

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

Localidad de Tunjuelito

06



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

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Coordinación General del Documento
Aura Yanira Roa Sánchez

Autores Subred Sur

Diego Felipe López Ávila. Sociólogo
Edwin Fuentes Flórez. Trabajador social
José Francisco Vargas. Antropólogo

Nidia Patricia Villamil. Epidemióloga
Ruth Vicky Quintana. Epidemióloga
Guillermo Gutiérrez. Epidemiólogo
Elizabeth Rubio. Epidemióloga

Manuel José Tosse. Geógrafo
Carlos Macana. Geógrafo
Alejandro Tovar Geógrafo

Fotografía de la portada
<http://es.investinbogota.org/biblioteca-parque-el-tunal-el-mejor-lugar-para-un-atardecer>
(Obtenida 08/03/2018)

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

Contenido

INTRODUCCIÓN	13
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos	16
1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	18
1.1. Contexto territorial.....	19
1.2. Estructura demográfica.....	23
1.3. Dinámica demográfica	29
2. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES).....	41
2.1. Dimensión ambiental	42
2.1.1. Dimensión ambiente construido.....	45
2.2. Dimensión social.....	49
2.3. Dimensión Económica	53
3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD.....	57
3.1. Mortalidad	58
3.1.1. Mortalidad por grandes causas.....	59
3.1.2. Mortalidad subgrupos, grandes causas 6/67	67
3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez: mortalidad en menor 1 año	76
3.1.4. Mortalidad en menores de 1 a 4 años.....	79
3.1.5 Mortalidad materno- infantil y en la niñez	81
3.2 Análisis estructura de morbilidad	86
3.2.1. Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general según los Registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), Localidad de Tunjuelito, años 2015 y 2016	86
3.2.2. Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, según agrupación de causas por lista 6/67	93
3.2.3. Descripción de la oferta	106
3.3 Eventos de vigilancia en salud pública	109
3.3.1 Eventos individuales de interés en salud pública SIVIGILA.....	109
3.3.2 Vida Saludable y enfermedades transmisibles	111

3.3.3 Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	112
3.3.4 Convivencia social y salud mental	113
3.3.5 Salud ambiental	114
3.3.6 Seguridad alimentaria y nutricional	114
3.3.7 Vida saludable y condiciones no transmisibles	115
3.3.8 Eventos colectivos de interés en salud pública (Brotos y morbilidad).....	116
3.3.9 Salud ambiental	117
3.3.10 Vida Saludable y enfermedades transmisibles	117
3.3.11 Eventos individuales de interés en salud pública SIVIGILA D. C. (SISVAN, VESPA, SIVELCE, SISVECOS, SIVIM, Discapacidad, SISVESO y SIVISTRA).....	118
3.3.12 Seguridad alimentaria y nutricional	119
3.3.13 Convivencia social y salud mental	120
3.3.14 Vida Saludable y condiciones no trasmisibles	122
3.3.15 Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la salud pública (EEVV y VCSP)	123
3.4 Eventos precursores	124
4. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES	133
4.1. POBLACIONES ÉTNICAS.....	134
4.1.1. Relación territorio poblaciones étnicas (Indígena y afrodescendiente)	134
4.1.2. Contexto demográfico.....	137
4.1.3. Momentos del curso de vida población étnica	139
4.1.4. Nacimientos en poblaciones étnicas- localidad de Tunjuelito	140
4.1.5. Mortalidad Evitable	141
4.1.6. Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud - Poblaciones étnicas	142
4.1.7. Análisis de situación en salud	146
4.2. POBLACIONES EN SITUACIÓN O CONDICIÓN.....	147
4.2.1. Relación territorio y poblaciones en situación o condición.....	148
4.2.2. Contexto demográfico.....	151
4.2.3. Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud	158
4.2.4. Análisis de situación en salud	162
4.3. GÉNERO, IDENTIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL	164

4.3.1. Relación territorio y población LGBTI	164
4.3.2. Contexto demográfico.....	166
4.3.3. Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud- población LGBTI	167
4.3.4. Análisis de situación en salud	167
5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA.....	169
5.1 Espacio vivienda.....	170
5.2. Espacio educativo.....	179
5.3. Espacio público.....	187
5.4. Espacio trabajo	193
Acción integrada 1: Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil	194
6. ANÁLISIS Y SÍNTESIS	206
6.1 Metodología	207
6.2. Nodos	211
6.2.1. Momento de identificar.....	211
6.3. Validación de contenidos	228
6.4. Momento de responder: análisis de respuesta	228
6.5. Recomendaciones	235

Índice de tablas

Tabla 1. Unidades de planeación zonal y barrios, localidad de Tunjuelito, 2016.....	19
Tabla 2. Distribución de la Población por grupos quinquenales de edad, según sexo, localidad de Tunjuelito, 2016.	26
Tabla 3. Población por momentos del curso de vida, localidad de Tunjuelito, 2016.....	27
Tabla 4. Distribución por aseguramiento, localidad de Tunjuelito, 2016.....	27
Tabla 5. Indicadores demográficos, localidad de Tunjuelito, 2005 – 2010 – 2016.....	29
Tabla 6. Indicadores de dinámica demográfica, localidad de Tunjuelito, 2005 – 2010 – 2016	31
Tabla 7. Índice de masculinidad por grupos de edad, localidad de Tunjuelito, 2016	32
Tabla 8. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de	

10 a 14 años, localidad de Tunjuelito, 2012 – 2016.....	35
Tabla 9. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Tunjuelito, 2012 – 2016.....	37
Tabla 10. Mortalidad por Grandes Causas 6/67 por edades quinquenales, localidad de Tunjuelito Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE, 2014	63
Tabla 11. Tendencia en la mortalidad con datos de tasas crudas según sexo y total, localidad de Tunjuelito. 2012-2014.....	66
Tabla 12. Comparación de tasas de ajustadas por mortalidad general Subred Integrada de Servicios de Salud y sus localidades año 2014.	67
Tabla 13. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio según sexo y total, localidad de Tunjuelito, 2012-2014.	68
Tabla 14. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y localidad de Tunjuelito. 2012-2014.....	69
Tabla 15. Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Neoplasias por sexo, localidad de Tunjuelito, 2012-2014.....	70
Tabla 16. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de Neoplasias comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la localidad de Tunjuelito 2012-2014.....	73
Tabla 17. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad por causas externas comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la localidad de Tunjuelito. 2012-2014.....	75
Tabla 18. Proporción número de muertes población menor de 1 año, localidad de Tunjuelito, 2012-2014.	76
Tabla 19. Tasa de mortalidad comparativa en población menor de 1 año Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014	78
Tabla 20. Proporción número de muertes población de 1-4 años, localidad de Tunjuelito. 2012-2014.	79
Tabla 21. Tasa de mortalidad comparativa en población de 1-4 años Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014	80

Tabla 22. Mortalidad Materno-Infantil. Localidad de Tunjuelito, 2010 -2016	83
Tabla 23. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, años 2015 y 2016.....	87
Tabla 24. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de hospitalización, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, a2015 y 2016.....	88
Tabla 25. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2015 y 2016.....	89
Tabla 26. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Consultas según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, período 2012 a 2016.....	94
Tabla 27. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016.	95
Tabla 28. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016.....	97
Tabla 29. Proporción Grandes causas de morbilidad, por Sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016.....	98
Tabla 30. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Sexo Mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016.....	99
Tabla 31. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016	101
Tabla 32. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, período 2012 a 2016.....	102
Tabla 33. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016	103
Tabla 34. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016	104

Tabla 35. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016....	105
Tabla 36. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016....	106
Tabla 37. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	109
Tabla 38. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Tunjuelito, 2016	110
Tabla 39. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	116
Tabla 40. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Tunjuelito, 2016	117
Tabla 41. Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016.....	118
Tabla 42. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Tunjuelito, 2016	119
Tabla 43. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016.	124
Tabla 44. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.....	126
Tabla 45. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.....	126
Tabla 46. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.....	127

Tabla 47. Distribución Poblacional Grupos Étnicos, localidad de Tunjuelito, 2005.....	137
Tabla 48. Distribución de Población Étnica Indígena Por Pueblo, localidad de Tunjuelito, año 2005.	138
Tabla 49. Distribución de la población Étnica, localidad de Tunjuelito, año 2005.....	139
Tabla 50. Total Nacidos Vivos con Pertenencia Étnica, localidad de Tunjuelito, Periodo 2014 – 2016.....	140
Tabla 51. Distribución de Casos de Mortalidad Evitable en Población Étnica, localidad de Tunjuelito, periodo 2013 – 2016.....	142
Tabla 52. Eventos de Notificación Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, en Población Étnica, localidad de Tunjuelito, Periodo 2013-2016.	146
Tabla 53. Distribución Poblaciones de Inclusión Social, localidad de Tunjuelito.	152
Tabla 54. Población Víctima del Conflicto Armado por Sexo y Grupo Etario, localidad de Tunjuelito, 1 septiembre 2010 – 1 de diciembre 2017.	153
Tabla 55. Población con Discapacidad por momentos del curso de vida y sexo, localidad de Tunjuelito, 2004- 2016	154
Tabla 56. Población con Discapacidad por origen de la alteración según etapa de Ciclo de vida, localidad de Tunjuelito, Subred Sur ESE., 2004- 2016.....	155
Tabla 57. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y momentos del curso de vida, Localidad de Tunjuelito, 2004- 2016.....	157
Tabla 58. Eventos de notificación en poblaciones por condición y/o situación, según Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, localidad de Tunjuelito, 2013-2016.	162
Tabla 59. Distribución población LGBTI, localidad de Tunjuelito, 2014-2016.....	166
Tabla 60. Eventos de notificación en Población LGBTI, según Subsistemas de Vigilancia En Salud Pública, localidad de Tunjuelito, 2013-2016.....	168
Tabla 61. Relación de asignación de citas por programas de PYD, localidad de Tunjuelito, 2017	170
Tabla 62. Distribución del resultado del seguimiento a menores de 5 años con algún tipo de desnutrición intervenidos desde espacio vivienda y SISVAN, localidad de Tunjuelito, 2017.	173
Tabla 63. Identificación de riesgo crónico por prioridad y evento eventos, Espacio Vivienda, localidad de Tunjuelito, 2017.....	174

Tabla 64 Indicadores Acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar – Madres	
Comunitarias – localidad de Tunjuelito abril- diciembre 2017	175
Tabla 65. Indicadores Acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar – Niños	
localidad de Tunjuelito, abril- diciembre, 2017.	177
Tabla 66. Grupos comunitarios con iniciativas comunitarias implementadas por	
línea de intervención localidad de Tunjuelito, enero a diciembre 2017	190
Tabla 67. Indicadores respuesta integrada de desvinculación progresiva de los	
niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil.	
“Ruta para alejarse del trabajo infantil”, localidad de Tunjuelito,	
abril a diciembre 2017.	195
Tabla 68. Indicadores respuesta integrada de estrategia de entornos laborales saludables	
para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud, localidad de	
Tunjuelito, abril a diciembre 2017.	201
Tabla 69. Agrupación de localidades según índice de condiciones de vida – ICV,	
2011 – 2014	213
Tabla 70. Agrupación de localidades en terciles según asistencia escolar en	
personas de 18 a 25 años, 2011 - 2014	215
Tabla 71. Agrupación de localidades en terciles según ingreso per cápita, 2011 – 2014.....	217
Tabla 72. Tabla resumen de tensiones.....	219
Tabla 73. Morbilidad consulta externa por grupo etáreo, USS Tunjuelito, 2016	245
Tabla 74 Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa, USS Tunjuelito, 2016....	246

Índice de figuras

Figura 1. Pirámide poblacional, localidad de Tunjuelito, comparativo	
2005, 2010 y 2016.	28
Figura 2. Población, localidad de Tunjuelito, años 2005 – 2016.....	31
Figura 3. Total nacidos vivos, localidad de Tunjuelito, 2010 – 2016.	33
Figura 4. Nacimientos según edad de la madre, localidad de Tunjuelito, 2010 – 2016.	34
Figura 5. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, localidad	
de Tunjuelito, 2010 – 2016.....	39

Figura 6. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, Localidad de Tunjuelito, Subred Sur ESE, 2010 – 2016.	40
Figura 7. Mortalidad por grandes causas, localidad de Tunjuelito. 2012-2014.	60
Figura 8. Tasas ajustadas por agrupación y sexo. Localidad de Tunjuelito, 2012-2014.	65
Figura 9. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad de Tunjuelito, 2012-2014.	77
Figura 10. Tasa de mortalidad población de 1-4 años por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad de Tunjuelito, 2012-2014.	80
Figura 11. Proporción de grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad de Tunjuelito, 2016.	100

