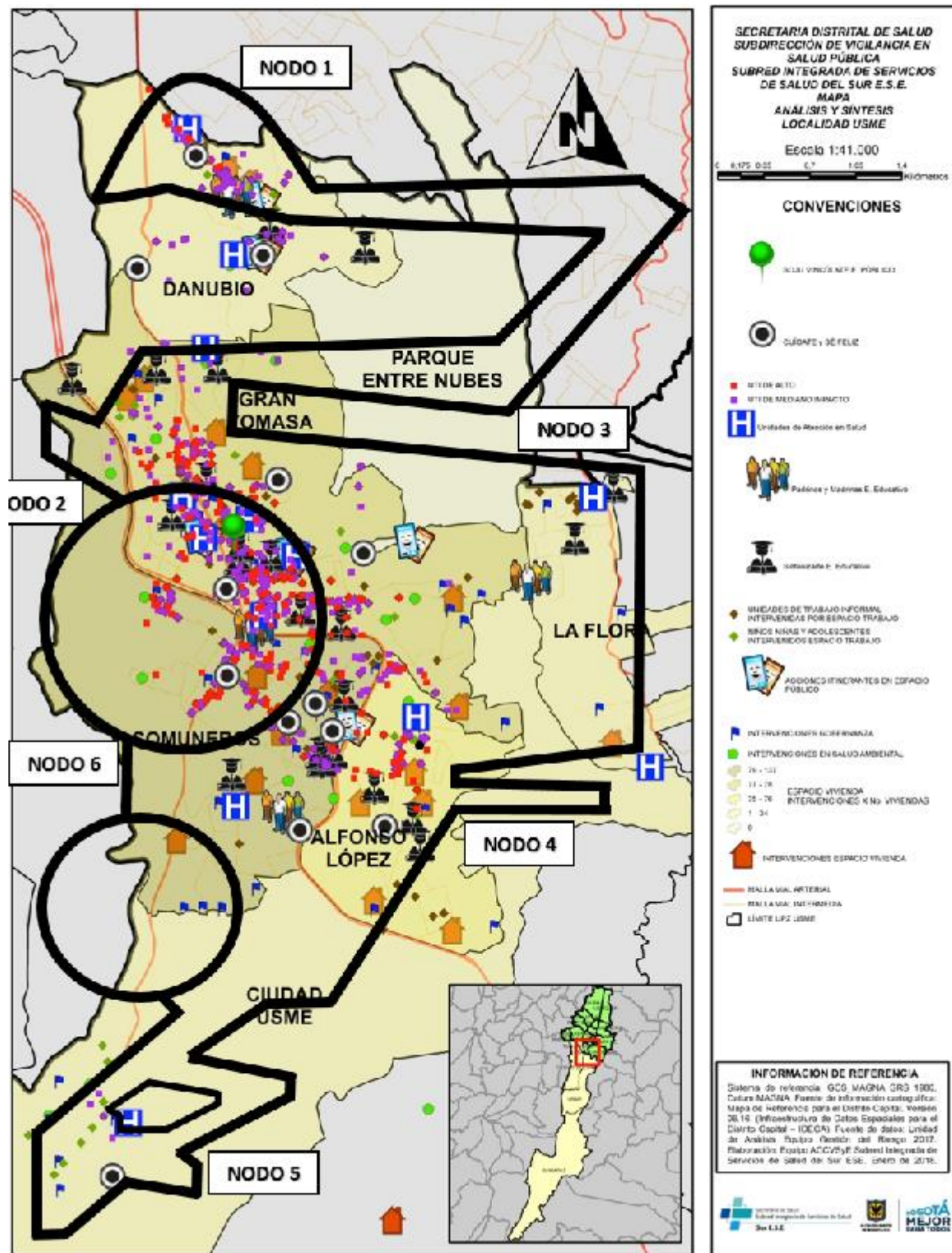
- Existencia de redes sociales y organizaciones comunitarias activas que potencian el tejido social, fomentan la gestión y el posicionamiento de las problemáticas, ejerciendo veeduría y control ciudadano.
- Se cuenta con presencia de ONG y fundaciones sociales, las cuales buscan contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la localidad, entre las que se destacan programas de seguridad alimentaria, promoción y atención de salud mental, atención a personas con uso abusivo de sustancias psicoactivas, entre otras.
- Ubicación del Portal de Transmilenio Usme el cual mejora la movilidad y acceso geográfico a servicios sociales y al equipamiento del resto de la ciudad.
- Prácticas campesinas que contrastan con la vida urbana, lo que contribuye a conservar el borde urbano - rural.
- Programas y proyectos de impacto social priorizados para la localidad (subsidios, canasta complementaria de alimentos, etc).
- Se encuentra potencial humano que soporta la mano de obra de la ciudad.

