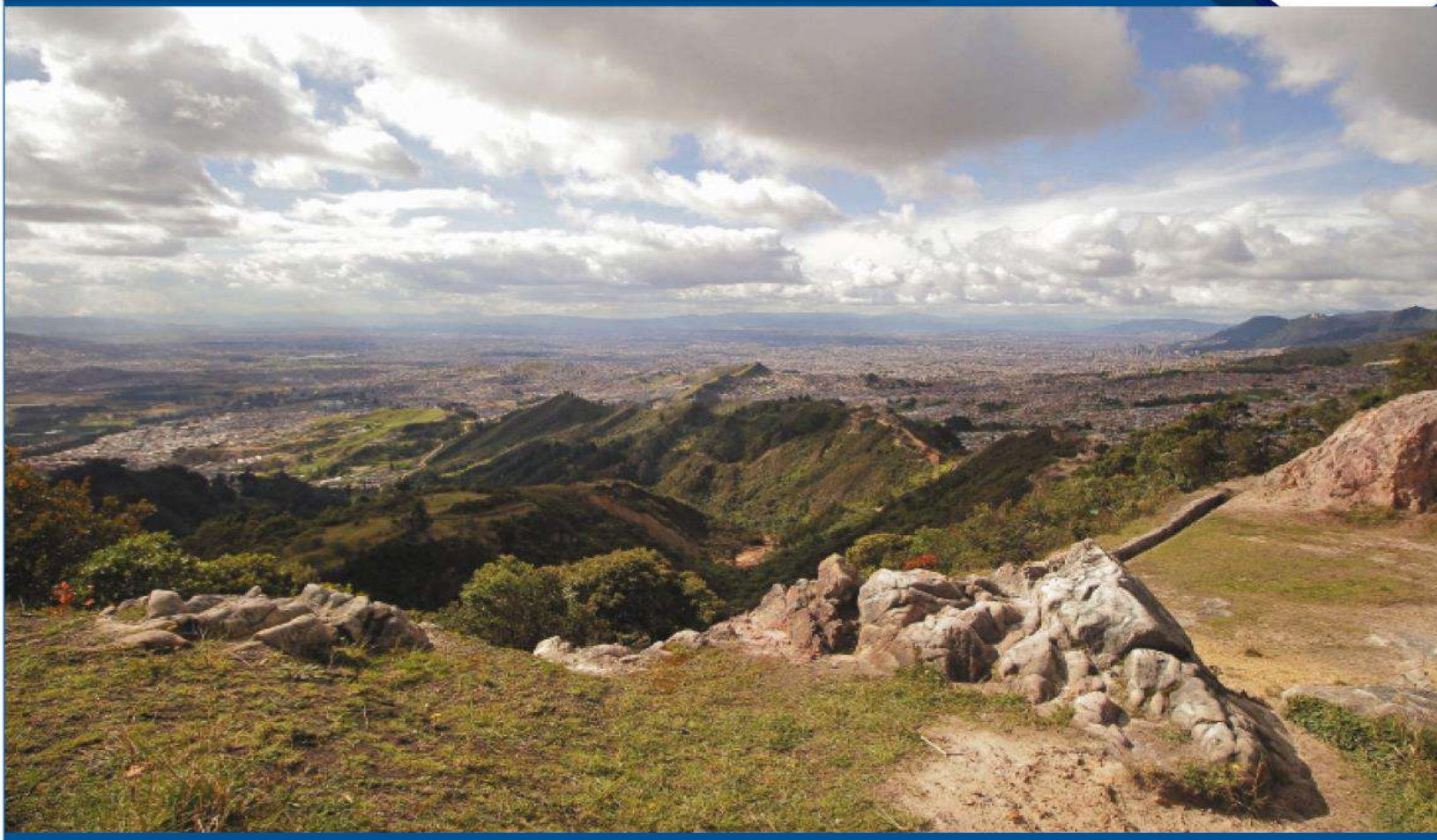
ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD – 2017

Localidad de Usme

5



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

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 Patiblanco, Epidemióloga
Ruth Vicky Quintana Forero, Epidemióloga
José Francisco Vargas González, Profesional Social
Edwin Fuentes Flórez, Profesional Social
Juan Nicolás Valbuena, Profesional Social
Carlos Fernando Macana González, Geógrafo
Andrés Torres, Geógrafo

Coordinación editorial Subred Sur

Fotografía portada
Parque Entrenubes https://www.elespectador.com

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2017

www.saludcapital.gov.co

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 7
2. OBJETIVO GENERAL 8
3. METODOLOGÍA 8
4. Contexto Territorial 13
Localización 13
Densidad de población 17
Estructura Demográfica 18
5. Análisis de prioridades por momentos del curso de vida 19
5.1 Momento de Curso de Vida Primera Infancia (0-5 años) 19
Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 19
5.1.2 Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional (0- 5 años) 28
Dimensión Vida saludable enfermedades transmisibles 31
Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles 32
Dimensión Convivencia social y salud mental 33
Puntos críticos del momento del Curso de vida Primera Infancia 35
5.2 Acciones en salud 37
5.3 Momento de Curso de Vida Infancia (6-11 años) 37
Dimensión Convivencia social y salud mental 37
Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional (6-11 años) 41
Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles 43
Dimensión Salud y ámbito laboral 46
Puntos críticos del momento del Curso de vida Infancia 48
5.4 Acciones 50
Respuesta Intersectorial y Sectorial Primera Infancia e Infancia 50
5.5 Momento de Curso de Vida Adolescencia (12-17 años) 51
Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 51
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental 52
Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional 64
Dimensión Salud y ámbito laboral 65
Puntos críticos del momento del Curso de vida Adolescencia 67
5.6 Acciones 69
5.7 Momento de Curso de Vida Juventud (18-28 años) 69
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental 69
Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 74
Dimensión: Salud y ámbito laboral 75
Puntos críticos del momento del Curso de vida Juventud 78
5.8 Acciones 79
5.9 Momento de Curso de Vida Adultez (29-59 años) 80
Dimensión: Convivencia social y salud mental 80
5.9.2 Dimensión Vida saludable y Condiciones No Transmisibles 84
Dimensión: Vida saludable y enfermedades transmisibles 86
Dimensión: Salud y ámbito laboral 90
Puntos críticos del momento del Curso de vida Adultez 91
5.10 Acciones 92
5.11 Momento de Curso de Vida Vejez (60 años y más) 93

Dimensión: Convivencia social y salud mental 93
Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles..... 99
Dimensión: Salud y ámbito laboral 103
Puntos críticos del momento del Curso de vida Vejez 104
5.12 Acciones 106
6. Dimensión trasversal a todos los momentos de curso de vida..... 106
6.1 Salud ambiental 107
6.1.1 Calidad del agua 107
Calidad del aire 107
7. Conclusiones y recomendaciones..... 108
Bibliografía 109

INDICE DE MAPAS

Mapa 1. Localización y estructura territorial, Localidad Usme, 2017..... 16
Mapa 2. Densidad poblacional, localidad de Usme 2017. 17
Mapa 3. Sífilis congénita, primera infancia, Usme, 2017. 21
Mapa 4. Sífilis gestacional, primera infancia, Usme, 2017. 22
Mapa 5. Mortalidad perinatal, primera infancia, Usme, 2017. 26
Mapa 6. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida primera infancia, Usme, 2017 36
Mapa 7. Maltrato infantil, infancia, Usme, 2017..... 40
Mapa 8. Caries infantil, Usme, 2017. 46
Mapa 9. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida infancia, Usme, 2017..... 49
Mapa 10. Embarazo en adolescente, localidad Usme, 2017..... 52
Mapa 11. Consumo de sustancias psicoactivas, adolescencia, Usme, 2017..... 61
Mapa 12. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adolescencia, Usme, 2017 68
Mapa 13. Trabajo informal, juventud, Usme, 2017. 78
Mapa 14. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida juventud, Usme, 2017 79
Mapa 15. Enfermedades crónicas, adultez, Usme, 2017. 86
Mapa 16. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adultez, Usme, 2017 92
Mapa 17. Violencias, vejez, Usme, 2017. 96
Mapa 18. Enfermedades crónicas, vejez, Usme, 2017. 101
Mapa 19. Pérdida de piezas dentales (edentulismo) en la población en vejez, Usme, 2017. 103
Mapa 20. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida vejez, Usme, 2017..... 105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Mortalidad infantil, localidad de Usme, 2012 – 2017. 27
Tabla 2. Mortalidad menores de 5 años por IRA y neumonía, Localidad de Usme, años 2012 - 2017 31

Tabla 3. Distribución del momento de curso de vida infancia notificada al subsistema SIVIM por sexo, localidad Usme, 2017. 37
Tabla 4. Distribución del momento de curso de vida infancia notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, localidad Usme, 2017 38
Tabla 5. Identificación trabajo infantil, localidad de Usme, abril 2017 a junio 2018. 47
Tabla 6. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SIVIM por sexo, localidad Usme, 2017 53
Tabla 7. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Usme, 2017 55
Tabla 8. Tipo de droga de consumo en Adolescentes de acuerdo al sexo, Localidad Usme, 2017..... 58
Tabla 9. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, Subred Sur, 2017 62
Tabla 10. Identificación adolescentes trabajadores Localidad de Usme, abril 2017 a junio 2018..... 66
Tabla 11. Distribución del momento de curso de vida juventud notificada al subsistema SIVIM por sexo, Subred Sur, 2017..... 70
Tabla 12. Distribución del momento de curso de vida juventud notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Subred Sur, 2017 70
Tabla 13. Unidades de trabajo informal de alto y medio impacto abordadas con mejoría superior al 75%, localidad de Tunjuelito, abril 2017 a junio 2018..... 76
Tabla 14. Distribución droga de inicio, droga dos, droga tres, droga cuatro y droga de mayor impacto en jóvenes, localidad Usme, 2017 83
Tabla 15. Distribución de persona mayor notificada al subsistema SIVIM por localidad y sexo, Subred Sur, 2017..... 93
Tabla 16 Distribución de persona mayor notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia, sexo y localidad, Subred Sur, 2017 94
Tabla 17. Distribución de persona mayor notificada al subsistema SIVIM por estado civil y aseguramiento, Subred Sur, 2017 95
Tabla 18 Distribución de persona mayor notificada al subsistema SIVIM por principal agresor y localidad, Subred Sur, 2017 95
Tabla 19. Usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con EPOC en la localidad de Usme por sexo, Subred Sur, 2017 100
Tabla 20. Distribución de usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con hipertensión esencial (Primaria), por sexo, localidad de Usme - 2017 100
Tabla 21. Distribución de usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con diabetes mellitus, por localidad y sexo, Subred Sur, 2003 - 2017 100

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1. Pirámide poblacional, Localidad Usme año 2017. 19
Grafica 2. Mortalidad Perinatal, localidad de Usme, años 2012 – 2017 23
Grafica 3. Distribución porcentual de casos de mortalidad perinatal según edad de la madre, localidad Usme, años 2012 – 2017 24
Grafica 4. Frecuencias de consumo de alimentos en población menor 5 años, localidad Usme, 2017..... 30

Grafica 5. Distribución por momento de curso de vida y sexo, de víctimas de violencias, localidad Usme, año 2017. 34
Grafica 6. Distribución por tipo de violencia, primera infancia, localidad Usme, 2017 35
Grafica 7. Distribución por tipo de violencia en adultez, localidad Tunjuelito, año 2017 81
Grafica 8. Proporción de Incidencia casos de VIH/Sida por 100.000 habitantes, localidad de Usme periodo 2012 – 2016. 89

1. INTRODUCCIÓN

Los análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad (ACCVSyE), constituyen procesos de generación de conocimiento a través de la articulación de métodos cuantitativos y cualitativos que permiten, a su vez, priorizar situaciones y eventos para la toma de decisiones en salud pública sobre los territorios. En esta medida, los análisis de información contribuyen al establecimiento de relaciones entre los diferentes determinantes sociales identificados que inciden en los procesos de salud y enfermedad.

Para la vigencia actual, la Secretaría Distrital de Salud (SDS), ha hecho una apuesta en la forma en que se construyen los documentos de análisis del año 2017. De ahí que la recolección y análisis de la información contara con el ordenador de *enfoque de curso de vida*; con lo que se espera aportar en el establecimiento de relaciones entre contextos, temporalidad y acontecimientos, los cuales son factores que favorecen los estados de salud y enfermedad de las poblaciones.

El enfoque de curso de vida, como paradigma epidemiológico, interpreta la salud individual, familiar y comunitaria, como resultado de influencias biológicas, psicológicas, del entorno físico y social, desde el momento de la concepción hasta la muerte. Los análisis desde este enfoque, en consecuencia, permiten comprender los antecedentes de las enfermedades, para así incidir en la toma de decisiones y en la elaboración de planes y programas de intervención acordes a los hallazgos y así incidir en las condiciones de la población.

Es de tener en cuenta que el análisis parte de los resultados del ACCVSyE del año 2017, que tuvo como resultado la configuración actual del territorio, la matriz de seguimiento a indicadores que deben ser articulados con el Plan de Gerencia, Plan Estratégico Institucional y el Plan Operativo Anual de la Subred, en los cuales se identifican las principales prioridades en salud para cada etapa de curso de vida. Por lo tanto, el presente documento establece la base metodológica y técnica con las cuales se realizará el proceso de análisis en salud para la localidad de Usme.

El presente documento consta de tres partes principales, a saber: el planteamiento de los objetivos y la descripción de la metodología adoptada, la caracterización de los contextos territorial y demográfico y el análisis de prioridades definidas para cada momento de curso de vida y de las dimensiones transversales a todos los cursos de vida. En cada caso se presentan mapas, tablas y gráficas como resultado de la labor de georreferenciación y de observación de los datos epidemiológicos, lo cual da cuenta de un análisis cuantitativo exhaustivo que respalda el análisis cualitativo de todo el documento.

De esta manera, el Proceso Transversal de Gobernanza de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E. presenta este documento de análisis, el cual d

cuenta de las diferentes condiciones de vida, salud y enfermedad de los habitantes de sus cuatro localidades y, en este caso en particular, de la localidad quinta de Usme, para contribuir positivamente en su bienestar y en el mejoramiento efectivo de su calidad de vida.

2. OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis de las prioridades en salud de la población de la localidad de Usme por momento de curso de vida en el marco de las dimensiones del PDSP 2012-2022, a través de la triangulación de información cuantitativa, cualitativa y comunitaria para la toma de decisiones y planificación de acciones en salud sectorial e intersectorial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Generar un diagnóstico sobre las Condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad por etapa de curso de vida y localidad.
- Analizar prioridades definidas para cada etapa de curso de vida, a partir de la información generada en mesas de análisis, metodologías cualitativas comunitarias e intersectoriales.
- Divulgar los hallazgos relevantes sobre las condiciones de calidad de vida y salud por etapa de cursos en los espacios sectoriales e intersectoriales.

3. METODOLOGÍA

Desde el año 2017, el equipo de Gobernanza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. cuenta con una propuesta de análisis que permite articular lo sectorial y lo intersectorial como estrategia para dar respuesta a las problemáticas o necesidades identificadas en las localidades que atiende, a saber, Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz. Para esto, se conforman mesas estratégicas organizadas de acuerdo a las dimensiones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública (DPDS) 2012-2022, cuyas actividades iniciaron en mayo de 2017, así como las disposiciones normativas de la Ley Estatutaria de Salud, la Política de Atención Integral en Salud, y el Plan Territorial de Salud. Teniendo esto en cuenta, el análisis de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, aplicó una metodología mixta, basada en herramientas cuantitativas y cualitativas, mediante el diseño de instrumentos que posibilitan la captación y el análisis de información válida y oportuna, partiendo de las siguientes fuentes primarias y secundarias:

- Bases de datos del Sistema de Vigilancia (SIVIGILA)
- Bases de estadísticas vitales: aplicativo RUAF ND
- Registros individuales de prestación de servicios de salud de la Subred integrada de servicios de Salud Sur E.S.E (RIPS)
- Tableros de indicadores (PAI, Espacios de vida y Programas)

- Información DANE (visor de microdatos)
- Demás fuentes numéricas que permiten observar el comportamiento demográfico, estado de salud y enfermedad de las poblaciones en la localidad

El presente análisis se realizó dentro del marco de **las mesas de análisis**[1], como estrategia fundamental para la recolección y análisis de la información. Este ejercicio se desarrolló en los grupos funcionales y equipos técnicos. Los grupos funcionales son:

- Primera infancia e Infancia
- Adolescencia y Juventud
- Adultez
- Vejez

Los equipos técnicos son:

- Salud mental
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Salud ambiental
- Salud oral
- Trabajo
- Poblaciones diferenciales
- Discapacidad.

Para los análisis de las prioridades definidas para la zona rural, se contó con una mesa exclusiva. En las mesas participan la dirección de gestión del riesgo, coordinación PIC, referentes, líderes y profesionales de gobernanza, así como representantes de los espacios de vivienda, público, educativo, trabajo, vigilancia en salud pública, activaciones de ruta, programas y promoción y detección.

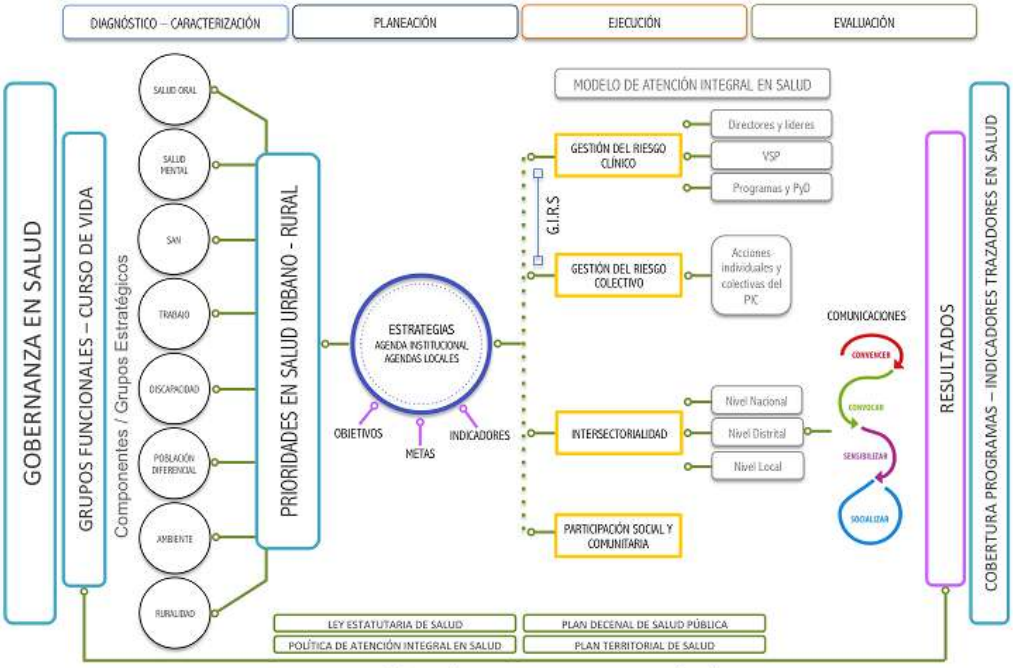
Las herramientas que se emplearon en las mesas de análisis fueron, principalmente, los grupos focales, como técnica que busca profundizar un tema específico con un grupo de profesionales expertos; cada sesión contó con preguntas orientadoras que permitieron afianzar los análisis de las prioridades. A la par de los análisis de información cualitativa y cuantitativa, se realizó cartografía social, como técnica que permite la reconstrucción social y espacial del territorio de los eventos analizados. Esta técnica permite visualizar la presencia de los eventos que influyen en los procesos de salud y enfermedad. De igual manera, se incluyó un análisis comunitario, para lo cual fue necesario ejecutar unidades de análisis con la comunidad, las que proveen información contextualizada sobre las situaciones que se han priorizado. Así mismo, fue una fuente útil para plantear las estrategias de abordaje institucional. No obstante, se aplicaron otros instrumentos de recolección de información, como entrevistas semiestructuradas y encuestas a la comunidad, con las que se buscó captar el punto de vista de la población frente a las prioridades definidas.

[1]Las mesas de análisis son la adaptación del equipo de ACCVSyE del nivel central de las unidades de análisis, esto con el fin de hacer diferencia con la actividad que realiza vigilancia epidemiológica.

A partir de los nodos identificados en el documento de análisis, la matriz de indicadores y las necesidades identificadas en las unidades de análisis, se establecieron las prioridades que afectan la calidad de vida y salud de la población que reside en cada una de las cuatro localidades.

Los análisis cualitativos buscan acercarse a profundidad a las prioridades definidas para cada una de las etapas de cursos de vida, indagando sobre las circunstancias por las cuales se presentan y que afectan la salud. Esto, teniendo en cuenta que, en los últimos años, las técnicas cualitativas han tomado un posicionamiento en la comunidad de investigadores, en la medida en que estas permiten profundizar en la compresión de los fenómenos estudiados. Por su parte, los análisis cuantitativos se realizaron a partir de datos estadísticos, geográficos y epidemiológicos, que permitieron evidenciar patrones, variables y distintos fenómenos sociales, poblacionales y de salud y enfermedad. De esta manera, los elementos del análisis cualitativo se robustecen con datos concretos, lo que permite evaluar y determinar los problemas, y orientar las conclusiones y recomendaciones con objetividad, rigurosidad y especificidad.

Figura 1. Metodología de análisis de condiciones de vida salud y enfermedad



Fuente: elaboración propia equipo ACCVSyE Subred Sur

A partir de las fuentes de información disponibles y las necesidades identificadas en unidades de análisis, se establecen prioridades para la localidad de Usme que afectan la calidad de vida y salud de la población que allí reside, teniendo como ordenador el momento de curso de vida y las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:

Momentos del curso de vida	PDSP	Prioridades
PRIMERA INFANCIA (0-5 AÑOS)	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Sífilis congénita y gestacional
		Mortalidad materna-perinatal
		Transmisión Vertical VIH
		Mortalidad Infantil
	Seguridad alimentaria y nutricional	Inseguridad alimentaria y nutricional
	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Neumonía
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Caries
	Dimensión Convivencia Social y salud mental	Maltrato Infantil
INFANCIA (6-11 AÑOS)	Convivencia social y salud mental	Maltrato infantil Violencia Sexual
	Seguridad alimentaria y nutricional	Inseguridad alimentaria y nutricional
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Caries
	Salud y ámbito laboral	Trabajo infantil
ADOLESCENCIA (12-17 AÑOS)	Convivencia social y salud mental	Conducta suicida
		Violencias
		Violencia sexual
		Consumo de spa (alcohol y tabaco)
	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Embarazo en adolescentes 10-14 años
	Seguridad alimentaria y nutricional	Obesidad
	Salud y ámbito laboral	Trabajo en adolescente protegido
JUVENTUD (18-28 AÑOS)	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Prevención de la maternidad y paternidad temprana (24 años)
	Salud y ámbito laboral	Trabajo Informal
	Convivencia social y salud mental	Violencia Sexual
		Violencias- LCE

Momentos del curso de vida	PDSP	Prioridades
ADULTEZ (29- 59 AÑOS)	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Comportamiento VIH en población adulta
	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Morbi- mortalidad por tuberculosis
	Convivencia social y salud mental	Violencias
		Consumo de SPA
	Salud y ámbito laboral	Trabajo Informal
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Enfermedad crónica
VEJEZ (60 AÑOS Y MÁS)	Convivencia social y salud mental	Lesiones de causa externa
		Violencia Intrafamiliar
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Edentulismo
		Enfermedades crónicas
	Salud y ámbito laboral	Trabajo Informal
Dimensiones Transversales	Salud Ambiental	Calidad de aire y agua

ANÁLISIS DE CONDICIONES DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD USME

4. Contexto Territorial

Localización

La localidad de Usme está ubicada al costado suroriental de Bogotá Distrito Capital; limita al norte con las localidades 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; el Plan de Ordenamiento Territorial POT señala que el uso de suelo es agrícola con una extensión de 19.394 hectáreas y 2.114 hectáreas de uso urbano y de expansión.

Usme cuenta con siete Unidades de Planeación Zonal (UPZ) y dos 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) y Cerros Orientales (02).

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

Está conformado por la cuenca del rio Tunjuelo (parte alta de la cuenca) y las subcuencas de los ríos Curubital, Chisacá, Lechoso y Mugroso. Los ríos que conforman el sistema hídrico son de la localidad son: 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, es importante mencionar que los afluentes hídricos anteriormente mencionado atraviesan el área urbana de la localidad; en cuanto al 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.

Usme presenta un conjunto de riesgos que pueden afectar la población, los bienes y la estructura misma de la localidad; se encuentra expuesta a zonas de riegos y amenazas no sólo por ubicación en la periferia de la ciudad, sino además, por el establecimiento de asentamientos no legalizados, edificaciones que no cumplen con las normas de construcción vigentes para Colombia, movimientos en masa, minería ilegal, erosión del suelo, incendios forestales.

Los riesgos de los asentamientos no legalizados en la localidad están relacionados con el tipo las viviendas que no presenta las condiciones óptimas en los materiales de construcción debido a que son materiales como latas, plástico, cartón, materiales reciclables, madera, sino que además no presentan normas de urbanización, presentan bajo acceso a servicios públicos por lo cual optan por conexiones irregulares a redes de acueducto y energía; las UPZ que se ven afectados por esta problemática son Gran Yomasa sector de Tocaimita y UPZ Danubio sector norte, lo cual empeora la calidad de vida de la población generando una alta vulnerabilidad social, económica frente a los riesgos naturales y generando riesgo en enfermedades asociadas a la malas condiciones habitaciones

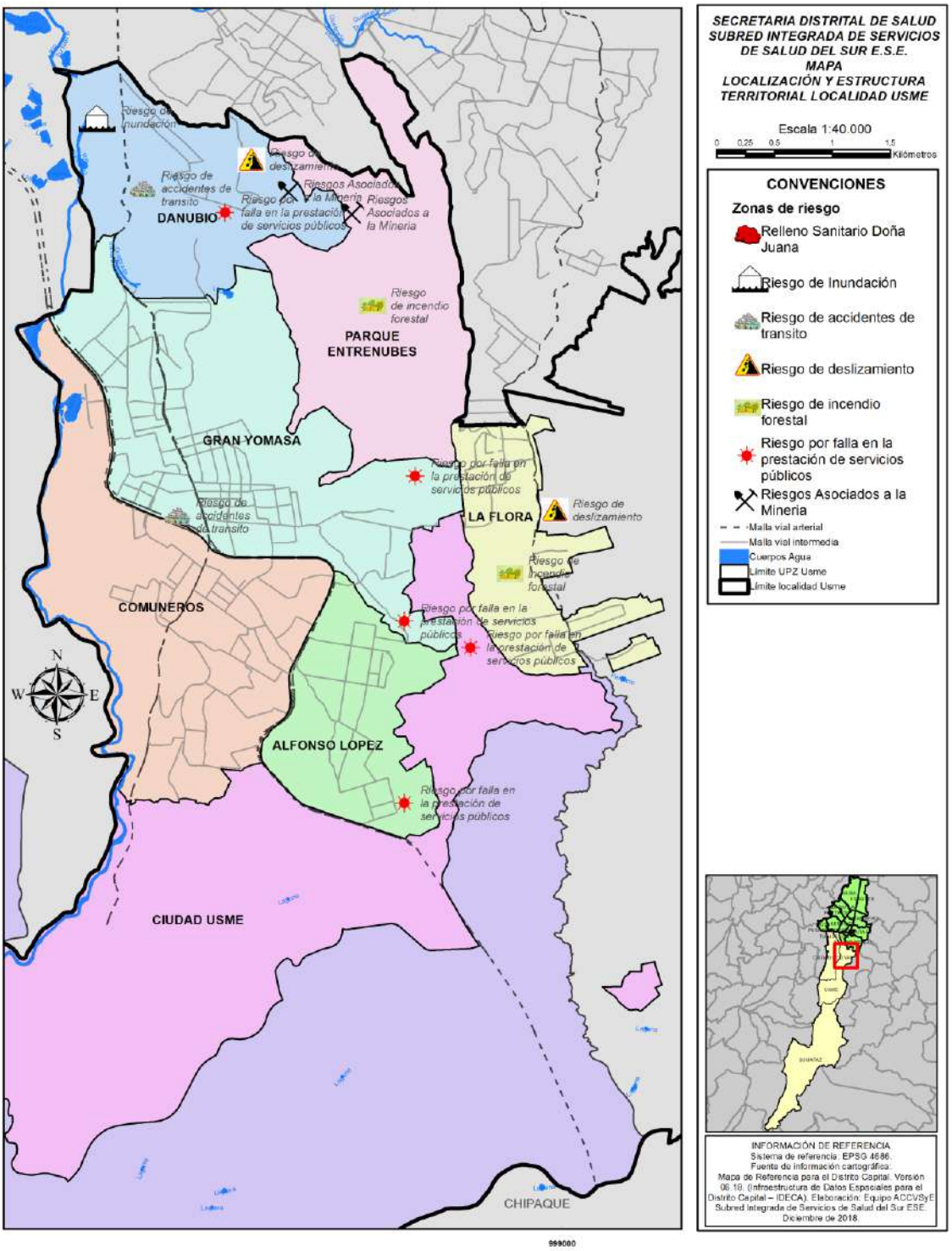
Los riesgos por inundaciones por desbordamiento se asocian a las zonas próximas al rio Tunjuelito y sus afluentes; las UPZ con mayor riesgo son Comuneros (límites con el rio Tunjuelo) y la UPZ Danubio y Gran Yomasa.

En cuanto a riesgo por incendios forestales las UPZ Parque Entrenubes y La flora son las que presentan mayor riesgo, debido a que son UPZ mayoritariamente de cobertura vegetal, áreas de asentamientos no legalizados y además, por que limitan con el área rural de la localidad. La problemática se presenta mayoritariamente 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 en 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. Además se presentan quemas naturales debido a las condiciones extremas del clima.

El riesgo por erosión del suelo se presenta en la UPZ 56 Danubio en los Barrios Alaska, Santa Marta, El Porvenir, Duitama y Barranquillita II, se presentan desprendimientos de roca y hundimiento de suelos, asociados a los procesos erosivos del suelo en las canteras, receberas y gravilleras representados en el mapa. La extracción minera ilegal principalmente en la UPZ Gran Yomasa, La Flora y Danubio 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 m^2.

La localidad de Usme cuenta en el área rural con zonas de reserva definidas como bosques, quebradas, nacederos y páramo que son de importante cubrimiento en la región; sin embargo estas potencialidades ambientales presentan deterioro debido a situaciones graves como lo son: 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 animales, además del deterioro del ecosistema asociado al turismo que ha aumentado en los últimos años, lo que genera alteración de la cobertura vegetal protectora y por los largos periodos de uso a los que esta es sometida. La Consecuencia de ello es la pérdida de fertilidad de los suelos. En cuanto Fallas o daños en servicios públicos para el periodo 2010 y junio de 2015 la localidad de Usme genero hasta 1500 reportes al SIRE (sistema de información y gestión del Riesgo), la concentración de fallas o daños se da en las UPZ Gran Yomasa, Alfonso López, Ciudad Usme y Danubio; en algunas zonas de la localidad ha habido ausencias en el servicio de recolección de basuras, como en la parte alta de la UPZ Alfonso.

Mapa 1. Localización y estructura territorial, Localidad Usme, 2017

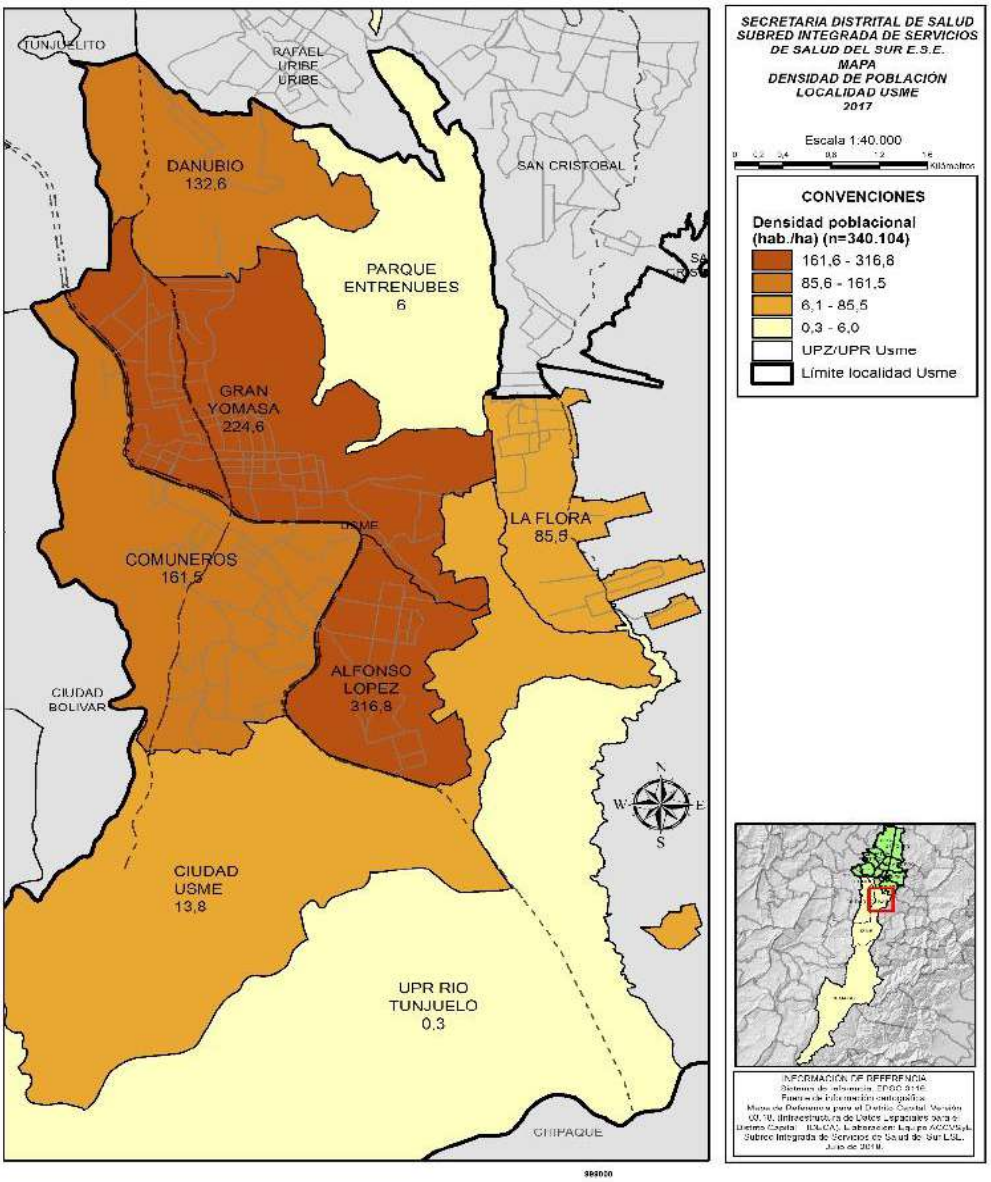


Fuente: Mapa de Referencia versión 03.18 – IDECA, UAECD. 2017.

Densidad de población

La localidad de Usme cuenta con una extensión geográfica de 21.508 hectáreas, las cuales se encuentran diferenciadas en zona urbana y rural con datos distribuidos en para el área urbana 19,394 (20,4%) y 17105,75 (79,6%) hectáreas respectivamente. Para el año 2017 la población de estimada es de 34,0104 habitantes, para una densidad poblacional para la localidad de 15,83 hab. /km2, este dato está relacionado con la inmensa mayoría de zona rural en la localidad.

Mapa 2. Densidad poblacional, localidad de Usme 2017.



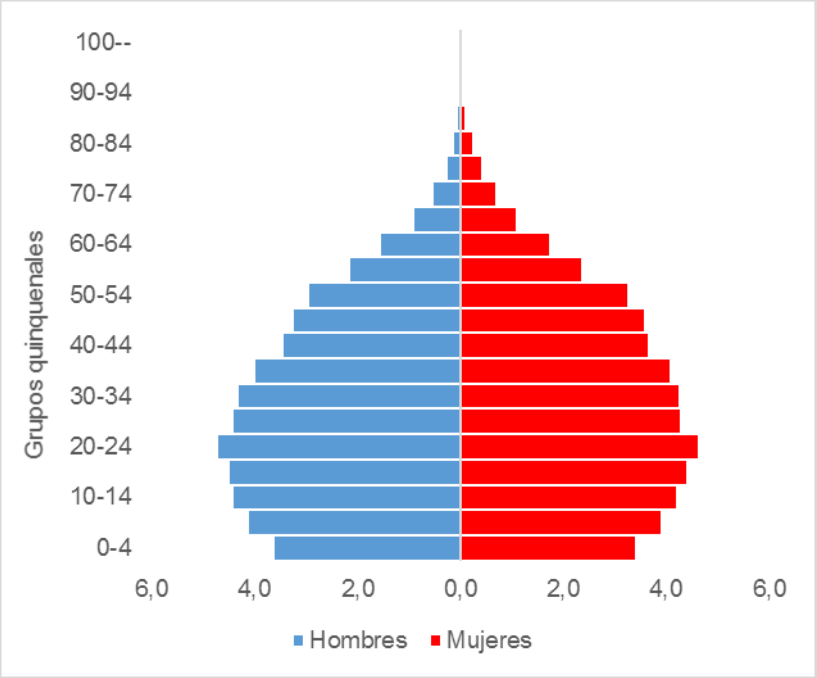
Fuente: Proyecciones DANE 2017.