Índice de mapas

Mapa 1. Localización, estructura territorial y zonas de riesgo, Localidad de Tunjuelito, 2016.	21
Mapa 2. Densidad poblacional, localidad de Tunjuelito, Subred sur ESE, 2016.	24
Mapa 3. Dimensión ambiental, localidad de Tunjuelito.	44
Mapa 4. Dimensión ambiente construido, localidad de Tunjuelito.	48
Mapa 5. Dimensión social, localidad de Tunjuelito.	52
Mapa 6. Dimensión económica, localidad de Tunjuelito.	56
Mapa 7. Descripción de la oferta.	108
Mapa 8. Poblaciones Afrocolombianas e Indígenas, localidad de Tunjuelito.	135
Mapa 9. Población VCA, localidad de Tunjuelito.	149
Mapa 10. Poblaciones en situación o condición, localidad de Tunjuelito.	151
Mapa 11. Población LGBTI. Localidad de Tunjuelito.	165
Mapa 12. Acciones espacio vivienda, localidad de Tunjuelito, abril - diciembre 2017.	178
Mapa 13. Acciones espacio educativo, Subred Sur, Localidad de Tunjuelito, 2017.	186
Mapa 14. Acciones espacio público localidad de Tunjuelito.	192
Mapa 15. Niños, niñas y adolescentes en las peores formas de trabajo infantil intervenidas, espacio trabajo. Subred Sur ESE., Localidad de Tunjuelito, abril – Diciembre 2017.	198

Mapa 16. Unidades de trabajo informal intervenidas, espacio trabajo.	
Subred Sur ESE, localidad de Tunjuelito, abril – diciembre 2017.	203
Mapa 17. Mapa intervenciones componente gestión del riesgo	
enero - diciembre 2017	205
Mapa 18. Configuración actual del territorio	226
Mapa 19. Acciones de espacio de vida cotidiana educativo, vivienda, público y trabajo	234
Mapa 20. Configuración deseada del territorio	237

INTRODUCCIÓN

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

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

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

El capítulo 2 describe aspectos relacionados con análisis de calidad de vida y salud (determinantes sociales de la salud) y se encuentra organizado por las dimensiones sugeridas por los lineamientos teórico-metodológicos de PASE a la Equidad en Salud (salud ambiental, ambiente construido, aspecto social, económico y político administrativa).

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

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

De igual manera se realizó una distribución de la notificación por los grupos de eventos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (en este apartado se incluyen grupos de eventos como inmunoprevenibles, zoonosis, factores de riesgo ambiental, micro-bacterias, enfermedades transmisibles y no transmisibles, entre otros). Este capítulo se construyó, también, de acuerdo a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, así mismo basado en el proceso de priorización con el método Hanlon (Anexo 13) los cuales manifiestan el comportamiento de la mortalidad y morbilidad de la Subred Sur.

El capítulo 4 presenta y analiza el contexto territorial, demográfico, determinantes sociales y condiciones de salud y enfermedad de poblaciones diferenciales asentadas en la localidad. El capítulo 5 contiene las acciones e intervenciones en Salud Pública realizadas por parte de los espacios de vida cotidiana de vivienda, espacio público, educativo y trabajo realizadas en el marco de la vigencia 2017.

El capítulo 6 analiza y sintetiza la información recopilada en los capítulos anteriores. Este capítulo se organiza en cinco partes; en la primera se describe las etapas de la metodología el presente ejercicio (PASE). Posteriormente, se hace la descripción de los nodos obtenidos mediante el análisis socio-epidemiológico y geográfico de las tensiones identificadas con la metodología; en la tercera parte, se describe el proceso de validación de la información recopilada a nivel sectorial e intersectorial. De esa articulación se realiza el análisis de la respuesta obtenida en los espacios, procesos y/o componentes. Finalmente, se dan las valoraciones finales del territorio y las recomendaciones para la agenda.

OBJETIVO GENERAL

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

Objetivos específicos

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

- Monitorear las desigualdades en salud en la localidad de Tunjuelito con el fin de proporcionar información útil que aporte a la orientación de las políticas, programas y prácticas de reducción de la inequidad en salud.

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1. Contexto territorial

La localidad de Tunjuelito (localidad sexta) se localiza al sur del Distrito Capital de Bogotá, sobre la parte baja de la cuenca del río Tunjuelo, su nombre se debe al diminutivo de 'tunjo', figura antropomorfa Chibcha elaborada en oro. Entre sus límites geográficos al norte se encuentra con la Autopista Sur y con las localidades de Puente Aranda y Kennedy; al occidente con el río Tunjuelo y la localidad Ciudad Bolívar; al sur por la Calle 47 con la localidad de Usme y al oriente por la Calle 51 Sur con las localidades Rafael Uribe y Antonio Nariño.

La localidad tiene una extensión de 991 hectáreas, se encuentra sobre los 2.560 metros de altura sobre el nivel del mar (en promedio), lo que la convierte en la cuarta localidad de menor extensión del distrito: representando el 14,5 % de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur y no cuenta con UPR (Unidades de Planeación Rural). Se divide en dos Unidades de Planeación Zonal (UPZ), conformadas así: UPZ Venecia (42) (que consta de 12 barrios) y la UPZ Tunjuelito (62) (con 5 barrios).

Tabla 1. Unidades de planeación zonal y barrios, localidad de Tunjuelito, 2016

UPZ	Extensión		Barrios	Extensión	
	Hectáreas	%		Hectáreas	%
Venecia	670,61	68,2 %	Isla del Sol	62,88	9,38
			Fátima	39,32	5,86
			Parque el Tunal	100,40	14,97
			Venecia	45,13	6,73
			Venecia Occidental	35,24	5,25
			Escuela General Santander	62,68	9,35
			San Vicente Ferrer	42,94	6,40
			El Carmen	22,92	3,42
			Samoré	32,69	4,87
			Tunal Oriental	84,68	12,63
			Nuevo Muzú	50,70	7,56

			Muzú	91,04	13,58
Tunjuelito	311,39	31,8 %	Área Artillería	151,55	48,67
			San Benito	46,46	14,92
			Abraham Lincoln	19,18	6,16
			San Carlos	51,27	16,47
			Tunjuelito	42,93	13,79
Total	982,00	100,0 %			

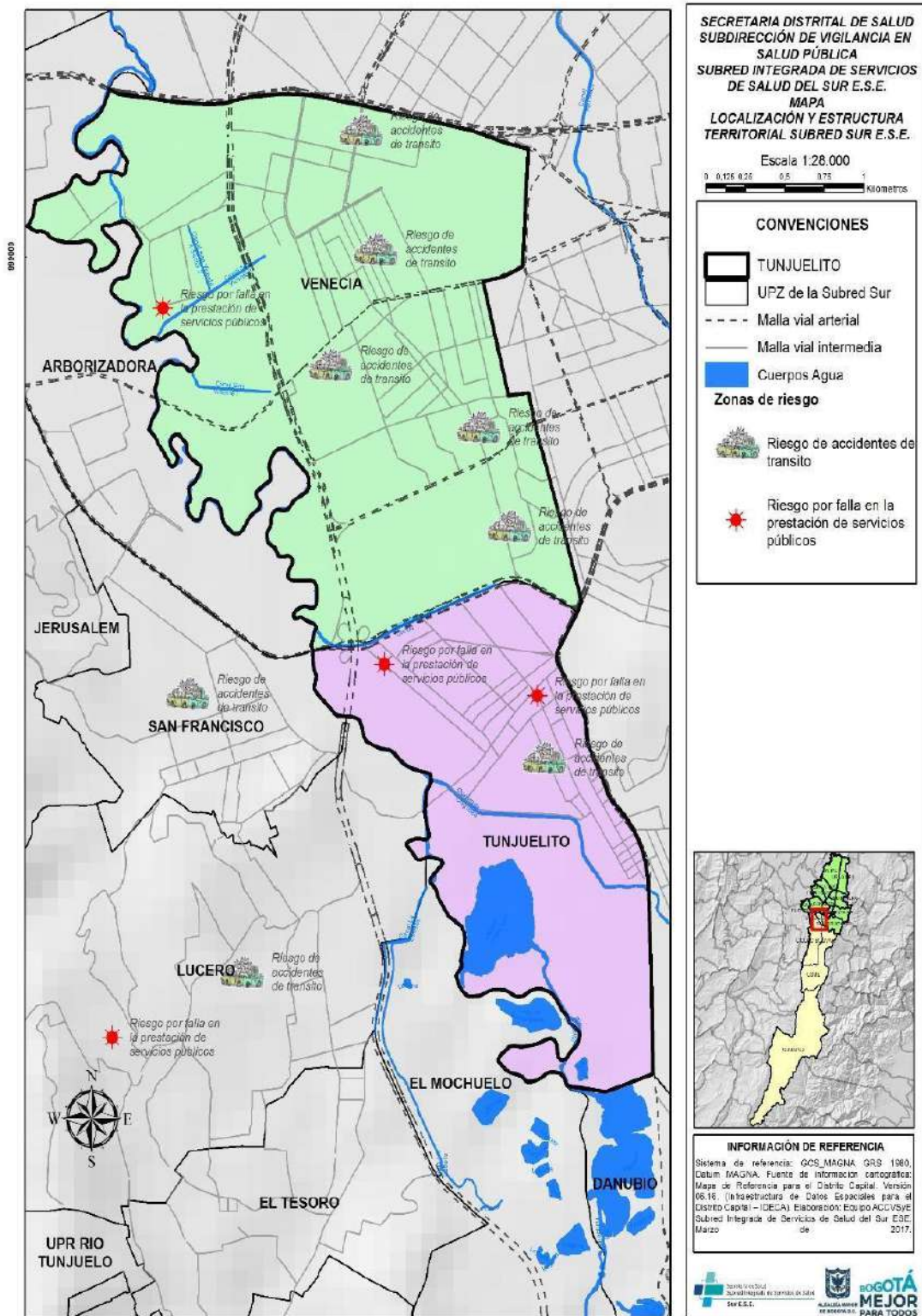
Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital - IDECA. 2016.

La topografía de Tunjuelito es plana-ligeramente ondulada, en su interior no se encuentran estribaciones montañosas, donde no sobrepasa una pendiente mayor al 3 %; en su extremo suroriental se presentan algunos conos aluviales de pendiente suave.

Debido a estas características, en términos climáticos, la temperatura tiene una oscilación media entre los 12°C y 15°C; en Tunjuelito el valor medio del período lluvioso oscila en 151 y 218 milímetros (mm) y en períodos menos lluviosos entre 29 y 54 mm, con dos períodos de más lluvias marcadas durante el año (en los meses de marzo a mayo y de septiembre a noviembre), y dos periodos de menos lluvias o secos (en los meses de diciembre a febrero y junio a agosto)(3).

El principal afluente hídrico de la localidad es el río Tunjuelo y la quebrada Chiguaza, la primera sirve de límite con la localidad Ciudad Bolívar que forma parte del sistema hidrográfico del río Bogotá; el río se localiza en la parte occidental de la localidad (ver mapa 1) a la altura de los barrios San Benito, Parque Tunal, Muzú, Nuevo Muzú e Isla del Sol y bordea los barrios Abraham Lincoln y Tunjuelito.

Mapa 1. Localización, estructura territorial y zonas de riesgo, localidad de Tunjuelito, 2016



Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE- Censo 2005. Secretaría de Planeación Distrital. 2016– Bases de datos preliminares RUAF ND – Secretaría Distrital de Salud.

Se identifican en la localidad de Tunjuelito un conjunto de riesgos que pueden afectar la población, los bienes y la estructura misma de la localidad, se pueden clasificar en tres grupos de acuerdo a la pérdida o daños asociados.

- Riesgo de inundación: la localidad presenta una alta amenaza en 135,3 hectáreas (ha.) por este tipo de eventos, debido a la ubicación en el área influencia del río Tunjuelito, en especial en las zonas más próximas al río, específicamente la quebrada Chiguaza que desemboca en inmediaciones del barrios Meissen, Tunjuelito y San Benito.
- Riesgos cotidianos: relacionado con accidentes en el año 2015, son asociados a la funcionalidad de la ciudad y la localidad, con respecto a la accidentalidad (accidentes de tránsito e incendios estructurales), esta localidad presenta la mayor concentración de estos eventos en la subred, con mayor frecuencia en la UPZ Venencia, así como riesgos asociados por la falla en la prestación de servicios públicos en los sectores de Isla del Sol, San Benito y Tunjuelito.
- Riesgos cíclicos o recurrentes: asociados principalmente, aunque no exclusivo, a los eventos climáticos, que afectan los sistemas sociales, las estructuras demográficas, las redes de movilidad y la prestación de servicios públicos. Corresponden principalmente a inundaciones y empozamientos.