Oportunidades

- Construcción de equipamiento especializado en salud, que garantizará mayor cobertura y acceso a los servicios.
- Oportunidad de mejor desarrollo urbanístico, presencia de proyectos urbanísticos legales y ampliación de la malla vial, que permiten una correcta organización del territorio, acceso a servicios públicos y equipamientos necesarios que disminuyen los factores de riesgo en salud.
- Hallazgos arqueológicos que dan lugar a recuperación de la memoria histórica del territorio, lo que se puede materializar en la construcción de museos y otros equipamientos de interés turístico y cultural para la ciudad.
- Recuperación y conservación de fuentes hídricas que garantizan la disponibilidad de agua potable y restauración del entorno.
- Regulación de la extracción minera por medio de una normatividad más fuerte.

A partir de la identificación de particularidades, ventajas y oportunidades del territorio, y las acciones de respuesta a las tensiones y nodos caracterizadas en la localidad, se realiza el desarrollo de una configuración deseada del territorio y una metáfora de su transformación que permita dar cuenta de un escenario en el cual se cuenta con acciones que respondan a las necesidades de la población y al desarrollo de las potencialidades de la localidad.

Mapa 21. Configuración deseada del territorio, localidad de Usme



Metáfora positiva

“La retroexcavadora representa la construcción del futuro en la localidad y el desarrollo sustentable. Su brazo superior apalanca la educación y la vinculación laboral de sus habitantes, lo que genera herramientas para la superación de la pobreza y la disminución de las brechas de desigualdad con respecto a otras localidades.

Su neumático posterior gira en torno al ordenamiento territorial planificado, de acuerdo a las necesidades y características particulares de la población (urbana, rural y diferencial) contando con una planificación institucional adecuada. Esto permite la identificación del riesgo y la intervención oportuna en salud para mejorar la calidad de vida de sus usuarios capitados

Las mejoras en la calidad de vida favorece la reconstrucción del tejido social, generando condiciones sociales y territoriales favorables para la sana convivencia y la salud mental de sus habitantes.

Para lograr su desarrollo se apoya en la recuperación y sostenibilidad ambiental en su territorio, mediante el impulso de iniciativas económicas, comunitarias e institucionales que propenden por la protección del ambiente”.

Recomendaciones para transformación de los nodos

Nodo 1: Potenciar la culminación académica y preparación para la vida laboral.

Nodo 2: Ordenamiento territorial acorde al territorio, ampliando oferta institucional.

Nodo 3: Disminución de los asentamientos informales y mejoramiento de la respuesta institucional en las zonas apartadas de la localidad.

Nodo 4: La población de la localidad contara con bienestar de la salud mental, a través del fortalecimiento del tejido social.

Nodo 5: Expansión urbana planificada e incluyente de los modos y estilos de vida rurales.

Nodo 6: Disminución del deterioro ambiental, mediante la protección del ambiente a través de la apropiación del entorno local.

Nodo 1: Potenciar la culminación académica y preparación para la vida laboral

Se requiere generar fortalecimiento de respuestas intersectoriales para capacitar mano de obra. Así mismo, las juventudes de Usme cuentan con una plataforma como instancia de participación activa y propositiva, por lo que desde las instituciones de los diferentes sectores (IDRD, SDCRD, Policía, SDIS, SDS, ICBF, SCJ, IDIPRON, Alcaldía) se hace necesario participar y apoyar activamente las iniciativas y acciones que los y las jóvenes desarrollan con el fin de mejorar sus condiciones de vida y la calidad de su salud. El trabajo intersectorial coordinado es clave para lograr el mejor y mayor impacto. Así mismo se recomienda un centro día para personas mayores de 18 años con discapacidad, con el fin de generar el cuidado, capacitación e inclusión en actividades productivas a la población con discapacidad de la localidad.

Nodo 2: Ordenamiento territorial acorde al territorio, ampliando oferta institucional

Para garantizar un adecuado desarrollo del ordenamiento territorial en la localidad, es fundamental garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de planeación de la localidad, así como garantizar el compromiso de los diferentes sectores de la administración distrital para la articulación de acciones que impacten positivamente a la comunidad y permitan tener una adecuada planeación en relación con el aumento de población, nuevas urbanizaciones, reorganización de los acciones e identificación de las necesidades de la población.

El ordenamiento territorial requiere tener en cuenta las particularidades de la localidad, con el fin de tener un desarrollo armónico entre la expansión urbana, el desarrollo de infraestructura y las particularidades culturales, sociales y ambientales de la localidad. Esta planeación requiere la identificación de necesidades en salud, así como de acciones de promoción y prevención, atención y planeación de infraestructura, a partir de la gestión del riesgo en salud.

Nodo 3: Disminución de los asentamientos informales y mejoramiento de la respuesta institucional en las zonas apartadas de la localidad

Las acciones intersectoriales articuladas deben enfocarse en la planeación territorial que permita generar una adecuada intervención así como la prevención de riesgos asociados a la

generación de asentamientos informales en la localidad de Usme. Para la mitigación del riesgo social y en salud derivados de estos asentamientos, se debe realizar priorización de las familias con riesgo y en condiciones de pobreza en las diferentes acciones realizadas en la localidad. Esto debe estar enfocado en el mejoramiento de la respuesta institucional partiendo de la identificación de las condiciones de vida de la población en riesgo con el fin de afectar positivamente en las necesidades de la población.