Dada la información proyectada por el DANE para el año 2017, se toma la información relacionada para el respectivo análisis, Como se observa en el mapa anterior, las UPZ de la localidad que presenta la mayor densidad de población son Gran Yomasa y Alfonso López, las cuales oscila entre 22456,0 y 31.677,6 hab./km^2, esto podría fundamentarse en 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, sin embargo, en la UPZ Alfonso López, que cuenta con una menor oferta para sus residentes, pero se observa viviendas en arrendamiento más económicas siendo más asequibles, también se identifica mayor hacinamiento y mayor numero asentamiento no legalizados; es importante mencionar que la UPZ Gran Yomasa es la segunda de mayor extensión territorial,. 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 603,3 y 1377,3 hab/km^2, este resultado es asociado a las amplias áreas de transición rural – urbano, que junto a las condiciones socioeconómicas adversas, generan una alta demandan de servicios sociales que estas UPZ no suplen.

Estructura Demográfica

La estructura poblacional de la localidad de Usme para el 2017 presenta un estrechamiento de la base como reflejo de la reducción de la población joven y una disminución de la natalidad y de la mortalidad, reflejada en una pirámide regresiva. El 50,7% de los habitantes se encuentran dentro de los ciclos vitales de infancia, adolescencia y juventud. En cuanto a la distribución de la población por sexo, el 50,5% eran mujeres y el 49,5% hombres; desde el nacimiento hasta los 34 años quienes predominan son los hombres. En relación a la distribución por quinquenios se encuentran con mayor proporción los grupos de 20 a 24 años (9,4%) y de 15 a 19 años (8,9%), grupos que corresponden a adolescencia tardía y juventud, en tercer lugar se encuentra el grupo de 25 a 29 años con 8,7%. El 7,9% de la población son personas mayores de 60años (Ver Gráfica 1).

Grafica 1. Pirámide poblacional, Localidad Usme año 2017.



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

5. Análisis de prioridades por momentos del curso de vida

5.1 Momento de Curso de Vida Primera Infancia (0-5 años)

Según la OMS, la primera infancia se define como una etapa del ciclo vital humano que comprende desde la gestación y hasta los cinco años. Es la etapa en la cual las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades. A partir del ejercicio de priorización y las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se describen los hallazgos obtenidos a partir de los ejercicios de análisis trabajados en cada uno de las mesas de análisis.

Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Sífilis gestacional y congénita

Para el año 2017 se identificaron en la localidad de Usme, 48 casos de sífilis gestacional lo que indica un aumento con el año anterior en ocho casos. Las gestantes con la enfermedad se encuentran en edades que oscilan entre los 13 y 41 años. Prevalecen las edades entre los 20 y 27 años de edad con treinta casos.

Se establecen factores de riesgo para la ocurrencia de este evento en la dimensión social, cultural y económica, entre los que se destacan: nivel socioeconómico bajo, edad de la madre, actividad económica y dependencia, así como también el número de parejas sexuales. De los cincuenta casos de sífilis del

año 2017, se encontró que el 81,6% de las familias realizan actividades de tipo informal y el 18,4% de las familias o ellas contaban con trabajo formal. En este sentido el 55,1% de las mujeres refirieron que sus ingresos se encuentran entre uno y dos salarios mínimos legales vigentes y el 44,9% indicó que sus ingresos son inferiores y si se tienen en cuenta que el 48% de estas mujeres vive en arriendo, se puede dilucidar que gran parte de sus ingresos son destinados a cubrir este gasto; limitando el acceso educación superior, que brinde capacidad de negociación en la relación sexual; riesgo de trabajo sexual y un menor estatus de la mujer en la familia.

Los antecedentes de parejas sexuales es otro de los factores analizados en la mesa de análisis. Las mujeres con sífilis que fueron atendidas en la subred cuentan con 2 relaciones previas antes de su relación actual.

Un factor preponderante en la situación, es el inicio y cumplimiento de los controles prenatales; si se realiza un diagnóstico temprano de la enfermedad, se puede administrar el tratamiento y así disminuir los riesgos de una sífilis congénita. En la localidad se encuentra que la adherencia a los controles prenatales no es la adecuada, el promedio de asistencia se encuentra en 5 por gestante, lo que reduce la respuesta efectiva en detectar complicaciones. Sumado a esto, se debe sumar la falta de adherencia de las parejas en la toma de muestras permitan diagnósticas la enfermedad y posterior tratamiento. En las investigaciones de campo se logra establecer que aún permanecen imaginarios machistas, que generan reinfecciones y complicaciones para las gestantes.

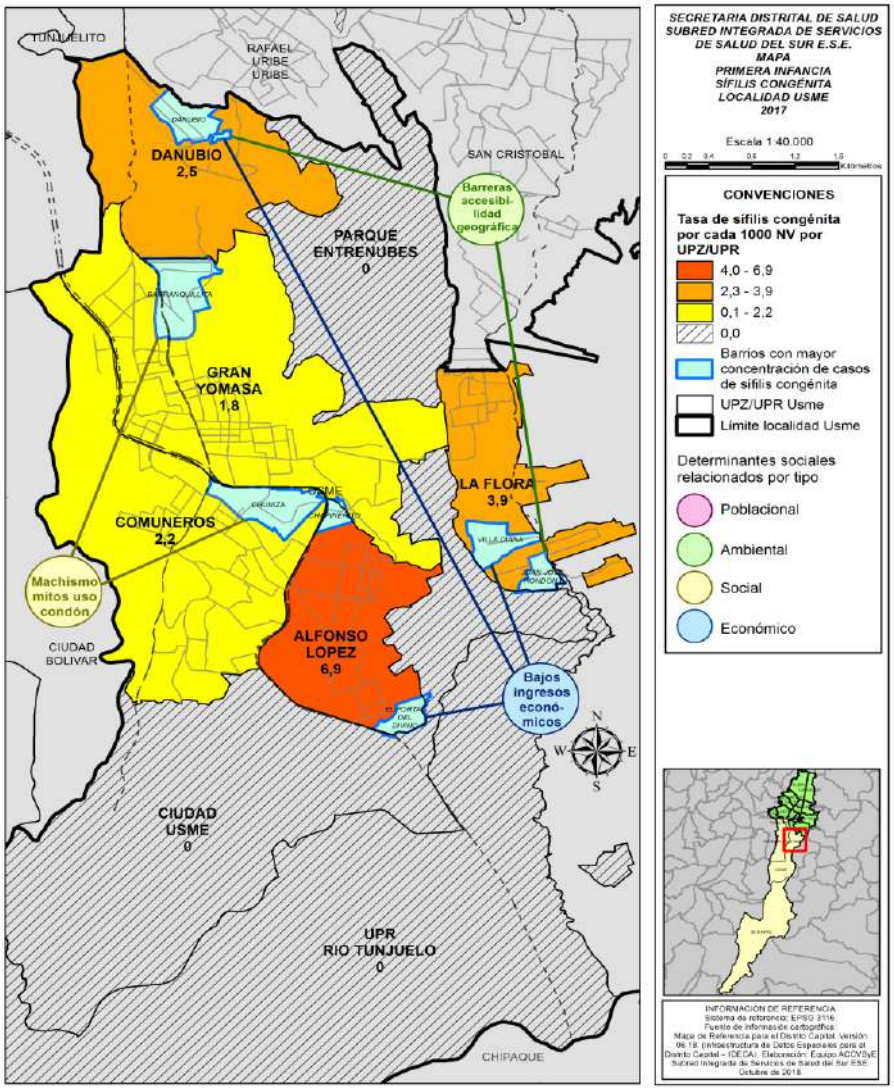
Cambiando de perspectiva, se encuentra que si el tratamiento de la sífilis gestacional no es exitoso, puede desencadenar en sífilis congénita. En la localidad de Usme la tasa de sífilis congénita para el año 2017 fue de 1,54 por cada 1000 nacidos vivos con ocho casos. Entre los factores que se analizan en esta situación, se encuentra: el número de controles prenatales, la información recibida sobre la sífilis y el uso de preservativos durante las relaciones sexuales durante el embarazo.

Como se mencionó con anterioridad, la asistencia a controles prenatales es fundamental en el desarrollo adecuado del embarazo. En la localidad, esta asistencia no es la adecuada, lo que reduce las posibilidades de contrarrestar la enfermedad. A esto se le suma la falta de adherencia de sus parejas, la situación se convierte en interés de salud pública.

El comportamiento espacial del evento de sífilis congénita permite identificar que la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Alfonso López presenta la tasa más alta de sífilis congénita en la localidad de Usme en el periodo observado, localizándose en 6,9 por cada 1.000 nacidos vivos y agrupando el 39,1% de los casos, siendo el barrio El Portal del Divino donde se concentra el mayor número de casos para este evento en esta UPZ (Mapa 3), situación que se relaciona con contextos de pobreza y bajos ingresos económicos que perpetúan la falta de oportunidades para el desarrollo de capacidades y autonomía, especialmente para las mujeres.

Así mismo, en la UPZ La Flora, que presenta una tasa de sífilis congénita de 3,9 por cada 1.000 nacidos; se concentran estos casos en los barrios Juan José Rondón y Villa Diana, en donde las barreras de accesibilidad geográfica y las condiciones de desigualdad y pobreza explican la ocurrencia de este evento, al impedir que las gestantes puedan llegar a los centros y servicios en salud dado el costo en tiempo y dinero para usar el transporte público tanto colectivo como particular. Los barrios Danubio, Chuniza y Barranquillita de las UPZ Danubio, Comuneros y Gran Yomasa, respectivamente, son territorios con condiciones igualmente de pobreza, con barreras de accesibilidad geográfica y desigualdad de género, tanto a nivel social, familiar y de pareja.

Mapa 3. Sífilis congénita, primera infancia, Usme, 2017.

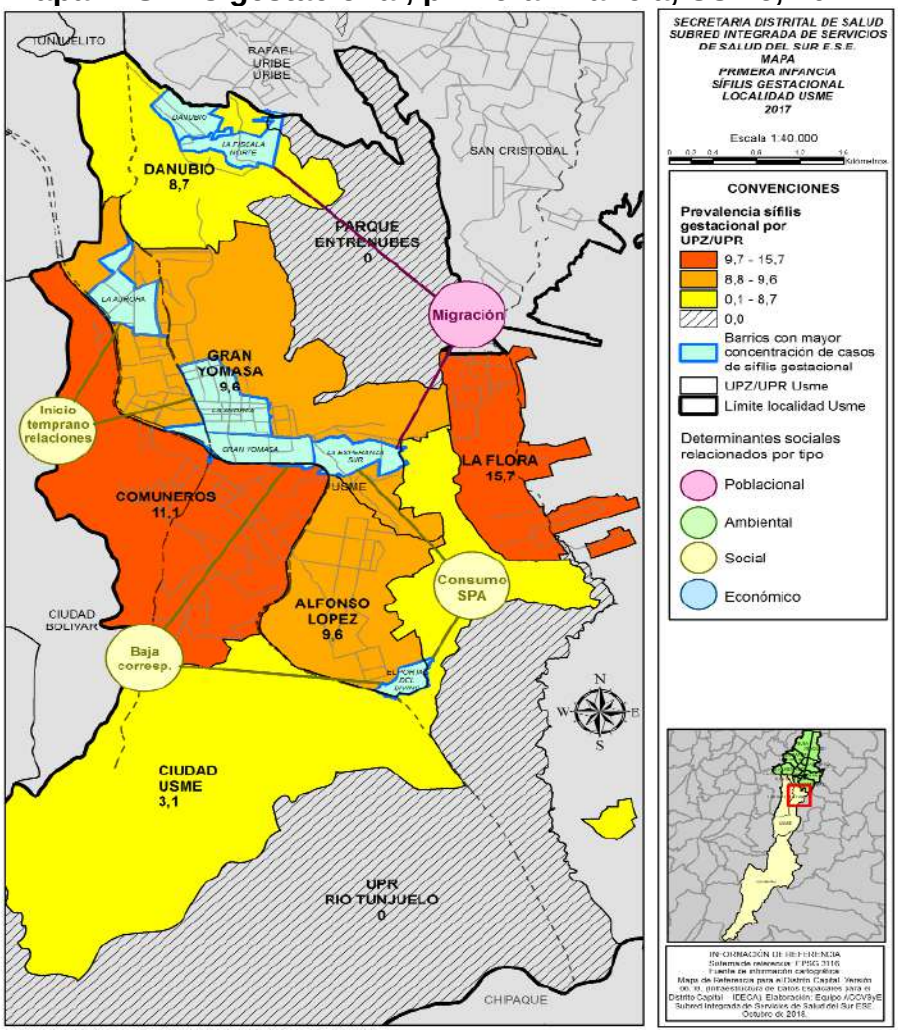


Fuente: Base de datos SIVIGILA. Base de datos eventos priorizados SSR Subred Sur. Bases de datos SDS y RUAF. Preliminares. 2017.

Sífilis gestacional

Respecto al comportamiento espacial de la prioridad de sífilis gestacional para la localidad de Usme para 2017 se identifica que las UPZ La Flora y Comuneros presentan las prevalencias más alta de ocurrencia de este evento a nivel de residencia, obteniendo como resultado de esta medición 15,7% y 11,1%, respectivamente para cada UPZ; seguida de las UPZ Gran Yomasa y Alfonso López, con una prevalencia de 9,6%, respectivamente. Se asocian a este comportamiento determinantes sociales de la salud de naturaleza social como lo son el inicio temprano de relaciones sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas y la baja corresponsabilidad en los barrios La Aurora, La Andrea, Gran Yomasa y el Portal del Divino, además de observa que el grupo de población migrante representa un nodo representativo de riesgo en salud para que aparezca este evento dadas sus inadecuadas prácticas en salud y sus precarias condiciones socioeconómicas, principalmente en los barrios La Esperanza Sur y La Fiscala Norte (Mapa 4).

Mapa 4. Sífilis gestacional, primera infancia, Usme, 2017.



Fuente: Base de datos SIVIGILA. Base de datos eventos priorizados SSR Subred Sur. Bases de datos SDS y RUAF. Preliminares. 2017.

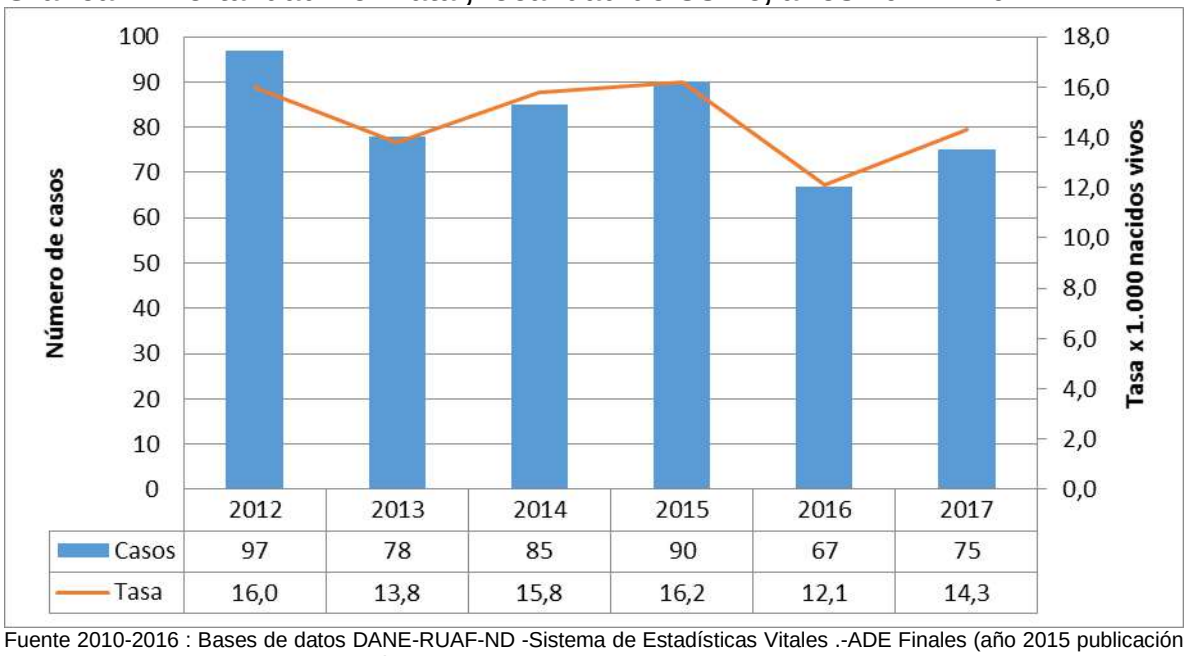
Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal permite evaluar los procesos de atención a las gestantes y los recién nacidos; sin embargo, es importante resaltar que los factores económicos, sociales, culturales y territoriales inciden negativamente en la mortalidad perinatal.

El comportamiento en la mortalidad perinatal, en la localidad de Usme en el periodo 2012- 2017 es decreciente, la tasa paso de 16,0 a 14,3 por 1000 Nacidos vivos más fetales; se observa un comportamiento estable de casos y tasa en los años 2016-2017.

Se identifican factores precursores como la edad de la madre, el nivel socioeconómico, el nivel educativo de las gestantes, los ingresos, las ocupación y adherencia a servicios de salud en especial controles prenatales (CPN), los cuales son un factor protector si se inician a tiempo y cumplen el objetivo.

Grafica 2. Mortalidad Perinatal, localidad de Usme, años 2012 – 2017

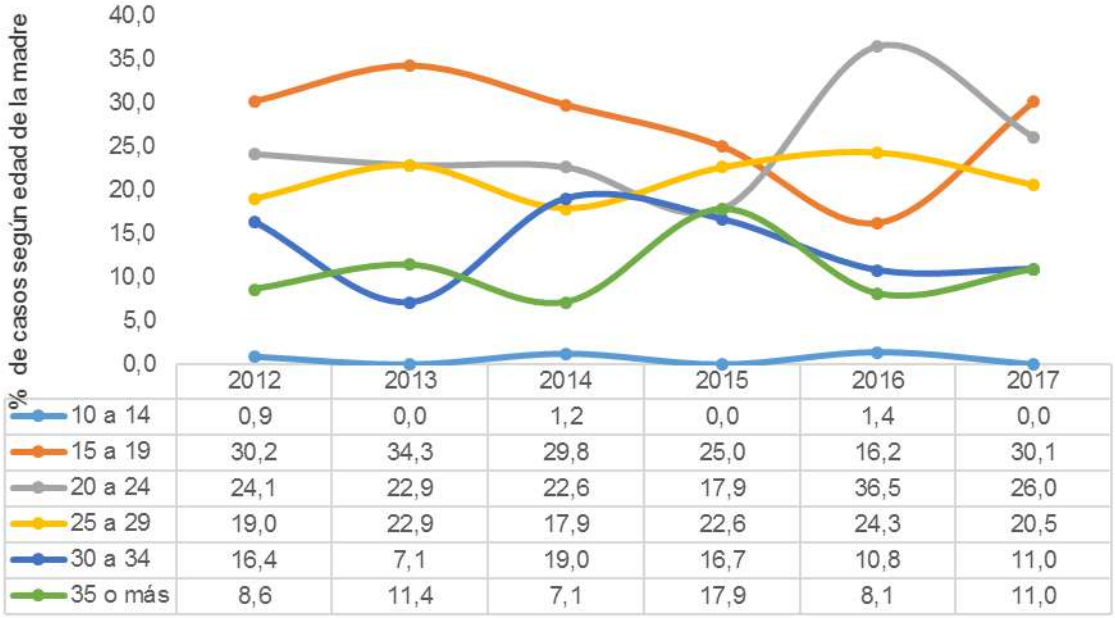


	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Casos	97	78	85	90	67	75
Tasa	16,0	13,8	15,8	16,2	12,1	14,3

Fuente 2010-2016 : Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales .-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)-(año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018); Fuente 2017 : Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales .-ADE Finales (publicación DANE 28-12-2018.

Respecto a la edad de la madre; se considera que entre más joven la gestante, menor conocimiento tiene frente al cuidado durante la gestación e importancia de asistir a los CPN, el 30,1% de los casos de mortalidad perinatal se presentan en mujeres entre los 15 a 19 años de edad, lo que de alguna forma sustenta la hipótesis de la edad, aunque no se debe desconocer la causa básica de muerte, las cuales pueden estar relacionadas a causas biológicas. Otro factor incidente en la edad son las mujeres “añosas” las cuales son consideradas como riesgo para la gestación, el 11% (n=8) de los casos son mayores de 35 años.

Grafica 3. Distribución porcentual de casos de mortalidad perinatal según edad de la madre, localidad Usme, años 2012 – 2017



	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10 a 14	0,9	0,0	1,2	0,0	1,4	0,0
15 a 19	30,2	34,3	29,8	25,0	16,2	30,1
20 a 24	24,1	22,9	22,6	17,9	36,5	26,0
25 a 29	19,0	22,9	17,9	22,6	24,3	20,5
30 a 34	16,4	7,1	19,0	16,7	10,8	11,0
35 o más	8,6	11,4	7,1	17,9	8,1	11,0

Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Años 2012 a 2017, cuadros de salida. Año 2016 (corte 23 enero 2017, ajustado en enero 2017). Año 2017: enero a diciembre (corte 10-01-2018 y ajustado 18-01-2018), dato preliminar sujeto a cambios.

De acuerdo a la causa básica de muerte en los casos de mortalidad perinatal de 2017, se encuentra que el 19,2% es al feto o recién nacido afectado por problemas de salud de la madre, entre los que se encuentran los trastornos hipertensivos. En segundo lugar los problemas placentarios (17,8%) y en tercer lugar malformaciones congénitas (9,6%). Estas afectaciones pudieron ser detectadas en la consulta pre-concepcional temprana mediante la captación oportuna y el seguimiento continuo a través de CPN.

En cuanto a la adherencia de CPN en cada uno de los casos, se evidenció que el 46,7% de las gestantes asistieron a entre uno y cinco, el 33,3% entre seis y siete y solo el 6,7% asistieron a ocho controles prenatales. La inasistencia a los CPN está asociada a bajos recursos económicos, falta de red de apoyo (pareja), permisos laborales y barreras de acceso geográfico de acuerdo al centro de atención de acceso a los servicios de salud.

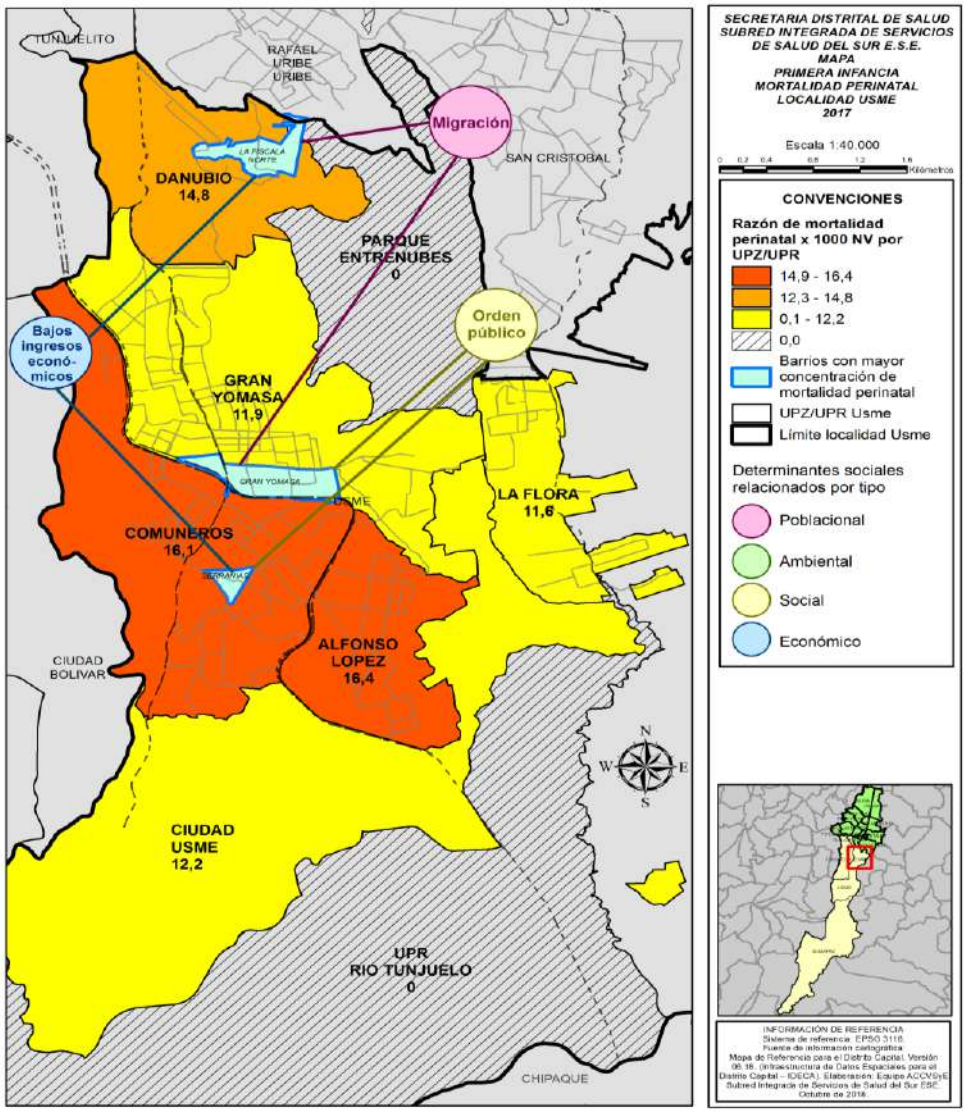
La atención prenatal reduce la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, al igual que los partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer. Adicionalmente, permite identificar tempranamente factores de riesgo haciendo posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo, por lo que es preciso garantizar que los procesos de atención sean oportunos y de calidad.

Los aspectos socioeconómicos, se relacionan con ingresos económicos, nivel educativo de padres y las relaciones parentales; desde los análisis se define a

mayor nivel educativo, mayor reconocimiento de recursos protectores que permiten identificar factores de riesgo y el momento de consultar a los servicios de salud. En contraposición se encuentra que las mujeres con un menor nivel educativo no cuentan con las herramientas para la toma de decisión, es decir, está supeditada a las decisiones del hombre o familia de cuando acudir a los servicios de salud se trata, reforzando la no adherencia a servicios de salud. El factor económico juega un papel importante al momento de acceder a los servicios de salud, donde algunas gestantes no cuentan con independencia económica y se ven supeditadas a la dependencia económica de su pareja o familia quienes en ocasiones ejercen una manipulación en la toma de decisiones y del cuidado de la salud de la gestante.

La distribución espacial de la mortalidad perinatal en la localidad de Usme permite identificar concentración del evento en las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Alfonso López y Comuneros, con una tasa por cada 1000 nacidos vivos de 16,4 y 16,1 respectivamente (Mapa 5), afectando principalmente a los barrios Serranías y Alfonso López. En el barrio Serranías esta situación se relaciona con bajos ingresos económicos de las gestantes y sus familias, lo que limita las posibilidades de adquirir alimentos inocuos para la condiciones de gestación, para acceder a transporte para los desplazamientos hacia la oferta de servicios sociales y de salud y para mantener condiciones adecuadas de saneamiento en la vivienda y su entorno; los barrios que componen la UPZ Alfonso López se caracterizan por presentar condiciones de alta vulnerabilidad social y ambiental, relacionadas con las inadecuadas condiciones de las viviendas, los asentamientos de tipo informal de población migrante junto con las dificultades para acceder a los lugares en donde son atendidas sus necesidades en salud y otros tipos de servicios, como adquirir alimentos, vestuario y redes de apoyo; de igual manera en estos barrios la oferta de empleo formal es escaza, lo que deriva en que las familias estén expuestas a constantes preocupaciones, sus integrantes deban desplazarse largas distancias para llegar a sus sitio de ocupación o que en los mismos barrios se propague el trabajo informal.

Mapa 5. Mortalidad perinatal, primera infancia, Usme, 2017.



Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. 2017.

Mortalidad Infantil

El comportamiento de la mortalidad infantil en la localidad de Usme, presenta un comportamiento decreciente pasando de 12,8 en la tasa por 1.000 nacidos vivos en 2012 a una tasa de 9,8 por 1.000 nacidos vivos en el año 2017, sin embargo se observa un aumento de la tasa en el año 2016 respecto al año anterior, localizándose en 9,8 por 1.000 nacidos vivos.

Se identificó que la localidad de Usme cuenta con características particulares que inciden negativamente en la calidad de vida de la población infantil. Respecto a la ubicación geográfica y territorial de los casos de mortalidad infantil se encuentran que las UPZ con el mayor número de casos son Gran Yomasa 41,3% (n=19 casos) y Comuneros 23,9% (n=11 casos); esta dos UPZ son las más densamente pobladas y concentran gran parte del comercio de la localidad, lo que las convierte en lugares atractivos para vivir. A su vez reúnen problemáticas sociales referidas a

la informalidad, consumo de SPA, hurtos, entre otras que generan afectaciones para la salud mental de sus habitantes.

Otra UPZ de afectación de la mortalidad es La Flora con 4 casos; en esta unidad de planeación se presentan barreras de acceso por movilidad y por baja presencia institucional, lo que incide en barreras económicas y geográficas en la población, quienes deben desplazarse a otras UPZ para acceder a los servicios de salud y atenciones en oferta institucional de otras entidades.

Otra de las condiciones materiales de la vida se relaciona con la seguridad alimentaria. De los casos analizados de mortalidad infantil se encontró que el 19,6% (n=9) presentaron menos de 1.000 gramos al nacer, el 8,7% (n=4) entre 1.000 y 1.499 gramos y el 28,3 (n=13) entre 1.500 y 2.499 gramos, lo que indica el 56,5% de los casos presentaron bajo peso al nacer.

Tabla 1. Mortalidad infantil, localidad de Usme, 2012 – 2017.

Localidad	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Usme	77	12,8	65	11,7	59	11,1	49	9,0	54	9,8	51	9,8
Subred Sur	**253**	**12,8**	**204**	**11,0**	**196**	**10,5**	**176**	**9,5**	**197**	**11,0**	**163**	**9,6**

Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Años 2012 a 2017, cuadros de salida. Año 2016 (corte 23 enero 2017, ajustado en enero 2017). Año 2017: Fuente: Base de datos SDS Aplicativo Web RUAF nacimientos - defunciones, datos preliminares. Años 2012 a 2017, cuadros de salida. Año 2016 (ajustado en enero 2017). Año 2017: enero a diciembre (corte 10-01-2018 y ajustado 15-01-2018).

Otro factor determinante se relaciona con el nivel educativo de la madre, a mayor nivel académico de la madre más acceso a información sobre cuidados maternos. Con relación al régimen de seguridad social predomina el contributivo con el 58,7% (n=27) y subsidiado con 30,4% (n=14) y, el 10,9% se encuentran sin aseguramiento.

Dentro de las causas directas de la mortalidad infantil, se encuentra que el 28,3% (n=13) fue malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; el 21,7% (n=10) por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; cuyos efectos pueden ser disminuidos en los procesos de captación temprana de las gestantes y el inicio de los controles prenatales.

Otro factor incidente es la adherencia a controles prenatales, en los casos de mortalidad infantil se encuentra que el 55,5% (n=2831) de las gestantes que viven en la localidad no asistente a los ocho CPN recomendables para un adecuado desarrollo del embarazo y el 2,1% (n=109) de las gestantes no tuvieron ningún control.

Trasmisión vertical madre a hijo de VIH

La trasmisión vertical del VIH de madre a hijo, es prevenible si se toman las medidas necesarias. Para el año 2017 en la localidad de Usme se presentó un caso de transmisión infantil de VIH. Sin embargo, en 2016 no se presentaron

casos. El control del impacto asociado con VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) es una prioridad de salud y pone de manifiesto deficiencias en los servicios de salud, dado que la transmisión vertical, es prevenible si la gestante es diagnosticada a tiempo y si recibe tratamiento profiláctico antirretroviral indicado de forma oportuna, lo que conlleva a disminuir la mortalidad y morbilidad infantil.

Estar contagiada con el virus no es impedimento para ser madre; sin embargo se debe contemplar recomendaciones médicas. En cuanto a los determinantes identificados, se tiene que el nivel educativo es preponderante, hay evidencia que entre mayor nivel educativo de las personas, mayor es el conocimiento que se tiene sobre protección de la salud; la capacidad de negociación para el uso de preservativo con la pareja es mayor y en general se cuenta con repertorios que posibilitan los factores protectores.

Las recomendaciones generadas a través de unidad de análisis fueron: integrar las atenciones de consulta externa y urgencias, capacitar a los médicos generales en temáticas de inmunodeficiencias (VIH/SIDA y Fibrosis Quística), referenciar las usuarias que llegan a la urgencias y no tienen control prenatal, remitir al primer nivel.

5.1.2 Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional (0- 5 años)

Para el año 2017 en Usme se notificaron a SISVAN 19.434 niños menores de 5 años, de los cuales 286 presentaron desnutrición aguda, con una prevalencia de desnutrición de 1,5%. De acuerdo a su clasificación el 90,6% (n=259) de los menores presentan desnutrición aguda moderada y el 9,4% (n=27) con desnutrición severa, el grupo poblacional de mayor riesgo son los menores de 6 meses (desnutrición aguda moderada: 52,9% y desnutrición aguda severa 74,1%).

Se reconoce que de acuerdo con el área de residencia el 99,3% de los casos de desnutrición aguda es de la zona urbana y el 0,7% zona rural, los casos con residencia en la ruralidad son de desnutrición aguda moderada. Usme presenta situaciones de carácter ambiental que afectan indirectamente a la ocurrencia de la situación, entre ellos, los problemas del Relleno Sanitario de Doña Juana ubicado en Ciudad Bolívar, zonas de alto riesgo y deslizamiento que afectan la seguridad de familias que habitan estos sectores.

En áreas periféricas de la localidad se identifican viviendas donde los servicios públicos no se proveen con regularidad, en otras las condiciones de higiene y aseo son deficientes.

A partir de las visitas epidemiológicas de campo desde el componente SISVAN en familias con desnutrición aguda residentes de Usme, se identificaron factores de riesgo como la edad en la madre, inmadurez o envejecimiento reproductivo, afectaciones de tipo emocional y psicológica, relacionados con la decisión y aceptación del embarazo.

Otro elemento importante son las redes de apoyo conyugal, familiar y comunitario, que por lo general son ausentes. Así mismo, los hábitos y estilos de vida poco saludables (fumar, consumo de SPA, alcohol), enfermedades antes y durante el embarazo (preclamsia, eclampsia, infección vaginal), amenazas de parto pretérmino, y periodo intergenésico cortos que pueden ocasionar bajo peso al nacer.

En cuanto a las prácticas de alimentación en población menor 6 meses con desnutrición aguda se identificó que el 93,8% (n=150) de los menores recibieron lactancia materna exclusiva y el 6,3% (n=10) no recibieron lactancia, en algunas familias se identificó prácticas inadecuadas de lactancia materna, así como el inicio prematuro de alimentación complementaria donde las madres introducen alimentos sólidos antes de los 6 meses de edad, la dieta no es equilibrada, baja en micronutrientes y no apropiada para la edad.

Otro factor asociado es el bajo nivel educativo de las madres, quienes no logran reconocer la magnitud de la problemática, justificada en respuestas como "*el niño mayor también presento desnutrición y/o bajo peso y no le paso nada*", contribuyendo a una despreocupación aprendida en la crianza y cuidado con el menor.

Lo anterior refleja el comportamiento del indicador de lactancia materna, donde la mediana de lactancia materna fue 3 meses en esta localidad en el 2017, lo cual está relacionado con el tiempo de licencia de maternidad, cuando la madre inicia actividades laborales este tipo de alimentación se ve afectada dado alguna de ellas suspenden la práctica de lactancia, remplazándola por alimentación con sucedáneos y algunas inician tempranamente la alimentación complementaria.

Las prácticas alimentarias inadecuadas se relacionan con la composición familiar, esta localidad se caracteriza por tener familias extensas lo cual afecta la distribución de alimentos en el grupo familiar incidiendo de manera negativa en el soporte nutricional de la población infantil; otra tipología familiar incidente en la nutrición son las familias monoparentales de padres jóvenes quienes implementan practicas alimenticias poco saludables con predominio de azucares y paquetes.