Con respecto a riesgos de baja ocurrencia y alto impacto, asociados a la geodinámica interna del planeta, como los sismos, o eventos tecnológicos de media o baja ocurrencia, de acuerdo con el Estudio General de Amenaza Sísmica de Colombia, la localidad se ubica al interior del valle del río Tunjuelo, el cual se caracteriza por "ser una fosa tectónica", limitada al oriente por la falla de Bogotá y al occidente por la falla Chisacá del Aleñadero, ambas sin actividad en 2016.

Como vías principales e interiores a la localidad se encuentran la Avenida Caracas, la Autopista Sur, la Avenida Boyacá, la Avenida Villavicencio, la Avenida Mariscal Sucre, la Avenida Jorge Gaitán Cortes y la Avenida Carrera 68.

1.2. Estructura demográfica

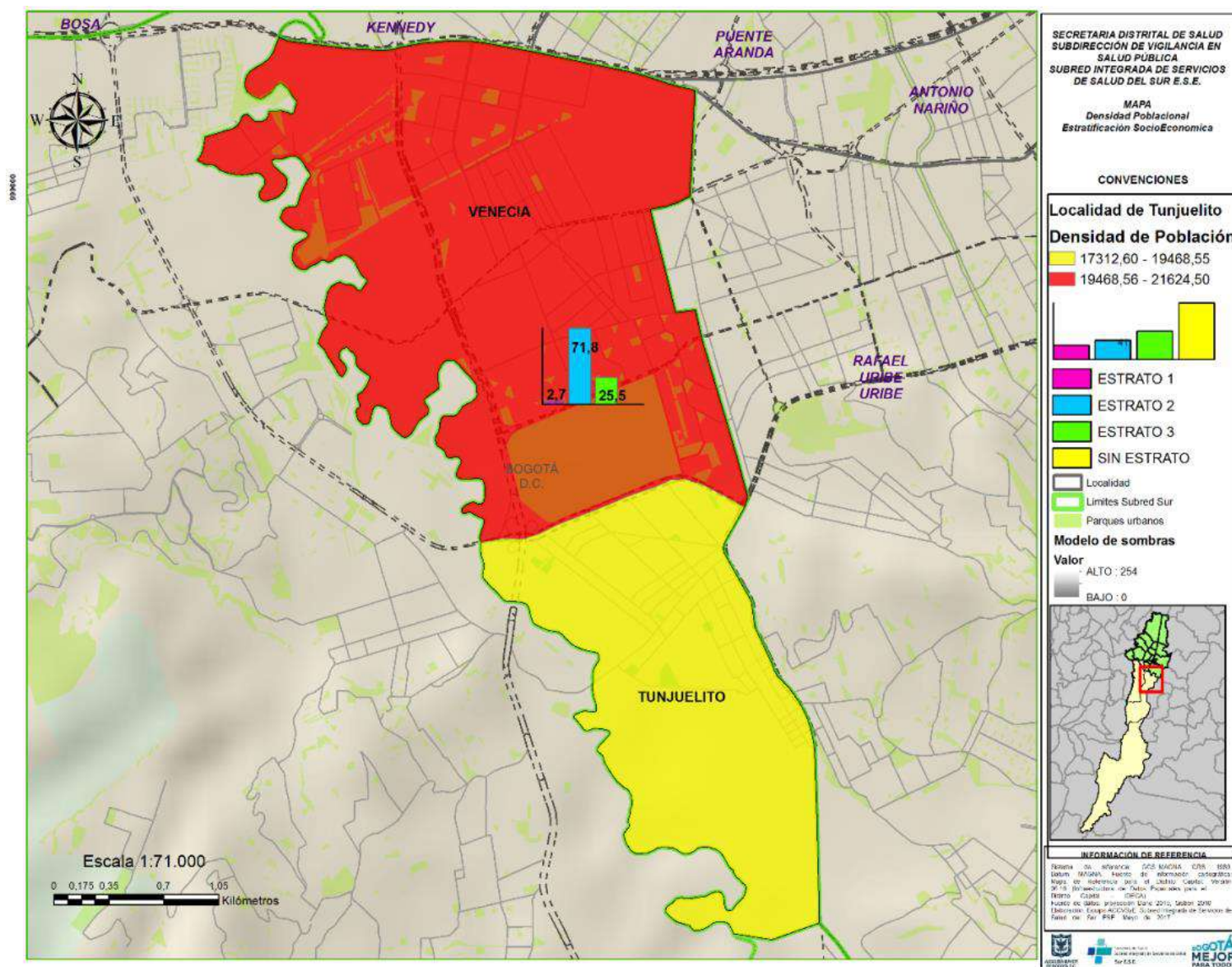
La localidad de Tunjuelito cuenta con una población estimada de 189.522 habitantes para el año 2016, según las proyecciones DANE-Censo 2005, ocupando el tercer lugar en la Subred Sur, con un 15.1 % del total del 1.253.704 de habitantes de sus habitantes; así como el décimo tercer lugar en el distrito, con un 2.4 % de los 7.980.001 estimados para el mismo año (4).

De acuerdo con la encuesta SISBEN 2016, se identificaron 131.541 personas, de las cuales el 42 % se encuentra afiliado al régimen contributivo, el 31 % al régimen subsidiado, el 3 % al especial y un 24 % no cuentan con afiliación alguna en la localidad de Tunjuelito.

1.1.1. Densidad poblacional

En cuanto a la densidad de la población, la localidad alcanza geográficamente una extensión de 991 hectáreas y no posee área rural y su área urbanizada de 715,02. Para el año 2016, de acuerdo con las estimaciones realizadas por el equipo ACCVSYE, la población estimada es de 189.522 habitantes para una densidad poblacional de 191,24 hab/km². Este dato está relacionado con 276,08 hectáreas de área protegida.

Mapa 2. Densidad poblacional, localidad de Tunjuelito, 2016



Fuente: Proyecciones DANE 2015. Caracterización Sociodemográfica Encuesta SISBEN III: Boletín 66. Corte mayo 2015.

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

El Mapa 2. Densidad poblacional, localidad de Tunjuelito muestra que la UPZ que donde se presenta la mayor densidad poblacional, es Venecia que concentra el 71,7 % de la población de la localidad, la UPZ Tunjuelito concentra el 28,3 %; la densidad de población de la UPZ Venecia es de 2.1624,5 hab./, en cuanto a la UPZ Tunjuelito la densidad de población es de 17.312,6 hab./km², que junto con condiciones socioeconómicas adversas generan una alta demanda de servicios sociales que los equipamientos no alcanzan a cubrir en temas de cuidado infantil, enfermedades crónicas, seguridad alimentaria, trabajo informal y delincuencia común.

Con relación a la estructura de la población el 50,5 % (95.683) son mujeres y el 49,5 % (93.839) son hombres, según la distribución de la población de la localidad por quinquenios de edad en 2016, las mayores proporciones se ubican en los grupos de 20 a 24 años (8,4 %), 25 a 29 años (8,3 %), 30 a 34 años (8,2 %), 10 a 14 años (7,7 %), 5 a 9 años (7,6 %) y 0 a 4 años (7,5 %). De acuerdo a lo anterior se estima que el 47,6 % del total de la población se ubica en los momentos de curso de vida de infancia, adolescencia, juventud y adultez (ver tabla 2).

Al analizar el sexo, según los grupos quinquenales, se observa que hasta los 29 años son más hombres que mujeres; para el grupo de 30 a 34 años la distribución porcentual entre hombres y mujeres fue similar para ambos sexos y a partir de los 35 años de edad son más mujeres que hombres (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según sexo, localidad de Tunjuelito, 2016

Quinquenios (años)	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0 - 4	7.334	3,9	6.921	3,7	14.255	7,5
5 - 9	7.411	3,9	6.965	3,7	14.376	7,6
10-14	7.618	4	6.952	3,7	14.570	7,7
15-19	7.929	4,2	7.309	3,9	15.238	8
20-24	8.232	4,3	7.641	4	15.873	8,4
25-29	8.122	4,3	7.573	4	15.695	8,3
30-34	7.686	4,1	7.887	4,2	15.573	8,2
35-39	6.881	3,6	7.165	3,8	14.046	7,4
40-44	6.065	3,2	6.319	3,3	12.384	6,5
45-49	5.849	3,1	6.243	3,3	12092	6,4
50-54	5.492	2,9	6.035	3,2	11527	6,1
55-59	4.714	2,5	5.362	2,8	10.076	5,3
60-64	3.648	1,9	4.261	2,2	7.909	4,2
65-69	2.684	1,4	3.216	1,7	5.900	3,1
70-74	1.836	1	2.282	1,2	4.118	2,2
75-79	1.129	0,6	1.602	0,8	2.731	1,4
80 y más	1.209	0,6	1.950	1	3.159	1,7
Total	93.839	49,5	95.683	50,5	189.522	100

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

En la tabla 3, la distribución de población por momentos de cursos de vida para la localidad de Tunjuelito en 2016 indica que la mayor concentración de la población se encuentra en adultez con 41,6 %, en segundo lugar se encuentra juventud con 18,3 % y, en tercer lugar, vejez con 12,6 %. Para los demás cursos de vida la distribución fue la siguiente: adolescencia 9,4 %, infancia 9,1 % y primera infancia 9,0 %.

Tabla 3. Población por momentos del curso de vida, localidad de Tunjuelito, 2016

Momentos del curso de vida	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Primera Infancia (desde la gestación hasta los primeros 5 años de vida)	8.806	4,6	8.318	4,4	17.124	9
Infancia (6 a 11 años)	8.955	4,7	8.332	4,4	17.287	9,1
Adolescencia (12 a 17 años)	9.317	4,9	8.523	4,5	17.840	9,4
Juventud (18 a 28 años)	17.969	9,5	16.643	8,8	34.612	18,3
Adultez (29 a 59 años)	38.287	20,2	40.555	21,4	78.842	41,6
Vejez o Persona Mayor (60 años y más)	10.506	5,5	13.311	7	23.817	12,6
Total	93.839	49,5	95.683	50,5	189.522	100

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

1.2.1. Aseguramiento

Tomando como base las proyecciones poblacionales para 2016, se cuenta con una población de 189.522 para la localidad de Tunjuelito y 7.980.001 para el Distrito Capital, la distribución del aseguramiento muestra los siguientes datos:

Tabla 4. Distribución por aseguramiento, localidad de Tunjuelito, 2016

Aseguramiento	Tunjuelito	%	Bogotá D. C.	%
Régimen Contributivo (estimado)	136.435	72,0	6.181.534	77,5
Régimen De Excepción (estimado)	6.633	3,5	207.739	2,6
Régimen Subsidiado	37.757	19,9	1.166.823	14,6