Así mismo, se deben tener en cuenta los procesos de migración de población víctima del conflicto urbano, migración extranjera como la ocurrida con población venezolana, así como las dinámicas de población con escasos recursos que incrementa la conformación de asentamientos en territorios que no cuentan con una adecuada oferta de servicios ni garantías para generar condiciones de calidad de vida y salud.

Es importante que a nivel intersectorial, las instituciones generen procesos continuos en torno a la prevención y atención de problemáticas como el consumo y la delincuencia enfocados en la prevención a la vinculación de la oferta de SPA de la localidad, por lo que desde el Comité Local de Estupefacientes se desarrollara acciones en articulación con el DILE para sensibilizar a docentes y directivos frente a las drogas de consumo de preferencia.

Con el IDRD se deben articular acciones de prevención en los espacios recreo deportivos existentes y se definirá la ruta de atención intersectorial para SPA. Es por ello que el compromiso de las diferentes instituciones se hace crucial para aportar a las metas en salud. Se hace necesaria la articulación intersectorial en temas de proyectos e iniciativas propuesta por el fondo de desarrollo local con el fin de generar acciones en conjunto que tengan el impacto que se quiere en los jóvenes de la localidad.

A partir del fortalecimiento del modelo de atención en salud y de las rutas integrales de atención en salud, se debe garantizar el acceso a las diferentes rutas de promoción y mantenimiento, grupos de riesgo y eventos específicos, enfocados en todos los momentos de curso de vida, así como en población vulnerable y diferencial.

Nodo 4: La población de la localidad contara con bienestar de la salud mental, a través del fortalecimiento del tejido social

A nivel intersectorial se continuara con los procesos de articulación para la prevención de violencias y la promoción de una cultura del buen trato, acciones que no solo se realizaran desde el Consejo Red del Buen Trato si no al interior de las instituciones que tienen como misionalidad realizar procesos de prevención sobre los diferentes tipos de violencia que afectan la salud mental de la población en los diferentes cursos de vida, como lo es la subdirección local de integración social, CIOM, ICBF. Desde el fondo de desarrollo local se cuenta con un proyecto enfocado a la prestación de servicios para realizar acciones de prevención de violencia infantil y promoción del buen trato, donde se beneficiara la comunidad de las diferentes UPZ de la localidad.

Dada la multiplicidad de instituciones abordando el tema de prevención y mitigación del consumo en la localidad de Usme, se hace necesario desarrollar mesas de trabajo para coordinación de estas acciones que permitan abarcar la mayor parte del territorio de manera equitativa, bien sea en el marco del Comité Local de Estupefacentes o en instancias distintas donde se articule el comité.

Es necesario seguir promoviendo la corresponsabilidad frente a la salud mental de la infancia entendiendo a esta como un prioridad para su desarrollo integral, fortalecer el ejercicio de identificación y seguimiento a la salud mental desde las consultas por crecimiento y desarrollo ya que desde AIEPI se puede verificar si existe alguna situación de maltrato, estos ítem no son de diligenciamiento obligatorio por lo que no todas ls historias clínicas cuentan con el registro.

Con relación a embarazos es importante dar continuidad las acciones desarrolladas por el espacio educativo, quienes promueven el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, autocuidado, proyecto de vida y uso adecuado del tiempo libre. La estrategia "Sintonizarte", en la cual se realiza una acción pedagógica; incorporación de la estrategia "Amarte", a través de sesiones para docentes y estudiantes, de acuerdo a las necesidades identificadas para docentes en derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, creencias y mitos.

Nodo 5: Expansión urbana planificada e incluyente de los modos y estilos de vida rurales

Es importante que el sector rural de la Localidad tenga más visibilidad, donde se involucren las 14 veredas (Altas, medias y Bajas). Es necesario realizar un ejercicio en el cual se analicen las particularidades del área urbana y las acciones pensadas desde la perspectiva de lo rural en donde se puedan planear acciones integrales para el desarrollo integral de la población.

A partir de los procesos de ordenamiento territorial, se debe tener en cuenta la perspectiva comunitaria en los procesos de expansión urbana, con el fin que no se vulneren las condiciones sociales y culturales de la población, así como para la prevención de problemáticas asociadas a la expansión urbana como el aumento de la delincuencia, eventos asociados como el consumo de SPA y la identificación de necesidades en servicios, infraestructura, salud, educación y empleo.

Nodo 6: Disminución del deterioro ambiental, mediante la protección del ambiente a través de la apropiación del entorno local

En primera instancia, se deben reconocer las problemáticas ambientales como el inadecuado manejo de residuos sólidos, contaminación de fuentes hídricas, manejo de desechos producto de las actividades productivas y hábitos de la comunidad con el fin de generar apropiación de la comunidad frente al tema ambiental y el reconocimiento de su entorno.

Es necesario que se establezca mayor compromiso con la comunidad sobre el impacto de actividades laborales formales e informales en el deterioro del medio ambiente, así como de reforzar procesos de prevención de accidentes y enfermedades laborales asociadas por el uso de sustancias químicas. Para esto se debe generar fortalecimiento a las familias en temas de manejo de residuos de agroquímicos y disposición de desechos.