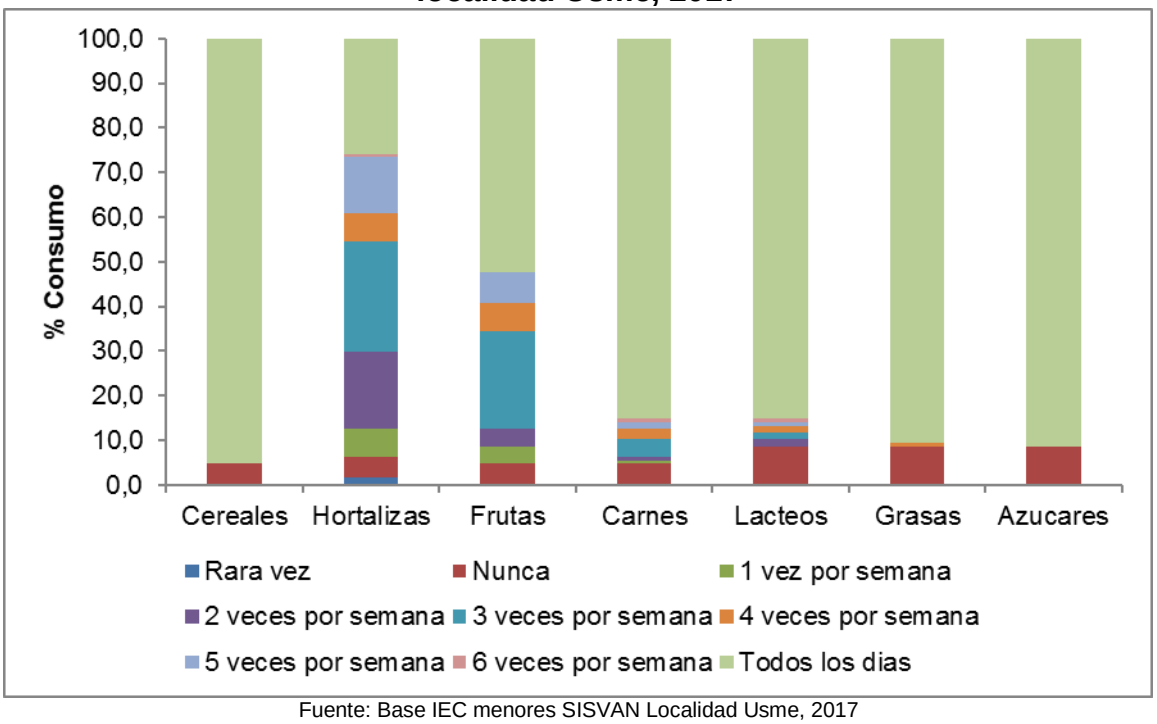
En Usme en las zonas de invasión como La Esperanza, La Flora, El Piojo, Comuneros y Tocaimita, en las familias se identificaron aspectos como "*si no hay leche suficiente la familia utiliza preparaciones caseras inadecuadas*" y "*rendir*" las preparaciones para que alcance a alimentar a toda la familia.

Al analizar la frecuencia de consumo de alimentos de la población de 7 meses a 5 años en la localidad de Usme para el 2017, se identificó un mayor consumo en cereales con 95,3%, seguido del consumo de azucares con un 91,4% y grasas con el 90,6%. El consumo de carnes, lácteos y sus derivados todos los días tienen un promedio del 85,2% respectivamente. En menor proporción se da el consumo de hortalizas, donde el 25,8% de la población las consumen a diario y el 25% tres

veces por semana, lo cual refleja que estos grupos alimenticios no son prioritarios en los hábitos alimentarios de padres y /o cuidadores.

Otro factor importante es el nivel educativo; un bajo nivel de educación de los padres se asoció con la ingesta de alimentos ricos en azúcar y grasos en los niños, mientras que el alto nivel de educación de los padres se asoció con la ingesta de alimentos bajos en azúcar y bajos en grasa(1). De acuerdo al grado de escolaridad de los padres el 49,7% cuentan con básica secundaria completa, el 20,9% secundaria incompleta, un 20,3% primaria incompleta, el 8,4% primaria completa y el 0,7% son analfabetas.

Grafica 4. Frecuencias de consumo de alimentos en población menor 5 años, localidad Usme, 2017



Fuente: Base IEC menores SISVAN Localidad Usme, 2017

Otro factor importante son las barreras de acceso a servicios de salud que inciden significativamente la desnutrición de la población infantil. Con relación al aseguramiento en los casos de desnutrición aguda el 64,7% pertenecen al régimen subsidiado, el 30% al contributivo, el 3,1% es población pobre no asegurada y el 1,4% son del régimen especial. El 67,1% de la población con desnutrición aguda accedió a servicios de salud de la red pública en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE y el 32,9% accedió servicios de la red privada, desplazándose a otras localidades para la atención en salud por no oferta en salud de la red privada en la localidad de Usme.

Dimensión Vida saludable enfermedades transmisibles

Neumonía

La mortalidad por neumonía corresponde a las muertes de niños menores de cinco años por infección respiratoria aguda – IRA diferente a la neumonía.

De acuerdo con la OMS, desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, una de las principales causas de muerte es la neumonía. La meta del PTS es a 2020 reducir a 6,63 x 100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el Distrito Capital. En relación a mortalidad por infección respiratoria para los años 2012 a 2017 la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años ha presentado un comportamiento irregular, con una tendencia a la disminución del evento. Para el año 2017 se presentó un caso de mortalidad por IRA en menor de cinco años, con una tasa de 3,0 por 100.000 menores de cinco años.

Respecto a mortalidad por neumonía, en el comportamiento de igual forma que en neumonía se observa que es irregular, con una tendencia a la disminución, pasando de cinco casos en 2016 a tres casos en 2017.

Tabla 2. Mortalidad menores de 5 años por IRA y neumonía, Localidad de Usme, años 2012 - 2017

Evento	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Mortalidad por neumonía	3	7,6	3	7,3	2	4,8	7	16,7	5	15,0	3	9,0
Mortalidad por IRA	4	10,1	2	4,9	3	7,2	1	2,4	2	6,0	1	3,0

Fuente 2010-2016 : Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales .-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)-(año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018); Fuente 2017 : Bases SDS -RUAF-ND - Sistema de Estadísticas Vitales .-ADE Finales (publicación DANE 28-12-2018.

Se identificaron aspectos relacionados con las condiciones socioeconómicas de las familias de los niños y niñas como: bajos ingresos de las familias, padres con nivel educativo básico y medio, hacinamiento e inadecuada ventilación en las viviendas, no tenencia de vivienda, necesidades básicas insatisfechas, lo anterior descrito afecta de forma directa en el cuidado integral de los niños y las niñas. Además se observan factores como el bajo peso al nacer, prematurez y malnutrición.

Algunos factores que inciden de forma directa en la morbimortalidad por IRA están asociados a que los cuidadores desconocen la prioridad preferencial que se le otorga a la población infantil en el marco de los derechos, el desconocimiento de signos de alarma y cuidados básicos en casa; ligado a las deficientes estrategias de demanda inducida por parte del asegurador, además la demanda de los servicios de salud son superiores a la oferta, barreras de acceso y no adherencia a guías. Otros factores identificados en esta situación son los cambios climáticos y

la contaminación ambiental en especial la afectación en la calidad del aire relacionada con proliferación de olores ofensivos.

Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Caries

Durante el año 2017 en la localidad de Usme se notificaron al subsistema SISVESO 445 niños y niñas entre los 0 y 5 años, de los cuales el 44,3% presentaron caries (n=197).

De acuerdo al estrato socioeconómico, los niños con caries pertenecían al estrato uno en un 60,9% y en segundo lugar al estrato dos con 30,9%, teniendo en cuenta que los estratos 1 y 2, son considerados estratos bajos con menores recursos, lo cual puede influir en el consumo alimentos saludables y condiciones para la higiene oral, como lo son la compra de los elementos necesarios para realizar la práctica adecuada de higiene oral.

Otros factores son la falta de atención y acompañamiento de padres y cuidadores en actividades de higiene oral de los niños y niñas, este comportamiento puede verse influenciado por aspectos culturales e imaginarios aun presentes en la población, tales como "*son los dientes de leche, se le van a caer*" y también porque las prácticas de higiene oral son delegadas a los menores, quienes no tienen las capacidades para realizarlo de manera correcta; así mismo en algunas ocasiones se delega la responsabilidad a docentes e instituciones. Este factor puede impactar negativamente a lo largo de la vida a la población afectada.

Se evidenció inadecuados hábitos de higiene en los niños y niñas valorados, el 79,7% presentaron baja frecuencia del cepillado; en cuanto a la calidad del cepillado el 42,6% fue deficiente, 41,6% regular y el 15,7% bueno, en el 97% no se identificó uso de seda dental y en el 98% uso del enjuague bucal. De igual forma se han identificado inadecuados hábitos alimentarios como el consumo elevado de azucares y carbohidratos y bajo consumo de proteínas frutas y verduras.

Se identifican barreras o factores que inciden en el abandono a tratamientos de salud oral, como barreras de aseguramiento, barreras estructurales en el sistema general de salud, barreras geográficas y además falta de tiempo por parte de padres y cuidadores para asistir a los controles de odontología. Respecto al sistema general de seguridad social en salud, el 81,2% pertenecían al régimen subsidiado, 15,2% al contributivo, 2,5% al régimen de excepción y 0,5% se encontraban en el régimen especial o no estaban afiliados respectivamente.

En cuanto al reconocimiento de poblaciones diferenciales, se identificó un caso de población indígena, sexo femenino, 4 años de edad, quien era residente de la UPZ Alfonso López, procedente del Amazonas, Leticia, régimen de afiliación subsidiado; en el caso se observó inadecuadas prácticas de higiene oral, con una frecuencia de cepillado de dos veces al día al igual que el uso de la crema dental, cuidador no refirió uso de seda dental, el higiene oral en el momento de la

valoración fue regular, la niña no continuo tratamiento porque sus padres no lo consideraron necesario. En cuanto al tiempo aproximado de desplazamiento a la unidad de servicios de salud es de aproximadamente media hora, fue atendida en la USS Marichuela.

Se reconoció un caso de población víctima del conflicto armado, de sexo masculino, 3 años de edad, residente de una zona de tratamiento especial de incorporación en la UPZ Gran Yomasa, atendida en USS Marichuela, en cuanto a los hábitos de higiene oral, la frecuencia de cepillado y uso de crema era adecuada (3 veces al día), no se identificó uso de seda dental, en el momento de la valoración se observó buen higiene oral, no continuo tratamiento.

Teniendo en cuenta la información de los casos de poblaciones especiales, se observa la importancia de la continuidad del tratamiento de los niños, basado en la identificación como una prioridad para la salud del niño por parte de los padres.

En los factores que refuerzan esta situación están: familias extensas y disfuncionales, bajo nivel educativo de los padres, consultorios privados con talento humano no capacitado.

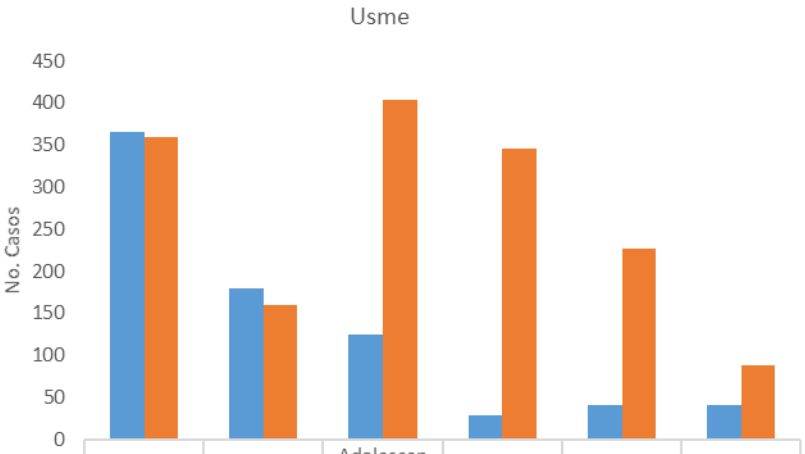
Los efectos de la caries son transversales a todos los cursos de vida, donde se pueden presentar pérdida prematura de órganos dentales hasta ocasionar edentulismo, también puede generar malnutrición, problemas gástricos y de fonación, baja autoestima, afectar la relación con otras personas, deglución atípica, desarrollo craneofacial inadecuado y celulitis odontogénicas donde la vida se pone en peligro. Al asociarse con enfermedades crónicas (diabetes mellitus, cáncer, enfermedad cardiovascular y enfermedad renal), se potencializan las enfermedades.

Dimensión Convivencia social y salud mental

Maltrato infantil

El maltrato o la violencia infantil es un evento de interés en salud pública, dado el impacto en el desarrollo de los infantes si esta no se maneja oportuna. El subsistema encargado de abordar los temas de violencia en la subred, es el subsistema de vigilancia de violencia intrafamiliar (SIVIM), el cual en 2017 recibió 726 notificaciones que corresponde a casos en los cuales las víctimas pertenecen al momento de curso de vida primera infancia. Siendo los hombres los cuales tienen mayor afectación con el 50.4% (n=366) de los casos y el 49.4% (n=359) corresponde a mujeres.

Grafica 5. Distribución por momento de curso de vida y sexo, de víctimas de violencias, localidad Usme, año 2017.



	P. Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez
Hombre	366	179	124	29	41	41
Mujer	359	160	404	346	227	88

Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

Se encontró que los bajos recursos económicos, el nivel educativo de los padres y la composición familiar son solo algunos de los factores que desencadenan algún tipo de violencia en la familia.

En cuanto a los bajos recursos económicos, los profesionales encargados de realizar las visitas domiciliarias de las familia notificadas, refieren que los bajos recursos económicos es un factor importante en los episodios de violencia. En este sentido, las familias que no gozan con una economía estable, se encuentran en situaciones límite que estresa a los padres y la violencia es una de las formas en las que se expresa dicho estrés.

El nivel educativo es otro de los factores analizados en las mesas de análisis, ya que se encontró una relación directa con el evento. A través de la IEC se encontró que una parte importante de padres que fueron notificados por violencia, contaban con un nivel educativo básico, lo cual da cuenta de bajos recursos para resolver conflictos de forma no violenta. Así mismo, este está relacionado con la ocupación laboral, las cuales se centran en oficios con baja remuneración económica y en ocasiones distantes de sus hogares, lo que genera la acumulación de tensión y factores estresantes, que como ya se nombró son los causantes de violencia al interior de la familia.

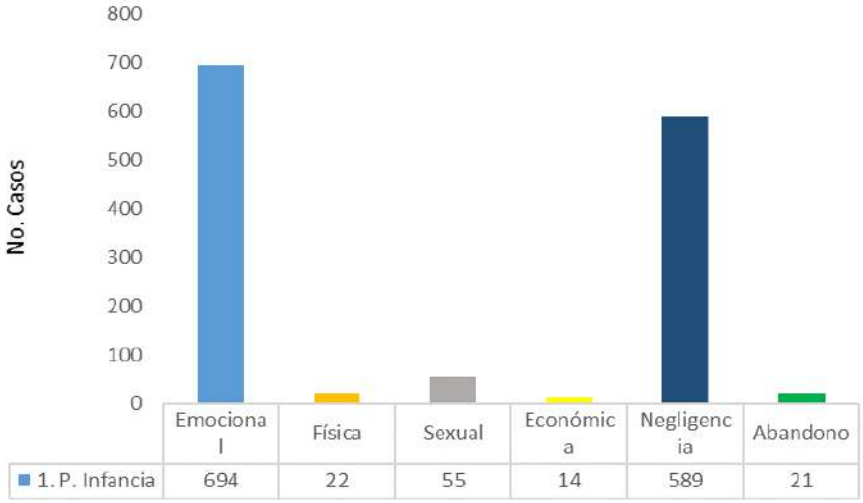
Al realizar el análisis de la violencia infantil y la composición familiar, es importante tener en cuenta que las familias monoparentales son las que se identifican con mayor riesgo de sufrir eventos de violencia, tanto física como por negligencia. En este sentido, la relación del agresor con la víctima, se pudo identificar como principal agresor a la madre con un 70,8% (n=514), seguido por el padre con

20,1% (n=146). No obstante, se encuentra que el rol materno dentro de la familia es primordial, esta es la encarga de educar a los niños y niñas.

La clasificación por tipos de violencia notificados al SIVIM en primera infancia, muestra en primer lugar la violencia emocional, identificada en un 95.6% (n=694) de los afectados; siendo el lugar de ocurrencia en el 96,6 % de los casos en el hogar; seguido se encuentra la violencia por negligencia, identificada en un 81,1% (n=589), con una ocurrencia de 99,4% en el hogar. Es relevante mencionar que para todos los tipos de violencia identificados contra primera infancia, el lugar con mayor incidencia es el hogar.

En la población notificada por violencias perteneciente al momento de curso de vida primera infancia en la localidad de Usme se identificó que el 0,7% (n=5) de los casos es población afrocolombiana y 0,4% (n=3) de los casos en los cuales los afectados son indígenas. En cuanto a grupos poblacionales, se identificó entre la población afectada un 2,9 % (n=21) de población desplazada y 0,8% (n=6) de personas en condición de discapacidad.

Grafica 6. Distribución por tipo de violencia, primera infancia, localidad Usme, 2017



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

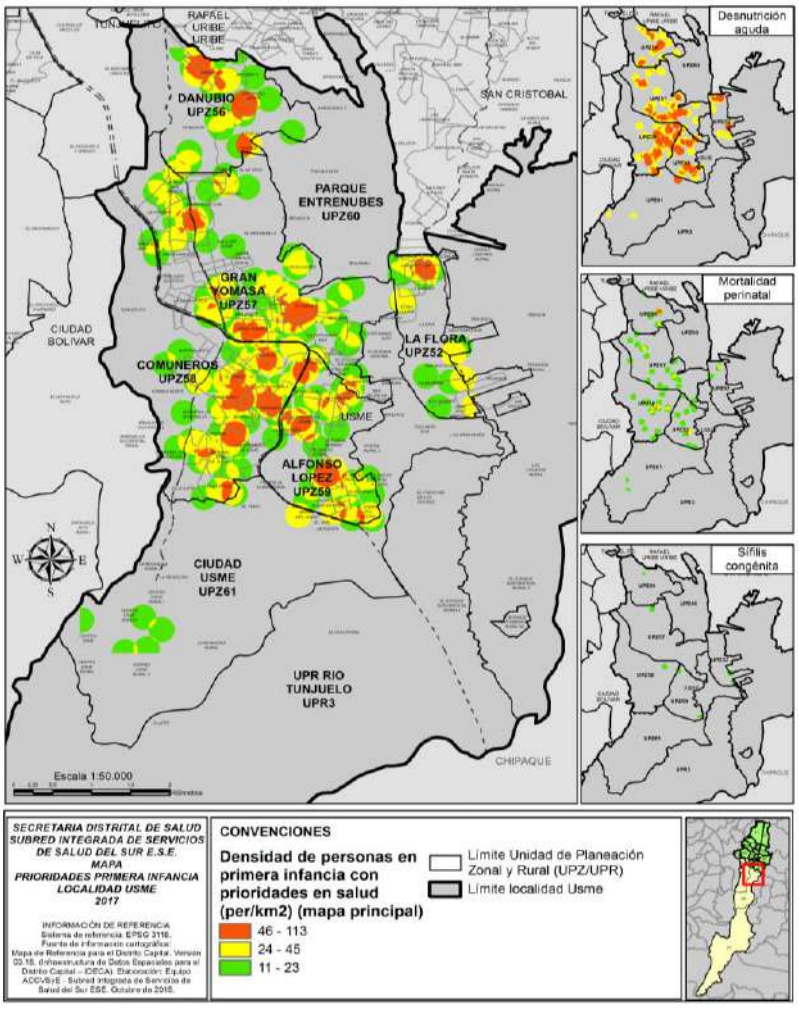
La violencia física es la que se presenta con mayor frecuencia. Aunque no llevarlos al odontólogo o al médico es considera como negligencia, pero esto no se identifica por parte de la como un tipo de violencia. En este sentido, las notificaciones de este tipo son dadas por las instituciones.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Primera Infancia

De acuerdo con la distribución espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida infancia se estable que los barrios Chuniza, El Virrey y Serranías de la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Comuneros; barrios el Curubo y Gran Yomasa de la UPZ Gran Yomasa; los barrios El Nuevo Portal, El Progreso

Usme y La Comuna, de la UPZ Alfonso López; el barrio Juan Rey Sur de la UPZ La Flora y los barrios Danubio, Fiscala Norte y Alaska (
Mapa **6**) concentran la mayor cantidad de situaciones a nivel social, económico, ambiental y poblacional que impactan de manera negativa en el estado de salud de la población infantil, dentro de las que se encuentran un alto flujo migratorio y alta densidad poblacional, lo que en un contexto de escasez de recursos económicos, disminuye la posibilidad de lograr niveles adecuados de alimentación, seguridad, educación, recreación y ocio. De otro lado, las condiciones sociales, relacionadas los bajos niveles educativos de los integrantes de las familias del territorio, limitan las posibilidades de mejorar la adherencia a los servicios de salud, inicialmente preventivos y promocionales, al desconocer las situaciones que ponen en riesgo la salud y la vida de la población, tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

Mapa 6. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida primera infancia, Usme, 2017



Fuente: Base de datos SIVIGILA. Base de datos eventos priorizados SSR Subred Sur. Bases de datos SDS y RUAF. 2017.

5.2 Acciones en salud

En las mesas de análisis se identifican acciones desde el sector, para esta etapa de curso de vida. El Espacio Vivienda desarrolla acciones interdisciplinarias para la identificación del riesgos en salud, mediante caracterización social y ambiental. Respecto a las prioridades definidas para esta etapa de curso de vida, se encuentra que Espacio de Vivienda en articulación con Vigilancia en Salud Pública realizan intervenciones familiares a las notificaciones de eventos relacionados con mortalidad perinatal, morbilidad materna, gestantes en alto riesgo y continúan la intervención de la notificación de los casos de violencia intrafamiliar. Las intervenciones del espacio se centran en brindar educación en salud sexual y reproductiva para la toma de decisiones informadas en relación con métodos anticonceptivos, prevención de ITS, asistencia a controles prenatales, identificación de signos de alarma, cuidados durante la gestación, entre otros. Se realiza gestión para el agendamiento de citas de crecimiento y desarrollo, consulta prenatal, consulta de regulación de la fecundidad y procesos de aseguramiento a través de la activación de rutas en salud.

Así mismo, la subred cuenta con el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), el cual es el encargado de realizar la vacunación de la población infantil de la localidad a través de grupos extramurales y al interior de las unidades de servicios de salud.

5.3 Momento de Curso de Vida Infancia (6-11 años)

Dimensión Convivencia social y salud mental

Maltrato infantil

El SIVIM durante el año 2017 recibió 339 notificaciones por algún tipo de violencia hacia personas que pertenecen a este curso de vida con una distribución equitativa por sexo, con una leve mayoría en varones, ya que a partir de la adolescencia esta relación cambia siendo las mujeres las de mayor notificación hasta la vejez donde la diferencia es menos marcada.

Tabla 3. Distribución del momento de curso de vida infancia notificada al subsistema SIVIM por sexo, localidad Usme, 2017.

Usme					
Curso de vida	Hombre	%	Mujer	%	Total
Infancia	179	52,8	160	47,2	339

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Al igual que la violencia en la primera infancia, se encuentra que los recursos económicos, el nivel educativo de los padres y/o cuidadores y el tipo de familias son determinantes de la violencia infantil.

Se encuentra que los casos de violencia reportados en la localidad corresponden a padres y/o cuidadores con bajos niveles educativos. Como se ha mencionado la educación como determinante da cuenta de los recursos necesarios para resolver conflictos y brinda soporte de tolerancia a la frustración. En las IEC de los psicólogos encargados de la notificación de SIVIM, encuentran además que estos padres no reconocen pautas de crianza, por lo que al no establecer límites y normas en casa deben recursos a mecanismos violentos con el fin de corregir a los niños, niñas y adolescentes.

Los niveles económicos como determinante, fijan pautas de conducta al interior de la familia; por un lado contar con todas las necesidades cubiertas, reduce los niveles de estrés y permite un desarrollo adecuado de las relaciones. En contraposición las personas con recursos económicos se encuentran en situaciones límite que favor la descarga con los miembros más pequeños del hogar. Los recursos económicos están relacionados con el nivel educativo, entre menor nivel escolar la ocupación u oficio será de menor remuneración.

También se encontró que la tipología familiar influye en las conductas de violencia infantil; el 70,5% de los agresores es la madre (174 casos, 51,3%) o el padre 65 casos (19,2%), seguido por conocido (7,7%), otro familiar (5,6%), desconocido (5,6%), padrastro (5,0%), abuelos (1,8%), que la agresor con mayor reporte sea la madre, es de esperarse pues esta es la encargada del cuidado y educación de los niños y las niñas, por lo tanto sobre ella recae el proceso de corrección.

El aseguramiento refleja una distribución relativamente equitativa entre el régimen contributivo y subsidiado con 47,8% y 47,2% respectivamente, seguido por un 9,1% de no asegurados, evidenciando un comportamiento diferente al estimado general en cuanto aseguramiento que proyecta un 60% de población contributiva en la localidad .

La notificación registra 11 casos (3,2%) de menores con discapacidad, 15 (4,4%) en situación o condición de desplazamiento y un caso (0,3%) en población indígena, factores que generan o al menos agravan los eventos de violencia al requerir un seguimiento permanente, asignación de citas, educación especial y/o barreras administrativas que dificultan el seguimiento óptimo de estos menores.

Según el sistema de información SIVIM, los casos notificados reciben más de un tipo de violencia, es decir, los 339 casos registran 706 eventos de violencia, donde además del componente emocional que implicada cada caso se registran eventos de violencia física, sexual, económica, por negligencia y abandono.

Tabla 4. Distribución del momento de curso de vida infancia notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, localidad Usme, 2017

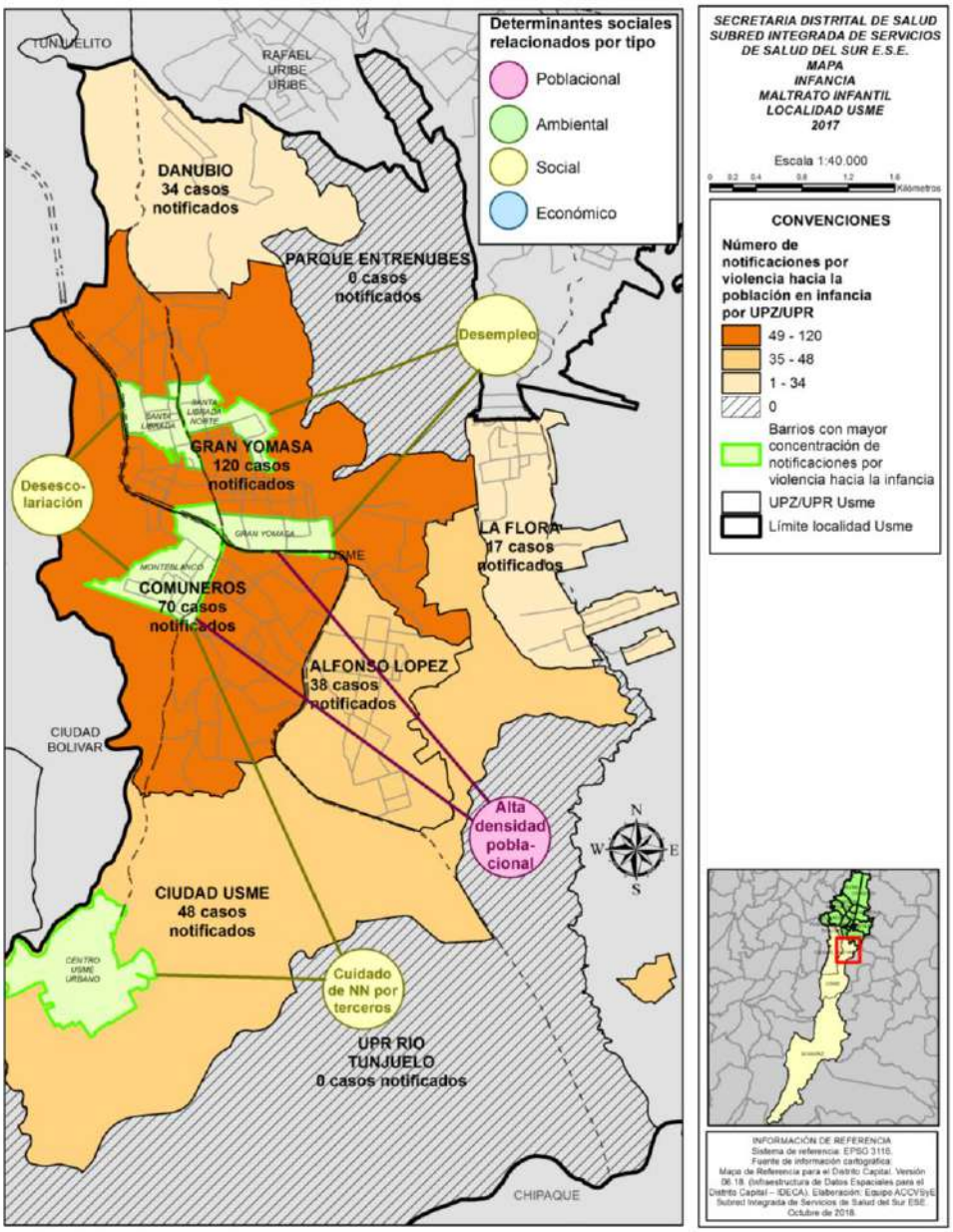
MCV	Emocional		Física		Sexual		Económica		Negligencia		Abandono		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Infancia	179	160	28	22	26	64	4	1	124	76	13	9	706
Total / %	339 / 48,0		50 / 7,1		90 / 12,7		5 / 0,7		200 / 28,3		22 / 3,1		

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

El comportamiento de los eventos de violencia de este momento de curso de vida varían significativamente, asociado a las características propias de la edad; a pesar que la negligencia continua siendo la de mayor porcentaje, este disminuye significativamente en relación al visto en la primera infancia, asociado a que al correr de los años, las instituciones prestan menor seguimiento a los menores, al terminar el esquema de vacunación, contar con menos seguimientos médicos, los cuales son requeridos con menos énfasis por los planteles educativos, lo que indica que necesariamente no se disminuye la ocurrencia de los casos, sino se reduce la detección de los mismos, caso similar ocurre con la violencia económica y el abandono. Los eventos de violencia física se incrementan significativamente, en parte asociado a una mayor independencia de los menores, mayor curiosidad, mayor dificultad de control por parte de los padres, quienes al desconocer o no saber utilizar métodos diferentes de educación, ejercen la violencia física con una mayor presencia en hombres, asociado a una mayor curiosidad y actividad en los varones.

El comportamiento espacial de los eventos relacionados con el maltrato a la población infantil en la localidad de Usme permite identificar que las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Gran Yomasa y Comuneros presentan la mayor cantidad de notificaciones ante este evento, concentrado casos en los barrios Santa Librada, Santa Librada Norte, Gran Yomasa y Monteblanco, sumándose el barrio Centro Usme Urbano de la UPZ Ciudad Usme. Los barrios Santa Librada Norte y Gran Yomasa se caracterizan por tener una alta densidad poblacional a nivel territorial y hacinamiento a nivel hogar, que junto con situaciones de desempleo y trabajo informal que acentúan prácticas inadecuadas de cuidado hacia la población infantil, en tanto se priorizan en las familias aspectos como el trabajo, la alimentación para una dieta básica y la vivienda, por lo general en condiciones inadecuadas para garantizar la salud de las familia y más aún la salud de las poblaciones más vulnerables (Mapa 7).

Mapa 7. Maltrato infantil, infancia, Usme, 2017.



Fuente: Base de datos SIVIGILA. Base de datos eventos priorizados SSR Subred Sur. Bases de datos SDS y RUAF. 2017.

Violencia sexual

La violencia sexual se incrementa significativamente, no solo en casos, pasando de 58 casos en primera infancia a 90 en infancia, sino en el peso porcentual en cuanto los diferentes tipos de violencia aportando el 12,7%, dato muy superior al 3,9% visto en primera infancia. La relación por sexo evidencia una marcada mayoría de casos en mujeres (64 casos, 71,1%), lo anterior puede relacionarse a que las jóvenes se desarrollan a una edad más temprana, sumado a variables ya mencionadas. Los principales agresores hacen parte de la familia, es así como 17 casos (18,9%) se dio por otro familiar, 11 casos (12,2%) por padrastro, 8 casos (8,9%) por padre, 5 casos (5,6%) por abuelo y 1 caso (1,1%) por hermano.

El lugar de ocurrencia refleja que 82 casos (91,1%) se dan en el hogar, donde el hacinamiento, las familias reconstituidas, así como el dejar a los menores en cuidado de terceros, familiares o no, incrementan el riesgo teniendo en cuenta que en 24 casos (26,7%), el agresor fue un conocido, 2 ocasiones (2,2%) fue un vecino y 16 casos más (17,8%) fueron por un desconocido, es importante tener en cuenta que el dejar a los menores al cuidado de terceros, se relaciona en la localidad a factores económicos, donde los padres trabajan, llegando tarde casa, así como la dificultad de establecer estrategias para el manejo de tiempo libre por temas de baja oferta, así como los costos necesarios, teniendo en cuenta esto, las estrategias de prevención deben ser fundamentales, las comunicación entre los niños y sus padres debe ser el pilar para evitar estos eventos o la identificación temprana, generando la denuncia pertinente.

Los eventos de violencia sexual notificados durante el 2017 no muestran diferencias significativas entre las edades registrando entre 13 y 17 casos en los diferentes años con porcentajes entre 14% y 19%. Con relación a la edad de los agresores, la mayoría se dio por adultos con 21 casos (23,3%), seguido por adolescentes de 14 a 17 años, registrando 8 casos (8,9%) y menores de 13 años con 6 casos (6,7), mismo dato al visto en personas mayores de 60 años, por último en jóvenes se registraron 7 casos (7,8%). Cabe anotar que ocho (8,9%) de estos casos requirieron algún tipo de hospitalización para su atención.

En cuanto la notificación de casos, nuevamente los servicios de salud son los lugares de mayor identificación de casos de este tipo, 44 casos (48,9%) se dieron en una instituciones de salud, 36 de ellos (40,0%) en consulta externa y 8 (8,9%) en urgencias; los planteles educativos aportan 31 casos (34,4%), cinco casos (5,5%) se conocieron por reporte comunitario u otro medio. Por último es importante mencionar que de los 90 casos notificados, 30 de ellos (33,3%) fueron considerados como fallidos, luego de hacer diferentes acciones como visitas domiciliarias y repetidas llamadas, pero debido a los datos de contacto es imposibles hacer seguimiento efectivo de los casos.

Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional (6-11 años)

En el 2017, desde el componente SISVAN escolar, se logró realizar valoración nutricional a 2.132 estudiantes de 6 a 11 años, residentes en Usme, la prevalencia de desnutrición crónica fue 7,7% (n=165), se estima que hay dos hombres por cada mujer notificada con talla baja. No se identificó escolares con pertenencia étnica, ni población LGBTI, tampoco víctima del conflicto armado.

Con relación a la desnutrición global en población escolar, no se identificaron casos de escolares de 6 a 11 años, residentes en Usme en el año 2017. Se identificó que Usme registró una tasa de ocupación del 58,9%, los hogares refirieron que sus ingresos solo alcanzan a cubrir los gastos mínimos en un 62,5% de (2). El índice de hambruna en Usme es 10.7% (3).

En las familias con menores de 5 años prevalecen ingresos económicos de 1 a 2 salarios en 92,3% y el 7,7% de las familias de 3 a 4 salarios, lo cual influye en el estado nutricional de la familia. El bajo poder adquisitivo de las familias para la compra y selección de alimentos de alto valor nutricional y reflejan las condiciones sociales y afectivas que enfrentan los niños en sus hogares.

La alimentación en la infancia es el reflejo de patrones culturales de las familias, los escolares inician a formar sus conceptos e imaginarios entorno a la alimentación, la influencia de amigos e instituciones juega un papel importante en el tema de seguridad alimentaria y nutricional.

Un factor importante se relaciona con los patrones de consumo de alimentos que se dan en la primera infancia los cuales reflejan el resultado del estado nutricional en la infancia; en Usme la población menor de 5 años tienen mayor consumo de cereales con 95,3%, seguido del consumo de azucares 91,4% y grasas con 90,6%. En menor proporción se da en consumo de hortalizas con 25,8%, este comportamiento refleja patrones de consumo y hábitos alimentarios de padres y /o cuidadores.

De acuerdo al diagnóstico de riesgo nutricional por índice de masa corporal, el 19,3% (n=411) de escolares presentan sobrepeso, el 10,3% (n=219) obesidad, el 4% (n=85) riesgo de delgadez y el 0,4% (n=8) presentan delgadez.

Con relación al sexo y diagnóstico por índice de masa corporal con sobrepeso la distribución de casos no hay diferencia significativa en ambos sexos (hombres: 221 casos y mujeres: 190 casos), frente a la obesidad la mayor proporción de casos se presentan en hombres (58,4%) frente a las mujeres. Llama la atención los casos de delgadez y riesgo de delgadez se identifican un total de 93 casos, de los cuales el 58,1% se presenta en mujeres de 6 a 11 años.