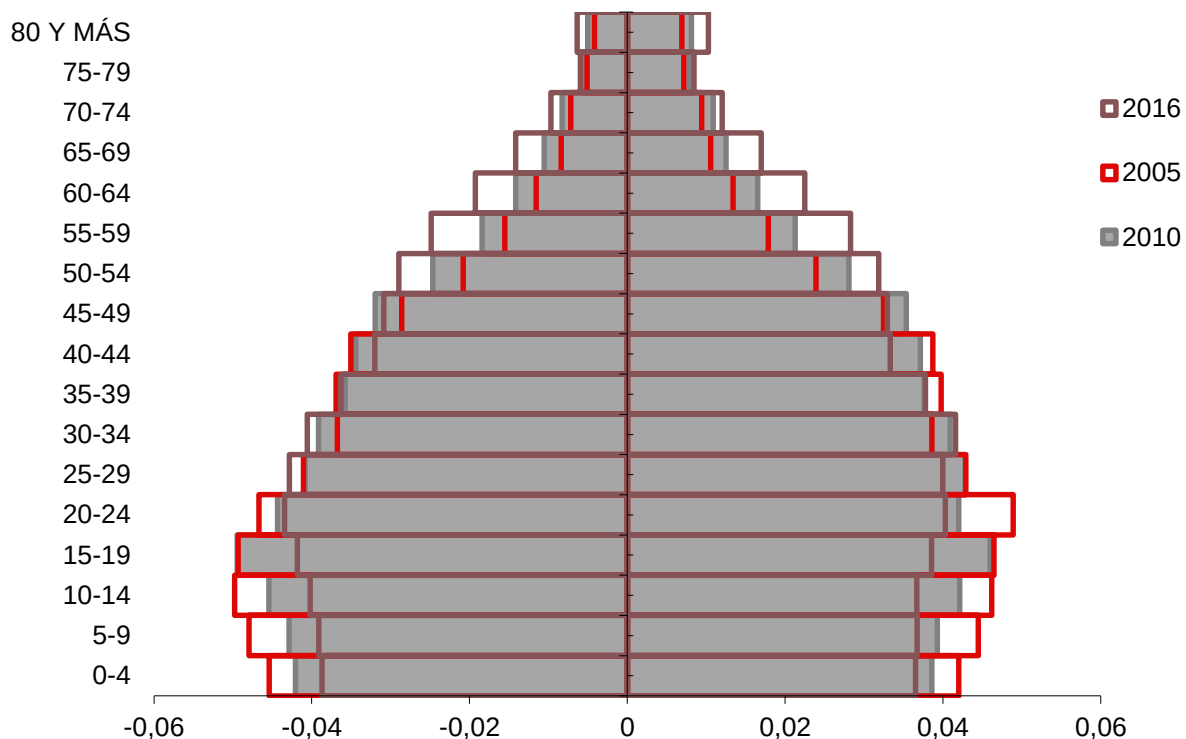
Encuestados SISBEN No Afiliados	Potenciales Beneficiarios	2.678	0,8	41.376	0,5
	No Afiliables a R. Subsidiado	280	0,1	8.033	0,1
	Total SISBÉN No Afiliados	1.659	0,9	49.409	0,6

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

La Tabla 4. Distribución por aseguramiento, localidad de Tunjuelito, 2016, muestra la distribución por aseguramiento a nivel local, en ella se evidencia un comportamiento similar a la distrito capital, en donde el 72 % de la población pertenece al régimen contributivo, lo cual es posible atribuir al acceso de oferta laboral, sin embargo, la participación en el régimen subsidiado supera en un 5.3 % al Distrito.

Con relación a los encuestados SISBEN No Afiliados las diferencias son menos marcadas, evidenciando a nivel local una mayor proporción de no afiliados al mismo y potenciales beneficiarios.

Figura 1. Pirámide poblacional, localidad de Tunjuelito, comparativo 2005, 2010 y 2016



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

La pirámide poblacional (figura 1) de la localidad de Tunjuelito estimada para el 2016 presenta una pirámide estacionaria, que representa una disminución de la natalidad y baja mortalidad, con un estrechamiento en su base con relación al 2005, resultado de la transición demográfica y el aumento en la esperanza de vida al nacer que experimenta la población.

Se observa una importante disminución de población de los 25 a 29 años en mujeres y en ambos sexos desde los 24 años, la cual se agudiza en menores de 14 años, relacionado posiblemente al control de natalidad y las acciones de prevención asociadas.

Este tipo de perfil corresponde a poblaciones constrictivas debido a que se observa una disminución en el número de personas hasta los 49 años y, a partir de los 50 años, el aumento es progresivo.

1.3. Dinámica demográfica

En la tabla 5 se observa una disminución de la población de aproximadamente 6.3 % comparando el año 2016 con cifras del 2005. También, permite observar la relación hombre–mujer aumentó levemente pasando de 96 hombres por cada 100 mujeres en 2005, a un dato cercano a los 98 hombres en el año 2016. Caso contrario ocurre con la razón entre niños y niñas de 0 a 4 años presentado una leve disminución pasando de 30 en 2005 a 28 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) para 2016.

Tabla 5. Indicadores demográficos, localidad de Tunjuelito, 2005 – 2010 – 2016

Índice demográfico	Año		
	2005	2010	2016
Población total	202.342	202.010	189.522
Población masculina	99.195	99.576	93.839
Población femenina	103.147	102.434	95.683
Relación hombre : mujer	96	97	98
Razón niños : mujer	30	29	28
Índice de infancia	28	25	23
Índice de juventud	28	27	25
Índice de vejez	8	10	13
Índice de envejecimiento	30	40	55

Índice demográfico de dependencia	50,3	46,87	45,32
Índice de dependencia infantil	41,45	36,77	33,13
Índice de dependencia mayores	8,85	10,1	12,2
Índice de Friz	129,5	118,28	108,03

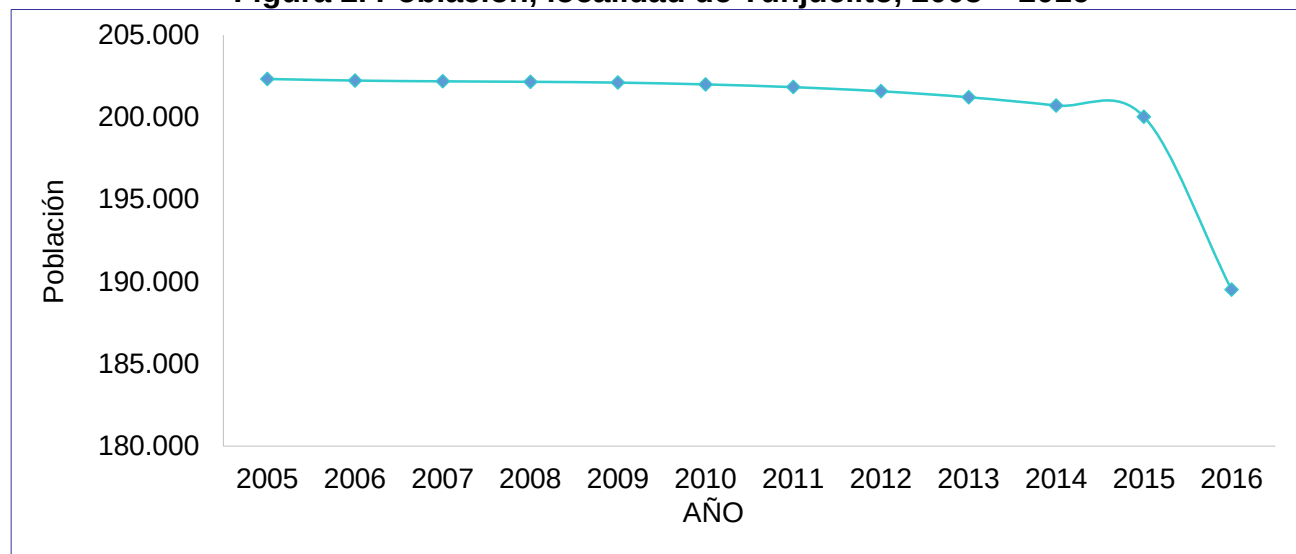
Fuente: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

Con respecto a los índices de infancia, juventud, vejez y envejecimiento se observan importantes diferencias: en primera instancia, en infancia, se evidencia una reducción de 25 niños menores de 15 años en 2010 a 23 en 2016 con relación a cada 100 personas, confirmado la información registrada en la pirámide poblacional. En cuanto a juventud la disminución es similar a infancia, de 27 jóvenes de 15 a 29 años en 2010 a 25 en 2016 con relación a cada 100 personas.

El indicador de vejez y envejecimiento confirma la información observada en la pirámide poblacional, relacionado con el aumento de población mayor de 65 años en la localidad; en cuando a vejez se observa que paso de 10 a 13 adultos mayores de 65 años por cada 100 habitantes entre los años 2010 y 2016. Tomando la relación del índice de envejecimiento se observa un incremento en los últimos años entre jóvenes menores de 15 años y personas mayores de 65 años pasando de 30 en 2005 a 40 en 2010 y 55 en 2016 (Tabla 5).

El índice de dependencia ha presentado una disminución consistente en los últimos años, pasando de 50 personas menores de 15 o mayores de 65 años por cada 100 personas entre los 16 y 64 años en 2005 a 45 en 2016; dicha dependencia al diferenciarla entre infantil y mayores, presenta una reducción en la primera e incremento en la segunda, relacionado con el comportamiento de la pirámide poblacional.

El índice de Friz para la localidad es de 108.03, lo que representa una población que ha madurado en los últimos años, considerando que los datos para 2005 y 2010 fueron 129.50 y 118.28 respectivamente. Respecto al crecimiento de la población para la localidad de Tunjuelito, en la figura también se observa una tendencia a la disminución de la población.

Figura 2. Población, localidad de Tunjuelito, 2005 – 2016

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

Tabla 6. Indicadores de dinámica demográfica, localidad de Tunjuelito, 2005 – 2010 – 2016

Índice demográfico		Año						
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad local		16,2	15,4	14,5	14,5	13,9	13,5	13,7
Tasa bruta de mortalidad		4,1	4,2	4,3	4	4,2	4,0	4,3
Tasa de crecimiento anual		12,1	11,6	10,0	10,7	9,6	9,5	9,4
Tasa global de fecundidad		1,9	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7
Tasa general de fecundidad		46,1	43,9	41,7	42	40,2	39,8	41,2
Tasa específica de fecundidad por grupos de edad	10 a 14 años	1,4	1,0	1,5	1,1	1,4	1,3	1,7
	15 a 19 años	66,5	60,4	63,2	63,5	57,0	52,1	54,7
	20 a 24 años	115,2	107,0	106,2	108,8	99,2	95,5	103,0
	25 a 29 años	93,5	92,9	85,8	83,0	87,0	92,6	87,2
	30 a 34 años	62,3	63,9	57,6	59,2	60,4	57,3	57,8
	35 a 39 años	33,5	31,9	27,1	26,6	27,2	31,6	32,7
	40 a 44 años	11,3	10,3	7,8	10,1	8,3	6,5	8,2
	45 a 49 años	0,8	0,6	0,6	0,7	0,4	0,4	0,3
50 a 54 años		0,4	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0

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

En la tabla 6 se observa que la tasa bruta de natalidad indica que para el año 2016 en la localidad por cada 1000 habitantes se presentaron 13,7 nacimientos, esta tasa presenta una tendencia de disminución comparada con el año 2010. Durante el 2016 se presentaron 815 defunciones, permitiendo estimar una tasa de bruta de mortalidad de 4,3 defunciones por cada 100.000 habitantes.

Respecto a la tasa de crecimiento anual de la población de la localidad, en la tabla 6 se observa que durante los años 2010 a 2016 tiende a disminuir el comportamiento, posiblemente debido, por un lado, a los procesos migratorios y, por otro, al proceso de transición demográfica que se encuentra en fase de transición avanzada con bajas tasas de natalidad, mortalidad y bajo crecimiento poblacional.

Con relación a las tasas de fecundidad es posible decir que para el año 2016, la tasa global de fecundidad, que mide el promedio de hijos por cada mujer que reside en la localidad, es de 1,7. En la localidad nacieron 41,2 niños y niñas por cada mil mujeres en edad fértil (tasa general de fecundidad); en la tabla se muestra que estas tasas tienden a disminuir.

Según las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, en el año 2016 las mayores se presentaron de la siguiente manera: de 20 a 24 años (103,0), 25 a 29 años (87,2) y 30 a 34 años (57,8). Para el grupo de adolescencia temprana se estima que por cada mil mujeres de 10 a 14 años nacieron 1,7 niños y niñas. En los demás grupos se calcularon las siguientes tasas: 15 a 19 años (54,7), 35 a 39 años (32,7), 40 a 44 años (8,2) y 45 a 49 años (0,3).