Es importante que el sector rural de la Localidad se visualice más en los procesos de análisis sectoriales e intersectoriales, para que de esta manera se intensifiquen acciones como la educación ambiental en temas que generen apropiación de los recursos naturales y protección de los ecosistemas, priorización en todo lo relacionado con el manejo adecuado de

agroquímicos, acueductos rurales entre otros. Esto debe ser coordinado tanto para las zonas rurales como para las urbanas.

Para la vigilancia intensificada de acueductos es importante que los operarios de las plantas tengan capacitación en operación de plantas de agua potable, intensificar las IVC por enfoque de riego.

Las enfermedades respiratorias siguen siendo una de las primeras causas de morbilidad en la población infantil de la localidad, por lo cual se debe dar continuidad al desarrollo de acciones enfocadas a la prevención y a la atención oportuna de los casos que se presentan. Así mismo, es fundamental prevenir la aparición de nuevos casos, fortaleciendo las prácticas de cuidado de las familias y en lo posible mejorando las condiciones de vida de la población.

Frente a lo identificado en los nodos se requiere una mayor articulación interinstitucional, con el fin de abordar las situaciones estructurales que se han encontrado. El sector salud aporta en las acciones que se realizan en salud. sin embargo, se requiere que se fortalezca las acciones mancomunadas en pro de la reducción de eventos en salud, así como del mejoramiento de las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas de la localidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moyano PAGLEFGCJPISERSLJRGRRHMAGMO general : G facilitador YPMJA. Guia tecnica salud publica. 2017;
2. Subred S. ACCVSyE SubredSur Urbano 2016. 2017.
3. Maldonado MM. Operación Urbanística Nuevo Usme. 2005;
4. León J. Plan Ambiental Local 2013-2016. Alcaldía Local Usme [Internet]. 2013;1–50.
5. SDA SD de A-. Informe Anual De Calidad Del Aire De Bogotá. 2009;
6. Secretaría de Seguridad C y J. Plan Integral de Seguridad y Convivencia Ciudadana para la Paz. 2017.
7. Secretaría Distrital de Planeación. Boletín No. 32. Principales resultados de la primera encuesta multipropósito para Bogotá [Internet]. Vol. 32, Bogotá Ciudad de Estadísticas. Bogotá; 2011. 115-CartillaEncuesMultipropos-2011.pdfBogotá, Colombia.
8. Monroy ÓV, Aldatz FSB, Guerra AFR, Verdejo J, Bello MÁM, Violante R, et al. Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. Arch Cardiol Mex. 2005;77(1):31–9.
9. El Cancer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención diagnóstico y tratamiento. El Cancer. Minist la Protección Soc Inst Nac Cancerol ESE. 2004;1–67.
10. Dávila Cervantes CA, Pardo Montaña AM. Análisis de la tendencia e impacto de la mortalidad por causas externas: México, 2000-2013. Salud Colect. 2016;12(2):251–64.
11. Martínez-palomino G, Vallejo M, Huesca C, León EÁ De, Paredes G, González CL. Factores de riesgo cardiovascular en una muestra de mujeres jóvenes mexicanas. Arch Cardiol México. 2006;76(52):401–7.
12. Otero A. Diferencias departamentales en las causas de mortalidad en Colombia. 2013;44.
13. Otros. MNMA y. percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. 2011;
14. Cancerologia M de salud y proteccion social-I de. El cáncer de mama: un problema creciente en Colombia. Instituto Nac Cancerol [Internet]. 2012;4(2):12. OLETIN HECHOS Y ACCIONES MAMA.PDF
15. Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). Análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches

en Bogotá D . C . 2015;

16. Nivel HTI. Presentación Resultados Acciones Boletín Diversidad 2012 - 2014. 2014;
17. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica /Public Heal [Internet]. 2005;17(5/6):353–61.
18. Whitttembury A. El Perfil Epidemiologico Y El Analisis De Situacion Del Pais. 2011;1.15.

ANEXOS

1. Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS), localidad de Usme, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, año 2016

A continuación se describe el comportamiento de la morbilidad presentada en el año 2016, en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Usme, es importante mencionar que esta USS se encuentra ubicada en la localidad de Usme.

Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Usme

Para el año 2016 en la USS Usme se registraron un total de 127.405 atenciones por consulta externa, donde el 69.8 % de las atenciones corresponden a mujeres y en hombres fue de 30,2 %.

Primeras diez causas de morbilidad por consulta externa, USS Usme, 2016

#	CIE 10	Diagnostico CIE 10	Mujer	Hombre	Total	%
1	K021	Caries de la dentina	5726	3160	8886	7
2	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	4837	1953	6790	5,3
3	E780	Hipercolesterolemia pura	3254	1166	4420	3,5
4	J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	1947	1492	3439	2,7
5	B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	1086	920	2006	1,6
6	K051	Gingivitis crónica	1292	555	1847	1,4
7	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1372	235	1607	1,3
8	M255	Dolor en articulación	1066	434	1500	1,2
9	M545	Lumbago no especificado	1020	440	1460	1,1
10	E039	Hipotiroidismo, no especificado	1249	117	1366	1,1
Resto de las causas			66122	27962	94084	73,8
Total			88971	38434	127405	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016