Se observa con preocupación en la población infantil de Usme una tendencia a la obesidad y sobrepeso. Si bien estos resultados dan información importante sobre la falta de actividad física como posible determinante del problema de obesidad en escolares. Entre otros, debería explorarse las oportunidades para realizar actividad física en la escuela, como parte del receso o del curso de educación física. En general, en las escuelas es común la falta de espacios recreacionales, así como la carencia de artículos deportivos para realizar actividades estructuradas (1). Según la OMS las recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud de niños y jóvenes de 5 a 17 años implemente como mínimo 60 minutos diarios; esta norma no es aplicable en establecimientos educativos dado que la actividad física está supeditada al currículo escolar.

De manera general, los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer enfermedades no transmisibles a edades más tempranas como la diabetes o las patologías cardiovasculares (4). Un factor incidente en la obesidad son las consecuencias psicosociales de la distorsión de la imagen física para el niño obeso pueden ser

tan importantes e incluso más que las físicas. La baja autoestima, aislamiento social, discriminación y patrones anormales de conducta son algunas consecuencias frecuentes.

Respecto a las costumbres gastronómicas, los niños son alimentados con coladas en la niñez y luego son alimentados con papa, arroz y papa. Por ende se ven que los menores no crecen dado que el aporte calórico es aumentado, lo que conlleva obesidad en la población.

Otro factor transversal es lo económico, así como las conductas e imaginarios de la familias relacionadas a la nutrición "*quitar el hambre*", "*no sientan hambre*", "*alimentos que rindan y duren mucho tiempo*", "*que el plato este lleno*", estas prácticas están estrechamente relacionadas con el factor económico. La familias teniendo el dinero, deciden que alimentos comprar y este está sujeto a los alimentos que alcancen, así no aporten nutrientes.

El acceso de la población infantil a los servicios de salud es bajo, supeditada a imaginarios y conceptos de padres o cuidadores como "*el niño está sano*". Con relación al aseguramiento el 69,3% pertenecen al régimen contributivo, el 23% subsidiado, el 5,3% es población pobre no asegurada y el 2,4% pertenecen al régimen especial.

Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Caries

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un proceso localizado de origen multifactorial que inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Es importante mencionar que en este curso de vida, ocurre la erupción activa de la dentición permanente.

Durante el año 2017 en la localidad de Usme se notificaron al subsistema SISVESO 357 niños y niñas que se encontraban en el momento de curso de vida infancia, de los cuales el 65,5% presentaron caries (n=234).

Se identifican factores económicos que pueden afectar la salud oral debido a que pueden influir en el consumo alimentos saludables y condiciones para la higiene oral (compra de elementos necesarios para realizar la práctica adecuada de higiene oral). Se observó que la mayoría de la población infantil con caries pertenecían al estrato socioeconómico 1 con 69,2%, en segundo lugar al estrato 2 con 30,8% y en tercer lugar estrato 0 con 0,4%, estos estratos son considerados, bajos y con menores recursos.

De igual forma como se describió en el momento de curso de vida primera infancia, otro de los factores que presenta mayor relevancia en la localidad es la falta de atención y acompañamiento de padres y cuidadores en actividades de

higiene oral de los niños y niñas, este comportamiento puede verse influenciado por aspectos culturales e imaginarios aun presentes en la población, como "*son los dientes de leche, se le van a caer*" y también porque las prácticas de higiene oral son delegadas a los menores, quienes no tienen las capacidades para realizarlo de manera correcta; así mismo, en algunas ocasiones se delega la responsabilidad a docentes e instituciones. Este factor puede impactar negativamente a lo largo de la vida a la población afectada.

Se evidenció que en la mayoría de la población en este momento de curso de vida los hábitos de higiene son inadecuados: 79,1% de los niños presentaron baja frecuencia del cepillado; en cuanto a la calidad del cepillado, el 50% fue deficiente, 37,2% regular y en el 12,8% bueno, en el 95% de los casos no se identificó uso de seda dental y del enjuague bucal. Así mismo se han identificado inadecuados hábitos alimentarios como el consumo elevado de azúcares y carbohidratos y bajo consumo de proteínas, frutas y verduras.

Respecto al sistema general de seguridad social en salud, el 79,9% pertenecían al régimen subsidiado, 15,0% al contributivo, 1,3% no estaban afiliados y 3,8% se encontraban en el régimen de excepción. En el análisis se identificó que existen barreras estructurales en el sistema general de salud y barreras geográficas, afectando con mayor frecuencia a la población perteneciente al régimen contributivo, debido a que en la localidad hay poca oferta de instituciones de servicios de salud que presten servicios para este régimen.

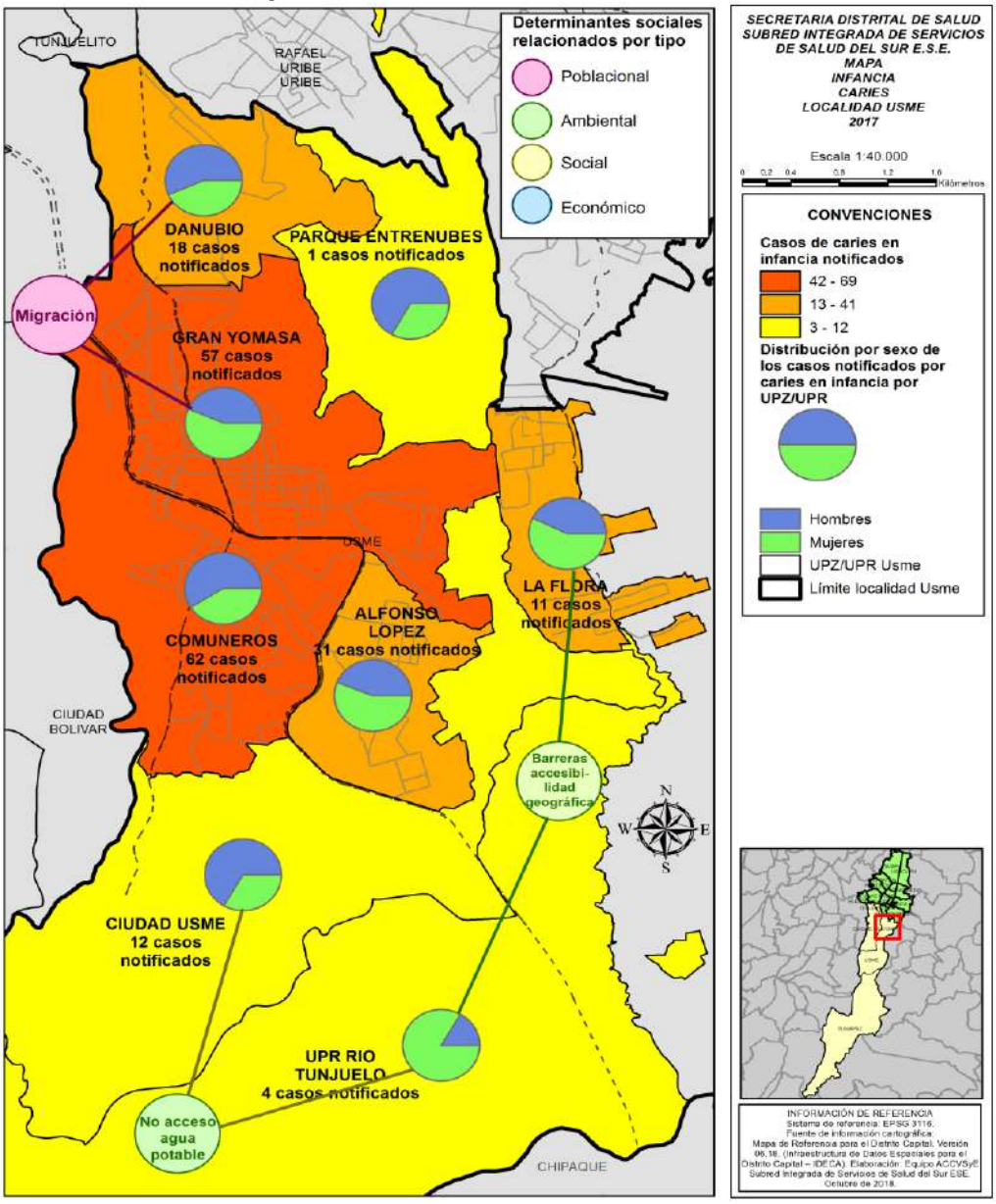
En los factores que refuerzan esta situación están: familias extensas y disfuncionales, bajo nivel educativo de los padres, consultorios privados con talento humano no capacitado.

En relación a poblaciones diferenciales, para este momento de curso de vida, se identificaron tres casos de población afrocolombiano y un caso Palenquero, los cuatro casos corresponden al 1,7% del total de la población con caries identificada en la localidad, la mayoría de los casos residían de la UPZ Alfonso López y en segundo lugar en la UPZ Entrenubes; los casos pertenecían al régimen subsidiado. En todos los casos se observó inadecuadas prácticas de higiene oral (deficiente 75% y regular 25%), con una frecuencia de cepillado de dos veces al día, al igual que el uso de la crema dental, los padres no refirieron uso de seda dental y enjuague bucal. La mayoría de los casos (75,0%) eran atendidos en USS ubicadas en la localidad, el tiempo aproximado de desplazamiento es de media hora; un caso era atendido fuera de la localidad y requería entre 1 a 2 horas de tiempo para desplazarse a la unidad de atención y también dinero para el transporte. En el 75% de los casos se presentó abandono del tratamiento, dos casos por barreras de aseguramiento (un caso cambio de EPS y otro presento inconsistencias con el puntaje del SISBEN) y en el otro caso los padres no tenían tiempo.

Se identificaron cuatro casos de población víctima del conflicto armado, los cuatro casos corresponden al 1,7% del total de la población con caries identificada en la

localidad, los casos residían de las UPZ de Danubio, Gran Yomasa, La Flora y Ciudad de Usme (Mapa 8); el 75,0% pertenecían al régimen subsidiado y 25% al régimen contributivo. En la mayoría los casos (75%), se observó inadecuadas prácticas de higiene oral: en cuanto al estado del cepillado 25% fue deficiente y 50% regular, la frecuencia de cepillado era de dos veces al día y con uso de la crema dental, los padres no refirieron uso de seda dental y del enjuague bucal. La mayoría de los casos (75%) eran atendidos en USS ubicadas en la localidad, en cuanto al tiempo aproximado de desplazamiento a la unidad de servicios de salud es de aproximadamente media hora; 1 caso era atendido fuera de la localidad y requería aproximadamente de 1 a 2 horas de tiempo para desplazarse a la unidad de atención y también dinero para el transporte. La mayoría de los casos se presentó abandono del tratamiento, 1 caso por barreras de aseguramiento por inconsistencias en la afiliación y en los otros 2 casos los padres no tenían tiempo.

Mapa 8. Caries infantil, Usme, 2017.



Fuente: SISVESO, 2017.

Dimensión Salud y ámbito laboral

Trabajo Infantil

Partiendo que no se cuenta con una fuente de información cuantitativa que permita vislumbrar el número de niños y niñas que se encuentran vinculados laboralmente; se parte de la información que suministra Espacio Trabajo, el cual es el encargado de realizar acciones de identificación y seguimiento a esta situación.

En 2017 según la información suministrada por el Espacio, se atendieron alrededor de 320 niños y niñas en ejercicio laboral, siendo las venta callejera o en tiendas, construcciones, parqueaderos, las más frecuentes. No se puede calcular el tiempo destinado para estas actividades, así como la ganancia son difíciles de estimar debido a la ausencia de información al respecto y en las intervenciones los niños y niñas se muestran reservados frente al tema.

Según la información obtenida en las unidades de análisis, se identifican como principales causas la pobreza, la normalización de estas actividades asociado a imaginarios y tradiciones; y la limitada oferta de espacios alternativos para el desarrollo de actividades de uso adecuado del tiempo libre y de recreación y deporte.

En cuanto a la pobreza, se encuentra que la localidad cuenta con un nivel de desempleo que obliga a algunos miembros de la familia, incluida la población infantil y las personas mayores, a contribuir en la economía a través del trabajo informal. En este sentido, el trabajo informal se ve como una alternativa en la obtención de recursos económicos. El cual si se mantiene con el tiempo, se convierte en una conducta normalizada. Los profesionales del equipo de Espacio Trabajo identifican que muchos de los niños y niñas que laboral provienen de familias en las cuales es recurrente esta situación.

Ahora bien, se ha encontrado que algunos padres optan por llevar a sus hijos a sus lugares de trabajo, al no encontrar un espacio en donde dejarlos. La localidad de Usme cuenta con una reducida oferta de instituciones, parques o lugares en los cuales se pueda aprovechar el tiempo libre. Por lo que los padres al temer que sus hijos adopten conductas disruptivas prefieren ocuparlos en actividades productivas.

Entre otros motivos por los que los niños y niñas trabajan se tiene que, 265 de los casos identificados lo hacen para apoyar la economía de la familia. Pero es de resaltar que 11 casos (3.5%) refieren ser cohesionados por otras personas, lo que puede ser explotación. 10 menores (3.1%) se encuentran fuera del sistema escolar, a causa de la actividad ejercida, baja motivación o extra escolaridad. Lo anterior da cuenta de las múltiples vulneraciones de derechos a las que se exponen los menores.

Tabla 5. Identificación trabajo infantil, localidad de Usme, abril 2017 a junio 2018.

Ítem	Usme			
Razones por las que trabaja	Hombre	Mujer	Total	%
Necesidad personal	2	0	2	0,6
Necesidad económica	20	14	34	10,9
Economía familiar	146	119	265	84,9
Cohesionado por otros	9	2	11	3,5

Total	**177**	**135**	**312**	**100**
Aseguramiento	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
Subsidiado	86	64	150	46,9
Contributivo	82	65	147	45,9
Régimen especial	5	5	10	3,1
Vinculado no asegurado	5	8	13	4,1
Total	**178**	**142**	**320**	**100**
Escolaridad	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
Escolarizado	173	136	309	96,9
Desescolarizado	6	4	10	3,1
Total	**179**	**140**	**319**	**100**
Condiciones crónicas	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
No realiza actividad física	109	87	196	76,6
Agrega sal a las comidas cuando ya están servidas	0	0	0	0,0
Consume a diario bebidas azucaradas	26	31	57	22,3
No usa medias de protección a rayos solares	0	0	0	0,0
Sin asistencia a consulta de protección temprana	2	1	3	1,2
Total	**137**	**119**	**256**	**100**

Fuente: Tableos de control Espacio Trabajo Subred Sur ESE., abril 2017 a junio 2018.

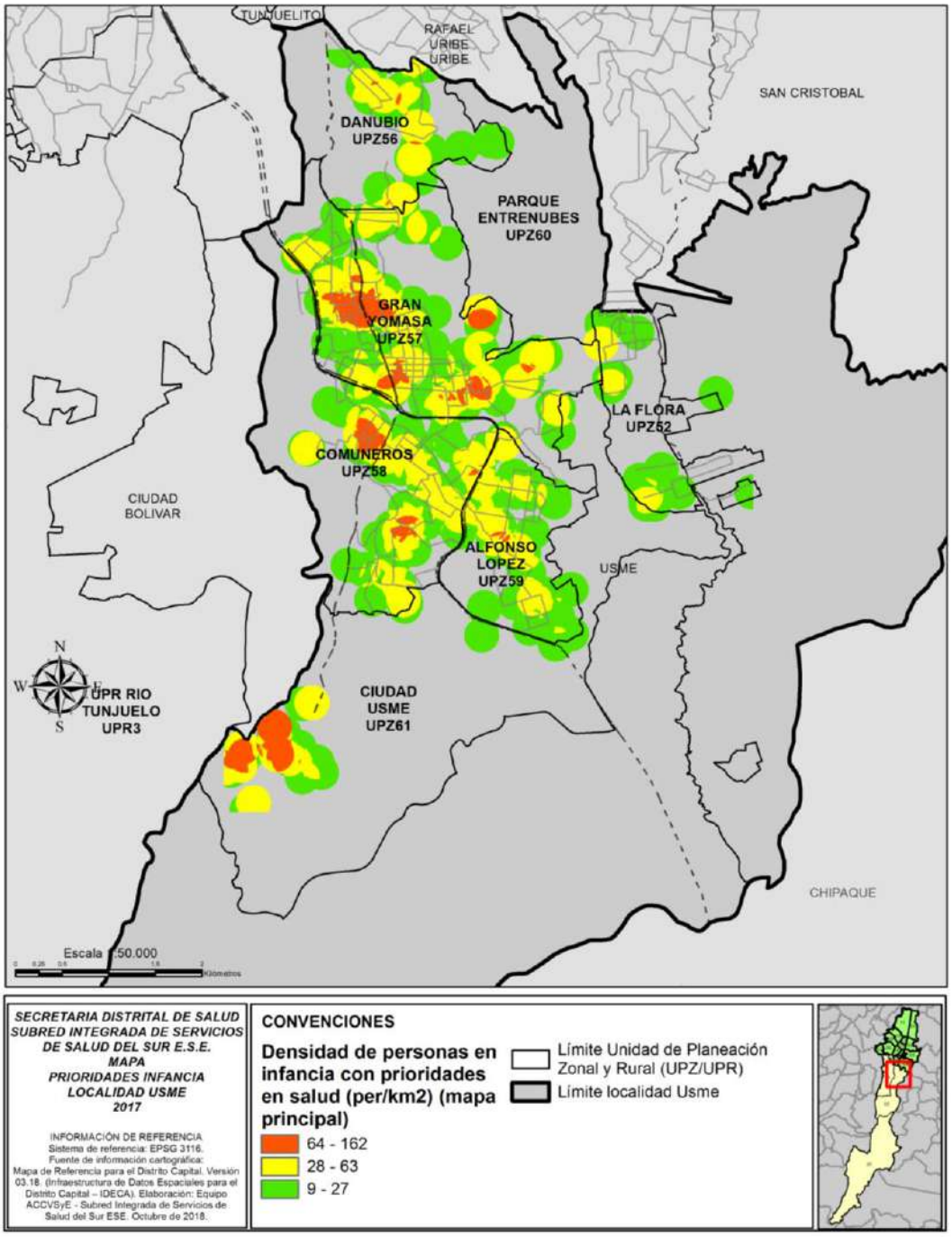
Se identifica además poca adopción de hábitos saludables, el consumo constante de bebidas azucaradas y la no realización de actividades físicas es una constante entre los menores, lo que los predispone para la presencia de enfermedades crónicas a temprana edad. Los riesgos psicológicos se asocian con situaciones de violencia, consumo de SPA, deserción o bajo rendimiento escolar, alteraciones emocionales o de autoestima, retardo en el desarrollo mental y demás factores relacionados con la no realización de actividades acordes a su edad como el juego, recreación y deporte, que favorezcan el compartir tiempo con pares y el desarrollo óptimo del proyecto de vida.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Infancia

De acuerdo con la distribución espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida de infancia se establece que los barrios Santa Librada y Santa de la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Gran Yomasa; los barrios Monteblanco y Usminia de la UPZ Comuneros; y el barrio Usme Centro Urbano de la UPZ Ciudad Usme concentran la mayor cantidad de situaciones que aportan a comprender el contexto de los determinantes sociales de la salud que afecta el proceso salud – enfermedad (Mapa 9), dentro de las cuales se pueden nombrar la alta densidad poblacional que implica una alta demanda de servicios públicos, sociales y de salud, así como alta competencia en la búsqueda de empleo al

interior de las UPZ y la localidad, hacinamiento en las viviendas, y otras condiciones en salud que impactan con mayor intensidad a la población infantil como las enfermedades transmitas por alimentos, agua y otras transmisibles, que junto con prácticas inadecuadas de cuidado hacia la infancia, perpetúan la vulneración de derechos en este momento de curso de vida.

Mapa 9. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida infancia, Usme, 2017



Fuente: Equipo ACCVSyE, Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2018.

5.4 Acciones

Para las situaciones de trabajo infantil en la localidad de Usme se identifican acciones desde Espacio Trabajo, el cual implementa acciones como fortalecimiento de proyecto de vida, uso adecuado de tiempo libre, sensibilización a padres y cuidadores para tomar la decisión de no continuar poniendo en riesgo la seguridad de sus hijos a través de visitas en UTIS.

Espacio Educativo desarrolla la estrategia *Sintonizarte*, con la cual se fortalecen prácticas de cuidado y autocuidado en salud oral; con saberes, actitudes, valores y prácticas saludables basadas en una nueva ética del cuidado que prevenga daños futuros y aporte a la regeneración de daños pasados.

Desde Espacio Vivienda se realiza la estrategia AIEPI comunitario la cual brinda educación en los cuidados durante la primera infancia entre los cuales se incluyen el fomento de la lactancia materna, alimentación saludable, cuidado del niño En relación con las condiciones de habitabilidad y de alta concentración de material articulado se realizan acciones integrales desde los perfiles de enfermería y técnico ambiental en las cuales se educa en medidas preventivas y acciones puntuales en el hogar que puedan mitigar riesgos de acuerdo a las particularidades de la vivienda.

Respuesta Intersectorial y Sectorial Primera Infancia e Infancia

En la localidad de Usme se identifica instituciones encargadas de realizar actividades para el bienestar de la comunidad. La Alcaldía Local se encarga de administrar recursos para la ejecución de programas y proyectos. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, cuenta con programas que apoyan la familias; los centros de desarrollo integral a primera infancia (CDI), Hogares comunitarios (HCN) y programas FAMIS, en los cuales se brinda apoyo nutricional que propende por la reducción de la desnutrición en la localidad.

La Secretaria de Integración Social, cuenta con programas de atención a primera infancia, infancia y adultez. Cuenta con apoyos económicos y bonos alimentarios. Así mismo, realiza formación a la familia. Adscrita a integración se encuentra los Centro Amar, los cuales tienen como objetivo primordial reducir el trabajo adolescentes. Los Centros Crecer brindan atención a personas con discapacidad.

5.5 Momento de Curso de Vida Adolescencia (12-17 años)

Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Embarazo en adolescentes 10 a 14 años

La tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años residentes en la localidad Usme, se calculó en 2,3 nacidos vivos por cada 1000 mujeres; lo cual a nivel de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, la establece como la localidad con la mayor tasa de fecundidad en ese rango de edad.

Se identificaron aspectos de análisis como el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), donde el 42.4% de las madres, se encuentran afiliadas a través del régimen subsidiado, el 48.5% a través del régimen contributivo y el 9,1% complementario, no se encuentra afiliado al SGSSS.

En relación al nivel educativo de las madres, se identifica que el 30,3% se encontraban cursando quinto grado; el 66,7% cursaban estudios de básica secundaria, y el 3,0% se encontraba cursando décimo grado.

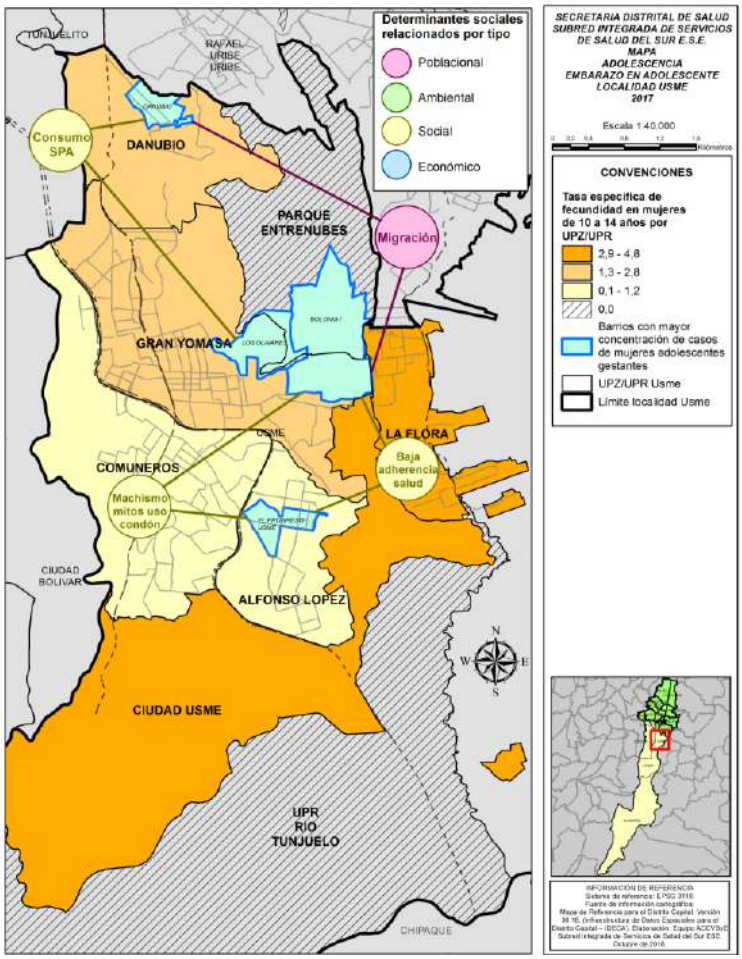
Entre los determinantes intermedios, se encuentra el nivel socioeconómico; este permite establecer el acceso a servicios y bienes que potencian la calidad de vida. Para la última encuesta multipropósito la localidad de Usme es la que presenta mayores índices de pobreza multidimensional, lo que da cuenta de carencias en el acceso a educación, salud y recreación que en últimas son las que dan cuenta de las condiciones de vida de la población. .

En la localidad se identifica un déficit de espacio para la ocupación del tiempo libre para los adolescentes, los parques se identifican como zonas inseguras en las cuales se consume SPA o se cometen hurtos. La oferta educativa en cuanto a preparación para el trabajo es baja, no se cuenta con sedes de universidades. En este sentido los adolescentes que desean estudiar deben trasladarse fuera de la localidad. En síntesis los adolescentes no cuentan con opciones educativas y laborales al interior de Usme que posibilite la estructuración de proyectos de vida.

Por último, para la prioridad se analiza los factores culturales, encontrándose que un gran número de adolescentes embarazadas provienen de hogares en los cuales las progenitoras también lo fueron a temprana edad, lo que indica transmisión general en cuanto a los embarazos en adolescentes. Al realizarse el análisis con la edad del padre, se encuentra que el 39 % tenía entre 14 y 17 años de edad y el 42% tenían entre 18 y 21 años de edad. Al establecer relación en estas edades, se encuentra que en la localidad son frecuentes las relaciones entre menores de edad con mayores.

Respecto a la distribución espacial de la prioridad en salud de la dimensión prioritaria de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos para la población del momento de curso de vida juventud relacionada con el embarazo en adolescentes se identifica que las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Ciudad Usme y La Flora presentan la mayor magnitud de este evento, teniendo como resultado en el año 2018 una tasa especifica de fecundidad de 10 a 14 años de 4,8, respectivamente (Mapa 10). Factores de riesgo asociados para la ocurrencia de este evento en la población adolescente es la baja adherencia a los servicios de salud, tanto promocionales como preventivos; el inicio temprano de relaciones sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas.

Mapa 10. Embarazo en adolescente, localidad Usme, 2017.



Fuente: Base de datos SIVIGILA. Base de datos eventos priorizados SSR Subred Sur. Bases de datos SDS y RUAF. 2017.

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Violencias

El momento de curso de vida adolescencia, junto con la primera infancia, son los grupos de edad donde mayor número de notificación de violencias se registran en el Distrito. En el sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar el maltrato infantil

y la violencia sexual (SIVIM) se reportaron 6.079 casos en Bogotá para la adolescencia, ubicando a este grupo de edad como el segundo de mayor notificación, superado solamente por la primera infancia. En la localidad de Usme se registraron 558 casos de violencias para este curso de vida, lo que representa el 8,7% y la ubica como la quinta localidad de mayor notificación de casos.

Tabla 6. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SIVIM por sexo, localidad Usme, 2017

Usme					
Curso de vida	Hombre	%	Mujer	%	Total
Adolescencia	124	23,5	404	76,5	558

Fuente: SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Los adolescentes aportan el 19,5% de la notificación de los diferentes momentos de curso de vida para la localidad, encontrando una distribución por sexo muy marcada en contra de las mujeres, presentando tres casos en mujeres por cada hombre víctima de algún tipo de violencia. La efectividad para el seguimiento de estos casos es irregular en los diferentes cursos de vida, en la adolescencia es muy baja al realizar abordaje integral a 257 casos, lo que representa un 48,7%, principalmente por dificultades de ubicación de los casos.

Respecto al aseguramiento, en la localidad se recibieron notificaciones de violencias en un 48.1% de régimen subsidiado, 43,2% en contributivo y un 7,8% de no asegurados, lo cual muestra un comportamiento contrario a las proyecciones generales en la localidad, donde se cuenta con un mayor porcentaje de personas en el régimen contributivo. Esto puede estar relacionado con una mayor notificación por parte de las instituciones que trabajan principalmente con población en este régimen, así como una mayor incidencia del evento relacionado con los determinantes asociados como bajos ingresos económicos y educativo de las familias.

A pesar de ser personas muy jóvenes, se registraron 43 casos (42 en unión libre y 1 viudo), con un estado civil diferente a soltero, lo que representa el 8,1% de los casos, evidenciando una vida en pareja a muy temprana edad. Esto se relaciona con problemáticas como el embarazo en adolescentes, deserción escolar y dificultad para acceder a empleo formal bien remunerado. A su vez, la conformación de familia a temprana edad puede relacionarse como factor de violencia intrafamiliar al no contar con la preparación adecuada para asumir responsabilidades, además de una tendencia mayor a presentar comportamientos impulsivos propios de esta edad.

En las mesas de análisis se identificó que uno de los determinantes principales para la ocurrencia del evento de violencias es el bajo nivel educativo y el contar con pocas herramientas para afrontar y resolver conflictos en las familias. La escolaridad se asocia directamente a la información vista previamente, donde 73 casos (13,8%) registran que no fueron a la escuela o se encuentran en primaria completa o incompleta, pero teniendo en cuenta la edad de estos jóvenes, al

menos la inmensa mayoría debería estar en secundaria incompleta, aunque es posible que menores de 16 o 17 años podrían contar con secundaria completa, sin embargo solamente 13 casos (2,5%) registran tener secundaria completa o una educación superior en curso. Con relación a la población especial se registran 9 menores (1,7%) con discapacidad, así como 19 (3,6%) en situación o condición de desplazamiento.

La baja capacidad de resolución de conflictos al interior del hogar, como se mencionó anteriormente, es uno de los principales determinantes identificados. Se encuentra que los principales agresores continúan siendo los padres al igual que en los menores de 11 años, pero en menor proporción con un 42,8% (226 casos), en su mayoría la madre con 27,5% seguido por el padre con 15,3%, a partir de esta edad las relaciones de pareja se establecen como un factor para la violencia intrafamiliar, siendo la pareja o expareja responsable de la agresión en 55 casos (10,4%), otros familiares incluyendo abuelos, hermanos, padrastros aportan 63 casos (11,9%), personas conocidas o desconocidas registran 111 casos (21,0%) asociado principalmente a la violencia sexual.

Un importante número de casos correspondientes a 62 (11,7%) se trata de mujeres en embarazo quienes son negligentes en cuanto la gestación que se desarrolla al momento de la notificación, generalmente en relación al inicio de controles prenatales, dato muy bajo teniendo en cuenta el elevado número de mujeres de todas las edades con inicio tardío de controles prenatales, factor de riesgo asociado a diversos eventos relacionados con la dimensión de salud sexual y reproductiva en la localidad, evidenciando la necesidad de fortalecer este tipo de notificaciones.

Los 558 casos notificados representan 1.080 tipos de violencia, teniendo en cuenta que un evento de este tipo puede relacionarse con seis tipos de violencia, siendo la emocional la primera de manera inherente, además de la negligencia, el abandono, la violencia económica, física y sexual. En las mesas de análisis se identifica que las violencias siempre se acompañan de diversas manifestaciones, emocionales, físicas y comportamentales, por lo cual se requiere que el abordaje del evento se realice de manera integral, garantizando encontrar las diversas manifestaciones del mismo para tener incidencia positiva en el mismo.

Tabla 7. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Usme, 2017

MCV	Emocional		Física		Sexual		Económica		Negligencia		Abandono		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Adolescencia	124	404	38	72	12	146	0	10	72	186	4	12	1080
Total / %	528 / 48,9		110 / 10,2		158 / 14,6		10 / 0,9		258 / 23,9		16 / 1,5		

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

El comportamiento de los eventos de violencia en la adolescencia es similar a lo visto en infancia en cuanto el porcentaje de los casos, sin embargo el número de los mismos se incrementa de manera significativa. La negligencia no tiene en cuenta solamente la no satisfacción de las necedades básicas de los menores, sino al inicio del periodo de gestación en buena parte de ellas, quienes no inician sus controles prenatales o acceden a los exámenes requeridos; la violencia física cambia en cuanto los agresores como ya se mencionó previamente, asociado al inicio temprano de relaciones de pareja, relacionado principalmente a celos y a la inmadurez propia de la edad.

Se detectaron 81 casos (51,3%) en los servicios de consulta externa y 29 (18,4%) en urgencias, de los cuales 17 (10,8) requieren algún tipo de hospitalización. Los planteles educativos notificaron 24 casos (15,2%), siendo salud y educación las principales instituciones en cuanto la detección y notificación de casos para esta población. Por último según los registros del proceso 73 casos (46,2%) no pudieron realizar un seguimiento efectivo, relacionado con problemas para la ubicación de los casos, reforzando que tan importantes es detectar el caso, como garantizar la calidad de la información entregada para así, garantizar el seguimiento adecuado.

Como resultado de las mesas de análisis se identificó que es necesario incidir directamente en los determinantes proximales como el afrontamiento y resolución de conflictos desde la infancia, fortalecer los temas de amor propio y convivencia en las instituciones educativas. Así mismo en los niveles intermedio y estructural es importante garantizar el acceso a oportunidades de educación y trabajo, con el fin de disminuir los bajos niveles educativos y el bajo ingreso económico de las familias. Así mismo se debe continuar con la socialización de las líneas de apoyo distritales como la línea púrpura, con el fin que los y las adolescentes cuenten con herramientas que les permitan el manejo adecuado de conflictos, a la vez que les permita tener información necesaria para realizar las denuncias correspondientes cuando se presenten los casos y sea conocido al interior de las familias, en la relación de los padres con los hijos y con las parejas, así como en las instituciones educativas y de servicios sociales.

Violencia sexual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada, además de diferentes tipos de coerción como la presión social, la intimidación y la violencia física. Este tipo de violencia se puede presentar al interior de las familias, por la

pareja o desconocidos, así mismo en diferentes ámbitos como el laboral y educativo.

La violencia sexual muestra una cantidad significativa de número de casos en la adolescencia, así como una marcada diferencia por sexo, siendo las mujeres las principales víctimas con un 92,4%. Según la legislación Colombiana los y las adolescentes menores de 14 años que practiquen relaciones sexuales son víctimas de violencia sexual independiente de si la relación es consentida o de la opinión de padres y/o cuidadores, requiriendo acciones legales para garantizar la restitución de derechos.

En el SIVIM se notificaron 158 casos de violencia sexual, lo cual representa el 14,6% del total de la notificación de violencias para la adolescencia. Desagregando por edades, se encuentra un 44,9% (71 casos) de las notificaciones en menores de 14 años, de los cuales el 16,5% se da a los 12 años y el 28,5% a los 13 años; adicionalmente se registran 42 casos (26,6%) a los 14 años, 26 (16,5%) a los 15 y 14 (8,9%) a los 16 y cinco (3,2%) a 17 años de edad. Esto muestra que para la adolescencia, las edades más vulnerables están entre los 12 y los 14 años, lo cual va disminuyendo con la edad.

Diversos factores fueron identificados en las mesas de análisis como determinantes de la violencia sexual en adolescencia, lo cual también depende del tipo de abuso y de si la relación fue consentida o no. Es importante aclarar que aunque la relación fuese consentida, debido al momento de curso de vida y el nivel de desarrollo de los menores de 14 años, toda relación anterior a esta edad se considera abuso y manifestación de violencia, aunque no se haya empleado la fuerza, puesto que se emplea en la mayoría de los casos coerción, engaño, abuso de confianza y de poder sobre los menores. El desarrollo precoz de los adolescentes, una estimulación sexual externa y temprana, fomentada por los medios de comunicación y factores sociales, el inicio de la experimentación y consumo de sustancias psicoactivas, la moda, así como las exigencias socioculturales del entorno, pueden incidir en el inicio temprano de relaciones sexuales antes de los 14 años, lo cual configuraría una situación de abuso en caso de presentarse.

Adicionalmente, se identificaron en las mesas determinantes específicos para la ocurrencia de abuso cuando se emplea violencia física, relacionados con bajos niveles educativos, patrones culturales machistas y abuso de poder. Esto se relaciona con factores al interior de las familias, entre los cuales se encuentran la necesidad de dejar a los hijos a cargo de terceros debido a la necesidad de trabajar en diferentes horarios, así como la baja supervisión de los adolescentes, lo cual expone a los menores al contacto con personas y situaciones que pueden configurar abuso. Si bien la mayoría de los casos ocurre al interior de las familias, es importante que las mismas cuenten con las herramientas para identificar estas condiciones de abuso, mejorando la comunicación padre e hijo, así como conociendo las formas de denuncia cuando se sospeche o se tenga conocimiento de la ocurrencia del evento.