Tabla 7. Índice de masculinidad por grupos de edad, localidad de Tunjuelito, 2016

Quinquenios (años)	Hombres	Mujeres	Índice de Masculinidad
0 - 4	7.334	6.921	106.0
5 - 9	7.411	6.965	106.4
10-14	7.618	6.952	109.6
15-19	7.929	7.309	108.5
20-24	8.232	7.641	107.7
25-29	81.22	7.573	107.2
30-34	7.686	7.887	97.5
35-39	6.881	7.165	96.0
40-44	6.065	6.319	96.0
45-49	5.849	6.243	93.7
50-54	5.492	6.035	91.0

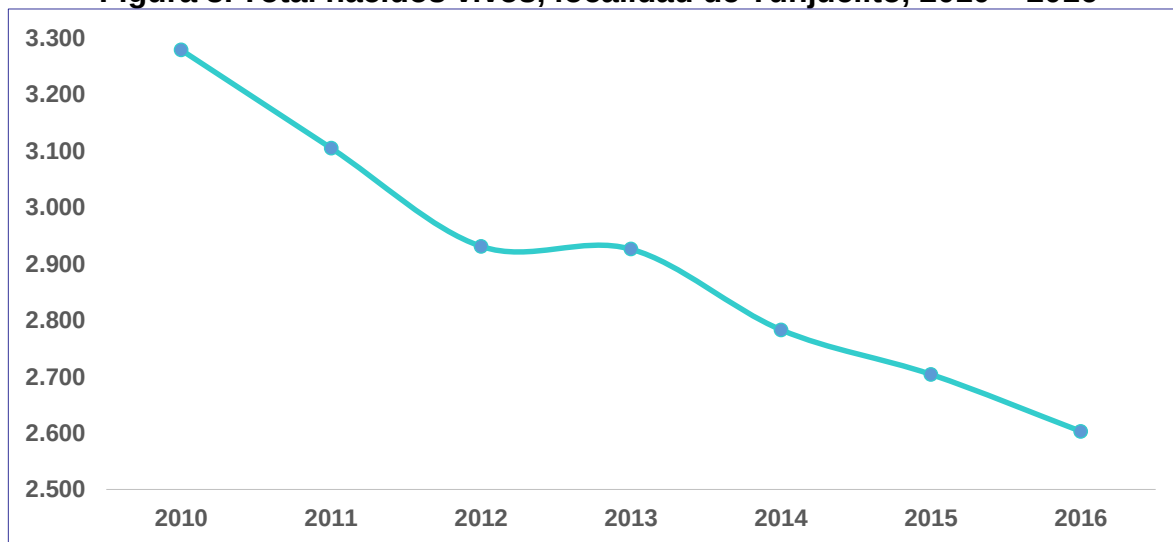
55-59	4.714	5.362	87.9
60-64	3.648	4.261	85.6
65-69	2.684	3.216	83.5
70-74	1.836	2.282	80.5
75-79	1.129	1.602	70.5
80 y más	1.209	1.950	62.0
Total	93.839	95.683	98.1

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

En la relación de hombre-mujer para el año 2016, se observa en la tabla 7 que por cada cien mujeres hay 98,1 hombres, al comparar con el año 2005 (96) ha aumentado. Se encontraron los mayores índices de masculinidad en los grupos de 10 a 14 años (109,6), 15 a 19 años (108,5) y 20 a 24 años (107,7). Es importante mencionar que para el momento de curso de vida adolescencia y juventud, la relación es mayor en hombres, tendencia que permanece estable hasta el grupo de 25 a 29 años.

A partir de los 30 años disminuye la relación de hombre- mujer, lo cual puede relacionarse por defunciones por muerte violenta, porcentaje de accidentalidad más alto en hombres que en mujeres, hábitos de vida y prácticas de autocuidado. Después de los 50 años el índice de masculinidad se reduce de manera significativa en los restantes grupos de edad, evidenciando mayores diferencias a mayor edad; los menores índices fueron encontrados en los grupos de 70 a 74 años (80,5), 75 a 79 (70,5) y 80 años y más (62,0).

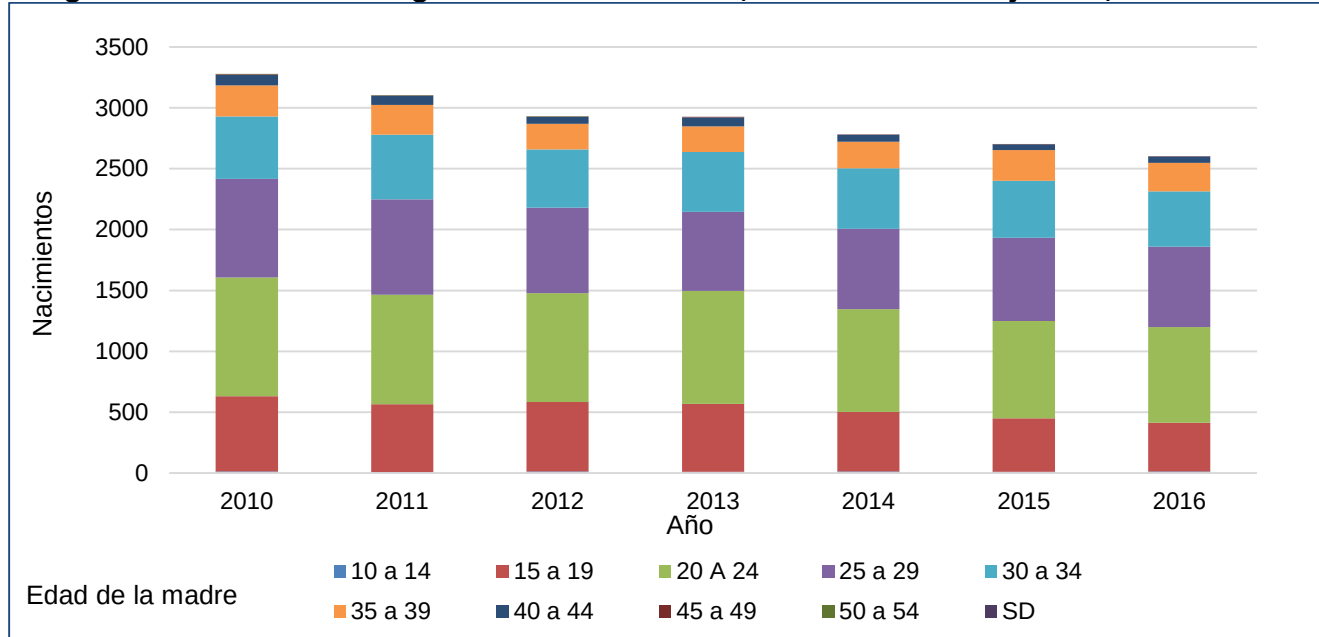
Figura 3. Total nacidos vivos, localidad de Tunjuelito, 2010 – 2016



Fuente: Bases de datos DANE-RUAF-ND, 2010-2016; 2014 actualizado el 14 de junio del 2015; 2015-2016 preliminar.

La figura 3 presenta una importante disminución en la cantidad de nacidos vivos en la localidad de Tunjuelito Entre los años 2010 a 2012. Entre 2013 y 2016 se sostiene tendencia hacia la disminución en la cantidad de nacimientos, hasta contar con el número de casos más bajo de los últimos años. Al comparar entre los años 2010 (3.279 nacimientos) y 2016 (2.603 nacimientos) la reducción de nacimientos fue de 20,6 % para 2016.

Figura 4. Nacimientos según edad de la madre, localidad de Tunjuelito, 2010 – 2016



Fuente: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017).

Se observa en el gráfico 4 el comportamiento de los nacidos vivos según edad de la madre, en menores de 14 años ha variado levemente entre 0.3 % y 0.4 % de la totalidad de ocurrencia de casos de cada año, mostrando que el valor mínimo se presentó en año 2011 (n=8) y los máximos en los años 2010 y 2016 (n=12), teniendo en cuenta que la mayoría de casos están asociados a presunta violencia sexual.

Para las edades de 15 a 19 años se evidencia una disminución gradual entre los años 2010 y 2012, y un leve aumento en el año 2013, a partir del año 2014 se ha observado una importante disminución en la incidencia de casos, relacionado con el acceso a la consulta de planificación familiar y al cubrimiento por parte del aseguramiento de los métodos de planificación familiar.

Las edades de mayor peso en nacimientos es entre los 20 y 24 años, cerca de 1 de cada 3 casos se presentan en estas edades, en el periodo analizado, mostrando un descenso en los tres primeros años, un aumento regular para el año 2013 con porcentajes estables alrededor del 30 %.

Las mujeres entre 25 y 29 años presentan un comportamiento estable sin presentar variaciones significativas, caso diferente ocurre con las mujeres de 30 a 39 años, debido a que se evidencia una disminución significativa a lo largo de los años observados, aunque se observa un leve incremento en los años 2011 y 2013 con relación a los años inmediatamente anteriores.

A partir de los 40 años la cantidad de casos disminuye significativamente aportando las mujeres entre 40 y 44 años, datos entre 1.7 % y 2.4 %, siendo el dato más alto para el año 2010, que corresponde al comportamiento esperado para esta edad.

Tabla 8. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, localidad de Tunjuelito, 2012 – 2016

Nacimientos de mujeres de 10 a 14 años		2012	2013	2014	2015	2016
Etnias	Indígena	0	0	0	0	0
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	0	0	0	0	0
	Ninguno de los anteriores	12	9	11	10	12
	Total	12	9	11	10	12
Sexo	Hombres	8	3	6	5	4
	Mujeres	4	6	5	5	8
	Total	12	9	11	10	12
Aseguramiento	Contributivo	7	7	6	6	6
	Subsidiado	2	2	5	4	5
	Excepción	1	0	0	0	0
	No asegurado	2	0	0	0	1
	Total	12	9	11	10	12
Nivel educativo de la madre	Preescolar	3	0	0	0	0
	Básica primaria	8	2	4	5	2
	Básica secundaria	0	6	6	4	10
	Media académica o clásica	0	1	1	1	0

	Media técnica	0	0	0	0	0
	Sin información	1	0	0	0	0
	Total	12	9	11	10	12
Estado civil de la madre	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	2	1	1	2	0
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	0	0	3	1	4
	Soltera	10	8	7	7	7
	Está separada, divorciada	0	0	0	0	1
	Sin información	0	0	0	0	0
	Total	12	9	11	10	12

Fuente: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 18-04-2017 (Corte 17-04-2017).

La tabla 8 muestra entre los años 2012- 2016 se posee un registro de 54 nacimientos de madres con edades entre los 10 y 14 años, un promedio de 11 casos por año. Se presentó una mayor cantidad de nacimientos en mujeres que en hombres, con 28 (51,9 %) casos sobre 26 (48,1 %).

Con relación al aseguramiento, la mayoría de casos se presentaron en menores pertenecientes al régimen contributivo (59,3 %), seguido del régimen subsidiado (33,3 %), en tercer lugar se ubica los menores no asegurados (5,5 %), en último lugar se encuentran las menores del régimen especial (1,9 %).

Al observar el nivel educativo se observa 21 casos (38,8 %) con nivel básica primaria, la educación básica secundaria aporta 26 casos (48,1 %), y la media académica o clásica 3 casos (5.5 %)

En la información relacionada con el estado conyugal de la madre, se debe tener en cuenta la corta edad así como una importante proporción de dichos casos se tipifican como violencia sexual. Teniendo en cuenta lo anterior, y como podría esperarse, la mayoría de casos se dan en menores solteras con un 72,2 % (39 casos), adicionalmente hay 14 casos (25,9 %) que registran información de una relación de unión libre situación que por edad de la madre debería tener seguimiento por las autoridades competentes en la protección del menor.

Tabla 9. Distribuciones variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Tunjuelito, 2012 – 2016

Nacimientos de mujeres de 15 a 19 años		2012	2013	2014	2015	2016
Etnias	Indígena	0	0	0	0	0
	Raizal del archipiélago de san Andrés y providencia	1	0	0	0	0
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	3	4	4	2	3
	Ninguno de los anteriores	566	554	486	438	397
	Total	570	558	490	440	400
Sexo	Hombres	288	272	250	230	212
	Mujeres	282	286	240	210	188
	Total	570	558	490	440	400
Aseguramiento	Contributivo	240	278	239	222	178
	Subsidiado	242	195	194	181	189
	Excepción	12	7	8	2	12
	Especial	0	0	0	8	0
	No asegurado	76	78	49	27	21
	Total	570	558	490	440	400
Nivel Educativo	Preescolar	0	0	0	0	1
	Básica primaria	34	33	29	33	33
	Básica secundaria	196	205	162	137	145
	Media académica o clásica	295	271	260	237	187
	Media técnica	11	11	5	3	5
	Normalista	0	0	0	0	0
	Técnica Profesional	12	12	15	15	17
	Tecnológica	8	12	7	5	5
	Profesional	10	9	5	5	2
	Ninguno	0	1	0	1	0
	Sin información	4	4	7	4	5
	Total	570	558	490	440	400
Estado Conyugal de la madre	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	127	155	149	133	109
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	212	175	155	150	141
	Separada, divorciada	1	0	0	142	135
	Viuda	0	0	1	9	7
	Soltera	220	217	174	1	1
	Casada	7	8	6	0	0
	Sin información	3	3	5	5	7
	Total	570	558	490	440	400

Fuente: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 18-04-2017 (Corte 17-04-2017).