Para el año 2016, las diez primeras causas de morbilidad en consulta externa fueron: caries de la dentina (7 %), hipertensión esencial primaria (5,3 %) hipercolesterolemia pura (3,5 %), rinofaringitis aguda (2,7 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,6 %), gingivitis crónica (1,45), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,3 %), dolor en articulación (1,2 %), lumbago no especificado (1,1 %) e hipotiroidismo no especificado (1,1 %). El 73,8 % corresponde al resto de las causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en consulta externa para las mujeres: caries de la dentina (6,4 %), hipertensión esencial primaria (5,4 %) hipercolesterolemia pura (3,7 %), rinofaringitis aguda (2,2 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,5 %), vaginitis aguda (1,55), gingivitis crónica (1,5 %), hipotiroidismo no especificado (1,4 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,2 %) y dolor en articulación (1,2 %).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de consulta externa se identificaron las siguientes: caries de la dentina (8,2 %), hipertensión esencial primaria (5,1 %) rinofaringitis aguda (3,9 %), hipercolesterolemia pura (3 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (2,4 %), gingivitis crónica (1,45), lumbago no especificado (1,1 %), dolor en articulación (1,1 %), dermatitis no especificada (1 %) y raíz dental retenida (1 %).

De acuerdo al curso de vida se observa que las atenciones están concentradas principalmente en los curso de vida adultez con 32,9 y vejez con 20,1 %, seguido se ubica juventud 16,3 %, infancia escolar 15,4 %, infancia 11,4 % y finalmente primera infancia con 0,1 %.

Morbilidad consulta externa por curso de vida, USS Usme, 2016

Curso de vida	Mujeres	Hombres	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	84	73	157	0,1
Infancia (1 a 5 años)	7311	7238	14549	11,4
Infancia escolar (6 a 11 años)	9923	9665	19588	15,4
Adolescencia (12 a 17 años)	3218	1481	4699	3,7

Juventud (18 a 28 años)	17641	3177	20818	16,3
Adulto (29 a 59 años)	33621	8341	41962	32,9
Vejez (60 años o más)	17173	8459	25632	20,1
Total	88971	38434	127405	100,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 157 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en consulta externa para este curso de vida son: rinofaringitis aguda (6,4 %), hipermetropía (1,9 %) cerumen impactado (1,3 %), conjuntivitis no especificada (1,3 %), otras deformidades congénitas de la cadera (1,3 %), bronconeumonía no especificada (0,65), cadera inestable (0,6 %), caput succedaneum debido a traumatismo del nacimiento (0,6 %), conjuntivitis aguda no especificada (0,6 %) y constipación (0,6 %).

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 14.549 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en consulta externa para este curso de vida son: rinofaringitis aguda (9,2 %), caries de la dentina (4,6 %) parasitosis intestinal sin otra especificación (2,4 %), dermatitis no especificada (1,6 %), otras deformidades congénitas de la cadera (1,3 %), dermatitis atópica no especificada (1,35), desnutrición proteico-calórica no especificada (1 %), gingivitis aguda (0,9 %), desnutrición proteico-calórica leve (0,6 %) e infección viral no especificada (0,6 %).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 19588 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de consulta externa, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: caries de la dentina (11,6%), rinofaringitis aguda (4,9 %) parasitosis intestinal sin otra especificación (4,6 %), anomalías de la posición del diente (1,6 %), gingivitis aguda (1,5 %), dermatitis no especificada (1,35), raíz dental retenida (1,1 %), dermatitis atópica no especificada (1 %), gingivitis crónica (0,9%) e infección de vías urinarias sitio no especificado (0,9 %).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 4.699 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: caries de la dentina (10,1 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (2,5 %) rinofaringitis aguda (2,3 %), gingivitis crónica (2 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,2 %), anomalías de la posición del diente (1,15), dermatitis no especificada (1 %), dolor en articulación (0,9 %), dermatitis atópica no especificada (0,9 %) y dientes moteados (0,9 %).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 20818 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en consulta externa, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: caries de la dentina (7,6 %), gingivitis crónica (2,3 %) vaginitis aguda (1,8 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,3 %), rinofaringitis aguda (1,2 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,15), amenorrea sin otra especificación (1,1 %), lumbago no especificado (0,6%), dolor en articulación (0,6 %) y gastritis no especificada (0,6 %).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 41.962 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: hipertensión esencial primaria (7,7 %), hipercolesterolemia pura (4,6 %) gingivitis crónica (3,1 %), hipotiroidismo no especificado (2,1 %), lumbago no especificado (2,1 %), vaginitis aguda (2,15), dolor en articulación (2 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,8 %), hiperlipidemia no especificada (1,7 %) y rinofaringitis aguda (1,6 %).

Para el momento de curso de vida vejez, se observó que 25632 personas fueron atendidas en los servicios de consulta externa, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (18,8 %), hipercolesterolemia pura (12,1 %) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (2,7 %), caries de la dentina (2,6 %), dolor en articulación (1,7 %), lumbago no especificado (1,55), hipotiroidismo no especificado (1,3 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,3 %), diabetes mellitus no especificada sin mención de complicación (1,2 %) e hiperlipidemia no especificada (1,2 %).