Los patrones culturales machistas y el abuso de poder se ven manifestados principalmente en la ocurrencia mayoritaria de casos hacia las mujeres. Se identifica que persisten comportamientos e ideas que refuerzan la percepción de la mujer como objeto sexual y de inferioridad con respecto a los hombres, teniendo las mujeres un rol de satisfacer las necesidades del hombre en diferentes niveles, empleando la violencia física en algunos de los casos para lograr este fin. En las mesas de análisis se identifica que estos patrones pueden ser modificados principalmente por medio de la educación y acceso a la información, lo cual debe incidir a nivel individual, familiar y comunitaria, brindando a las personas información que permitan conocer que acciones se pueden realizar en el caso de presentarse una situación de abuso, así como de trasmitir el mensaje a la sociedad como grupo de la importancia del rol de la mujer, de la protección y garantía de sus derechos, así como de la independencia y autonomía en la toma de decisiones.

Es importante tener en cuenta que en la localidad se cuenta con población indígena, quienes por sus sistemas culturales tienen aproximaciones diferentes al tema de inicio de relaciones sexuales y embarazos, por lo cual se puede presentar casos de embarazos en adolescentes menores de 14, que no son vistos como negativos por parte de la comunidad. Así mismo esto difiere entre los grupos y su cosmovisión, por lo cual, desde la mesa de análisis, se resalta la importancia de implementar el enfoque diferencial que tenga en cuenta las particularidades de los grupos étnicos, pero que logren por medio de la concertación y el diálogo, llegar a acuerdos sociales y culturales que permitan la disminución del evento, así como mostrar la importancia de la prevención en la manifestación de distintos tipos de violencias.

Como concertación de las mesas de análisis, incluyendo las dimensiones de convivencia y salud mental, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, el enfoque diferencial en la dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables y para los diferentes momentos de curso de vida, se plantea la necesidad de fortalecer los procesos de promoción y prevención, la divulgación de la estrategia *Sexperto*, la línea 106, línea púrpura, fortalecimiento de las acciones en las instituciones educativas, en las vivienda y en el espacio público, así como capacitación del personal de salud en código blanco (para atención a víctimas de violencia sexual) y el posicionamiento de la ruta de atención a víctimas de violencias, con el fin de contar con la preparación institucional adecuada, la oferta intersectorial necesaria, así como familias, comunidad e individuos informados y empoderados en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, así como en la prevención de todo tipo de violencia.

Consumo de SPA

El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes es una problemática que afecta varios aspectos del desarrollo en el momento de curso de vida, puesto que puede generar consecuencias permanentes en una etapa crítica de formación, así como una afectación en el círculo familiar y social del adolescente consumidor. En

la Localidad de Usme para el año 2017, a través del sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas (VESPA) se captaron 341 personas con consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas, de las cuales 91 casos (26,7%) se presentaron en el momento de curso de vida adolescencia. De acuerdo al sexo el 78% corresponde a hombres y el 22% mujeres, esto significa que por cada mujer que presenta abuso de dichas sustancias se hallan cuatro hombres con el mismo tipo de consumo.

Tabla 8. Tipo de droga de consumo en Adolescentes de acuerdo al sexo, Localidad Usme, 2017.

Droga de Inicio	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Marihuana	36	50,7	7	35,0	43	47,3
Tabaco (Cigarrillo)	19	26,8	8	40,0	27	29,7
Alcohol	14	19,7	2	10,0	16	17,6
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	1	1,4	2	10,0	3	3,3
CB, Tusi	0	0,0	1	5,0	1	1,1
Dietalimida del ácido lisérgico(LSD)	1	1,4	0	0,0	1	1,1
Total	71	100,0	20	100,0	91	100,0

Fuente: sistema de vigilancia epidemiológica VESPA 2017

En las mesas de análisis se empleó un enfoque espacial y territorial de análisis con el fin de identificar los factores y determinantes de acuerdo a su lugar de ocurrencia e incidencia en el consumo. Se identifican factores como la vulnerabilidad social y económica, los bajos ingresos económicos y la migración en ciertas zonas de la localidad, los cuales influyen en la presencia y gravedad del evento. Los determinantes socioeconómicos se configuran como factor de riesgo al incidir negativamente en el estado de vulnerabilidad de los individuos y comunidades, lo que cual facilita que problemáticas como el pandillismo, el microtráfico y el consumo se multiplique, esto relacionado con que estas actividades se convierten en opciones para generar ingresos económicos, y a la vez el consumo se convierte en una forma de escape de los problemas derivados de las dificultades económicas y sociales. Así mismo, la migración en ciertas zonas de la localidad, principalmente zonas no legalizadas y de invasión, genera nuevas prácticas como el consumo de sustancias y la generación de grupos delincuenciales, lo cual es un factor de riesgo principalmente para los niños y adolescentes en etapas de formación que se involucran en estas prácticas.

Con relación a las poblaciones diferenciales y de inclusión, el 3,3% se auto reconocen como población indígena y afrocolombiano y el 1,1% es población víctima del conflicto armado. Frente al estado civil de los adolescentes con consumo de SPA, el 92,3% son solteros, el 3,3% manifestaron unión libre, el 1,1% son casados y otros no brindan información frente a su estado civil. Respecto a la seguridad social en salud de los adolescentes con consumo de SPA el 50,5%

pertenecen al régimen contributivo, el 38,5% Subsidiado, el 9,9% es población pobre no asegurada y el 1,1% régimen de excepción.

El nivel educativo es importante en el inicio de consumo como en sus implicaciones respecto a la deserción escolar y el bajo rendimiento académico. En cuanto al nivel educativo, la mayor proporción relacionaron secundaria incompleta con 73,6%, seguido del 13,2% primaria incompleta, el 11% primaria completa y 1,1% describieron secundaria completa y población sin escolaridad. Al indagar por la condición escolar actual los adolescentes el 51,6% refirieron continuidad en procesos educativos, el 47,3% presentaron deserción escolar y el 1,1% abandonaron estudios recientemente. Esto tiene implicaciones que pueden generar consecuencias durante el resto del ciclo vital, al generar deserción escolar y por consiguiente una mayor dificultad de encontrar a futuro mejores condiciones laborales y económicas.

Así mismo, el inadecuado uso del tiempo libre en instituciones educativas y la deserción escolar influyen en un mayor consumo, lo cual concuerda de acuerdo a los datos en cuento a la no culminación de los estudios y el bajo porcentaje de personas que continúan estudiando, afectando principalmente en los casos de consumo problemático. En cuanto a la frecuencia del consumo tanta en hombres como en mujeres el 42,3% lo hacen más de tres veces al día, seguido de una vez al día con 26,8% y de dos a tres veces por día 22,5%, una vez por semana 15,5%, varias veces por semana 12,7%, una vez por semana 7% y el 1,4% no la ha usado en el último mes.

Otro de los factores es la influencia de pares y del contexto, encontrándose que los adolescentes que han probado algún tipo de SPA han sido en gran parte por algún tipo de influencia. En este sentido, el grupo de amigos desempeña un papel importante en el desarrollo de los adolescentes, pues es a través de este que se crean códigos y patrones de conducta sociales, los cuales en ocasiones van en contravía con los establecidos en el hogar y en la sociedad. Cuando los adolescentes tienden a relacionarse con un grupo de pares con conductas disruptivas tiene mayor predisposición a adquirir dichas conductas. Con relación al tipo de droga que inician los y las adolescentes, en hombres prevalece la marihuana con 20,9%, seguido de cigarrillo con 11% y el 8% con bebidas alcohólicas, la edad promedio de consumo es 13 años, el sitio habitual de consumo es la vía pública y casa de amigos en un 69% cada uno, en segundo lugar establecimientos educativos con 23,9% y los bares, tabernas con 15,5%.

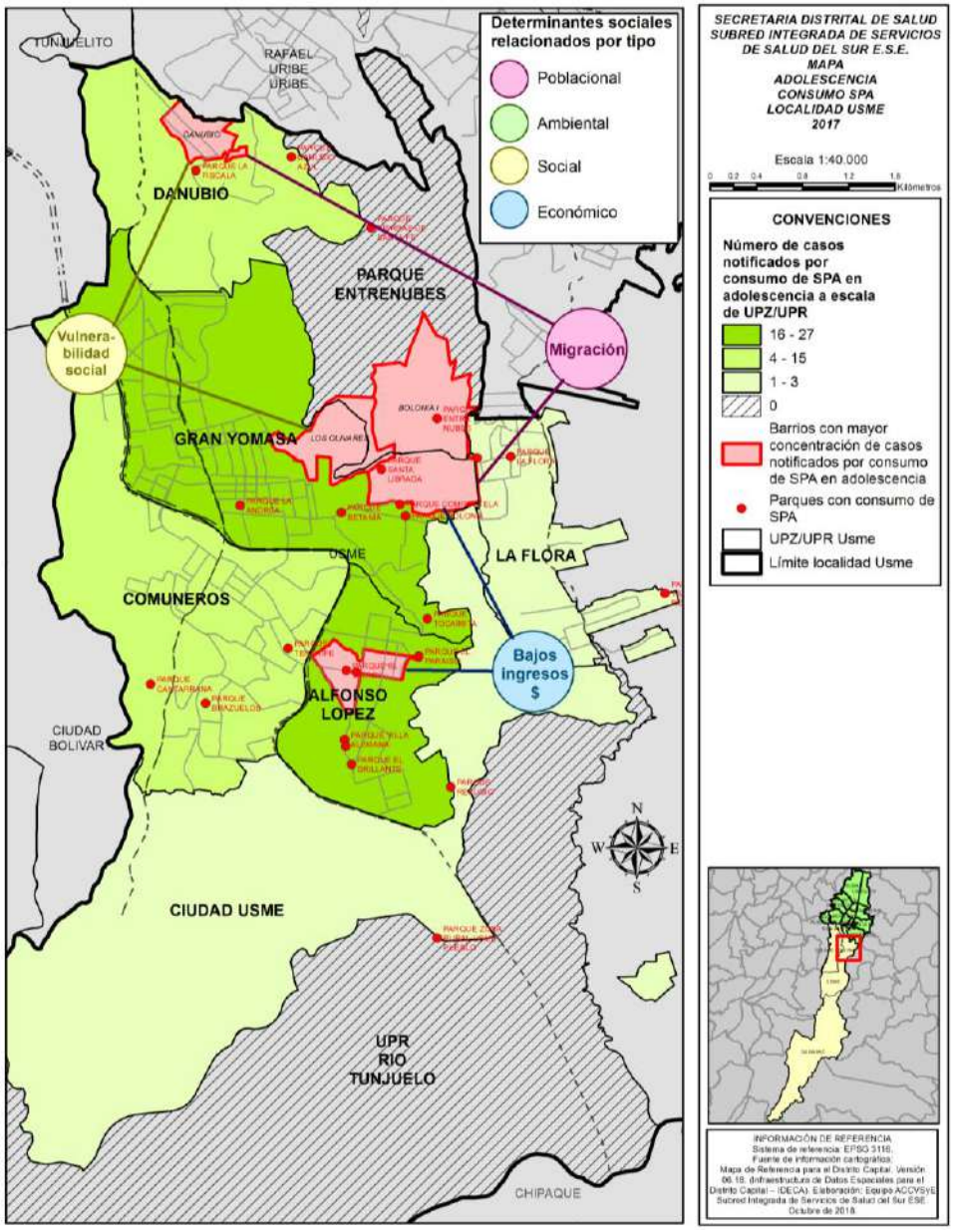
Respecto a las mujeres, la sustancia inicial de consumo es el cigarrillo con 28,6% seguido de marihuana 25% en tercer lugar se ubican los disolventes, combustibles o pegantes inhalables y alcohol con 7,1% respectivamente. La edad promedio de inicio de consumo en las mujeres es de 13 años, al igual que los hombres. Frente al sitio habitual de consumo el 80% prefieren la vía pública y la casa de amigos respectivamente, el 75% parques, un 40% establecimientos educativos y bares, tabernas y un 20% consumen en sus viviendas. De acuerdo a lo encontrado en las mesas de análisis, se presenta una alta presencia de consumo en instituciones

educativas y parques, lo cual se relaciona con la influencia de jibaros que incitan el consumo desde edades tempranas, a contextos sociales y educativos donde se presenta el pandillismo y a una baja supervisión por parte de familiares, presentándose adicionalmente situaciones de violencia hacia profesores o comunidad que intentan denunciar o controlar el microtráfico en estos espacios.

La falta de supervisión de los adultos, ligado a las distancias que tienen que recorrer diariamente hacia y desde los lugares de trabajo, pueden incidir en la alta permanencia de los adolescentes en calle y al inadecuado uso del tiempo libre. El déficit de tiempo compartido en familia se agudiza por problemas familiares como la violencia y la baja calidad en la comunicación. En cuanto a la oferta institucional, en la localidad se deben fortalecer los programas sociales que propendan por la prevención del consumo, con el fin de contar con mayores espacios culturales y deportivos para la ocupación del tiempo libre puesto que algunos de los parques existentes presentan problemáticas de consumo de sustancias y delincuencia. Como concertación de las mesas de análisis y a partir de los determinantes identificados, se encuentra que las acciones realizadas en los diferentes espacios de vida cotidiana, así como las atenciones realizadas en lo asistencial, debe tener un abordaje integral que permita identificar los riesgos en los adolescentes, así como incidir positivamente en la promoción y prevención de hábitos de vida saludable, proyecto de vida y proyectos comunitarios.

La distribución espacial de los eventos notificados por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la población adolescente de la localidad de Usme permite evidenciar que en las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Gran Yomasa y Alfonso López concentran la mayor cantidad de casos de esta naturaleza, con particular atención en los barrios El Progreso Usme, Los Olivares y Bolonia I, barrios en los cuales la vulnerabilidad social en cuanto a las bajas oportunidades que tienen los jóvenes para ocupar su tiempo libre, la baja corresponsabilidad de los mismos frente al cuidado de su salud y desarrollo personal y los altos flujos migratorios en la localidad en general convergen en mal uso de los recursos disponibles en la localidad, como lo son las bibliotecas públicas e inclusive los parques públicos, que para este evento se convierten en los escenarios para la comercialización y consumo de sustancias psicoactivas, sin desconocer que este evento se presente en las calles y avenidas de la localidad, como lo es el Parque El Virrey, Parque Santa Librada y Parque Compostela (Mapa 11).

Mapa 11. Consumo de sustancias psicoactivas, adolescencia, Usme, 2017.



Fuente: VESPA, 2017

Conducta suicida

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es la segunda causa de muerte en la población de 15 a 29 años, cerca de 800.000 personas mueren al año por esta causa y un número mayor de personas presentan algún tipo de conducta relacionada, siendo problema grave de salud pública. El comportamiento suicida, según el documento técnico para la vigilancia epidemiológica en salud mental de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se puede determinar por un número importante de causas complejas, entre las cuales se encuentran algunos trastornos mentales, antecedentes familiares, abuso de sustancias, maltrato en la infancia, aislamiento social, así como la dificultad de afrontamiento de situaciones

como la pobreza, el desempleo, perdida de seres queridos, rupturas, problemas jurídicos o laborales, dolor incapacitante y enfermedades, entre otras. El suicidio es un evento prevenible que requiere de la identificación de la conducta así como de intervenciones específicas que permitan disminuir los factores de riesgo y el abordaje integral en salud mental.

El subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida SISVECOS recibió durante el año 2017 un total de 532 notificaciones de algún tipo de conducta suicida en adolescentes en la localidad de Usme, de las cuales 473 cuentan con seguimiento logrando una efectividad del 88,9%, en consecuencia 59 casos no registran una valoración integral que permitan definir el tipo de conducta presentada, pero representa un importante número de casos que evidenciaron señales de alerta para la generación de la notificación. Los casos no pueden atenderse en su totalidad debido a problemas de ubicación en cuanto la calidad de los datos registrados o la veracidad de los mismos.

Tabla 9. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, Subred Sur, 2017

Tipo de conducta	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Amenaza suicida	31	29,8	73	70,2	104	19,5
Ideación suicida	100	33,6	198	66,4	298	56,0
Intento de Suicidio	21	30	49	70	70	13,2
Suicidio consumado	0	0	1	100	1	0,2
Sin seguimiento	16	27,1	43	72,9	59	11,1
Total	168	31,6	364	68,4	532	100

Fuente: Base SISVECOS subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

En cuanto la distribución por sexo se observa que en términos generales por cada dos casos en mujeres, se presenta uno en hombres, pero este dato difiere al interior de los diferentes tipos de conducta suicida, es así como la amenaza suicida, entendida como la intención de hacerse daño frente a una persona o familiar y requiere atención de urgencias y el intento suicida, cuenta con una diferencia aún mayor en casos de mujeres. Para la localidad se encontró en las mesas de análisis que las mujeres presentan formas diferentes de afrontamiento respecto a los hombres, relacionado con la manifestación de las emociones, y permitiendo evidenciar con mayor claridad si se presenta alguna afectación que incida en la conducta suicida.

En las mesas de análisis se identificó como principales factores relacionados con la conducta suicida, la presencia de otros eventos como violencia intrafamiliar, abuso sexual y consumo de sustancias psicoactivas, relacionados en muchos de los casos con dificultad para realizar procesos de afrontamiento y resiliencia, redes de apoyo familiares y sociales débiles, así como la manifestación de problemas al interior de las familias como dificultades económicas o procesos de duelo. Adicionalmente a nivel proximal se encuentra que las relaciones de pareja y con

pares, pueden ser factores influyentes al presentarse conflictos, inmadurez y dificultades en la comunicación.

La ideación suicida entendida como los pensamientos poco frecuentes, recurrentes e incluso con planes estructurados relacionados con la intención de morir, son el tipo más frecuente de los casos notificados, lo que requiere estar atentos a las señales o conductas relacionadas, así como el entrenamiento a el personal de salud en especial, pero también a funcionarios de otros perfiles e incluso la comunidad general que pueda ayudar en la prevención e identificación de casos de conducta suicida en la localidad.

En el caso de suicidio consumado se puede evidenciar algunos de los determinantes asociados a la conducta. Se presentó en la localidad un caso de suicidio consumado en menor de 14 años, utilizando como mecanismo el ahorcamiento en casa. En el seguimiento del caso se evidencian antecedentes de violencia intrafamiliar, siendo una menor desescolarizada, posible rechazo en la infancia al tratarse de hijo no deseado, procesos recurrentes con ICBF, presunta violencia sexual no confirmada, tipo de familia reconstituida con débil red de apoyo familiar y social.

Según los datos registrados, 76 casos requirieron algún tipo de hospitalización relacionada con la conducta suicida, lo que representa un 14,3% de los casos, lo que refleja la gravedad del evento y el riesgo que corren estos jóvenes si no se realizan las acciones de seguimiento pertinentes, es importante mencionar que 124 casos (23,3%) presentaron una conducta reincidente, en otras palabras, cerca de uno de cada cuatro casos reincide en la conducta suicida lo que refleja la importancia no solo de la detección temprana del caso, sino de una atención integral de la persona más allá de la atención de urgencia o prioritaria a un tratamiento que permita disminuir significativamente que esta situación se repita.

La distribución de casos por aseguramiento, presentan un comportamiento más acorde a la distribución de la población general con un 62,6% adscrito al régimen contributivo, un 31,0% al subsidiado y 4,5% no asegurado, hecho que contrasta con los datos de violencia, donde la relación es contraria, posiblemente debido a estos eventos aun generan temor en cuanto posibles represalias por parte de los presuntos agresores, además de mayor dificultad para la identificación de los casos.

Algunas factores pueden generar repercusiones emocionales que desencadenan en pensamientos relacionados con la conducta suicida, tales como tener una discapacidad o ser víctima del conflicto armado. En cuanto las poblaciones especiales destacan dos casos (0,2%) de menores con discapacidad y 10 (1,8%) en condición o situación de desplazamiento, factores que pueden generar repercusiones emocionales que favorezcan los pensamientos relacionados con la conducta suicida. Adicionalmente se encuentran tres gestantes (0,6%) que no solo ponen en riesgo su vida sino del bebe por nacer, generando una situación de alerta en esta población.

Uno de los determinantes identificados en la mesa de análisis es el consumo de sustancias psicoactivas, encontrando que de la totalidad de casos 42 (7,9%) registran como factor de riesgo el consumo de sustancias. Esto tiene relación con los demás factores identificados anteriormente, viéndose la necesidad de incidir en la prevención del inicio de consumo y en el manejo en los casos de consumo inicial y problemático.

En cuanto el tipo de familia se evidencia que cerca del 40% de casos cuentan con familias de tipo nuclear (24,6%) y mononuclear (17,1%), seguidos por la extensa (11,1%) y por último la mixta o ampliada (8,0%), es importante mencionar que el hogar es el principal sitio donde se presenta los diferentes tipos de conducta suicida, siendo vital el seguimiento constante de los padres y los miembros de la familia para la detección temprana de casos.

En la localidad de Usme según la información recolectada de los seguimientos de casos los principales factores asociados al evento son los problemas relacionados con padres y familiares políticos con 93 casos (17,5%), seguido por problemas con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares en 78 casos (14,7%), inadaptación educacional o desavenencias con maestros y compañeros en 52 casos (9,8%), seguido por problemas relacionados con la crianza del niño y síndromes de maltrato en 32 (6,0%) y 26 (4,9%) casos respetivamente, otros factores relacionados están el estrés, apoyo familiar inadecuado, relaciones de pareja, rendimiento escolar, ausencia de un miembro de la familia, abuso sexual, duelo, circunstancias económicas, uso de SPA, habilidades sociales, entre otras.

A partir de las sesiones de trabajo en las mesas de análisis y a partir de los determinantes identificados, se logró avanzar en la construcción de la ruta de atención a la conducta suicida en la localidad, así como la socialización y fortalecimiento de las acciones y articulación del SISVECOS en el equipo técnico de salud mental. El trabajo realizado con los equipos de psicólogos de Vigilancia en Salud Pública, así como con representantes de Espacios de Vida Cotidiana, la articulación con Gobernanza y el Programa de Salud Mental y enlace asistencial, se busca fortalecer las estrategias de atención de los eventos, así como en la identificación de los mismos para la atención específica. Así mismo se evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de prevención en los diferentes espacios que trabajan con infancia y adolescencia, con el fin de brindar a los adolescentes herramientas que les permitan conocer y reconocer la salud mental como parte fundamental de su bienestar, identificar factores de riesgo y fortalecer los procesos de afrontamiento, esto con el fin que los individuos, la familia y la comunidad conozcan el evento, sepan identificarlo y generar las acciones necesarias para la prevención y atención del evento.

Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional

La obesidad es un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en países en vías de desarrollo, con características epidémicas, en este

sentido resulta muy preocupante cómo muchos adolescentes y jóvenes presentan sobrepeso y obesidad sin importar su condición social.

Desde el componente SISVAN escolar para el 2017 se valoraron 1.955 adolescentes de 12 a 17 años residentes en Usme, quienes de acuerdo al riesgo nutricional desde el índice de masa corporal clasifico un 19,7% (n=386) de la población con sobrepeso, el 9,9% (n=194) con obesidad, un 8,2% con delgadez y el 1,7% con riesgo de delgadez.

La edad escolar y la adolescencia son unas etapas cruciales para la configuración de los hábitos alimentarios y otros estilos de vida que persistirán en etapas posteriores, con repercusiones, no sólo en esta etapa en cuanto al posible impacto como factor de riesgo, sino también en la edad adulta e incluso en la senectud.(5)
Desde las unidades de análisis se identificó que el comportamiento alimentario de los y las adolescente está influenciado por los hábitos familiares, la mayor vinculación social con sus pares y la creciente preocupación acerca de la imagen corporal, y por otro lado, por las necesidades de energía alimentaria.

En Usme la obesidad está asociada a los hábitos, la población consume más carbohidratos que verduras y frutas, los adolescentes presentan aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables. La actividad física en la población es mínima, aunque realiza grandes desplazamientos, son parte de las rutinas diarias no generan un gasto o sobre esfuerzo adicional que permita hablar de actividad física.

Dimensión Salud y ámbito laboral

Trabajo en Adolescente Protegido

El trabajo adolescente, es cualquier actividad económica remunerada ejercida por menores de edad entre los 15 y 17 años de edad. En las unidades de análisis realizadas con el equipo del espacio de trabajo, se concluye que entre las principales causas para el inicio del trabajo adolescente se encuentran los bajos recursos económica de las familia, la búsqueda de recursos económicos para suplir sus necesidades personales, familias numerosas cuya cabeza (frecuentemente monoparental femenina) que no logra suplir las necesidades de los miembros, escaza o nulas redes de apoyo social, ausencia o no participación en programas estatales que apoyan las necesidades familiares, apoyo o acceso a establecimientos comerciales de familias facilitando la vinculación laboral.

El Espacio de trabajo es el encargado de realizar de identificación, caracterización y orientación de adolescentes en ejercicio laboral, en 2017 se logró la captación de por los menos 264 adolescentes.

Tabla 10. Identificación adolescentes trabajadores Localidad de Usme, abril 2017 a junio 2018.

Ítem	Usme			
Razones por las que trabaja	Hombre	Mujer	Total	%
Necesidad personal	3	6	9	3,4
Necesidad económica	5	5	10	3,8
Economía familiar	124	118	242	91,7
Cohesionado por otros	1	2	3	1,1
Total	**133**	**131**	**264**	**100**
Aseguramiento	Hombre	Mujer	Total	%
Subsidiado	66	60	126	45,5
Contributivo	61	77	138	49,8
Régimen especial	9	3	12	4,3
Vinculado no asegurado	1	0	1	0,4
Total	**137**	**140**	**277**	**100**
Escolaridad	Hombre	Mujer	Total	%
Escolarizado	136	132	268	89,3
Desescolarizado	10	22	32	10,7
Total	**146**	**154**	**300**	**100**
Condiciones crónicas	Hombre	Mujer	Total	%
No realiza actividad física	100	115	215	80,8
Agrega sal a las comidas cuando ya están servidas	0	0	0	0
Consume a diario bebidas azucaradas	21	30	51	19,2
No usa medias de protección a rayos solares	0	0	0	0
Sin asistencia a consulta de protección temprana	0	0	0	0
Total	**121**	**145**	**266**	**100**

Fuente: Tableos de control Espacio Trabajo Subred Sur ESE., abril 2017 a junio 2018.

Como ya se mencionó, a través de las acciones de Espacio Trabajo los adolescentes se vinculan principalmente para apoyar en la economía familia. En cuanto el aseguramiento en salud, cerca del 50% se encuentra adscritos al régimen contributivo, pero estos son en su gran mayoría beneficiarios de sus padres o cuidadores, pero no cuentan con acceso a una Administradora de Riesgos Laborales.

Otro factor de riesgo se observa en cuanto a que un 10% de menores que no se encuentra escolarizado, con un mayor peso en mujeres, hecho que se relaciona con una mayor dificultad de acceso a trabajo formal mejor remunerado en el futuro y todas las repercusiones sociales que genera el no acceso a la educación, de igual manera, los resultados académicos de los jóvenes trabajadores pueden verse afectados por las jornadas de trabajo, tanto por el tiempo destinado para su ejecución como la carga física requerida, variables que afectan la concentración, la asistencia a clases y el desarrollo de tareas o trabajos, así como la dificultad al menos, de acceder a otros espacios sociales o culturales que permitan un desarrollo óptimo de los menores.

Un problema adicional evidenciando en los menores trabajadores es el acceso al dinero, teniendo en cuenta que al acceder a bienes y servicios a temprana edad y

derivado de necesidades posiblemente no tan altas genera que se priorice o se elija el trabajo sobre el estudio impidiendo la terminación de la educación básica, así como la educación superior, persistiendo el circulo de pobreza en esta localidad siendo una de las menos aventajadas en la ciudad.

En cuanto a las condiciones crónicas, el consumo frecuente de bebidas azucaradas, así como la no realización de actividades físicas presenta un factor de riesgo para la presencia de enfermedades crónicas a temprana edad, así como una dificultad más arraigada para generar cambios culturales.

Entre las principales actividades realizadas por los jóvenes en la localidad se encuentra la atención al público en establecimientos comerciales, en negocios familiares o de terceros; atención a mesas (meseros), organización de mercancía en estantería, entrega de productos en domicilios (domiciliarios) entre otras actividades, algunas de estas actividades generan un riesgo permanente en los jóvenes en especial aquellas relacionadas con la entrega de productos a domicilio que a pesar de ser un trabajo culturalmente aceptado genera riesgo en cuanto permanecer la mayor parte del tiempo en la calle a pie o en bicicleta generando riesgos de accidentes de tránsito.

Las horas destinadas para el trabajo de estos jóvenes se establece como otro factor de riesgo al no contar con una contabilización del mismo, tanto por parte de los jóvenes como su emperador, dificultando contar con un valor estimado del tiempo destinado para laborar y así planear acciones preventivas.

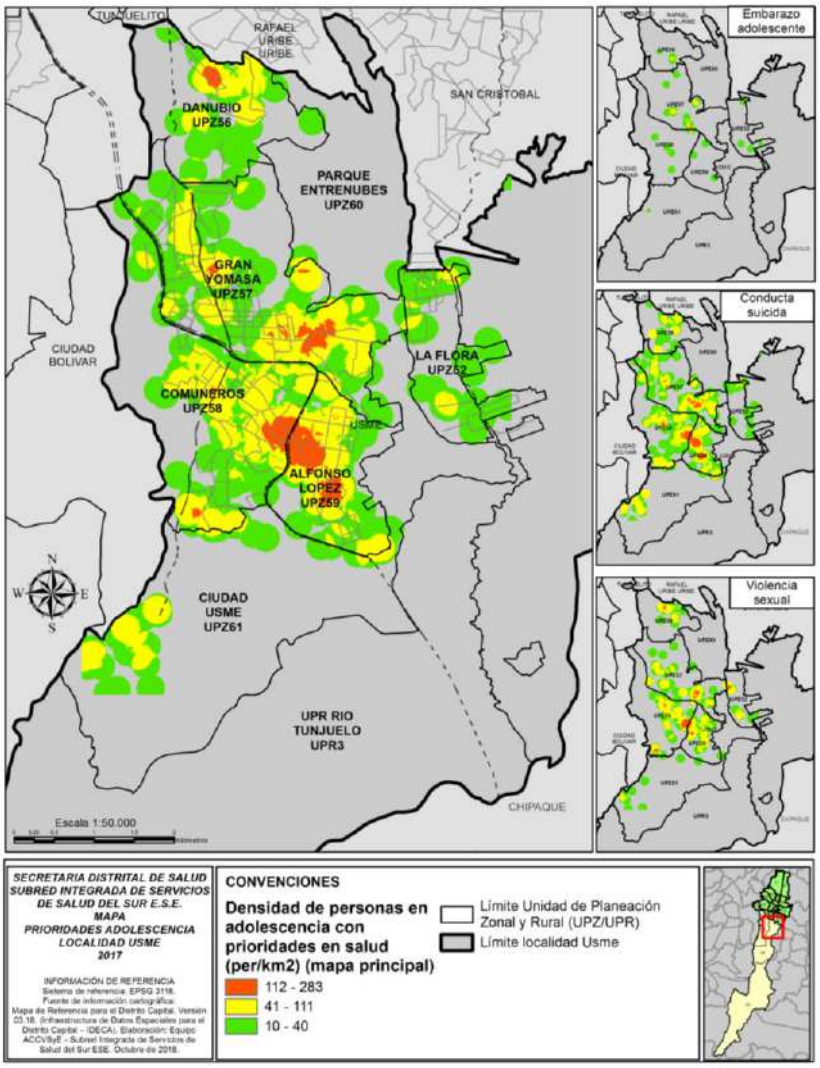
Con relación a las acciones en trabajo infantil y adolescente protegido realizadas por el sector salud, específicamente Espacio Trabajo de la Subred Integrada de Servicios Sur Ese implementa la estrategia *habilidades para la vida* a través del acompañamiento a los jóvenes trabajadores y sus familias, con el fin de brindar herramientas que promuevan la crianza humanizada, factores protectores y orientación para el restablecimiento de roles, garantía y restitución de derechos en salud; adicionalmente se realizan acciones colectivas, en espacios comunitarios y de concentración comercial en calle con la presencia de niños, niñas y adolescentes trabajadores, se activan rutas sectoriales e intersectoriales de acuerdo a los eventos identificados, de tal manera que se avance en el proceso de desvinculación del adolescentes trabajador. En la vigencia de abril 2017 a junio 2018 el espacio logró un abordaje de 214 adolescentes trabajadores en acciones rutinarias que pueden afectan sus condiciones de salud e integridad, logrando la desvinculación de 84 menores (39.3%) y garantizando a 62 menores trabajo protegido (29%) gracias a la implementación de acciones de fortalecimiento del proyecto de vida y uso adecuado del tiempo libre.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Adolescencia

De acuerdo con la distribución espacial de las prioridades y factores de riesgo en salud para la población del momento de curso de vida juventud en la localidad de

Usme se identifican con especial atención que los barrios El Nuevo Portal, El Progreso Usme, El Curubo y Danubio presentan condiciones determinantes en el proceso salud – enfermedad de la población adolescente, dentro de los cuales se encuentran contextos de pobreza y bajo ingresos, lo que restringe las posibilidades de invertir en mejoras a las viviendas, en vestuario, alimentación, educación y ocio, así como un contexto de relaciones familiares y comunitarias problemáticas, que junto con la permanente falta de recursos económicos a nivel población conlleva a que los adolescentes se enfrenten a preocupaciones y con ello alta carga psicosocial, que impacta en el desempeño académico, que resulta esencial en esta etapa de la vida para el logro de otras oportunidades como empleo y seguridad social (Mapa 12).

Mapa 12. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adolescencia, Usme, 2017



Fuente: Equipo ACCVSyE, Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2018.

5.6 Acciones

Desde la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE se moviliza la estrategia SEXPERTOS en las localidad Usme desde el CAPS Betania, el cual brinda información a los adolescentes sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar.

Desde Espacio Vivienda se aborda el área de salud sexual y reproductiva para la prevención de embarazo adolescente, ITS, definición de un proyecto de vida con acciones desde los perfiles de psicología y enfermería. Se brinda educación a los adolescentes y sus padres para la prevención del consumo de SPA.

La localidad no cuenta con sede del IDIPROM, el cual es el encargado de brindar espacios productivos y académicos para adolescentes. Sin embargo, la institución cuenta con apoyo de transporte con el cual se busca movilizar a los adolescentes interesados en su oferta académica.

5.7 Momento de Curso de Vida Juventud (18-28 años)

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

SIVIM cuenta con un total de 5.052 notificaciones para personas de 18 a 28 años de edad en Bogotá durante el periodo 2017, de las cuales la localidad de Usme aporta 375 casos, lo que representa el 7,4%, ubicándola en el quinto lugar en la ciudad para notificaciones de violencia en este momento de curso de vida. Los jóvenes aportan el 15,9% de las notificaciones de los diferentes cursos de vida en la localidad, donde la diferencia de sexo es la más marcada en contra de las mujeres, identificando que el 7,7% (n=29) de los afectados, fueron hombres y en el complementario 92,3% (n=346) de los casos fue notificado en mujeres, evidenciando un aumento en la razón de casos sufridos por estas a 12:1 en comparación con los presentados en hombres.

Se identifican determinantes sociales asociados a la ocurrencia del evento en sus distintas manifestaciones; dentro de los principales determinantes se encuentra a nivel proximal una baja tolerancia a la frustración, pocas herramientas para la resolución de conflictos, el consumo de sustancias psicoactivas y la dependencia económica; a nivel intermedio se encuentra el bajo nivel educativo, bajos recursos económico y débiles redes de apoyo; a nivel estructural se encuentran patrones culturales de machismo que operan del nivel nacional al local, así como patrones que normalizan el uso de la violencia. Así mismo se identifica una dificultad en la aplicabilidad de la ley para castigar a quienes hacen uso de la violencia, lo cual se presenta del nivel estructural al intermedio en la dificultad de operación a nivel local. Adicionalmente el contexto social y político genera desigualdades estructurales en cuanto al acceso a recursos económicos y educativos, lo cual se ve reflejado en una alta vulnerabilidad en la población de la localidad de Usme, particularmente en las zonas periféricas y de invasión.

Tabla 11. Distribución del momento de curso de vida juventud notificada al subsistema SIVIM por sexo, Subred Sur, 2017

Usme					
Curso de vida	Hombre	%	Mujer	%	Total
Juventud	29	7,7	346	92,3	375

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Respecto a la notificación, se observa que la suma de los tipos de violencia es superior al número de notificaciones, puesto que en múltiples eventos se logra identificar más de un tipo de violencia. Los 375 casos reportados en juventud generaron 724 eventos de violencia, donde de los seis tipos, resalta la disminución de la violencia sexual en comparación con los menores de edad y el incremento de casos de violencia física, la cual se ejerce en su gran mayoría por los compañeros sentimentales y se relaciona con los determinantes de patrones culturales de machismo y dificultades en la resolución de conflictos al interior de las parejas, teniendo en cuenta que para todos los tipos de violencia identificados contra jóvenes, el lugar con mayor incidencia del evento es el hogar. La violencia emocional es la que presenta mayor notificación, al estar presente en la ocurrencia de la mayoría de eventos, ya sea física, sexual, negligencia o abandono.