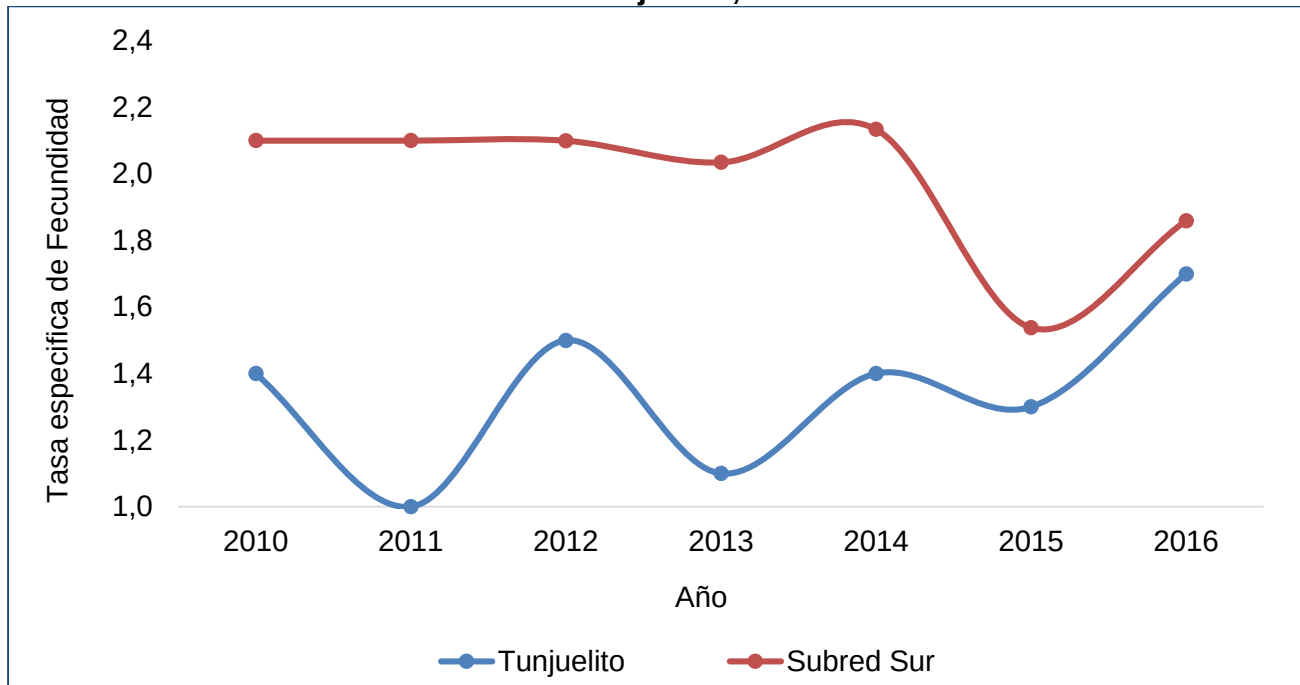
En la tabla 9 se observa que durante los años 2012 a 2016 se presentaron 2.458 nacimientos en mujeres de 15 y 19 años, con un promedio de 491 embarazos, en este período se registran un total de 17 embarazos en diferentes etnias, 1 en mujer raizal y 16 embarazos en negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente que representa 0,7 %.

En relación al sexo, como se presenta en población general, se observa una mayor proporción de nacimientos en hombres con el 50,9 % (n= 1252) con respecto a las mujeres 49,1 %. (n= 1206). En el sistema general de seguridad social en salud, las mujeres que se encuentran en el régimen contributivo son el 47,1 %, en el régimen subsidiado el 40,7 % y no asegurado el 10,2 %, en el régimen de excepción se presenta el 1,7 % y en el régimen espacial solo se encuentra el 0,3 %.

El nivel educativo que presenta la mayor proporción en las mujeres de este grupo de edad, es la media académica o clásica, con un 50,8 % (n=1250), seguido de un 6,6 % que corresponde a nivel de básica primaria. Las mujeres con algún tipo de educación superior aportan el 5,7 % (n=141).

En lo referente al estado conyugal de la madre se observa que el 61,2 % (n=1506) de las mujeres se encuentran en unión libre, en segundo lugar se observan las mujeres solteras con el 24,9 % (n=613) y en tercer lugar se ubican las mujeres separadas o divorciadas con el 11,3 % (n=278).

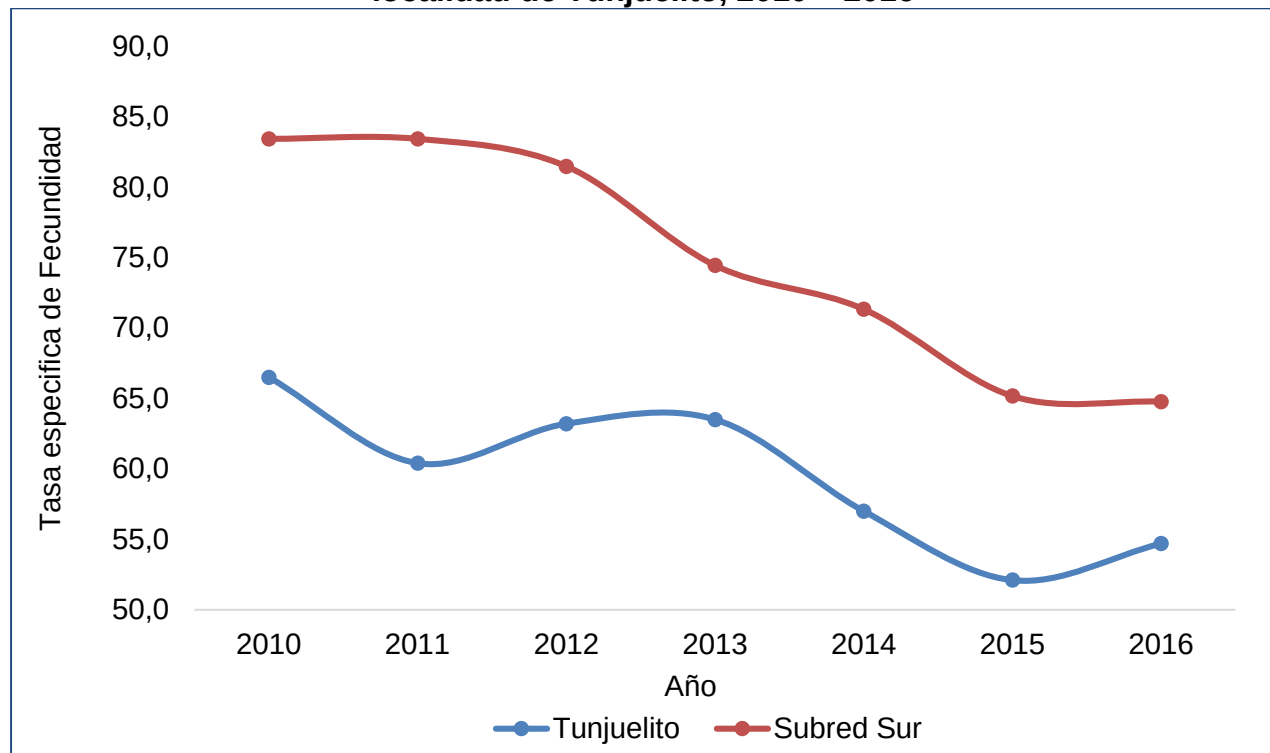
Figura 5. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, localidad de Tunjuelito, 2010 – 2016



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

La Figura 5. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, localidad de Tunjuelito, 2010 – 2016 describe el comportamiento de localidad de Tunjuelito durante los años 2010 a 2016, en ella se presenta tasas específicas de fecundidad en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, inferiores a las presentadas en la Subred Sur, observándose la tasa más baja en el año 2011. El comportamiento de la localidad de Tunjuelito es variable en el transcurso de los años observados, en comparación con la Subred Sur que presenta un comportamiento constante. Para el año 2014 las dos tasas presentan un leve incremento, descienden en el año 2015 y se elevan nuevamente en el año 2016. Este comportamiento genera alerta ya que son situaciones asociadas a presuntos abusos sexuales.

Figura 6. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, localidad de Tunjuelito, 2010 – 2016



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

Con respecto a las tasas específicas de fecundidad en nacidos vivos en mujeres de 15 a 19 años (figura 6), el comportamiento de la localidad es similar al de la Subred Sur, evidenciándose reducción a partir del año 2010, con tendencia al incremento en los años 2012 y 2013, para el año 2016 la situación cambia y aunque la subred se mantiene con respecto al año anterior, para la localidad de Tunjuelito refleja una elevación respecto al año anterior.

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

La calidad de vida es un concepto polisémico que hace referencia al estado de bienestar individual mediado por contextos sociales, económicos, demográficos, ambientales, entre otros. Por medio de este concepto se puede entender la salud bajo la complejidad de los actores y su entorno, lo cual implica abordar este fenómeno con una mirada integral que examine detenidamente las principales aristas que conforman las cotidianidades de los seres humanos.

Para lograr un ejercicio de análisis que procure entender la calidad de vida y salud de una población se debe revisar la influencia de los entramados sociales que contribuyen a la carga salud-enfermedad al interior de la organización social en que se encuentran. De esta manera se puede entender, entre otras problemáticas sociales, cómo la distribución desigual de los ingresos, de los bienes y servicios, las limitaciones al acceso de atención en salud, educación, condiciones de trabajo adecuadas, vivienda, ocio y diversión) pudiera llevar a que su población se mantenga sana o enferma.

Teniendo en cuenta las dimensiones de la estrategia PASE a la Equidad, el presente capítulo busca realizar un análisis de la situación de calidad de vida y salud de la localidad sexta. Aquí se examinan las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas de la población. Para esto el presente capítulo se construye con el diligenciamiento y análisis de la matriz de dimensiones del plan decenal de salud (Matriz de determinantes anexo 34); que permite dilucidar los determinantes sociales de la salud que afectan o inciden en la calidad de vida de la población.

2.1. Dimensión ambiental

De acuerdo con el PDSP, la dimensión ambiental busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población de las presentes, futuras generaciones y materializar el derecho a tener el medio ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales. Este documento tendrá en cuenta la afectación sobre este medio ambiente; en este sentido se entiende por contaminación ambiental a la presencia en el ambiente de sustancias o elementos dañinos para los seres humanos y los ecosistemas (seres vivos) que pueden agruparse en contaminación del aire, de los sueños y del agua (5).

La principal fuente hídrica de la localidad sexta es el río Tunjuelito, el cual se encuentra contaminado principalmente por la industria local: curtiembres y chatarrerías, cuyos procesos productivos generan residuos líquidos tóxicos que son vertidos a las aguas de este río y a la quebrada Chiguaza; sumado a los lixiviados y otros residuos contaminantes de la basura provenientes del relleno Sanitario 'Doña Juana' y el Parque Minero Industrial (6).