Causas de morbilidad atendida en hospitalización USS Usme

Para el año 2016, las diez primeras causas de morbilidad en hospitalización fueron: neumonía no especificada (14,7 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (9,9 %) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (7,5 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (6,3 %), bronquiolitis aguda no especificada (5,1 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (2,65), asma no especificado (2, 2%), parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (2,2 %), celulitis de sitio no especificado (2,1 %) y celulitis de otras partes de los miembros (1,8 %). El 45,4% corresponde al resto de causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en hospitalización para las mujeres: infección de vías urinarias sitio no especificado (14,2%), neumonía no especificada (13,7%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (7,7%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (4,9%), bronquiolitis aguda no especificada (4%), parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (3,65), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (3,5 %), asma no especificado (2,4 %), celulitis de sitio no especificado (1,6 %) y celulitis de otras partes de los miembros (1,5 %).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de hospitalización se identificaron las siguientes: neumonía no especificada (16,2 % , enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (8,6 %) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (7,2 %), bronquiolitis aguda no especificada (6,7 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,4 %), celulitis de sitio no especificado (2,95), laringitis obstructiva aguda (2,7 %), celulitis de otras partes de los miembros (2,3 %), asma no especificado (1,9 %) y bronquitis aguda no especificada (1,5 %).

De acuerdo a lo anterior se observa que la primera causa de hospitalización tanto en mujeres como en hombres es la neumonía no especificada, seguido por la infección de vías urinarias en mujeres y enfermedades de la tráquea y de los bronquios en los hombres. En resumen las afecciones respiratorias son las de mayor atención en la población general en la USS Usme durante 2016.

Primeras diez causas de morbilidad de hospitalización, USS Usme, 2016

#	CIE 10	DX CIE 10	Mujeres	Hombres	Total	%
1	J189	Neumonía, no especificada	102	77	179	14,7
2	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	105	16	121	9,9
3	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	57	34	91	7,5
4	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte	36	41	77	6,3
5	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	30	32	62	5,1
6	J441	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	26	6	32	2,6
7	J459	Asma, no especificado	18	9	27	2,2
8	O800	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	27	0	27	2,2
9	L039	Celulitis de sitio no especificado	12	14	26	2,1
10	L031	Celulitis de otras partes de los miembros	11	11	22	1,8
Resto de las causas			318	235	553	45,4
Total			742	475	1217	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

Las atención por curso de vida evidencia una ocurrencia de casos en mayor porcentaje en menores entre 1 y 5 años y adultos mayores de 60 años, con un 53,8 %, la adolescencia, por mucho, el curso de menos atenciones en esta institución.

Atenciones por hospitalización según curso de vida, USS Usme, 2016

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	5	0,4	7	0,6	12	1,0
Infancia (1 a 5 años)	171	14,1	162	13,3	333	27,4
Infancia escolar (6 a 11 años)	65	5,3	68	5,6	133	10,9

Adolescencia (12 a 17 años)	18	1,5	6	0,5	24	2,0
Juventud (18 a 28 años)	126	10,4	41	3,4	167	13,7
Adulto (29 a 59 años)	156	12,8	70	5,8	226	18,6
Vejez (60 años o más)	201	16,5	121	9,9	322	26,5
Total	742	61,0	475	39,0	1217	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en hospitalización para este curso de vida son: bronquiolitis aguda no especificada (50 %), rinofaringitis aguda (16,7 %) amigdalitis aguda no especificada (8,3 %), neumonía no especificada (8,3 %), otras dificultades respiratorias del recién nacido (8,3 %), finalmente se ubican los síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (8,35 %).

Causas de morbilidad atendida en urgencias USS Usme

Para el año 2016 la Unidad de Servicios de salud Usme un reporto un total de 23575 atenciones por el servicio de urgencias; para los hombres el total fue de 10.103 que equivale al 42.9 % y en mujeres de 57.1 %.

Para el año 2016 las diez primeras causas de morbilidad en urgencias fueron: infección de vías urinarias sitio no especificado (4,1 %), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (4 %) amigdalitis aguda no especificada (3,4 %), pulpitis (3,1 %), rinofaringitis aguda (2,2 %), lumbago no especificado (2,15), bronquiolitis aguda no especificada (2,1 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (1,9 %), neumonía no especificada (1,6 %) y gastritis no especificada (1,6 %). El 73,9 % corresponde al Resto de las causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en urgencias para las mujeres fueron: infección de vías urinarias sitio no especificado (6,2 %), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (4,2 %) pulpitis (3,6 %), amigdalitis aguda no especificada (3,2 %), lumbago no especificado (2,4 %), rinofaringitis aguda (2,25), gastritis no especificada (2 %), bronquiolitis aguda no

especificada (1,7 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (1,6 %) y amigdalitis estreptocócica (1,6 %).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de urgencias se identificaron las siguientes: gastroenteritis y colitis de origen no especificado (3,8 %), amigdalitis aguda no especificada (3,6 %) herida del cuero cabelludo (2,7 %), bronquiolitis aguda no especificada (2,5 %), pulpitis (2,3 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (2,35), rinofaringitis aguda (2,2 %), herida de la pared posterior del tórax (2,1 %), herida de dedo(s) de la mano sin daño de la(s) uña(s) (2 %) y neumonía no especificada (1,8 %).