Tabla 12. Distribución del momento de curso de vida juventud notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia y sexo, Subred Sur, 2017

MCV	Emocional		Física		Sexual		Económica		Negligencia		Abandono		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Juventud	29	346	10	86	4	41	0	11	8	185	1	3	724
Total / %	375 / 51,8		96 / 13,3		45 / 6,2		11 / 1,5		193 / 26.7		4 / 0,6		

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

La distribución geográfica por residencia de los casos de violencia notificados en juventud, evidencia una concentración de casi el 50% de los casos en las UPZ Gran Yomasa (25,3%, n=95) y Comuneros (23,7%, n=89) de la población víctima de violencia. La población de la localidad se concentra principalmente en estas UPZ, junto con la UPZ Alfonso López, razón por la cual en las mismas se registra un número mayor de casos respecto a otras UPZ de la localidad. Así mismo, y para la notificación de los eventos, se cuenta con más instituciones y redes que pueden captar los eventos de violencia, por lo cual se debe fortalecer para las zonas periféricas de la localidad.

Al realizar la revisión por pertenencia étnica, se identificó 1 caso tanto para población Afrodescendiente como para población indígena. En cuanto a grupos poblacionales, se identificó entre la población un importante 30,4% (n=114) son gestantes; 2.9% (n=11) de personas en situación de desplazamiento; y 2.7% (n=10) de población con algún tipo de discapacidad.

Los eventos de violencia a nivel general pueden seguir patrones de ocurrencia temporales relacionados con ciclos laborales, festivos o vacacionales,

relacionados con las prácticas sociales y culturales presentes en el territorio. La mayor incidencia de los eventos se presentó en el mes de febrero con 11.7% (n=44), seguido por los meses de mayo y agosto con 11.2% (n=42) para cada uno, mostrando un comportamiento relacionado con el fin de las festividades del fin de año y el inicio del ciclo escolar, adicionalmente se puede relacionar con fechas en que se registran mayores conflictos familiares como el mes de mayo en el cual se celebra el día de la madre. Se espera un comportamiento de mayor notificación en los meses de diciembre y vacacionales, sin embargo en estas fechas se realizan otras actividades que para el año 2017 significaron una menor notificación respecto a los meses ya mencionados. En fechas festivas como el día de la madre, se ha identificado por parte de los equipos y a nivel asistencial un comportamiento en el cual se genera un aumento de casos en las urgencias médicas de la localidad como resultado de riñas, asaltos y conflictos familiares, en gran parte relacionados con el consumo de alcohol.

El análisis de la relación del agresor con la víctima muestra que los principales agresores son las parejas y ex parejas con el 27,7% (104 casos), quienes generan agresiones a las mujeres de este grupo de edad, por otro lado, 78 agresiones (20,8%) se dan por conocidos o desconocidos, asociado a eventos de violencia sexual principalmente. A pesar de la de edad de estas mujeres, aun se evidencia que 73 casos (19,5%) se da por padres, padrastros, hermanos, abuelos entre otros familiares, relacionado con posible dependencia de otros, en general por factores económicos, sin embargo ya no ocupa el primer lugar como ocurría en los momentos de curso de vida adolescencia e infancia.

Respecto al estado civil y según los datos analizados existe una distribución mayor en cuanto jóvenes solteros con el 54,4% (204 casos) seguido de quienes han tenido algún tipo de relación estable con el 43,7% (164 casos), siendo la unión libre el estado civil más común dentro de este grupo con 146 personas. Relacionado con los determinantes sociales analizados en las mesas, la normalización de la violencia, la dificultad en la resolución pacífica de conflictos y patrones culturales de machismo, se ve reflejado en los casos de violencia, particularmente en los ocasionados por parejas o compañeros, lo cual se empieza a ver reflejado en la juventud y puede continuar en la violencia en los momentos de curso de vida adultez y vejez.

Adicionalmente un alto número de casos notificados (30,4%, n=114) corresponden a mujeres en embarazo quienes son negligentes en cuanto la gestación que se desarrolla al momento de la notificación, generalmente en cuanto al inicio de controles prenatales. Este dato es significativo teniendo en cuenta elevado número de mujeres de todas las edades con inicio tardío de controles prenatales y que el grupo de edad de 20 a 24 años representan el mayor número de embarazos en la localidad. El inicio tardío de controles prenatales es un factor de riesgo asociado a diversos eventos relacionados con la dimensión de salud sexual y reproductiva en la localidad, evidenciando la necesidad de fortalecer este tipo de notificaciones.

El bajo nivel educativo es uno de los determinantes encontrados en las mesas de análisis. En cuanto el nivel de escolaridad, teniendo en cuenta las edades que incluye este curso de vida, se esperaría que la gran mayoría contara con bachillerato completo, sin embargo tan solo 146 casos (38,9%) reportan esta opción, a este dato se suman 37 casos (9,9%) con algún tipo de educación superior en curso o terminada, de los cuales 24 reportan tener un estudio técnico culminado y no hay reporte de posgrados; cerca de la mitad de los casos (47,7%, 179 casos) registran no terminar el bachillerato, incluyendo 20 casos en primaria complete e incompleta y 36 casos que registran no haber asistido a la escuela.

Lo anterior se relaciona con el bajo nivel educativo registrado en la localidad, lo que genera dificultades para el acceso a un trabajo bien pago, a mejores oportunidad, mejores salarios, además de perpetuar condiciones de pobreza. La educación además aporta herramientas para la formación personal, asertividad, mejora las relaciones interpersonales que pueden ayudar a reducir o enfrentar la violencia intrafamiliar; el no acceso a la educación y a la posibilidad de mejores fuentes de ingreso genera el algunos casos dependencia económica en parejas o padres, dificultando la toma de decisiones y generando situaciones de desigualdad que se emplean para validar el uso de la violencia.

Esto se ve a su vez reflejado en el tipo de aseguramiento, encontrando que el régimen subsidiado aporta el 51,2% de los casos, así como el 13,1% de no asegurados, en cuanto el régimen contributivo registra el 34,9%. Estos datos muestran que la mayor notificación se presentó en población con una mayor vulnerabilidad económica, teniendo en cuenta que en la localidad la mayoría de la población se encuentra en el régimen contributivo pero la notificación del evento tiene un comportamiento contrario.

La violencia física es particularmente preocupante teniendo en cuenta el potencial riesgo de estos eventos, además de ser generalmente eventos repetitivos y ante los cuales el sistema legal no cuenta con una respuesta efectiva, lo cual, sumado a la dependencia económica y/o emocional genera una situación límite para las mujeres de la localidad y en general para las víctimas de violencia.

A partir del análisis de determinantes sociales relacionados con el evento, se plantea el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitarias e institucionales, garantizando y fortaleciendo la ruta de atención de violencias en la dimensión de convivencia social y salud mental, fortalecer la notificación de los eventos para la intervención por parte del SIVIM, mantener los paquetes de salud mental específicos para atención de violencias, informar a la comunidad sobre la oferta institucional disponible, las líneas de atención y las medidas de protección.

Violencia sexual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada, además de diferentes tipos de coerción como la presión social, la intimidación y la violencia física. Este tipo de violencia se puede presentar al interior de las familias, por la

pareja o desconocidos, así mismo en diferentes ámbitos como el laboral y educativo.

La violencia sexual registrada para el año 2017 en el momento de curso de vida juventud evidencia que a más temprana edad hay mayor riesgo de presentar un evento de este tipo, observando que este comportamiento se evidencia desde la adolescente; es así como la mayoría de los eventos se presentaron en las edades de 18 a 19 años, registrando 21 casos (46,7%). En su mayoría los eventos de violencia sexual se dan por conocidos o desconocidos con un 68,9% (31 casos), encontrando que los restantes casos se dan por diferentes familiares, invirtiendo el comportamiento que se presenta en la infancia y adolescencia donde se evidencia un mayor número de agresiones por miembros de la familia.

En cuanto la edad de los agresores el 57,8% (26 casos) no reporta dicho dato, el 15,6% se trata de jóvenes, el 20% de adultos, y el 4,4 mayores de 60 años. El hecho de que en la mayoría de los casos no se conozca la edad, esta relacionado con que los perpetradores no son miembros de la familia, tratándose de personas conocidas o totalmente extraños, lo que dificulta la identificación exacta de la edad.

El sistema de salud es la principal fuente de notificación, dato acorde relacionado con el curso de vida pues ya no cuenta con instituciones como colegios que hagan seguimiento y puedan generar reporte de casos. Los casos detectados en los servicios médicos representan el 55,6%, teniendo un 20% por consulta externa y 20,0% en los servicios de urgencias, siendo necesario hospitalizar al 11,1% de ellas (n=5). En las mesas de análisis se identifica que existen factores que pueden no visibilizar muchos de los casos, como la falta de denuncia, la amenaza o el ocultamiento de información, por lo cual es necesario que la comunidad y los individuos tengan cero tolerancia con la ocurrencia de cualquier tipo de violencia sexual, con el fin que realicen la denuncia efectiva de los casos y se pueda castigar a los agresores. Así mismo, y continuando con el análisis relacionado con los demás tipos de violencias, se encuentra que existe una baja reputación de las instituciones en cuanto a la efectividad en el manejo de los casos, lo que produce que muchos de ellos tampoco sean reportados ni atendidos.

Se identificaron determinantes sociales asociados a los eventos de violencias en sus distintas manifestaciones (emocional, física, sexual, negligencia y abandono) a partir del trabajo conjunto con los equipos base de psicólogos de Vigilancia en Salud Pública, así como los representantes de cada uno de los espacios y componentes de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, con el fin de conocer los principales factores asociados y generar propuestas de respuesta. Dentro de los principales determinantes se encuentra a nivel proximal una baja tolerancia a la frustración, pocas herramientas para la resolución de conflictos, el consumo de sustancias psicoactivas y la dependencia económica; a nivel intermedio se encuentra el bajo nivel educativo, bajos recursos económico y débiles redes de apoyo; a nivel estructural se encuentran patrones culturales de machismo que operan del nivel nacional al local, así como patrones que

normalizan el uso de la violencia. Así mismo se identifica una dificultad en la aplicabilidad de la ley para castigar a quienes hacen uso de la violencia, lo cual se presenta del nivel estructural al intermedio en la dificultad de operación a nivel local. Adicionalmente el contexto social y político genera desigualdades estructurales en cuanto al acceso a recursos económicos y educativos, lo cual se ve reflejado en una alta vulnerabilidad en la población de la localidad de Usme, particularmente en las zonas periféricas y de invasión.

Adicionalmente en las mesas de análisis se encuentra que los determinantes asociados a la violencia sexual presentan algunas particularidades al encontrarse agravantes que generan la ocurrencia de factores sexuales en la agresión, tales como la dificultad en el control de impulsos por parte de los agresores a nivel proximal, una mayor representatividad de patrones machistas que cosifican a la mujer y las convierten en objetos que deben satisfacer necesidades masculinas (incluidos elementos como el cuidado del hogar y la sobre carga de la mujer como cuidadora) que operan del nivel estructural al proximal y una influencia alta del consumo de sustancias como el alcohol que, sumado a los factores mencionados anteriormente, desencadenan es situaciones de abuso.

Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Prioridad prevención de la maternidad y paternidad en mujeres menores de 24 años

La regulación de la fecundidad es reconocida como una herramienta para mejorar la salud de mujeres, hombres, niños y niñas, dentro del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, basados en los Derechos Humanos y que por tanto tienen un carácter universal, interdependiente e indivisible. Sus dos principios fundamentales, son: el derecho a una atención que incluya el acceso regular a servicios seguros y de alta calidad para la salud sexual y reproductiva, y el derecho a una autodeterminación reproductiva que incluye la planificación propia de la familia, la libertad en toma de decisiones reproductivas; a la integridad física y a no sufrir ningún tipo de violencia, discriminación ni coerción que afecte la vida sexual o reproductiva.

Para el año 2017 en la localidad de Usme se presentaron 5195 nacimientos de los cuales el 62,3% corresponde a mujeres de 18 a 28 años. Del total de nacimientos presentados en mujeres de 18 a 28 años, se observó que el 68,3% de los nacimientos fueron en mujeres menores de 24 años.

En cuanto al análisis desarrollado a través de la mesa de análisis se identificó: uso inadecuado del tiempo libre, el madresolterismo, el bajo nivel socioeconómico, el proyecto de vida, la deserción escolar, desconocimiento de métodos de planificación familiar y débil red de apoyo. Otros factores identificados son las relaciones de género, la edad, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el

desconocimiento del período fértil y deseo del embarazo y el desconocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

Como consecuencias se ha identificado el no poder culminar estudios como bachillerato y el acceso a nivel de educación técnica, tecnológica y profesional. Afectando así los ingresos económicos en edad de trabajar, generando así dependencia económica y afectación en el desarrollo de potenciales del ser humano.

Dimensión: Salud y ámbito laboral

Trabajo informal

El trabajo informal en la localidad de Usme es uno de los factores de mayor relevancia en sus habitantes debido a la alta proporción de personas y familias que realizan este tipo de labores para solventar las necesidades básicas, afectando las condiciones no solo individuales sino del núcleo familiar en los diferentes ámbitos de la vida, como la salud, la educación, relacionales sociales, el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, la salud mental, el riesgo laboral, entre otros factores que además de la atención o seguimiento mismo del evento, requiere acciones desde diferentes sectores que permitan modificar los determinantes asociados y así afectar las condiciones de vida de las familias residentes en la localidad.

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 consideradas informales, sobre el total de ocupadas). De acuerdo con la información arrojada por la Encuesta multipropósito de Bogotá (EMB) 2014, la tasa de informalidad de la localidad fue de 47,2%, con relación al sexo se identificó que para las mujeres la proporción fue de 52,3%, en comparación al distrito esta proporción es del 40,4% para el total de las mujeres en Bogotá, 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 (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.

Teniendo en cuenta lo anterior, las acciones desarrolladas por Espacio Trabajo son fundamentales, según los datos establecidos entre abril 2018 y junio 2018 se abordaron a 1350 personas en las Unidades de Trabajo Informal (UTI) de alto y mediano impacto, en pro de la motivación, caracterización y concertación de un plan de trabajo para la mejora de las condiciones laborales, la promoción del

autocuidado y el seguimiento y evaluación del plan desarrollado. Dicho trabajo evidenció una mejoría en el 88,7% de las UTI abordadas, con una mayor efectividad en las de alto impacto.

Tabla 13. Unidades de trabajo informal de alto y medio impacto abordadas con mejoría superior al 75%, localidad de Tunjuelito, abril 2017 a junio 2018

Indicador	UTIS abordados	UTIS mejoras > 75%	Resultado
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	1318	1169	88,7
Porcentaje de UTIS de alto impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75% la estrategia de entornos laborales saludables	371	345	93,0
Porcentaje de UTIS de medio impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75% la estrategia de entornos laborales saludables	947	824	87,0

Fuente: Tableos de control Espacio Trabajo Subred Sur ESE., abril 2017 a junio 2018.

En las unidades de análisis realizadas específicamente con el equipo de Espacio Trabajo se evidencia que los principales factores relacionados con el trabajo informal en Usme es la baja oferta de trabajo legal en la localidad o cerca, ya que esta localidad se caracteriza por ser casi en su totalidad de carácter residencial, no se cuenta con empresas o fuente de trabajo reconocida, la gran mayoría de zonas comerciales se tratan de locales que a pesar de estar legalmente constituidas la contratación no siempre cumple los requisitos de ley. A lo anterior se suma el gran problema de movilidad evidenciado en la localidad, en especial en los últimos años, con una extensión urbanística que pareciera carecer de una planeación seria y estructurada, ya que la zonas donde se han construido la mayor parte de conjuntos residenciales de apartamentos eran de por si aisladas en cuando la oferta de vías y trasporte público y dichas construcciones se dieron sin mejorar las condiciones de trasporte, en consecuencia un traslado de los barrios ubicados en la UPZ Ciudad Usme, Comuneros o inclusive Alfonso López pudieron doblar o triplicar su duración tan solo a la zona central de la localidad o al portal de Usme, debido al incremento de población, pocas vías, además de mal estado y la cantidad de población que sale a la misma hora en la misma dirección.

Otro factor que se resalta en cuanto dicha problemática son los costos de los procesos legales de contratación o de aseguramiento individual al sistema general de seguridad social en salud, factor que favorece una contratación extralegal con todos los riesgos que esto acarrea, así como la elección del trabajador informal independiente a no pagar por una pensión y en ocasiones ni siquiera al acceso a la salud, tanto porque se cuenta con la atención al pertenecer al régimen subsidiado, la cual tiene una amplia oferta en las diferentes USS de la localidad, como por el desconocimiento de los riesgos en la salud del ejercicio laboral. Factores como la realización de tareas repetitivas, ausencia de ejercicios y/o

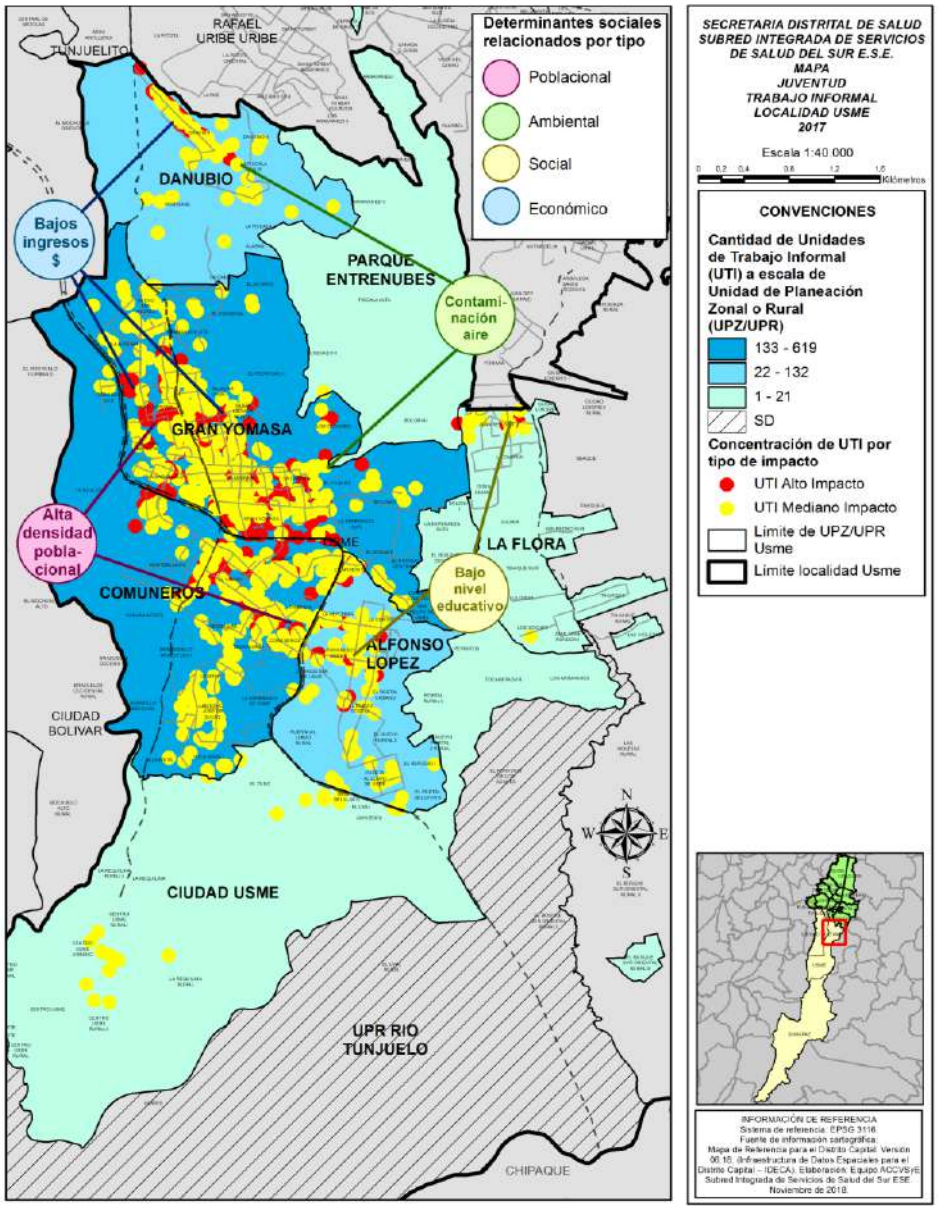
pausas activas, el no uso de medidas de protección, trabajo al aire libre, carga de elemento de gran peso, entre otros riesgos.

Lo anterior se relaciona a factores de difícil intervención al ser en su mayoría temas estructurales como el bajo nivel educativo, la ausencia de un proyecto de vida o identificación de uno asociado a la conformación de un núcleo familiar a temprana edad, las dificultades para el acceso a educación superior, por factores económicos y de movilidad como ya se mencionó, dificultades economías familiares que requieren el acceso a recursos de manera temprana, el desempleo y una cultura que ve el trabajo informal como una alternativa que permite cierta independencia, manejo de horarios, desplazamientos cercanos facilitando la supervisión de hijos y cuidado del hogar, un modelo asistencialista en cuanto el acceso a bonos y otros beneficios, así como la atención en salud, donde el trabajador reconoce que acceder a un trabajo formal o vincularse como independiente genera un mayor gasto en salud, no sólo asociado al copago, sino a los traslados requeridos, teniendo en cuenta que la oferta en salud del régimen contributivo en la localidad es muy bajo y mientras las necesidades en salud sean básicas no se evidencia la importancia de un aseguramiento en salud o acceso a una pensión, considerando que ese dinero se requiere en el presente para el cuidado y manutención propia y del núcleo familiar.

Es así como dicha problemática se encuentra lejos de ser modificada al corto plazo, ya que los factores asociados son en su mayoría estructurales y requieren un cambio en políticas nacionales, mayor oferta en empleo y educación, así como una modificación cultural, que si no evidencia cambios palpables en su entorno, no generará una modificación comportamental que se acerque a la formalidad, es así como el sector salud, más allá de generar acciones de prevención de enfermedades o accidente laborales, educación y disminución del riesgo es poco lo que puede hacer para un cambio efectivo en las condiciones socio económicas de los trabajadores informales residentes en la localidad de Usme.

De acuerdo con la distribución espacial de las Unidades de Trabajo Informal (UTI) en donde la participación de la población en el momento de curso de vida juventud es amplia, se logra identifica que la mayor cantidad de las actividades de tipo informal se localizan en las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Gran Yomasa, Comuneros y Alfonso López, siendo la primera de ellas, la de mayor densidad poblacional, baja oferta institucional y comercial, en especial cerca al cruce de las avenidas Boyacá (autopista al llano) y Caracas (Av. Usme) y otras vías secundarias. En las UPZ de Danubio, Ciudad Usme y La Flora se cuenta con puntos focalizados, siendo actividades de mediano impacto para la salud de este grupo poblacional (Mapa 13).

Mapa 13. Trabajo informal, juventud, Usme, 2017.



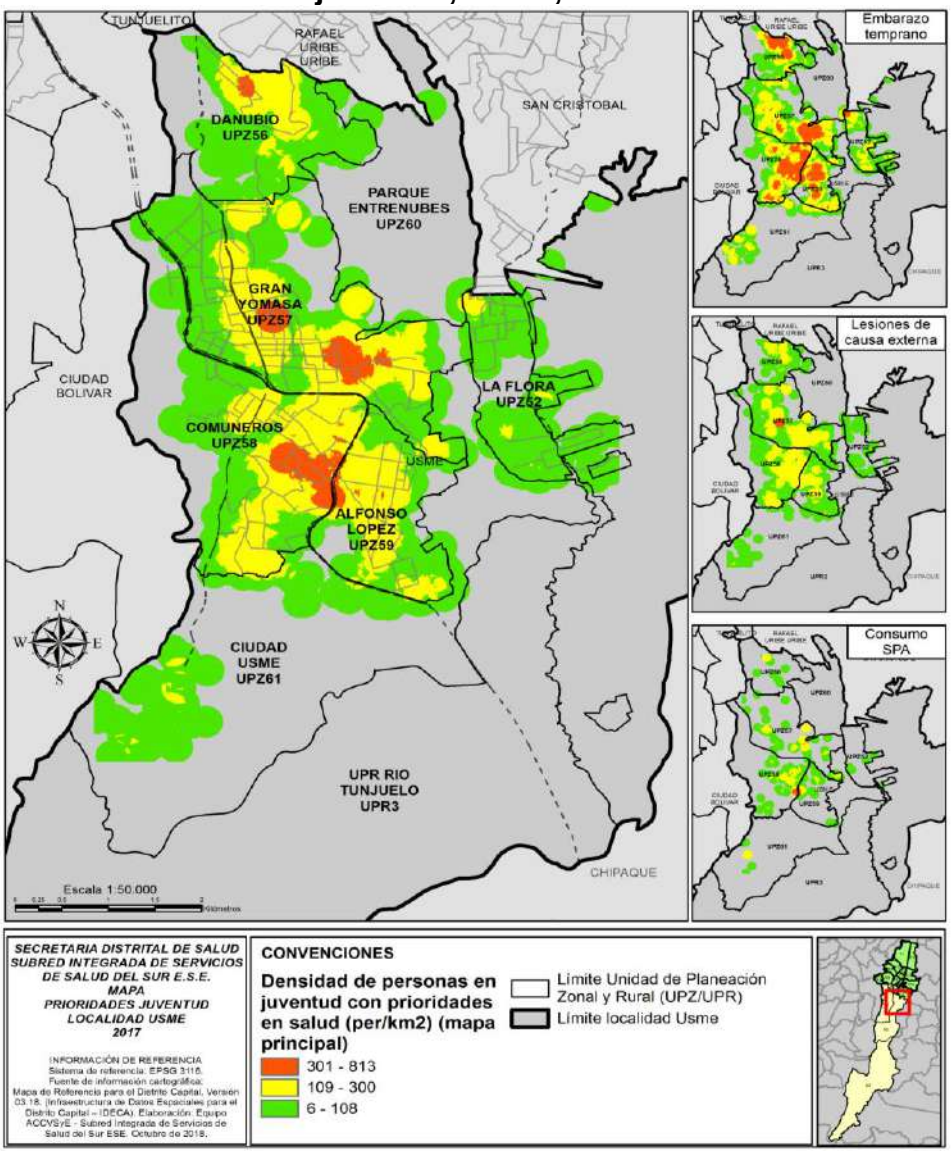
Fuente: Espacio Trabajo, Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2017.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Juventud

De acuerdo con la distribución espacial de las prioridades y factores de riesgo en salud para la población del momento de curso de vida juventud en la localidad de Usme se identifica que las Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Gran Yomasa y Comuneros presentan condiciones de vida desfavorables para la salud de la población joven, principalmente en los barrios El Curubo, Comuneros, Serranías y Barranquillita, condiciones tales dentro de las cuales se encuentran la alta informalidad laboral, consumo de sustancias psicoactivas, inadecuadas prácticas

de autocuidado, bajos niveles educativos y desinformación sobre cómo generar o fortalecer redes de apoyo, sean estas familiares o comunitarias (Mapa 14).

Mapa 14. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida juventud, Usme, 2017



Fuente: Equipo ACCVSyE, Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2018.

5.8 Acciones

Desde el sector salud las acciones que se desarrollan para esta etapa de curso de vida se centran en la identificación de factores de riesgo, sobre salud sexual y reproductiva.

- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10 a 29 años): los jóvenes de diez a veintinueve años son atendidos en la consulta

médica de primera vez, garantizando que en cada periodo de desarrollo (adolescencia temprana, adolescencia media, adolescencia final y adulto joven) se realiza atención, sobre el entorno familiar y sociocultural, promoviendo buenos hábitos de salud que permitan preparar al individuo para la edad adulta, brindar educación en salud sexual y reproductiva, identificando factores de riesgo.

- Consulta de Anticoncepción: El programa busca ofrecer a los usuarios métodos tanto temporales como permanentes para el control de la natalidad, haciendo una asesoría que permita la toma de decisiones informadas dentro de los derechos de salud sexual y reproductiva, disminuyendo los embarazos no deseados, gestaciones en menores de edad y fortalece además las acciones preventivas en enfermedades de transmisión sexual.

Como producto de la mesa de análisis a partir del equipo técnico de salud mental de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE y a partir del análisis de determinantes, ha desarrollado acciones en los diferentes componentes, incluidas capacitaciones por parte de GPAISP en código blanco para la atención a víctimas de violencia sexual en todos los niveles de la subred, con el fin de tener capacitado al personal en los 15 pasos que componen la atención para garantizar una respuesta integral, incluida la confidencialidad del usuario. La aplicación del código blanco y de la operación de las rutas de salud mental, incluida las de violencias, deben garantizar que se dé respuesta sectorial e intersectorial efectiva a los casos. Así mismo, y en articulación con los Espacios de Vida Cotidiana, Vigilancia en Salud Pública y Gobernanza, se continua en el fortalecimiento de la articulación intersectorial y con la comunidad con el fin de identificar y notificar los casos de violencia sexual. Teniendo en cuenta la necesidad del trabajo conjunto de los componentes y con la comunidad, se ve necesario continuar la sensibilización y la educación a los individuos, familias y comunidades para la identificación de factores de riesgo, así como tomar las medidas necesarias de denuncia y control social que permitan disminuir los casos de violencia sexual en la localidad.

5.9 Momento de Curso de Vida Adultez (29-59 años)

Dimensión: Convivencia social y salud mental

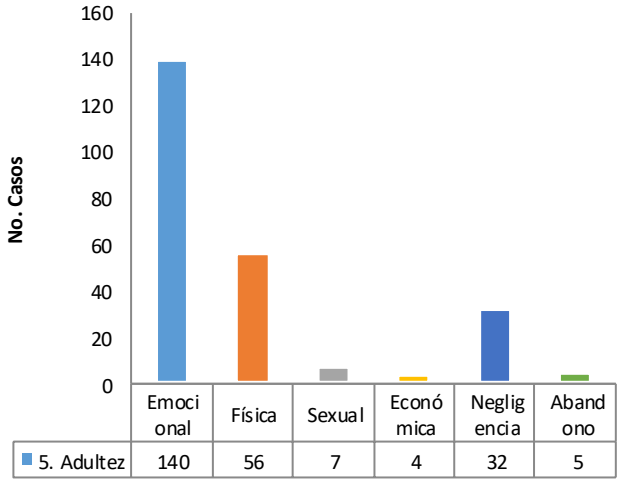
Violencias

Del total de eventos de violencias notificados a SIVIM durante el año 2017 residentes en la localidad Usme, como se detalla en la gráfica 2, el 18,1% (n=151), corresponde a víctimas adultas; se identificó que el 11,9% (n=18) de los afectados, fueron hombres y en el complementario 88,1% (n=133) de los casos son mujeres, lo cual permite calcular una razón de 7,38:1 mujeres por cada hombre, afectadas por la violencia.

La distribución geográfica por residencia de los casos de violencia notificados en adultez, ubica al 58,3% (n=88) de la población afectada en la UPZ Gran Yomasa y al 35,8% (n=54), en la UPZ Usme; el 6% (n=9) complementario, se ubica como residente de la localidad, más no se encuentra referenciado específicamente en alguna de las UPZ.

Al realizar la revisión por pertenencias étnicas, se identificó que en el 0,7% (n=1) de los eventos se presenta en población con pertenencia afrocolombiana. En cuanto a grupos poblacionales se identificó entre la población afectada un 7,9% (n=12) de personas afectadas correspondientes a gestantes, un 4% (n=6) de personas en condición de discapacidad y un 2,6% (n=4) de población desplazada.

Grafica 7. Distribución por tipo de violencia en adultez, localidad Tunjuelito, año 2017



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

La gráfica 11 permite identificar la clasificación por tipos de violencia presentada en adultos y notificada durante el año 2017 al SIVIM; en primer lugar la violencia emocional, en un 93% (n=140) de los afectados y ocurrida en un 92,1% de los casos en el hogar; seguido se encuentra la violencia física, identificada en un 37% (n=56) de los casos pertenecientes a adultez, entre estos, la ocurrencia se presenta en un 96,6% de los casos, en el hogar; cabe destacar que por un una víctima, se puede notificar una o más formas de violencia. En todos los tipos de violencia identificados contra adultos, el lugar con mayor incidencia del evento es el hogar.

Como se evidencia en la gráfica, de acuerdo a mes de ocurrencia, los meses noviembre y diciembre, presentaron la mayor incidencia de violencias en el momento de curso de vida adultez, con 29 y 28 casos respectivamente, durante estos dos meses se cuenta con un 37,7% del total de la notificación del año, para el momento de curso de vida; la presentación del evento es coincidente con

periodos de festividades o con el periodo vacacional.

Para el análisis relación víctima agresor, se evidencia en primer lugar a la pareja con un 33,8% (n=51) de los eventos, seguido por los casos en que la agresión proviene de algún conocido en el 18,5% (n=28) de los eventos; en tercer lugar con 14,6% (n=22) de los eventos notificados en adultez, se identifican los casos en los cuales el agresor es la expareja; seguido se encuentra un 8,6% (n=13) de los casos en los cuales el agresor es un hijo o hija y, el complementario 24,5% (n=37), corresponde a eventos con otros agresores.

Consumo SPA

En Usme en el año 2017 el sistema de vigilancia epidemiológica VESPA capto 171 jóvenes con consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas (SPA); la mayor proporción son hombres con 86%, se identifica que por cada mujer con consumo hay seis hombre, al comparar la relación hombre: mujer con el grupo de adolescentes, existe un incremento del 72,5% en los hombres con consumo SPA. El 5,3% de los jóvenes pertenecen a algún grupo étnico (4,1% Afrocolombianos y 1,2% Indígenas), el 4,1% es población víctima del conflicto armado y 1,8% habitante de calle, no se identifican jóvenes con discapacidad, población LGBTI y población en ejercicio de la prostitución.

En la población prevalece el nivel educativo básica secundaria con 76,6%, seguido de básica primaria con 11,7%, técnico incompleto 9,4%, y el 1,2% tienen pregrado incompleto y población analfabeta respectivamente. El 71,9% de los jóvenes son solteros, seguidos del 20,5% viven en unión marital de hecho (unión libre), el 2,9% son casados, un 2,3% viudos, un 1,8% separados y el 0,6% divorciados.

En cuanto al lugar de residencia el 28,9% de los jóvenes habitan en la UPZ Comuneros, el 25,2% UPZ Gran Yomasa, un 19,3% UPZ Alfonso López, el 9,6% UPZ la Flora, el 7,4% Ciudad Usme, el 5,9% Danubio y un 3,7% Parque entre nubes.

El tabaco (cigarrillo) fue la droga de inicio más frecuente (56,1%), seguido por el alcohol y marihuana con un promedio de consumo del 17,3%. En estas tres sustancias se concentró el 90,6% del total de los casos.

En la droga secundaria se observa prevalencias de las tres drogas de inicio con mayor consumo de alcohol 32,7%. Respecto a la droga de inicio disminuyó el 100% en CB, Tusi y Clonazepam respectivamente, en 76% el uso del tabaco y un 25% en disolventes, combustibles o pegantes inhalables. Aumentó en 93,1% el alcohol, en 66,7% la marihuana, más de diez veces el consumo de bazuco y más de seis el de cocaína.

En la droga terciaria prevalece el consumo de marihuana con 29,2%, en 115,8% el consumo de bazuco y el 13,5% de la población no consumió una tercera sustancia. Respecto a la droga dos disminuyó en 80,4% el alcohol, en 73,9% el uso del tabaco y en 50% el consumo de Dic, ladys o leydis y Popper

respectivamente, y aumento el consumo de disolventes, combustibles o pegantes inhalables en 55,6%, en 71,4% cocaína e inicio el consumo de bazuco y Marihuana Cripi o Cripa.

El 38,3% no consumió una cuarta sustancia. Respecto a la droga tres disminuyó significativamente el uso de marihuana y alcohol respectivamente, en 33,3% consumo de bazuco y Midazolam, en 16,7% consumo de anfetaminas y metanfetaminas. Y se incrementó el consumo de éxtasis en 66,7% y se duplico el consumo de cocaína.