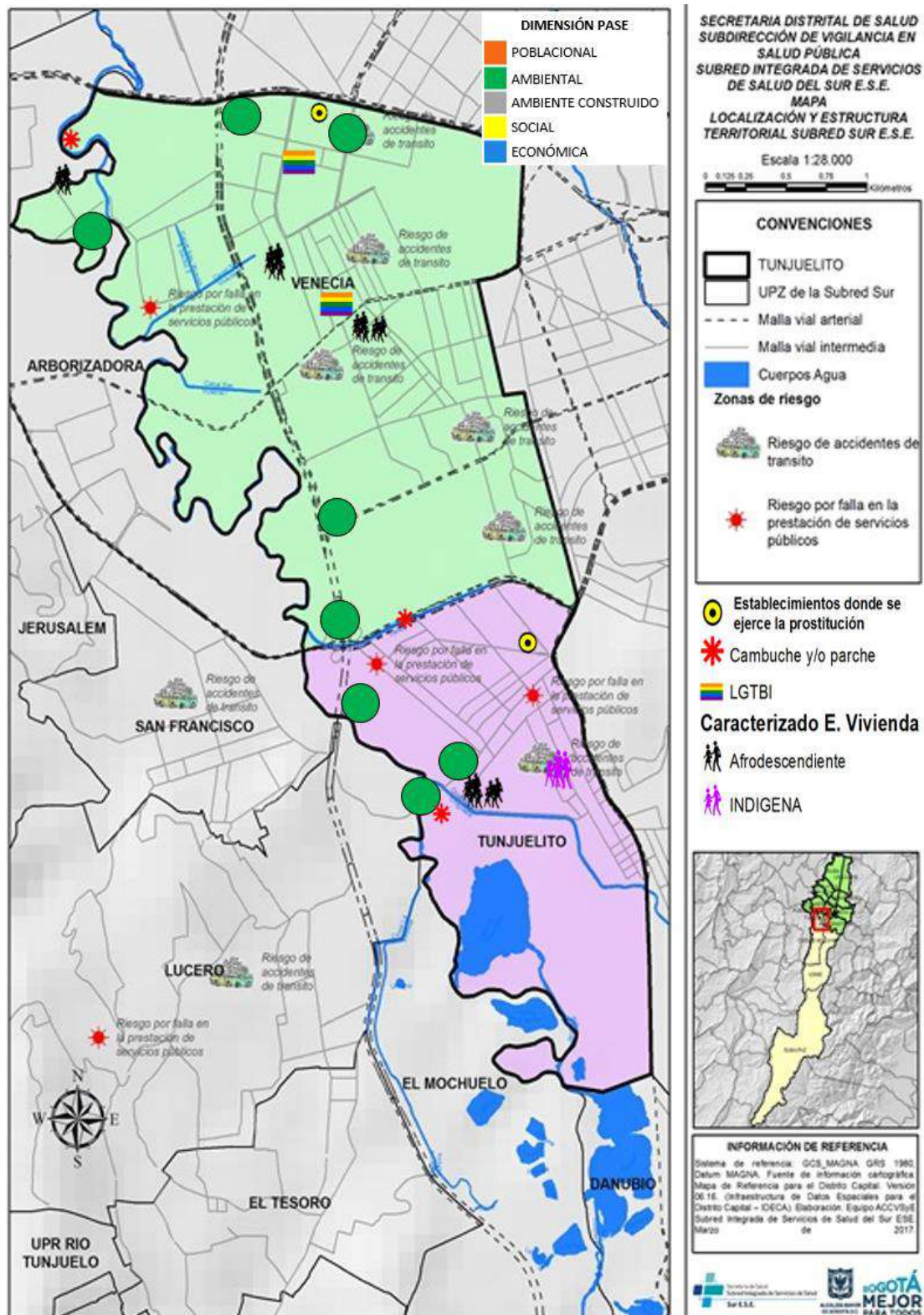
El agua contaminada genera concentración de malos olores y vectores que son percibidos por la comunidad en los barrios Nuevo Muzú, Rincón de Nuevo Muzú, Rincón de Venecia e Isla del Sol, y especialmente, en la quebrada Chiguaza (afluente del río) entre los barrios San Benito, Abraham Lincoln y Tunjuelito en la UPZ Tunjuelito (3).

Ahora bien, en cuanto a contaminación del aire, se encuentra que el informe de calidad de aire 2016 la localidad de Tunjuelito se encuentra entre las más afectadas (7); la estación de medición de aire Carvajal-Sevillana registra altas concentraciones de PM₁₀ que superan el promedio diario entre las 6:00 p.m. y 9:00 p.m., siendo el más elevado de las estaciones del distrito (7).

La problemática de contaminación del aire, es producto del funcionamiento de ladrilleras y canteras, emisiones procedentes de la industria local, del Relleno Sanitario por la descomposición de los residuos sólidos, la evaporación de los lixiviados de las basuras y las acciones extractivas del Parque Minero-Industrial Cemex. La contaminación es agravada por las vías que atraviesan la localidad: Avenidas Boyacá, Caracas, Gaitán Cortes, Villavicencio y la Autopista Sur, por las cuales transita un alto flujo de vehículos particulares, de servicio público y de transporte de carga.

El Mapa 3. Dimensión ambiental, localidad de Tunjuelito evidencia y sintetiza las problemáticas enunciadas y otras problemáticas socio-ambientales identificadas como la inadecuada disposición de basuras en el espacio público por parte de algunos habitantes de calle, recicladores informales y comunidad en general; así mismo, la tenencia irresponsable de mascotas que contribuye también a la subsistencia de estas problemáticas. La UPZ Tunjuelito es la que presenta mayor afectación en cuanto a olores ofensivos y a depósito inadecuado de basuras.

Mapa 3. Dimensión ambiental, localidad de Tunjuelito



Fuente: Mapa de referencia para el Distrito Capital versión 06.17 (Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital/IDECA), Unidades de Análisis Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

2.1.1. Dimensión ambiente construido

El ambiente construido puede definirse como espacios que han sido transformados para satisfacer las necesidades de los grupos humanos. Es la parte de la dimensión ambiental que permite reconocer los conglomerados urbanos, la estructura de producción, bienes y servicios de Tunjuelito.

Las características mínimas de hábitat para comunidades humanas parten de la disponibilidad y acceso a servicios básicos como agua, energía, saneamiento básico, recolección de basuras y conexión a gas natural. También incluye otros servicios públicos importantes tales como espacio público, malla y acceso vial y vivienda.

Según la Encuesta Multipropósito de Bogotá, en 2014, el acceso a servicios públicos en la localidad cubre alrededor del 99 % de las viviendas (8). Encontrándose que se ha logrado cubrir el 100 % de los 56.607 hogares en acueducto, alcantarillado y recolección de basuras; solo se ha logrado el 98,8 % (n=55.926) de cubrimiento del servicio de energía eléctrica y el 94,7 % (n=53.590) de los hogares con el servicios de gas natural(8).

En términos de espacio público, la localidad no cuenta con una importante oferta de parques y sitios de esparcimiento para la población. Esta cuestión se evidencia en el indicador de espacio público efectivo por habitante, el cual calcula que Tunjuelito tuvo 15,41 m² de espacio público por habitante en 2015, frente a los 16, 89 m² de la cifra distrital. La presencia del Parque El Tunal mitiga este déficit al ofrecer una alternativa cercana, amplia y con infraestructura adecuada para las necesidades de la población local.

En temas de malla vial y movilidad, de acuerdo con el informe de movilidad del año 2015, se evidencia que de los 14.518 Km/Carril de extensión malla vial mixta (no incluye troncal), la localidad de Tunjuelito cuenta con el 7,4 % representado en 333 Km/Carril, lo que lo ubica en la 16° puesto en la ciudad y 3° en la Subred Sur (9). Las vías arteriales presentan 6 % en mal estado *versus* 15 % del promedio distrital. Se encuentra que 89 % de las vías se definieron como buenas y 5 % como regulares (8). Caso similar ocurre con las vías intermedias, las cuales ubican la localidad en el 5° lugar en el distrito con mejor estado de estas vías con un

69 %, dato más cercano al distrital que registra un 61 %, tan solo el 16 % se registró estado malo y 15 % regular.

Finalmente las vías locales ubican a Tunjuelito como la 10° localidad entre las del distrito con peores vías de este tipo con un 50 % en mal estado, dato similar al 49 % distrital, el restante 50 % se distribuyen en vías regulares 20 % y buenas con un 30 %. El estado de las vías de la localidad, influyen en los índices de accidentabilidad, encontrándose que de las 543 víctimas fatales en Bogotá para el año 2015, la localidad de Tunjuelito aporta 16 casos, ubicándolo en el puesto 18° con un 2.9 %, lo que representa una tasa de mortalidad de 8 por cada 100.000 habitantes, ubicándola en el puesto 8° del distrito. Los casos se distribuyen en 8 para para peatones, 2 motociclistas, 2 pasajeros y 4 ciclistas(8)

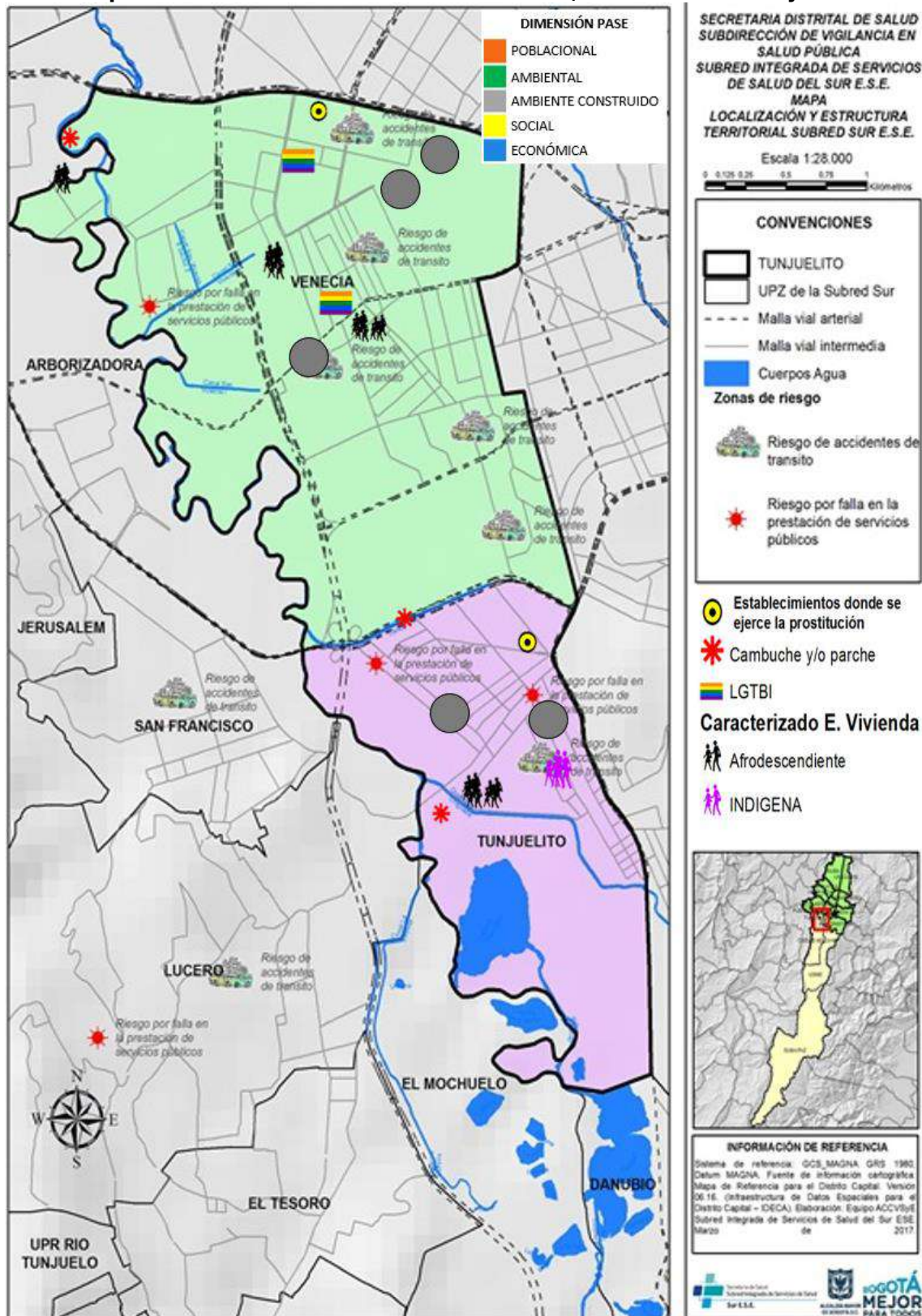
Según el índice de movilidad de Bogotá D.C., evidencia que por UPZ la localidad de Tunjuelito cuenta con una movilidad baja y media alta en la UPZ Venecia (en 2013) (10). Lo que se traduce en trayectos de más duración, en promedio 1 hora por viaje, y mayor gasto en movilidad, altos índices de accidentalidad que afectan las condiciones de calidad de vida, como posibles implicaciones en la salud física y mental de sus residentes.

Finalmente en ambiente construido se tiene en cuenta las condiciones de las viviendas. La principal dificultad encontrada se asocia a la humedad en paredes pisos o techos, siendo la de mayor proporción en Bogotá, a pesar de evidenciar una importante reducción del 34.1% en 2011 a 25.0 % en 2014. en términos generales los problemas de tipo constructivo presentaron un disminución en los últimos años, en cuanto grietas en paredes y pisos (20.0 % en 2011 a 16.8 % en 2014), fallas en tuberías, cañerías o desagües (8.7 % en 2011 a 6.9 % en 2014) y hundimiento de la estructura (5.2 % en 2011 a 2.8 % en 2014)(11).