Primeras diez causas de morbilidad en urgencias según sexo, USS Usme, 2016

#	CIE 10	Diagnostico CIE 10	Mujeres	Hombres	Total	%
1	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	837	130	967	4,1
2	A099	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	564	383	947	4,0
3	J039	Amigdalitis aguda no especificada	427	364	791	3,4
4	K040	Pulpitis	491	231	722	3,1
5	J00X	Rinofaringitis aguda	302	222	524	2,2
6	M545	Lumbago no especificado	317	174	491	2,1
7	J219	Bronquiolitis aguda no especificada	232	256	488	2,1
8	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte	221	230	451	1,9
9	J189	Neumonía no especificada	201	184	385	1,6
10	K297	Gastritis no especificada	276	108	384	1,6
Resto de las causas			9604	7821	17425	73,9
Total			13472	10103	23575	100,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

En cuanto la distribución por curso de vida adultez es donde más casos se atienden en urgencias con una proporción de 31,3 %, seguido por juventud con 21,1 %, infancia con 15,5 %, vejez 14,6 %, infancia escolar 13,6 %, adolescencia 3,6 % y primera infancia con 0,4 %.

Atenciones por urgencias según curso de vida, USS Usme, 2016

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	37	0,2	54	0,2	91	0,4
Infancia (1 a 5 años)	1709	7,2	1935	8,2	3644	15,5
Infancia escolar (6 a 11 años)	1536	6,5	1674	7,1	3210	13,6
Adolescencia (12 a 17 años)	454	1,9	385	1,6	839	3,6
Juventud (18 a 28 años)	3000	12,7	1983	8,4	4983	21,1
Adulto (29 a 59 años)	4682	19,9	2687	11,4	7369	31,3
Vejez (60 años o más)	2054	8,7	1385	5,9	3439	14,6
Total	13472	57,1	10103	42,9	23575	100,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 91 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en urgencias para este curso de vida son: bronquiolitis aguda no especificada (35,2 %), rinofaringitis aguda (13,2 %) neumonía no especificada (7,7 %), laringitis obstructiva aguda (crup) (6,6 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (4,4 %), otras enteritis virales (2,25), conjuntivitis aguda no especificada (2,2 %), bronquitis crónica no especificada (2,2 %), parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (2,2 %) y amigdalitis aguda no especificada (1,1 %).

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 3.644 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en urgencias para este curso de vida son: bronquiolitis aguda no especificada (11,1 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas

en otra parte (8,3 %) amigdalitis aguda no especificada (8 %), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (6,7 %), neumonía no especificada (6 %), laringitis obstructiva aguda (5,55), rinofaringitis aguda (4,7 %), otitis media no especificada (3 %), amigdalitis estreptocócica (2,7 %) e infección de vías urinarias sitio no especificado (1,9 %).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 3210 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de urgencias, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: amigdalitis aguda no especificada (6,5 %), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (4,3 %) rinofaringitis aguda (3,8 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (2,7 %), amigdalitis estreptocócica (2,6 %), pulpitis (2,45), herida del cuero cabelludo (2,3 %), herida de otras partes de la cabeza (2,2 %), otitis media no especificada (2,1 %) y asma no especificado (2 %).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 839 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: infección de vías urinarias sitio no especificado (5,7 %), pulpitis (4,3 %) gastroenteritis y colitis de origen no especificado (3,2 %), amigdalitis aguda no especificada (3 %), amigdalitis estreptocócica (2,9 %), herida del cuero cabelludo (1,85), herida de dedo(s) de la mano sin daño de la(s) uña(s) (1,7 %), gastritis no especificada (1,5 %), heridas múltiples no especificadas (1,5 %) y lumbago no especificado (1,3 %).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 4.983 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en urgencias, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: infección de vías urinarias sitio no especificado (7 %), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (3,2 %) pulpitis (2,9%), gastritis no especificada (2,5 %), herida de la pared posterior del tórax (2,4 %), amigdalitis aguda no especificada (25), herida de dedo(s) de la mano sin daño de la(s) uña(s) (2 %), herida del cuero cabelludo (1,9 %), vaginitis aguda (1,6 %) y lumbago no especificado (1,5 %).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 7.273 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: infección de vías urinarias sitio no especificado (5,4 %), lumbago no especificado (4,1 %) gastroenteritis y colitis de origen no especificado (3,7 %), gastritis no especificada (3,4 %), herida de dedo(s) de la

mano sin daño de la(s) uña(s) (2,4 %), amigdalitis aguda no especificada (1,95), herida del cuero cabelludo (1,9 %), hipertensión esencial primaria (1,6 %), otras gastritis agudas (1,5 %) y rinofaringitis aguda (1,4 %).

2. Metodología estrategia BIT PASE

Objetivo

Adoptar la metodología BIT PASE y PASE a la Equidad en Salud para la comprensión del territorio en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, a partir de las dimensiones del desarrollo poblacional, ambiental, social y económica para la integración de los análisis de condiciones calidad de vida salud y enfermedad.