Tabla 14. Distribución droga de inicio, droga dos, droga tres, droga cuatro y droga de mayor impacto en jóvenes, localidad Usme, 2017

Sustancias psicoactivas	Droga de Inicio		Droga 2		Droga 3		Droga 4		Droga de mayor impacto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco (Cigarrillo)	96	56,1	23	13,5	6	3,5	5	2,9	31	18,1
Marihuana	30	17,5	50	29,2	50	29,2	5	2,9	53	31,0
Alcohol	29	17,0	56	32,7	11	6,4	5	2,9	5	2,9
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	12	7,0	9	5,3	14	8,2	15	8,8	13	7,6
CB, Tusi	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Clonazepam(Rivotril,Ravotril,Coquan,Sedatril,Clonatryl,Acepran)	1	0,6	0	0,0	3	1,8	7	4,1	0	0,0
Cocaína	1	0,6	7	4,1	12	7,0	21	12,3	5	2,9
Bazuco	1	0,6	11	6,4	27	15,8	25	14,6	55	32,2
No hay droga	0	0,0	3	1,8	23	13,5	65	38,0	0	0,0
Dic,Ladys o Leydis(Cloruro de metileno o dichlorometano)	0	0,0	4	2,3	2	1,2	2	1,2	2	1,2
Marihuana Cripi o Cripa	0	0,0	5	2,9	12	7,0	3	1,8	1	0,6
Popper(Nitrito de amilo, Butilo)	0	0,0	2	1,2	1	0,6	2	1,2	2	1,2
Anfetaminas(Bencedrina,Dexedrina)	0	0,0	1	0,6	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Dietalimida del ácido lisérgico(LSD)	0	0,0	0	0,0	1	0,6	2	1,2	2	1,2

Sustancias psicoactivas	Droga de Inicio		Droga 2		Droga 3		Droga 4		Droga de mayor impacto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lorazepam(Ativam)	0	0,0	0	0,0	2	1,2	3	1,8	0	0,0
Metanfetaminas(Methedrina)	0	0,0	0	0,0	3	1,8	2	1,2	1	0,6
Midazolam(Dormicum, Dormipron, Midasedan)	0	0,0	0	0,0	2	1,2	0	0,0	0	0,0
Opio	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,6	1	0,6
Difenilamina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Éxtasis (MDMA)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,3	0	0,0
Heroína	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Hongos(Psilocybe y otros)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Total	171	100	171	100	171	100	171	100	171	100

Fuente: sistema de vigilancia epidemiológica VESPA 2017

5.9.2 Dimensión Vida saludable y Condiciones No Transmisibles

Enfermedades crónicas (DM, HTA, EPOC)

Las enfermedades crónicas son un importante problema de salud pública, debido al incremento en su incidencia y prevalencia; aunque su aparición se da con frecuencia en la etapa de curso vejez, la prevención puede iniciar desde edades tempranas. Entre las enfermedades crónicas se identifica la Hipertensión arterial, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes mellitus.

En las mesas de análisis de la prioridad, se concluye que las personas en etapa de curso de vida adultez son las que menos participan en los procesos de prevención y promoción, esto a causa de las obligaciones laborales y a la falta de motivación para hacerlo.

EPOC

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se asocia comúnmente a los sujetos fumadores. Sin embargo, se encuentra que los factores ambientales también contribuyen a que se desarrolle dicha situación. Para el año 2017 se identifican 179 consultas de EPOC de personas en esta etapa de curso de vida.

Los profesionales que participan en las sesiones de análisis, sugieren que el tabaquismo es una de las principales causas de la enfermedad. Pero no descantan la posibilidad de orígenes medioambientales, exposición a gases o polvo y hasta los antecedentes de enfermedades respiratorias en la niñez. Así

mismo, se debe contemplar los hábitos saludables. En la adultez se disminuye la consulta a los servicios de salud, en consecuencia, estas personas acuden solo en casos de presentarse urgencias. Así mismo, se disminuye la actividad física y los hábitos alimentarios no son adecuados pues aumenta el consumo de alcohol y otros alimentos poco saludables.

Hipertensión Esencial (Primaria)

La hipertensión esencial primaria es uno de los eventos de mayor prevalencia en las localidades que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, registra un total de 67.367 atenciones durante el año 2017, de las cuales el 27% (n= 17784) se presentaron en la localidad de Usme. De estas atención el 17% (n=3110) fueron en personas adultas. Aunque esta enfermedad es considerada para las personas mayores, actualmente se presenta en grandes proporciones en la etapa de curso adultez.

Se identifica que la hipertensión en personas adultas se asocia al sedentarismo y obesidad. Sin embargo, no se descartan causas secundarias, como patologías de base y antecedentes familiares. Ahora bien, se encuentra que las personas con adecuados hábitos saludables también pueden desarrollar la enfermedad, pues esta tiene múltiples causas, por lo que es importante el diagnóstico temprano.

Diabetes mellitus

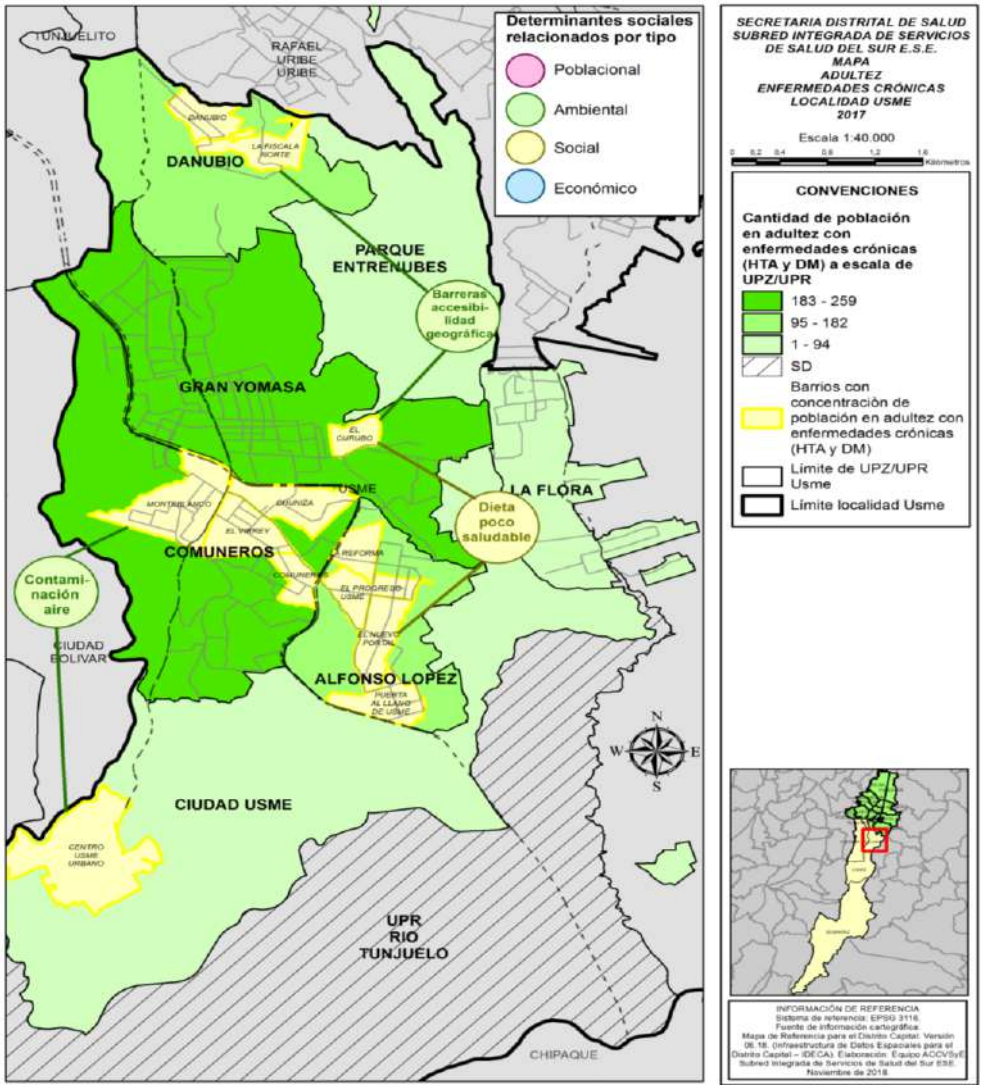
La diabetes mellitus es entendida como una alteración metabólica, caracterizada por la falta absoluta o relativa de insulina. En la localidad de Usme, se registraron en 2017 un total de 3385 atenciones de diabetes mellitus. Para la etapa de curso de vida adultez se dio el 27% (n=3488). Al analizar la prioridad, se identifican como factores de riesgo condiciones hereditarias y enfermedades de base, al igual que las otras enfermedades crónicas, los hábitos alimentarios y la actividad física son factores que desencadenan la situación.

En la localidad de Usme se identifica que la actividad física es baja en esta etapa de curso de vida y los alimentarios se basan en el consumo de alimentos hipercalóricos y con bajo aporte nutricional; aunado a esto, se encuentra la baja consulta a los servicios de salud, lo que no permite una detección temprana.

La distribución espacial de la población adulta con enfermedades crónicas, especialmente aquella con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, en la localidad de Usme permite identificar que las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Gran Yomasa y Comuneros concentran la mayor cantidad de casos de esta naturaleza, principalmente en los barrios El Curubo, Chuniza, El Virrey y Monteblanco (Mapa 15), situación explicada dadas las dietas poco saludables, como consecuencia de desinformación en hábitos de consumo adecuados, disponibilidad de alimentos y costo de los mismos. Así mismo, barreras de acceso geográficas, como lo son vías sin pavimentar, baja oferta de transporte público y largas distancias para adquirir servicios, tanto sociales como privados – personales, se convierten en

factores que dificultan la modificación de prácticas que inciden en la salud de este grupo poblacional.

Mapa 15. Enfermedades crónicas, adultez, Usme, 2017.



Fuente: SISCRON, 2017.

Dimensión: Vida saludable y enfermedades transmisibles

Tuberculosis

En Bogotá en el año 2017 se identificaron 1.128 casos confirmados para tuberculosis (TB), con una proporción de incidencia de 14 casos por 100.000 mil habitantes (3). La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur aporto un 17,9% (n=202) de los casos con TB, de acuerdo al lugar de residencia Usme registra una incidencia de 0,7 por 100.000 mil habitantes (n=55 casos).

De los 55 casos diagnosticados con TB en Usme en el 2017, el 39% (n=21) corresponden a población Adulta, donde el 52,4% son hombres y el 47,6% mujeres, se identificó un caso que corresponde al grupo poblacional habitante de calle (1%), población víctima del conflicto armado (1%) e indígena (1%).

De acuerdo a la clasificación de TB, el 81% (n=17) de los casos son TB pulmonares[2] y el 19% (n=40) TB extra pulmonar[3]. En cuanto a las formas de TB extra pulmonar el 25% son ganglionares y pleurales respectivamente, el 50% restante corresponde a TB meníngea, es importante reconocer si la población tiene la vacuna de BGC, desde las investigaciones de campo epidemiológicas (IEC) se indaga por la cicatriz de la vacuna, se encontró que dos pacientes con TB meníngea no están vacunados.

De acuerdo al análisis del grupo funcional adultez, se identifica un riesgo de contagio entre la población asociado con los casos de TB pulmonares, por ello se intensifica dentro de las diferentes acciones la detección oportuna de pacientes sintomáticos respiratorios.

Las familias con TB tienen ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos legales, de acuerdo a las características de la vivienda, cuentan con servicios públicos, algunas con poca ventilación, pisos de cemento, presencia de humedad, roedores y otras se ubican cerca al rio Gran Yomasa.

Respecto al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) el 61,9% pertenecen al régimen contributivo, el 28,6% subsidiado y el 9,5% régimen especial. El Sistema de Salud, juega un papel fundamental en el control de la tuberculosis como el fortalecimiento de la detección temprana y tratamiento oportuno de la enfermedad. La realidad frente a los servicios de salud en el control de la TB, muestra que existe un diagnóstico tardío (4). En Usme el 57,1% de los pacientes fueron diagnosticados en IPS privadas, el 23,8% en los servicios de salud de la Subred Sur y el 19% otras Subredes.

Cuando se diagnostica la TB en otras IPS o subredes, el inicio del tratamiento en ocasiones es inmediato, sin embargo en alguno casos la continuidad del mismo se ve afectada por cambio de residencia del paciente y su familia, conllevando al desconocimiento de la familia de donde acceder al tratamiento. El incumplimiento del tratamiento para la enfermedad de tuberculosis, genera farmacorresistencia adquirida, un aumento en la gravedad de la enfermedad y transmisión constante de la tuberculosis e incluso la muerte.

En Usme el equipo de transmisibles garantiza la entrega del tratamiento con acompañamiento supervisado, sin barreras de afiliación. El 85,7% de los pacientes

[2] TB pulmonar es la afección del tracto respiratorio M. tuberculosis, la principal y más común forma de la afección y para efectos epidemiológicos, la única capaz de contagiar a otras personas. (Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Min salud.).
[3] TB Extra pulmonar se localiza en órganos no comunicados con la vía aérea y, por tanto, imposible de aerosolizar bacilos, no conlleva el peligro de contagio a otras personas y, a pesar de producir graves cuadros clínicos al huésped, no representan un problema de salud pública. (Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Min salud.).

reciben tratamiento en las USS de la subred entre ellas: Betania, La Reforma, Santa Marta, Usme, Marichuela, Tunal, San Juan Bautista y Gran Yomasa. El 14,3% reciben tratamiento en el hospital San Carlos, hospital San José e IPS Comfacundi.

Las barreras de atención están relacionadas con el proceso de autorizaciones falta de oportunidad en citas médicas especializadas, exámenes de laboratorio y procedimientos requeridos. Frente a las comorbilidades de TB en población adulta el 9,5% presentan diabetes mellitus y toxoplasmosis, el 4,8% artritis reumatoidea y coinfección VIH.

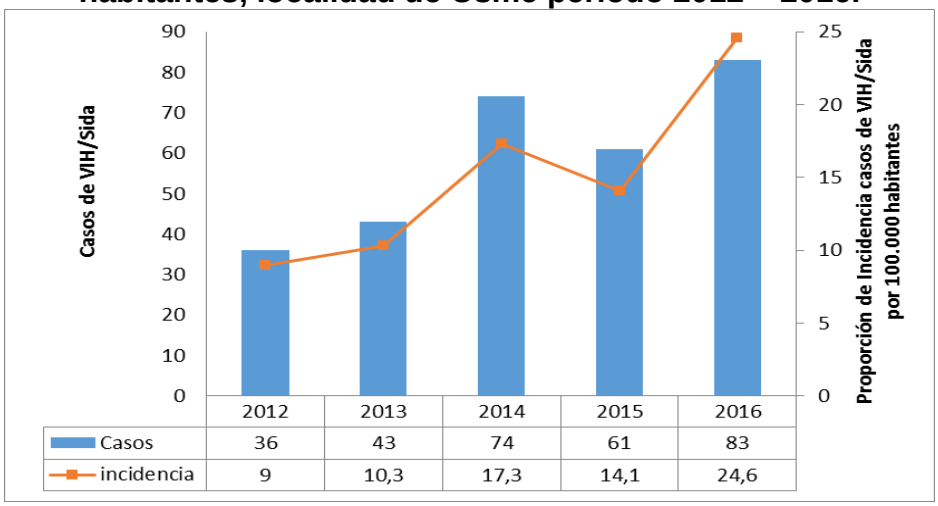
Factores asociados al abandono del tratamiento, son la estabilidad económica, y la red de apoyo con la que cuenta el paciente, algunas personas con TB no acceden de inmediato a la segunda fase del tratamiento por cuestiones laborales, manifiestan perder muchos trabajos debido a los "*permisos que solicitaba para asistir todos los días al tratamiento TB",* el contar con una red de apoyo social y familias es un factor protector en la adherencia al tratamiento, sin embargo en Usme se identificaron pacientes de TB sin red de apoyo familiar lo cual es un factor predisponente en la adherencia al tratamiento.

Otro factor incidente es el nivel educativo, el cual hace que las personas tengan menos acceso a la información y su capacidad para tomar decisiones frente a la atención en salud, sea menor. Los pacientes con nivel de educación menor son más proclives a abandonar el tratamiento (4). En Usme de la población con TB el 23,8% cuenta con básica secundaria y el 19% básica primaria. En cuanto a los antecedentes personales que inciden negativamente se encontró el consumen alcohol, cigarrillo, consumidores de SPA.

Comportamiento VIH

En la localidad de Usme entre el periodo 2012 – 2016, la proporción de Incidencia en casos de VIH/Sida va en aumento, la mayor proporción de incidencia se presentó en el 2016 con 24,6 por 100.000 habitantes.

Grafica 8. Proporción de Incidencia casos de VIH/SIDA por 100.000 habitantes, localidad de Usme periodo 2012 – 2016.



Fuente: Boletín situación actual del VIH en el distrito capital informe iv trimestre de 2.016

Para el año 2017 al sistema de vigilancia en salud pública se notificaron 65 casos con VIH/SIDA con residencia en Usme, el 43,1% (n=28 casos) los aporta la población adulta, el 78,6% (n=22) son hombres y 21,4% (n=6) mujeres, se estima que hay cuatro hombres por cada mujer notificada con VIH/Sida.

Desde la unidad de análisis se identificaron factores conductuales que afectan la salud como promiscuidad, cambio de parejas frecuentemente, falta de autocuidado (cuidadores de terceros), falta de adherencia a programas de promoción y prevención, bajo nivel educativo que no permite acceder a información sobre el cuidado de la salud, sexo experimental y exploratorio; trabajo sexual, víctimas de abuso sexual que no denuncian, re-infecciones ("*si me infectaron, infecto*"). El mecanismo de transmisión en población adulta notificada fue sexual (100%), donde el 75% de la población es heterosexual, un 17,9% homosexual y el 7,1% bisexual.

Las barreras de acceso al servicio de salud se relacionan con el aseguramiento en salud, el 64,3% de la población pertenecen al régimen contributivo, seguido del 28,6% en subsidiado y el 7,1% régimen especial. En la localidad de Usme no existen IPS privadas especializadas para la atención de la población con VIH/SIDA del régimen contributivo y régimen especial, que se convierte en barreras geográficas y económicas en población diagnosticada, que deben desplazarse a otras localidades y si no cuenta con recursos económicos suficientes es un factor determinante para desistir del tratamiento.

Sumado a ello, la no oportunidad de citas y pruebas diagnósticas conllevan a que lo población inicie tardíamente el tratamiento. En población subsidiada la Subred Sur cuenta con servicios de atención, la dificultad se da en la atención especializada por infectologia que no se tiene contratado, por lo que los pacientes deben desplazarse hacia el hospital Santa Clara y el hospital Simón Bolívar para acceder a servicios de salud hospitalizados.

Los pacientes con VIH/SIDA evidencian afectación emocional, ya que tienen una preocupación por el futuro o por el avance de la enfermedad, sienten tristeza y angustia por el rechazo o el señalamiento social y familiar, sienten miedo frente a lo desconocido, el dolor o los síntomas experimentados, y a la muerte. Otra preocupación es la estabilidad económica de sus familias, que por lo general son de estrato 1 o 2 y sus ingresos son menores a un salario mínimo legal vigente (SMLV), la condición de bajos ingresos, la baja escolaridad y las mínimas posibilidades con los que se encuentran estos pacientes genera grandes preocupaciones por no poder satisfacer las necesidades básicas para ellos y sus familias.

Otros factores que afectan la adherencia a servicios de salud se relacionan con la edad productiva del adulto y que puede afectar los ingresos económicos de la familia, otro factor es el miedo al diagnóstico, algunas personas no reclaman los resultados y no inician oportunamente los tratamientos. El acceso a medicamentos y a un buen tratamiento es una necesidad en la población.

La principal complicación y causa de muerte entre las personas viviendo con VIH/SIDA son las coinfecciones y comorbilidades, generadas por la disminución en la respuesta inmunológica relacionado con el avance de la enfermedad. Las coinfecciones de mayor presencia en 2017 fue la Candidiasis Esofágica y la neumonía con 26,7% cada una respectivamente, seguida tuberculosis Pulmonar (13,3%) y criotpcoccosis Extra pulmonar (13,3%), el 20% restante presentan citomegalovirosis, sarcoma de Kaposi y síndrome de emaciación

Las redes de apoyo social y familiar son de gran importancia para la salud de las personas que viven con VIH/SIDA, desde la reducción o eliminación de condiciones emocionales individuales, aumentar destrezas de manejo de la información sobre la enfermedad, reconocer las necesidades individuales y sociales, mejorar la calidad de vida y confrontar el estigma social, en la localidad de Usme se identifica fuerte presencia institucional en salud a través de los servicios presta la Subred Sur y la atención en diferentes programas que brinda Secretaria local de integración social, no se cuenta con presencia de entidades no gubernamentales en la localidad que brinden apoyo a la población con este evento. Se identificaron instituciones como FONADE y Liga SIDA que ofertan sus servicios en otras localidades.

Dimensión: Salud y ámbito laboral

Trabajo informal

La población adulta que ejerce el trabajo informal presenta la misma problemática descrita previamente en juventud, los factores asociados a la oferta de empleo formal en la localidad, los problemas de movilidad, la baja oferta y acceso a la educación superior, el desempleo, entre otros, pero a este momento de curso de vida, se suman factores como la pérdida de trabajo formal y la dificultad de

acceder a un nuevo trabajo debido a la edad, generando que el trabajo informal sea más que una opción una necesidad, cambiando todo el contexto familiar y generando posibles afectaciones en la salud mental, a diferencia de personas que pudieron ejercer este tipo de trabajo desde jóvenes. Un cambio tan marcado genera estrés debido a las necesidades y obligaciones económicas generadas, ya que la población adulta en ocasiones no solo debe hacerse cargo de sus hijos, sino de sus padres que ya ingresan a la tercera edad o inician con las enfermedades propias del trascurso de la edad.

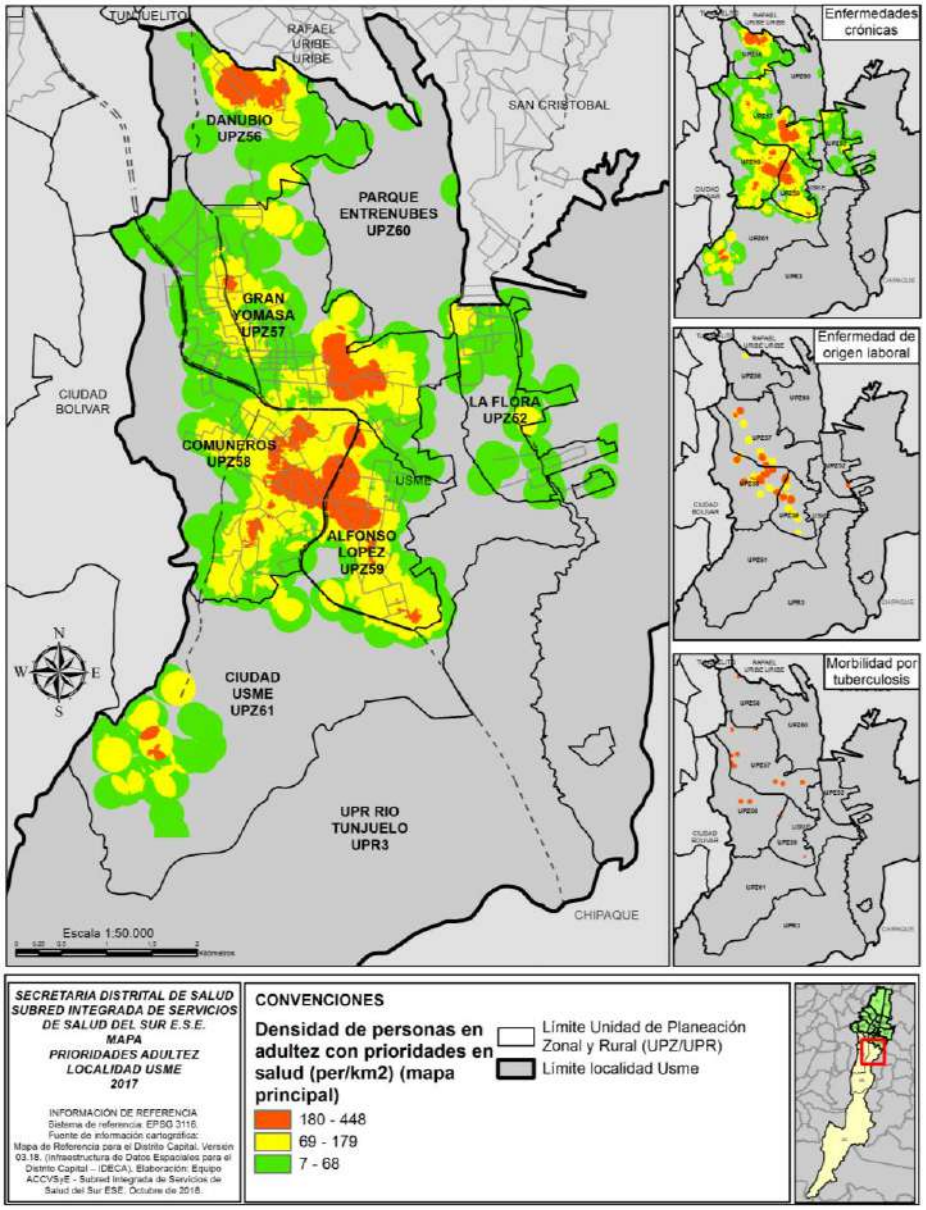
Es importante mencionar el tránsito de la adultez y en la vejez, en donde se manifiestan las condiciones de vida previa, asociadas a tipo de alimentación, los cuidados con los que se cuenta para prevenir enfermedades o identificación temprana, la realización de ejercicio, el manejo del estrés, las repercusiones de los factores de riesgo a los que se enfrentó durante su vida laboral, los cuales pueden tener mucho más impacto en el trabajo informal, asociado a las malas prácticas laborales, realización de trabajo en condiciones no seguras y demás factores ya mencionados, propiciando que en el trabajo informal confluyan todas las dimensiones del ser humano evidenciando que las acciones deban ser integrales y en diversos frentes para generar un real impacto en la comunidad.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Adultez

La distribución espacial de las prioridades en salud para la población del momento de curso de vida adultez en la localidad de Usme permitió identificar que las unidades de planeación zonal (UPZ) Danubio, Comuneros, Gran Yomasa y Alfonso López concentran territorialmente el riesgo en salud para este grupo poblacional (

Mapa **16**), impactando principalmente en las condiciones y enfermedades crónicas, dado que, como hallazgos del análisis, recurrentemente coexisten en los barrios Danubio, El Curubo, Chuniza, El Virrey, Serranías, Comuneros y El Progreso Usme los inadecuados hábitos, estilos, modos y prácticas saludables, pasando tanto por falta de actividad física como por el consumo de alimentos poco nutritivos, junto con condiciones laborales inseguras y la contaminación ambiental, tanto de aire como la producida por la inadecuada disposición de residuos sólidos en espacios públicos, principalmente en las calles.

Mapa 16. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adultez, Usme, 2017



Fuente: Equipo ACCVSyE, Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2018

5.10 Acciones

Desde Espacio Vivienda se fortalece el autocuidado para la promoción de estilos de vida saludable relacionados con alimentación, actividad física, manejo del estrés y asistencia a consultas de detección temprana. Se realiza activación de ruta según las alertas identificadas. Se orienta desde el área psicosocial frente a la adecuada resolución de conflictos y estrategias de afrontamiento.

Desde Espacio público se realizan acciones comunitarias en temas de educación a población general en VIH/Sífilis, entrega de preservativos en jornadas de salud,

toma de pruebas rápidas con población LGBTI, pruebas rápidas en servicios de acogida a población consumidora de SPA, canalización y notificación, prevención y promoción en VIH, sensibilización frente al uso del condón, información completa, en qué consiste la enfermedad, sus consecuencias y cuidados y prevención frente a la enfermedad.

Desde el componente de programas se implementa la ruta de atención para el acompañamiento apacientes con VIH/SIDA desde la subred, se realizaron jornadas de conmemoración del día mundial del VIH/sida y capacitación al talento humano de la subred en pruebas rápidas, para el año 2017 se logró capacitar a 25 profesionales de enfermería de consulta externa, 29 profesionales y técnicos de enfermería de sala de partos y 19 auxiliares de enfermería de los diferentes servicios de salud.

Respuesta Intersectorial y Sectorial Adultez

A nivel intersectorial se cuenta con la Secretaria de Integración Social desde los proyectos: 1086 *Una Ciudad para las familias*, 1093 *Prevención y atención de la maternidad y la paternidad temprana*, y 1098 *Bogotá te nutre*; Alcaldía local con proyecto 1098 *Bogotá te nutre* y el Instituto Distrital para la Economía Social (IPES) con acompañamiento y procesos educativos.

5.11 Momento de Curso de Vida Vejez (60 años y más)

Dimensión: Convivencia social y salud mental

Violencia intrafamiliar

Durante el año 2017 el subsistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM) recibió un total de 28.951 notificaciones de personas que fueron víctima de algún tipo de violencia, de las cuales 8.053 casos se dieron en residentes de las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, lo que representa un 27,8% en todas las edades; específicamente en el momento de curso de vida vejez, se registraron 367 personas lo que representa un 4,6%, con una mayor incidencia de casos en mujeres (61,6%) sobre hombres (38,4%), dato que varía al interior de las localidades especialmente en Ciudad Bolívar y Usme.

Tabla 15. Distribución de persona mayor notificada al subsistema SIVIM por localidad y sexo, Subred Sur, 2017

Localidad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Ciudad Bolívar	91	56,9	69	43,1	160	43,6
Usme	88	68,2	41	31,8	129	35,1
Tunjuelito	36	60,0	24	40,0	60	16,3
Sumapaz	11	61,1	7	38,9	18	4,9
Total	**226**	**61,6**	**141**	**38,4**	**367**	**100**

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Al realizar el análisis de los factores que determinan la situación de violencia hacia la personas mayor, se encuentra relación con su situación en salud ligadas al proceso de envejecimiento, el género y la pobreza en un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales. Al revisar los tipos de violencia, se encuentra que la negligencia es una de las principales violencias que recibe esta población con el 42% de la notificación, seguida de la física.

En las unidades de análisis se encuentra que las personas mayores al llegar a edad avanzada pierden valor en la familia, algunos de ellos dejan de apoyar en la economía de la familia, no les pueden dejar a cargo el cuidado de otras personas y en ocasiones requieren cuidados especiales, lo que genera estrés familiar que causa las violencias.

Al revisarse el causante de la violencia se encuentra que los hijos son los principales agresores con el 61,3%, asociado a eventos de negligencia y abandono, los demás agresores se distribuyen principalmente en diferentes miembros de la familia. Parte de las personas que se encuentran en este curso de vida, desisten de asistir a sus controles médicos ya que no cuentan con acompañante y su condición de salud como persona mayor, dificulta su traslado a los centros de salud derivando en baja adherencia a los tratamientos y presunta negligencia. También se ha identificado adultos mayores que se encuentran bajo el cuidado de menores de edad.

Tabla 16 Distribución de persona mayor notificada al subsistema SIVIM por tipo de violencia, sexo y localidad, Subred Sur, 2017

Localidad	Emocional		Física		Sexual		Económica		Negligencia		Abandono		Total	%
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
Ciudad Bolívar	91	69	9	3	1	1	15	5	51	45	22	19	331	44,4
Usme	88	41	14	3	0	0	6	2	52	18	21	19	264	35,4
Tunjuelito	36	24	2	1	0	0	0	0	26	14	9	6	118	15,8
Sumapaz	11	7	0		0	0	0	0	5	3	2	5	33	4,4
Total	**226**	**141**	**25**	**7**	**1**	**1**	**21**	**7**	**134**	**80**	**54**	**49**	**746**	**100**
Total / %	**367 / 49,2%**		**32 / 4,3%**		**2 / 0,3%**		**28 / 3,8%**		**214 / 28,7%**		**103 / 13,8%**			

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017.

En cuanto al aseguramiento, el 71,1% se encuentra afiliado al régimen subsidiado seguido por el régimen contributivo con un 21,8%.

Tabla 17. Distribución de persona mayor notificada al subsistema SIVIM por estado civil y aseguramiento, Subred Sur, 2017

Estado civil	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	Excepción	Total	%
Soltero (a)	24	94	14	1	133	**36,2**
Viudo (a)	25	62	2	1	90	**24,5**
Unión libre	8	55	2	1	66	**18,0**
Separado (a)	5	30	1	1	37	**10,1**
Casado (a)	14	17	3	0	34	**9,3**
Sin dato	3	1	0	0	4	**1,1**
Divorciado (a)	1	2	0	0	3	**0,8**
Total	**80**	**261**	**22**	**4**	**367**	**100**
%	**21,8**	**71,1**	**6,0**	**1,1**	**100**	

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017.

Otro factor a tenerse en cuenta es el nivel educativo; de la totalidad de los casos el 79,6% (292 casos) refieren no haber asistido nunca a la escuela, lo que indica que un número importante de personas mayores en la localidades son analfabetas. El 14,2% de refieren haber asistido al preescolar, o primaria incompleta o completa; 20 casos en Usme registran contar con bachillerato completo o incompleto y solo el 1,1% refieren contar con educación superior. Lo anterior, predetermina la ocupación de estas personas y la posibilidad de conseguir una pensión que les permita cubrir sus necesidades en esta etapa de curso de vida.

Como se puede observar en la siguiente tabla, de los 367 casos de violencia en persona mayor de 60 años, se reportó un total de 746 hechos de violencia, cabe destacar, una sola persona puede ser víctimas de varios tipos de violencia, teniendo en cuenta además que cada caso tiene un componente emocional.

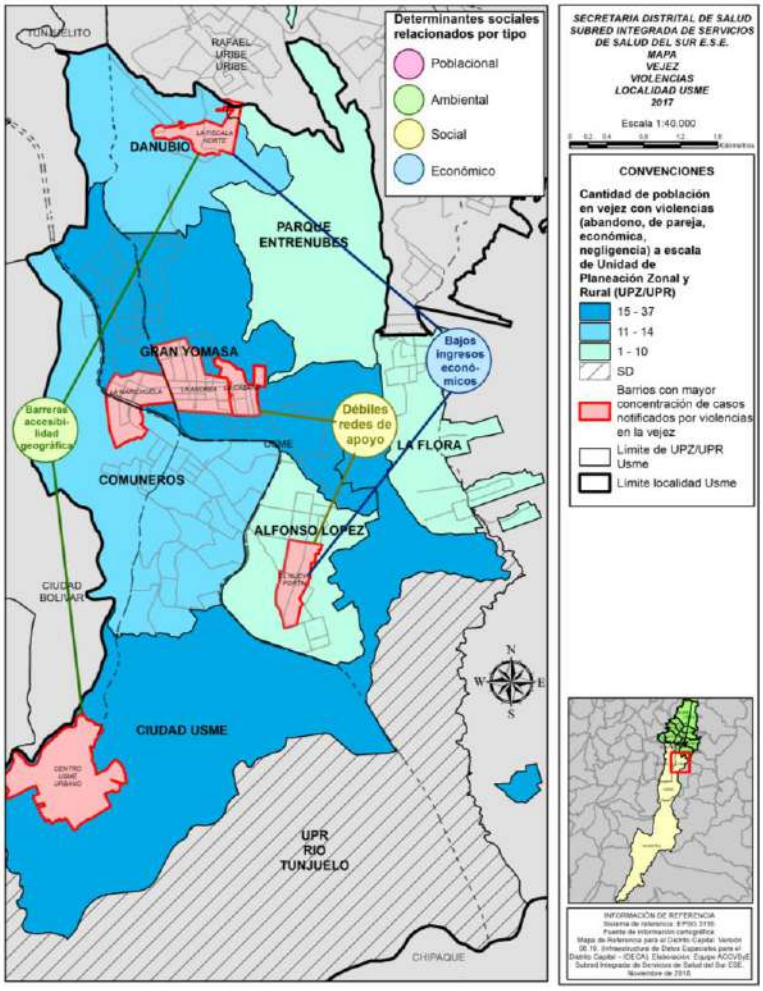
Tabla 18 Distribución de persona mayor notificada al subsistema SIVIM por principal agresor y localidad, Subred Sur, 2017

Agresor	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%	Total	%
Hijo(a)	93	58,1	84	65,1	37	61,7	11	61,1	225	61,3
Pareja	16	10,0	12	9,3	5	8,3	3	16,7	36	9,8
Conocido	18	11,3	4	3,1	10	16,7	0	0,0	32	8,7
Otro familiar	12	7,5	9	7,0	2	3,3	2	11,1	25	6,8
Hermano(a)	6	3,8	15	11,6	1	1,7	1	5,6	23	6,3
Desconocido	2	1,3	2	1,6	3	5,0	0	0,0	7	1,9
Padre	5	3,1	0	0,0	0	0,0	1	5,6	6	1,6
Madre	2	1,3	3	2,3	1	1,7	0	0,0	6	1,6
Administrativos	3	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8
Expareja	2	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Vecino	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Servidor Público	0	0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	0,3
Total	**160**	**100**	**129**	**100**	**60**	**100**	**18**	**100**	**367**	**100**

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

La distribución espacial de las violencias hacia la población en el momento de curso de vida vejez para la localidad de Usme en el año 2017, relacionadas estas con negligencias, abandono, emocional, de pareja y económica, permite identificar que son las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Gran Yomasa y Ciudad Usme en donde se presenta la mayor cantidad de notificaciones por eventos de esta naturaleza, principalmente en los barrios Marichuela, La Andrea, La Cabaña y Centro Usme Urbano, en donde tanto las condiciones de desempleo y desocupación, condiciones socioeconómicas adversas e inclusive dificultades y limitaciones para la movilidad, sea en el hogar o para desplazarse entre los barrios o en la ciudad, impactan en la salud mental tanto de las personas en vejez como de sus cuidadores, expresado en un conjunto de agresiones que pueden desencadenar en el aumento de la dependencia y deterioro físico y de la red de apoyo (Mapa 17).