Insumos requeridos:

1. Mapa de riesgos, información contexto territorial y demográfico (capítulo 1)
2. Matriz de determinantes sociales (capítulo 2)
3. Información de morbi-mortalidad (capítulo 3)
4. Recorridos de apropiación territorial
5. Agendas locales
6. Estrategia de Abordaje Territorial
7. Matriz de indicadores 2016-2017
8. Mapa de acciones de los espacios

Metodología

Para lograr una comprensión integral del territorio se requiere de una construcción conjunta que permita realizar un dialogo de saberes, la conjunción de información técnica y de la experiencia local, apoyado en los indicadores en salud, en el reconocimiento de las condiciones poblacionales ambientales, sociales y económicas y el reconocimiento del territorio que permitan generar una configuración actual y deseada del territorio que permita un análisis integral y la síntesis de la información. Para esto, se plantean seguir un proceso que integre los análisis anteriores y permita generar una identificación de las condiciones del

territorio, la comprensión del mismo y la generación de respuestas a las necesidades identificadas, a partir de un proceso que integre los siguientes elementos:

- Construcción de la configuración actual del territorio.
 - Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio.
 - Transformación esperada de ejes estructurantes y tensiones.
 - Construcción de la configuración deseada.
 - Construcción de estrategia.
1. A partir de los insumos de los procesos de análisis de los componentes de Gobernanza, así como de Gestión del Riesgo en Salud, se Identificarán los vínculos presentes en el territorio para asociarlos a las tensiones o eventos en salud identificados previamente en las Agendas Locales, y complementado para la Subred Sur con las tensiones identificadas en las mesas estratégicas a partir del Plan Decenal de Salud Pública.
 2. Empleando los mapas de riesgos realizados en el capítulo 1, e integrando los procesos de análisis, se ubican geográficamente las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas y se asocian a las tensiones identificadas previamente.
 3. Se identifican los puntos de concentración de las tensiones en el territorio, definiendo los nodos o racimos, realizando un análisis de los generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones compartidos y su precedencia en el tiempo.
 4. Con el ejercicio anterior de identificación de tensiones se realiza un análisis de la localización de las tensiones y condiciones identificadas, partiendo de que cada una de las tensiones presenta una localización definida y/o aunque se presente en muchos sectores, tiene predominancia o se concentra con mayor fuerza en ciertas zonas de la localidad, lo cual permite identificar particularidades y patrones presentes en el territorio.
 5. Con el análisis realizado se construyen los ejes estructurantes a partir de los nodos o racimos. Los ejes estructurantes pueden referirse a procesos económicos, sociales, ambientales o institucionales de nivel macro inherentes a la forma como está constituida la organización social, económica y política de la localidad o del Distrito Capital y en particular a aquellos elementos que se reiteran y su afectación en la salud de la población.

6. La construcción de la configuración actual, surge de la forma como se relacionan unos y otros elementos en el territorio. Cuando se identifican los ejes estructurantes, se logra identificar que el mapa va tomando ciertas características que pueden asociarse a una imagen compartida. Teniendo en cuenta las condiciones del PASE y las particularidades históricas y culturales del territorio, se asigna una imagen a la configuración del territorio.
7. A partir de la imagen, las condiciones identificadas en el territorio y de los ejes estructurantes, se construye una metáfora que se constituye en un acercamiento o aproximación al territorio, la cual de forma narrativa integra las condiciones particulares y la configuración actual. La imagen y la metáfora permiten una apropiación del territorio, generando una síntesis de la situación actual del mismo y de sus particularidades, integrando los procesos de análisis desarrollados por los equipos locales. Esto permite integrar la información y procesos realizados en la Subred y contar con la integración de análisis y síntesis.
8. A partir de la configuración actual del territorio, se desarrollan procesos de análisis con que integre las acciones del componente 1 de Gobernanza, los Espacios de Vida Cotidiana, GPAISP y los diferentes componentes de Gestión del Riesgo, que permitan identificar las acciones realizadas y territorializarlas, aportando al desarrollo del capítulo 5, a la respuesta brindada sectorial e intersectorialmente y a la Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio. Para esto se emplean los mapas de acciones de los diferentes componentes, y se realiza trabajo conjunto de territorialización de las acciones en la cartografía de las localidades.
9. A partir de los análisis realizados con los diferentes componentes, se realizan ejercicios en los cuales se plantea la transformación esperada de los ejes estructurantes y de las tensiones territorializadas a partir de las acciones identificadas y de las acciones a realizar a futuro, lo cual permite la apropiación de la configuración actual y el análisis de la respuesta brindada, con el fin de generar propuestas para la transformación de los ejes estructurantes.
10. Teniendo en cuenta los resultados del proceso, la territorialización de las acciones y el planteamiento de transformación de los ejes estructurantes, se procede a construir la imagen y la metáfora para generar la configuración deseada del territorio.

11. La identificación de la configuración deseada, permitirá la planeación y construcción de estrategias de intervención en las localidades que generen una transformación del territorio a partir de acciones sectoriales e intersectoriales, así como integrar la información y la configuración del territorio como proceso de análisis y síntesis.