Mapa 17. Violencias, vejez, Usme, 2017.



Fuente: SIVIM, 2017

Lesiones de causa externa

El Subsistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa SIVELCE presenta información de los eventos asociados a lesiones de causa externa intencionales y no intencionales. Durante lo corrido del año 2017 se registraron 170 casos de lesiones de causa externa (LCE) en personas mayores de 60 años en la localidad, las cuales en su mayoría corresponden a lesiones no intencionales con 158 casos (92,9%) y el restante 7,1% a lesiones intencionales con 12 casos. Esto representa una inversión respecto a la juventud, donde en su mayoría se presentan lesiones intencionales, encontrando que los accidentes en el hogar o en el espacio público son las mayores causas de notificación de lesiones en la vejez.

La mayor parte de las lesiones se presentaron en la vivienda con 100 casos (58,5%), en segundo lugar se encuentran los eventos en vías públicas, asociados a calles, andenes, avenidas y demás espacios para desplazarse con 56 casos (32,9%) seguido del lugar de trabajo con 12 casos (7,1%) y bares 2 casos (1,2%). El comportamiento de los eventos de lesiones en el adulto mayor se relacionan con los determinantes sociales identificados en la localidad, así como con condicionantes propios del momento del cursos de vida.

En las mesas de análisis para las dimensiones de Convivencia Social y Salud Mental y para el momento de curso de vida vejez se encontró a partir del trabajo realizado por los equipos de intervención y componentes de salud pública que los principales determinantes asociados para el evento en la localidad se relacionan con los bajos ingresos económicos y educativos, así como las diferentes manifestaciones de brechas de desigualdad que se encuentran en la localidad, esto se ve representado en factores como las inadecuadas condiciones de la vivienda, así como vías y andenes sin pavimentar y con una alta ocupación del espacio público por actividades del comercio informal. Las condiciones de la vivienda afectan la calidad de vida de los adultos mayores, quienes en muchos de los casos deben encargarse de las actividades del hogar o del cuidado de sí mismos, aumentando el riesgo de presentar caídas, quemaduras y lesiones al interior de sus hogares.

Así mismo estos factores están relacionados con las características del territorio para la localidad, al presentar un relieve con altas zonas de pendientes y de difícil acceso que no cuentan con las vías necesarias y adecuadas generando a su vez barreras de acceso; esto afecta particularmente a las personas en el momento de curso de vida vejez, quienes tienen mayores dificultades para movilizarse, siendo más susceptibles a tener accidentes por caídas desde su propia altura en el espacio público, así como una mayor dificultad para el transporte a diferentes actividades o para el acceso a los servicios de salud, requiriendo en muchos casos la asistencia de familiares o amigos para su movilización, lo cual en muchas ocasiones no es posible al contar con bajas redes de apoyo.

Lo anteriormente mencionado se relaciona con determinantes psicosociales, en los cuales los adultos mayores en muchos de los casos se encuentran en condición de abandono por parte de sus familiares y por ser recurrente la violencia

por negligencia. Esto obliga a que los adultos mayores tengan que desplazarse por sus propios medios, aumentando el riesgo de sufrir lesiones al interior del hogar y fuera de este, lo cual sumado a los factores de bajos ingresos económicos mencionados anteriormente, no les permite contar con opciones de transporte diferentes como vehículos particulares, taxi o el uso de aplicaciones para transporte, los cuales los expone a mayores riesgos al exterior del hogar.

Adicionalmente se identifica que los bajos ingresos económicos y en muchos casos el no contar con una pensión, obliga que los adultos mayores se vean obligados a tener actividades productivas, generalmente en el sector informal, en ventas callejeras u ocupaciones como la carpintería, costura o construcción, adicionando factores de riesgo para la ocurrencia de lesiones y relacionado con el 7,1% de eventos identificados con el trabajo para la localidad, teniendo un mayor peso porcentual respecto a otras localidades del distrito

Finalmente se identifica que la morbilidad de los adultos mayores es un factor de riesgo para las lesiones de causa externa, las condiciones crónicas como hipertensión, la diabetes y el EPOC, así como el cáncer, la artritis y la osteoporosis, entre otros, genera afectaciones en la movilidad del adulto mayor, haciéndolos vulnerables a presentar lesiones dentro y fuera del hogar, viéndose estas situaciones agravadas cuando se presentan los factores mencionados anteriormente.

Al analizar el comportamiento del evento por sexo, se observa una mayor ocurrencia en las mujeres con 97 casos (48,7%) y en hombres 74 casos (38,8%), presentando una diferencia respecto a la juventud y adultez donde el mayor número de lesiones se presenta en hombres. Este comportamiento se asocia a que las mujeres en el momento de curso de vida vejez presentan mayor vulnerabilidad asociado a las actividades que realizan en el hogar y a morbilidad asociada como la osteoporosis, haciéndolas más susceptibles a sufrir lesiones y que estas sean de mayor gravedad.

En cuanto el aseguramiento de las personas que presentan algún tipo de LCE, en su mayoría se reportaron en el régimen subsidiado con 93 casos (54,7%), seguido de contributivo con 69 casos (40,6%), vinculado 4 casos (2,4%), régimen de excepción 3 casos (1,8%) y particular 1 caso (0,6%). El número de notificaciones presenta un comportamiento en aseguramiento contrario al representativo de la localidad, donde aproximadamente el 60% de la población se encuentra en régimen contributivo y el 30% en régimen subsidiado, encontrando que la población en este régimen presenta una mayor número de factores de riesgo mencionados anteriormente como inadecuadas condiciones de las viviendas, así como encontrarse en las zonas de la localidad con mayores dificultades en el acceso, zonas de pendiente y vías y andenes sin pavimentar. Adicionalmente es importante mencionar que la localidad de Usme presenta una mayor proporción de personas en el régimen subsidiado, siendo de casi el doble con respecto al resto de la ciudad.

Como resultado de las mesas de análisis en conjunto con los equipos operativos, equipo técnico de salud mental y grupo funcional de vejez, se identifica que es necesario afectar los determinantes asociados al evento con el fin de disminuir su ocurrencia y prevenir consecuencias graves y permanentes para los adultos mayores. Como parte de las acciones realizadas en las viviendas, se busca mejorar las condiciones de las mismas para reducir el riesgo de accidentabilidad, así mismo se requiere fortalecer las acciones educativas a individuos y comunidad resaltando la importancia de los adultos mayores con el fin de disminuir eventos de violencia como la negligencia y abandono.

Así mismo se deben realizar esfuerzos intersectoriales que permitan la mejora en la infraestructura de la localidad con el fin de evitar la accidentabilidad, principalmente en las zonas de mayor vulnerabilidad de la localidad, disminuyendo las barreras de acceso y garantizando una movilidad que permita el desplazamiento de las personas mayores y con discapacidad. Es necesario mejorar las condiciones económicas de los adultos mayores y las acciones para el mejoramiento de las condiciones de vida como actividad física, entretenimiento y fortalecimiento de redes sociales y de apoyo, lo cual se viene trabajando en diferentes intervenciones como el proyecto 1099 para el envejecimiento digno, activo y feliz de la Secretaría Distrital de integración Social, el cual cuenta con apoyos económicos a población priorizada, los centros día, noche y de protección, con el fin de propender a mejores condiciones de vida y la garantía de sus derechos. Estas acciones deben ser fortalecidas y articuladas con las diferentes instituciones distritales, con el fin de mejorar las condiciones de calidad de vida y salud, permitiendo prevenir las lesiones de causa externa y sus secuelas

Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Condiciones crónicas

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta, tienen una prevalencia alta en el adulto mayor a causa de factores de riesgo que pueden ser modificables entre ellos encontramos alimentación poco sana, consumo de tabaco, inactividad física, poca adherencia a los tratamientos, entre otros, siendo los eventos de enfermedad pulmonar obstructiva grave (EPOC), hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus, los de mayor frecuencia.

EPOC

Es una enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los pulmones. Según los datos registrados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. Para el 2017 se presentaron 5.022 atenciones.

Los profesionales que participan en las sesiones de análisis, sugieren que el tabaquismo es una de las principales causas de la enfermedad. Pero no descantan la posibilidad de orígenes medioambientales, exposición a gases o polvo y hasta los antecedentes de enfermedades respiratorias en la niñez

Tabla 19. Usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con EPOC en la localidad de Usme por sexo, Subred Sur, 2017

Localidad	Femenino	%	Masculino	%	Total
Usme	683	64,9	369	35,1	1052

Fuente: Programa Corazón y Vida. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Año 2017

Hipertensión Esencial (Primaria)

La hipertensión esencial primaria es uno de los eventos de mayor prevalencia en las localidades que componen la Subred Sur, para la localidad de Usme se registraron para el año 2017 14649 atenciones según lo registrado en n los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

La hipertensión esencial primaria se asocia con el sobrepeso, antecedentes familiares, consumo de psicoactivos entre otros.

Tabla 20. Distribución de usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con hipertensión esencial (Primaria), por sexo, localidad de Usme - 2017

Localidad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Usme	5149	69,4	2267	30,6	7416	33,2

Fuente: Programa Corazón y Vida. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Año 2017

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus, entendida como un conjunto de enfermedades caracterizada por la falta absoluta o relativa de insulina, registra para la localidad de Usme 2401 atenciones en los diferentes servicios incluidos entre los códigos CIE 10 E10 - E16 (diabetes Mellitus), donde se incluyen pacientes insulinodependientes o no, con o sin complicaciones y otras condiciones asociadas al evento.

Tabla 21. Distribución de usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con diabetes mellitus, por localidad y sexo, Subred Sur, 2003 - 2017

Localidad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Usme	422	63,6	242	36,4	664	29,8

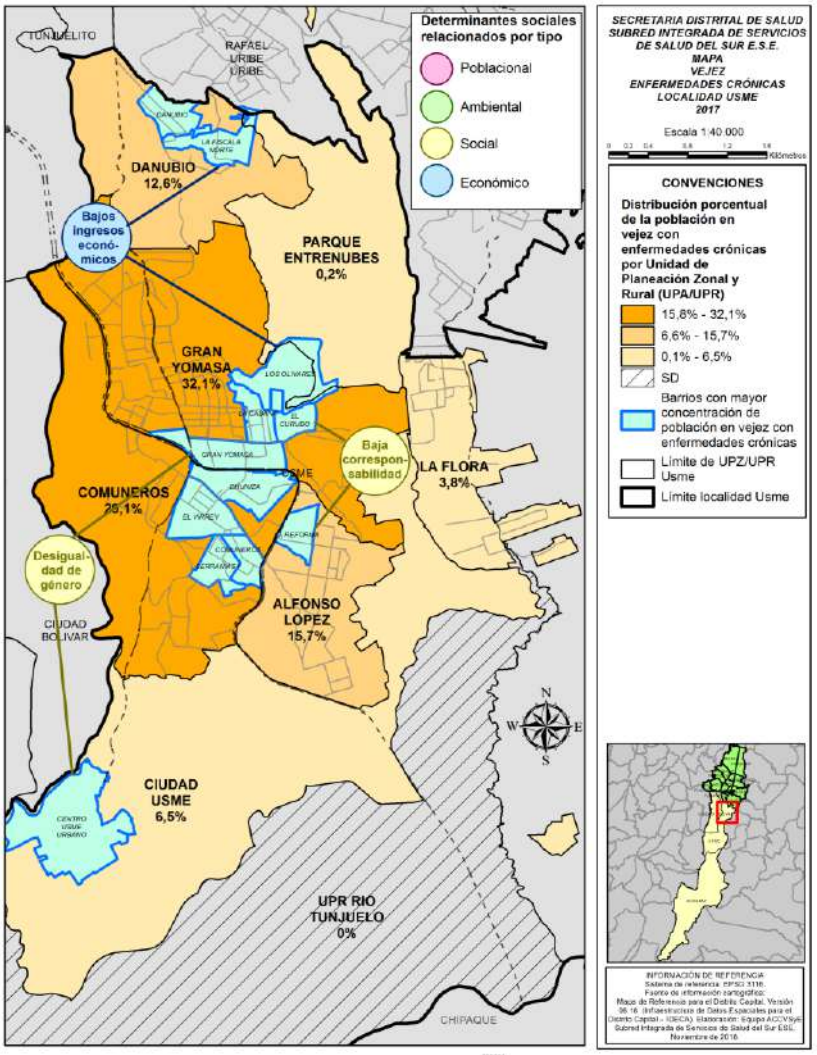
Fuente: Programa Corazón y Vida. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Año 2017.

Algunos de los factores de riesgo para la diabetes mellitus son el sobrepeso, enfermedades crónicas, factores hereditarios.

Desde las unidades de análisis se identificó que los factores de riesgo están estrechamente relacionados con las condiciones de vida, estilos saludables y procesos de alimentación en los diferentes cursos de vida; y que desencadena en enfermedades de alto costo para los servicios de salud. Otros factor que se relaciona es la carga de enfermedad laboral, de las personas que desempeñaron una actividad por largo periodo de tiempo. Un factor de riesgo en el cuidado de la salud en la vejez, es no contar con seguridad social en salud especialmente las personas que en la juventud y adultez se desempeñaron en la informalidad y que en la vejez no acceden a los servicios de salud para el control de las enfermedades crónicas.

La distribución espacial de la población en el momento de curso de vida vejez con enfermedades crónicas en la localidad de Usme permite identificar que las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) Gran Yomasa y Comuneros concentran la mayor cantidad de casos de esta naturaleza, principalmente en los barrios Monteblanco, El Virrey, Chuniza y el Curubo (Mapa 18), situación explicada dadas las dietas poco saludables, como consecuencia una baja disponibilidad de alimentos y un alto costo de los mismos, lo que limita las posibilidades de mantener una dieta saludable. La baja oferta social, principalmente la relacionada con emprendimientos, autocuidado y redes de apoyo y de recreación y uso saludable del tiempo se queda corta frente a la complejidad de los factores de riesgo estructurales hallados. Así mismo, barreras de acceso geográficas, como lo son vías sin pavimentar, baja oferta de transporte público y largas distancias para adquirir servicios, tanto sociales como privados – personales, se convierten en factores que dificultan la modificación de prácticas que inciden en la salud de este grupo poblacional.

Mapa 18. Enfermedades crónicas, vejez, Usme, 2017.



Fuente: SISCRON, 2017

Edentulismo

La localidad de Usme cuenta 5.653 personas con discapacidad en el curso de vida vejez, es decir el 62,6% del total de población con discapacidad registrada, en relación al sexo el 60,3% son mujeres y el 39,6% son hombres.

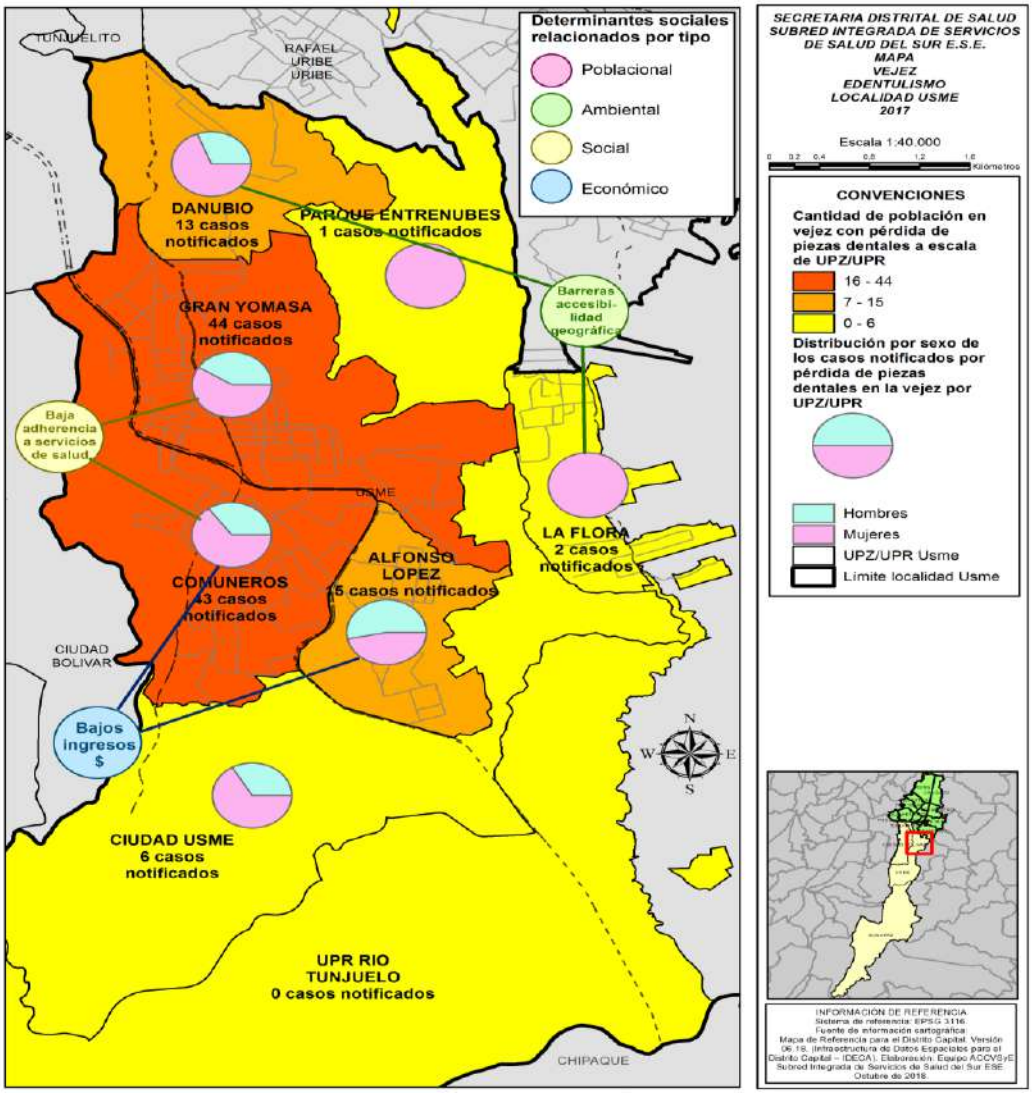
En las unidades de análisis de la prioridad, se encuentra que el género, los hábitos alimentarios, la edad y el nivel de ingreso; son los principales factores predisponentes para el evento en la vejez. En cuanto, al género se encuentra que las mujeres son más propensas a sufrir algún tipo de discapacidad que los hombres, debido a que las mujeres viven en promedio más años que los hombres y en segundo lugar, las mujeres en la adultez reúnen sus esfuerzos en torno al cuidado de la familia, descuidando su salud personal, así mismo están expuesto a factores de riesgo relacionados con el hogar, dadas las características y las condiciones de la vivienda; además están más propensas a enfermedades de transmisión sexual.

Del total de la población el 37,3% requieren de ayuda permanente para realizar sus actividades diarias, lo cual puede ocasionar en el núcleo familiar, dificultades ya que no cuentan con los recursos económicos, para suplir con el costo que implica pagar un cuidador para la atención de un adulto mayor en condición de discapacidad. Este tipo de situaciones conlleva a evidenciar, casos asociados abandono y posibles negligencias en la atención oportuna de patologías de base, muchas de ellas asociadas al proceso normal de envejecimiento.

Teniendo en cuenta el tipo de alteración identificada el 25,7 refirió alteración en el movimiento del cuerpo, piernas y brazos, el 21,3 % alteración del sistema nervioso, el 16,4%, alteraciones en los ojos, 13,3%, alteraciones de la voz y habla 11,1%, alteración del sistema cardiorrespiratorio y defensas 9,8%, alteración en los oídos 6,4%, alteración en la digestión, metabolismo y hormonas 5%, alteración en el sistema genital y reproductivo 3,7%, alteraciones en la piel 2,1%, alteraciones en los demás órganos de los sentidos 1,5%, otras alteraciones 0,3%.

En relación con las barreras identificadas para su movilidad, reportan las escaleras con un 14,8%, seguido están las barreras en la calle con un 14,3%, barreras en el vehículo con un 13,9%, barreras en el terminal 7,6% siendo estas las de menor peso porcentual en este grupo de edad.
.

Mapa 19. Pérdida de piezas dentales (edentulismo) en la población en vejez, Usme, 2017.



Fuente: SISVESO, 2017.

Dimensión: Salud y ámbito laboral

Trabajo informal

En el momento de curso de vida vejez, se inician con la presencia de enfermedades, relacionadas o no, con el ejercicio laboral que demandan un cuidado por parte de familiares, así como un acceso más continuo y en ocasiones de mayor complejidad al sistema de salud.

Pero posiblemente el principal factor de riesgo adicional de esta población es el no acceso a una pensión, hecho que genera una dependencia del adulto mayor para su sustento o en el peor de los casos, la obligación de seguir trabajando a pesar de la edad. Estos factores de dependencia pueden generar afectaciones en la salud mental de esta población, ya que el individuo pasa de ser una persona

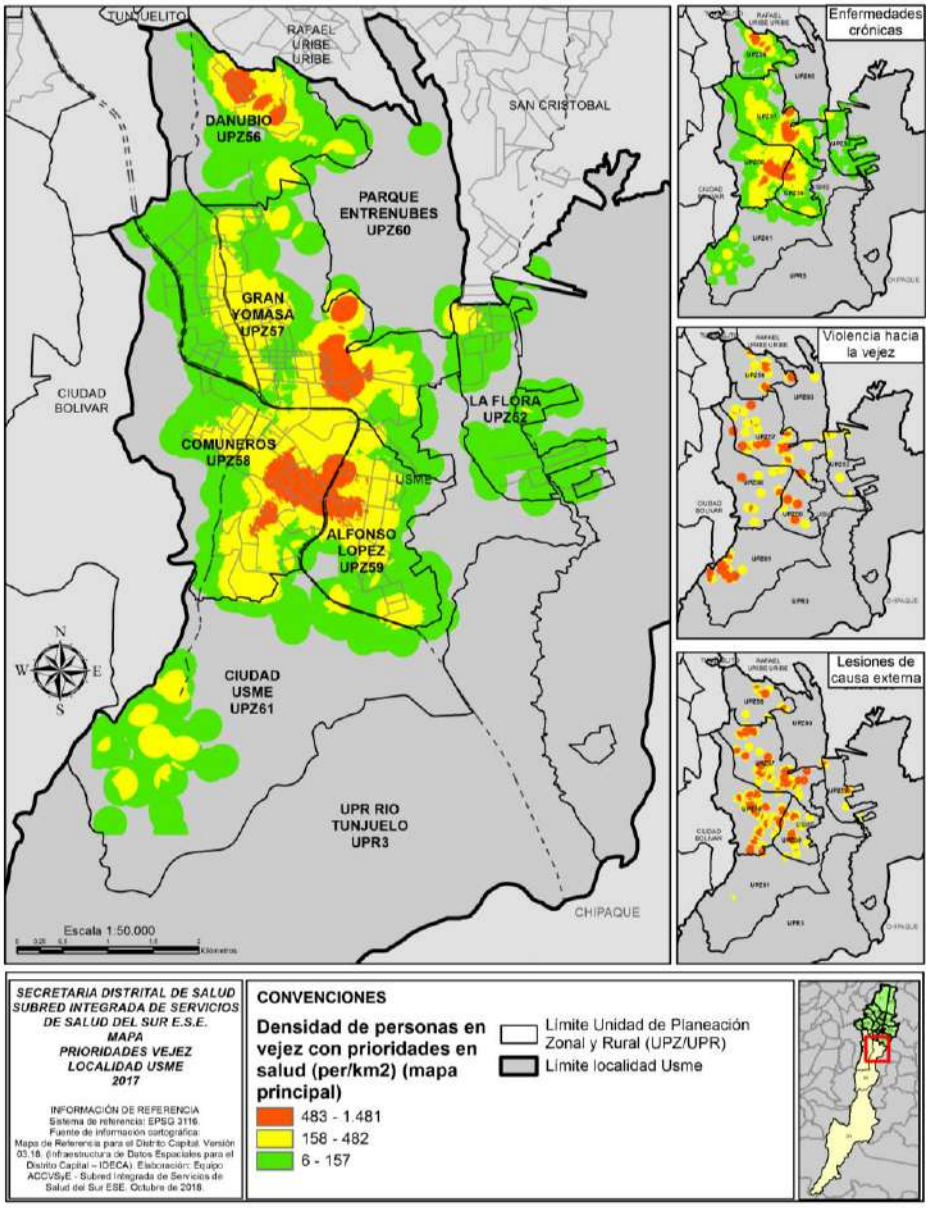
productiva a ser visto en ocasiones como una carga para el resto de la familia, en donde culturalmente quien provee del dinero tiene una valoración mayor en cuanto a su opinión como al trato general.

Las condiciones descritas se relacionan con factores como la violencia contra el adulto mayor, en especial la negligencia y el abandono, donde estos adultos mayores no cuentan con las necesidades básicas por parte de, principalmente sus hijos, requiriendo, salir a trabajar a pesar de su avanzada edad, depender del Estado o de lo poco quieran o puedan aportar hijos o familiares y en ocasiones vecinos y amigos.

Puntos críticos del momento del Curso de vida Vejez

La concentración espacial del riesgo en salud para la población en el momento de curso de vida vejez en la localidad de Usme se localiza con mayor intensidad en las unidades de planeación zonal (UPZ) Danubio, Gran Yomasa y Comuneros, en donde convergen un conjunto de determinantes sociales que impactan en la salud de la población del momento de curso de vida (Mapa 20). Es recurrente identificar condiciones relacionadas con el desempleo y falta de ocupación en las personas mayores, sedentarismo, dependencia, violencias, discapacidad y aparición de enfermedades crónicas; igualmente esta UPZ presentan amplias dificultades respecto a la movilidad y condiciones de accesibilidad geográfica, lo que dificulta que sea fácil la movilidad entre la residencia de la población en vejez y los centros de atención, considerando los recursos, tanto económicos como en tiempo que debe también disponer el cuidador para este tipo de actividades.

Mapa 20. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida vejez, Usme, 2017



Fuente: Equipo ACCVSyE, Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2018.

.

5.12 Acciones

Desde Espacio Vivienda, se cuenta con un equipo conformado por terapeuta y enfermero y/o psicólogo quienes desarrollan acciones que favorecen desde el área física y psicosocial, la adaptación al entorno y la realización de tareas independientes de manera progresiva y según condición del usuario. Se brinda educación al cuidador frente a uso de elementos, ejercicios diarios y autocuidado para el manejo del cansancio del rol de cuidador. Se realiza gestión para la obtención de ayuda estatal según el caso a través de activación de ruta. Se realiza educación para la prevención de enfermedades crónicas y se fortalecen cuidado en usuarios que ya presentan la enfermedad.

Vigilancia en Salud Pública realiza el proceso Registro de Localización y Caracterización de Persona con Discapacidad (RLCPD), dicho proceso inicia con la verificación en el sistema de información web a nivel distrital y nacional, en el que se corrobora si se encuentra caracterizado o no. En caso que no se encuentre registrado se procede a informarle cuales son los puntos de atención para que pueda dirigirse, también se realiza como ajuste razonable, visitas domiciliarias aquellas personas que no pueden trasladarse hasta un punto fijo de registro. De tal forma que la registradora se encargue de realizar la caracterización en el domicilio de la persona mayor.

Durante el proceso de registro y caracterización, se ofrece información sobre los proyectos de inversión (subsidio por el valor de 23 mil pesos recargables mensualmente, en la tarjeta tu llave - SITP) a los cuales tiene acceso una vez este registrado; además de realizar articulación con el banco de ayudas técnicas, en caso que cumpla los requisitos para contar con este tipo de apoyos.

En la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., también se realizan acciones intramurales; de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: control de placa bacteriana, detartraje y atención especializada. Como jornadas de vacunación que incluyen a este curso de vida.

6. Dimensión trasversal a todos los momentos de curso de vida

Con relaciona a esta dimensión se definieron algunas prioridades que son trazadoras en la vida de todos o al menos gran parte de los pobladores de la localidad de Sumapaz, independiente el momento de curso de vida que transite, es así como se realizó un análisis a la exposición calidad del agua y calidad del aire, con el fin de conocer las características de estos eventos y como pueden afectar la salud y la calidad de vida de sus pobladores.

6.1 Salud ambiental

6.1.1 Calidad del agua

Respecto a la cobertura residencial y legal del servicio de acueducto CAC (%) para 2017 la localidad de Usme de 99.98% y el Distrito está obligado a suministrar este recurso vital para la supervivencia de la comunidad y debe contar con características de calidad y seguridad tanto del agua como de las mismas redes. En lo concerniente a la Cobertura residencial y legal del servicio de alcantarillado sanitario (CAL), correspondiente a las redes de alcantarillado para el drenaje de aguas negras o residuales que son generadas por las actividades naturales de supervivencia y productivas para 2017 en Usme fue de 99,52%; finalmente frente a la cobertura del sistema de alcantarillado pluvial (CAPL) en 2017 en Usme fue de 97.03%. Estos resultados reflejan una adecuada cobertura de los servicios públicos que tiene que ver con el recurso agua, sin embargo solo se contempla para la medición las zonas legalizadas, por lo que la brecha que pudiese existir a las zonas de invasión de las periferias de la localidad pudiese ser mayor.

Calidad del aire

Para la localidad de Usme el tema de calidad del aire al interior de las viviendas en la invasión Compostela es una prioridad que resulta de la relación entre factores que partes desde lo ambiental en lo respectivo al uso de suelo, dado que es una invasión que está ocupando parte de la extensión del Parque Entre Nubes; junto con situaciones de desempleo, bajas oportunidades laborales, migración de población en todos los cursos de vida y sexo, así como barreras de acceso a recursos económicos para tener una vivienda digna, desencadenando en enfermedades crónicas como EPOC y cáncer.

En los menores de 5 a 14 años en la localidad de Usme se presentó las siguientes asociaciones entre sibilancias en el último año y calidad del aire asociada a la humedad de las viviendas, con un OR 5.7 (IC95% 1.52-21.80) es decir seis veces más la probabilidad de presentar sibilancias con respecto a otros niños que no presentan esta condición en su vivienda. Al igual el ausentismo escolar se ve afectado con problemas de humedad en la vivienda con un OR 4.1 (IC95%1.70-10.09) es decir la probabilidad de padecer cuatro veces más esta condición con respecto a los niños que viven en condiciones normales, igualmente sucede con la variable independiente donde circula tráfico pesado con un OR 3 (IQ95% 1.43-6.37), en donde si se presenta esta condición los niños tienen tres veces más la probabilidad de presentar ausentismo escolar, con respecto a los niños que no la tienen.

Desde la mesa de salud ambiental, se reconoce que en los adultos mayores de 60 años de la localidad de Usme se presentó una asociación significativa entre los adultos mayores que estuvieron expuestos aire contaminado y el síntoma de expectoración con un OR 2,8 (IC95%1.09-7.41) durante su vida, tienen tres veces

más la probabilidad de padecer expectoraciones, que aquellos adultos que no presentaron esta condición en la población encuestada.

7. Conclusiones y recomendaciones

1. Los análisis de las condiciones de calidad de vida y salud por etapa de curso de vida son un proceso que exige la búsqueda de información cuantitativa, cualitativa y espacial, que permite explicar el comportamiento de las prioridades definidas a luz del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP 2021-2021).
2. El análisis es fruto del trabajo interinstitucional, y se constituye en una fuente de conocimiento invaluable que evidencia los determinantes sociales que afectan a la población de la localidad, según su momento de curso de vida, reconociendo acciones concretas que impactan positivamente a los habitantes de la localidad de Usme.
3. Las mesas de análisis permiten reunir a profesionales que, a través de la experiencia y el conocimiento, pueden establecer relaciones entre las prioridades y los territorios, lo que se constituye en un insumo para las observaciones.
4. En Colombia, la Ley de Infancia y Adolescencia da orientaciones para la ejecución de acciones de prevención y atención de situaciones que vulneran los derechos de los niños y las niñas, incluida las violencias y el trabajo infantil. Las instituciones han creado programas, estrategias y acciones que buscan prevenir este fenómeno. Sin embargo, se observa la implementación de acciones similares lideradas por diferentes instituciones, reflejando la ausencia de cohesión y acuerdo para la atención de la población en los planes de gobierno distrital y local.
5. Es indispensable incluir la garantía del bienestar de la población de los cursos de vida de Infancia y Adolescencia en las acciones que se orientan desde el nivel nacional con sus responsables, dando cumplimiento a lo establecido en la Política de manera organizada y estructurada, permitiendo unificar las acciones lideradas desde cada sector para de este modo avanzar en las coberturas, disminución de indicadores negativos.
6. En Usme se identifica un déficit de espacios para el aprovechamiento y ocupación del tiempo de libre de la población adolescente, no solo recreo-deportivos, sino también culturales, artísticos y educativos. A la luz del análisis, es evidente que estas carencias generan el desaprovechamiento de potencialidades y la pérdida de oportunidades para los jóvenes, así como los subsecuentes problemas, como violencias y consumo de SPA.
7. Es necesario fortalecer estrategias que promuevan y consoliden redes de apoyo comunitarias para afrontar situaciones de riesgo en todos los cursos de vida.

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. Secretaría Distrital de Ambiente. Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá - RMCAB. 2017; Available from: http://ambientebogota.gov.co/red-de-calidad-del-aire
5. SDA SD de A-. Informe Anual De Calidad Del Aire De Bogotá. 2009;
6. León J. Plan Ambiental Local 2013-2016. Alcaldía Local Usme [Internet]. 2013;1–50. Available from: http://www.ambientebogota.gov.co/documents/10157/2883159/PAL+USME+2013-2016.pdf
7. Bogotá Cómo vamos. Informe de calidad de vida 2016. 2017;371. Available from: http://www.bogotacomovamos.org/documentos/informe-de-calidad-de-vida-de-bogota-en-2016/
8. Alcaldia Mayor de Bogotá. Caracterizaciónn del Sector Educativo de Bogotá Localidad de Usme. 2015;
9. Mayor De Bogotá A, Peñalosa DCE, Ortiz Gómez A, José A, Arosemena A, Sisbén D, et al. Secretaría Distrital de Planeación Secretario Distrital de Planeación Subsecretario de Información y Estudios Estratégicos Directora Estudios Macro Oficina Asesora de Prensa y Comunicaciones. 2016; Available from: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1 Ciudad de Estad%EDsticas/Tab/Caracterizaci%F3n Socioeconomica Sisben III 2016.pdf
10. Bogotá AM de. Encuesta Multipropósito. Secr Dist Planeación. 2014;54.
11. Secretaría Distrital de Planeación. Boletín No. 65. Encuesta multipropósito, principales resultados en bogotá y la región. [Internet]. Bogotá; 2015. Available from: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Encuesta_Multiproposito_2014/Resultados_2014/Boletin_Resultados_Encuesta_Multiproposito_2014.pdf

12. 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. Available from: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1 Ciudad de Estad%EDsticas/2011/DICE115-CartillaEncuesMultipropos-2011.pdfBogotá, Colombia.

13. Demográfica DFY. Alcaldía mayor de bogotá. :1–55.

14. 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.

15. El Cancer. Aspectos básicos sobre su biologia, clínica, prevención diágnostico y tratamiento. El Cancer. Minist la Protección Soc Inst Nac Cancerol ESE. 2004;1–67.

16. Dávila Cervantes CA, Pardo Montaño AM. Análisis de la tendencia e impacto de la mortalidad por causas externas: México, 2000-2013. Salud Colect. 2016;12(2):251–64.

17. Martínez-palomino G, Vallejo M, Huesca C, León EÁ De, Paredes G, González CL. Factores de riesgo cardiovascular en una muestra de mujeres jovenes mexicanas. Arch Cardiol México. 2006;76(52):401–7.

18. Otero A. Diferencias departamentales en las causas de mortalidad en Colombia. 2013;44. Available from: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_187_0.pdf

19. Otros. MNMA y. percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. 2011;

20. Cancerologia M de salud y proteccion social-I de. El cáncer de mama: un problema creciente en Colombia. Instititutо Nac Cancerol [Internet]. 2012;4(2):12. Available from: http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/95685f345e64aa9f0fece8a589b5acc3_BOLETIN HECHOS Y ACCIONES MAMA.PDF

21. 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;

22. Nivel HTI. Presentación Resultados Acciones Boletín Diversidad 2012 - 2014. 2014;

23. 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. Available from: http://www.repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/371

24. Whittembury A. El Perfil Epidemiologico Y El Analisis De Situacion Del Pais.

2011;1.15. Available from: http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf

25. Alcaldía Mayor de Bogotá. Caracterización del Sector Educativo Localidad de Usme Año 2015. 2014;

26. Secretaría Distrital de Planeación. Caracterización Socioeconómica de la Población Encuestada con la Metodología del Sisbén III en Bogotá D.C.- Enero de 2010 a Mayo de 2015. 2015;74.

27. Secretaría Distrital de Planeación. Índice de calidad de vivienda urbana en Bogotá. Vol. 53. 2013. p. 1689–99.

28. Planeación secretaria D de. Boletín 80 Caracterización Socioeconómica SISBEN III. 2016;