En cuanto al acceso a vivienda (arriendo/subarriendo), la encuesta resalta la tenencia de vivienda por arriendo o subarriendo, donde evidencia un importante incremento pasando de 41.4 % en 2011 a 46.8 % en 2014. En la localidad de Tunjuelito se observa un decremento pasando de 53.8 % en 2011 a 52.8 % en 2014, ubicándolo en el puesto 4 de las 19 localidades urbanas del distrito, con un dato muy superior al promedio distrital.

En el Mapa 4. Dimensión ambiente construido, localidad de Tunjuelito se representa las problemáticas identificadas para ambiente construido. En la UPZ Venecia se concentran los principales problemas de movilidad e invasión del espacio público por la aglomeración de ventas ambulantes; en la UPZ Tunjuelito, los barrios cuentan con menos cantidad de vías de acceso y tipos y materiales de vivienda.

Mapa 4. Dimensión ambiente construido, localidad de Tunjuelito



Fuente: Mapa de referencia para el Distrito Capital versión 06.17 (Infraestructura de Datos Especiales para el Distrito Capital/IDECA), Unidades de Análisis Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

2.2. Dimensión social

Esta dimensión agrupa información que incide directa o indirectamente en el mejoramiento del bienestar humano y permite examinar las características poblacionales en materia de educación, salud, condiciones de vivienda, pobreza, seguridad y saneamiento básico.

En el tema de educación se analiza el equipamiento educativo, la tasa de cobertura y deserción escolar teniendo en cuenta que estos factores inciden en la consecución de trabajo y por consiguiente en la calidad de vida. La localidad de Tunjuelito cuenta con un equipamiento educativo calculado en 63 colegios de los cuales 12 son oficiales, 49 privados y 1 oficial con régimen especial. Este número de instituciones educativas, no solo cubre la demanda de estudiantes de la localidad, sino que brinda atención a estudiantes de localidades vecinas de Ciudad Bolívar y Usme.

Ahora bien, en cuanto a la Población en Edad Escolar (PEE), es decir, aquella que se encuentra entre los 5 y los 16 años de edad, Tunjuelito calcula a 43.927 de los cuales 39.404 se encuentran matriculados en sus centros educativos (12). Según el documento de caracterización del sector Educativo Localidad de Tunjuelito del año 2015, Tunjuelito cuenta con una tasa de 2,5 de deserción escolar, la cual se da especialmente por la ubicación de la institución educativa respecto a su vivienda (12), otro de los factores que influyen en la deserción escolar es el bajo rendimiento y los problemas económicos.

En cuanto a equipamiento deportivo, se encuentra que Tunjuelito cuenta con 52 escenarios deportivos, de los cuales se encuentran deteriorados por falta de mantenimiento (el caso del parque del barrio Tunjuelito) y otros no se pueden utilizar por contaminación y por seguridad (parque de San Benito), lugar en el cual los olores ofensivos provenientes de las curtiembres no permiten su uso. En general, las dificultades encontradas en los parques locales son la inseguridad, pues algunos de estos escenarios son utilizados para expendio y consumo de SPA. También falta empoderamiento de la comunidad con estos espacios ya que en algunos miembros de la comunidad arrojan basura y otros no levantan los excrementos de sus mascotas. Falta de iluminación y mantenimiento de la dotación.

El parque metropolitano el Tunal, es uno de los lugares predilectos para realizar ejercicio y esparcimiento por la comunidad de Tunjuelito y de las localidades vecinas; este espacio está siendo recuperado ya que sufría deterioro por erosión y por mal uso. Hoy cuenta con nuevas adecuaciones como canchas de fútbol sintéticas que permiten reducir la desigualdad de acceso a espacios de esparcimiento en la ciudad. Dichas adecuaciones son hechas en la presente administración.

Ahora en cuanto a seguridad, la localidad ha tenido un decremento en percepción de inseguridad, pasando de 82.4 % 2011 a 81.4 % en 2014, este dato la registra como una de las localidades que tienen mayor peso en cuanto a los problemas de inseguridad, ubicándola en el puesto 4 de las 19 localidades urbanas del distrito, con un dato muy superior al promedio distrital (8).

En oferta cultural tiene 8 escenarios de los cuales distribuidos en públicos y privados, entre los cuales se encuentran la Casa de la Cultura, dos bibliotecas públicas y una sala de cine. También se encuentran 17 salones comunales terminados, que en su gran mayoría son alquilados a la comunidad. Estos salones pueden ser utilizados para atender a los niños, realizar sesiones de conciliación comunitarias y para la organización de eventos culturales.

En oferta en servicios de salud, Tunjuelito cuenta con 29 centros de atención en salud (ver Mapa 7. Descripción de la oferta) de las cuales 20 son de tipo privado y 9 corresponde a Unidades de Servicios de Salud de la red pública. Del total de centros de atención en salud de la localidad de Tunjuelito el 23 se concentra en la UPZ Venecia y 6 en la UPZ Tunjuelito.

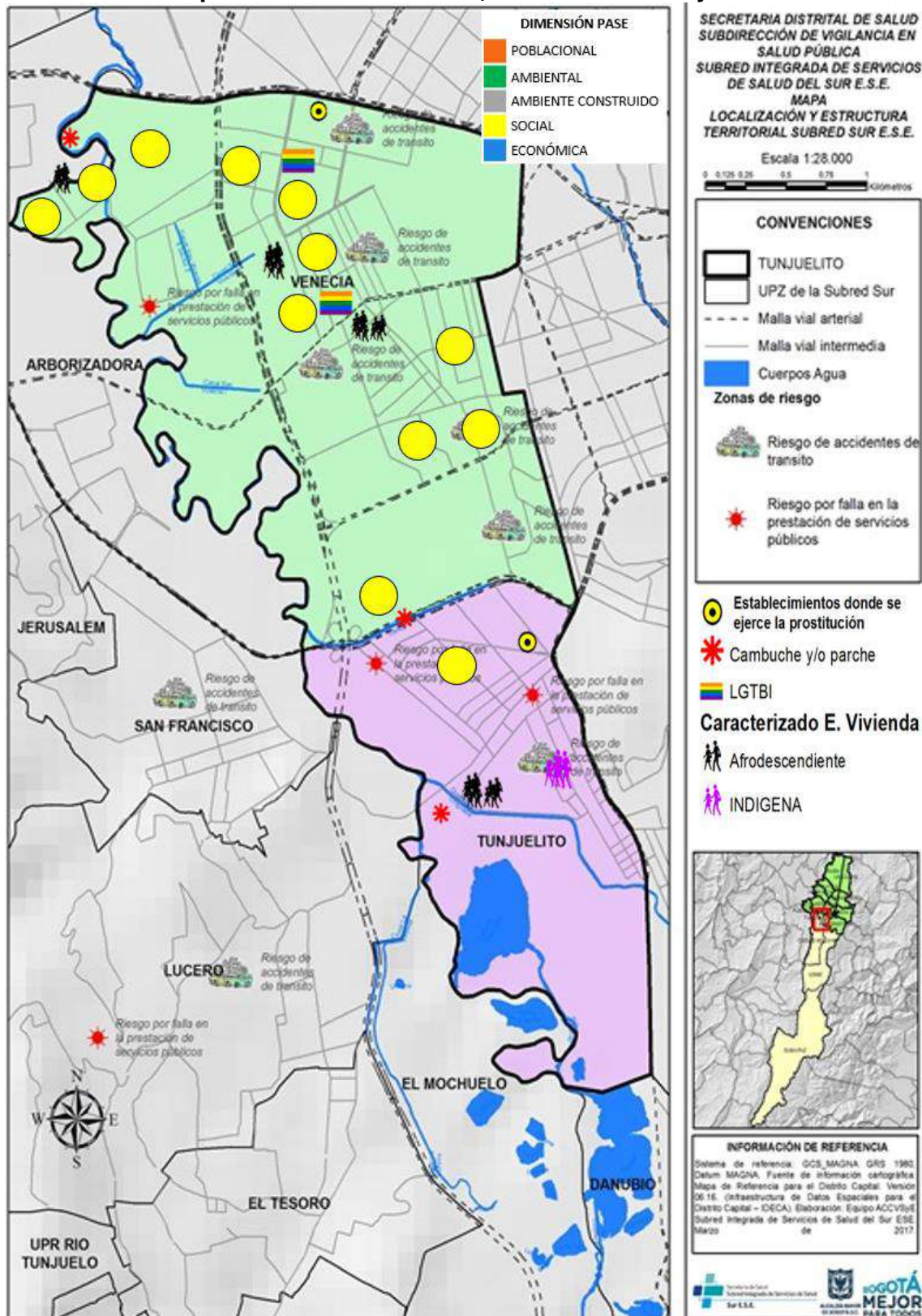
Frente al acceso a servicios de cuidado a la primera infancia, los cuales se relacionan con los programas de apoyo ofertados a nivel local desde instituciones como Secretaría Local de Integración Social (SLDIS) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la cual paso de 44,4 en el 2011 al 46,9 % de los niños menores de 5 años asisten a una institución de atención integral a la primera infancia en 2014. En general entre las razones encontradas por la no asistencia de niños de 1 a 3 años, tiene que ver con que tienen un cuidador en la vivienda o los niños no se encuentran en edad de asistir a alguna institución de cuidado integral. Sin embargo dentro de las causas hay una en específico que es el no obtener cupo en una institución, encontrándose que el 2,9 % de los niños menores de 5 años en la

localidad de Tunjuelito no tienen cupo en alguno de las instituciones de cuidado a la primera infancia.

En el Mapa 5. Dimensión social, localidad de Tunjuelito se localiza la concentración en las UPZ de las situaciones sociales identificadas. La Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, evidencia las mejorías en los últimos cuatro años en la localidad, de acuerdo a esta de los 1.100 hogares encuestados en la localidad de Tunjuelito, el 3,8 % se encuentran en condición de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas NBI y el 0,3 % en condición de miseria por NBI (8).

El indicador de NBI permite el acceso a los servicios básicos mediante la evaluación de un conjunto de condiciones de vida, resumidas en cinco componentes mediante los cuales se clasifica un hogar como pobre por NBI si presenta al menos una de las condiciones, o en miseria por NBI si presenta al menos dos de esas condiciones (vivienda inadecuada, vivienda con hacinamiento crítico, vivienda con servicios inadecuados, vivienda con alta dependencia económica y vivienda con niños en edad escolar que no asisten a la escuela).

Mapa 5. Dimensión social, localidad de Tunjuelito



Fuente: Mapa de referencia para el Distrito Capital versión 06.17 (Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital/IDECA), Unidades de Análisis Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

2.3. Dimensión económica

La dimensión económica se refiere a aquellos medios y/o recursos mediante los cuales los seres humanos acuden para su subsistencia. Es importante examinar las principales actividades económicas en las que se desempeñan la población en Tunjuelito, la infraestructura y la capacidad instalada que esta tiene a favor del desarrollo económico y crecimiento empresarial (14)(15).

Tunjuelito se caracteriza por contar con sectores dedicados exclusivamente al comercio, principalmente en la UPZ Venecia, existiendo una alta presencia de microempresas que representa un porcentaje importante de oferta de servicios del sector con un 42 %; seguido de industrial (26 %), restaurantes y hoteles (10 %), transporte, almacenamiento y comunicaciones (8 %) y servicios comunitarios y sociales (4 %).

La mayor proporción de empresas se localiza en la UPZ Tunjuelito, en los barrios San Carlos y San Benito y, en la UPZ Venecia en el barrio homónimo. Así mismo las empresas dedicadas a las telecomunicaciones (instalaciones telefónicas, servicios telefónicos, telefonía celular) se ubican en los barrios Venecia, Fátima, San Vicente, Samoré, San Carlos y Tunjuelito. Por la otra, las empresas dedicadas al expendio de bebidas alcohólicas dentro de establecimiento se ubican en los barrios Venecia y Fátima.

Ahora bien este escenario indica que una importante proporción de la oferta laboral en la localidad se encuentra en el sector económico de comercio e industria, lo que fortalece la oferta laboral y el ingreso económico de la población, lo cual incide en la disminución de la pobreza. No obstante, las actividades comerciales que se llevan a cabo en la localidad tienen importantes consecuencias en el medio ambiente lo que ya fue expuesto.

La industria del cuero, en especial, es una actividad benéfica comercialmente y perjudicial para el medio ambiente debido a que, por un lado, es una importante fuente laboral que, al mismo tiempo, con los derivados de su producción contribuyen a la contaminación del agua y el aire.

A pesar de la presencia de dichas industrias en la localidad, las cifras indican que el desempleo 2015 fue de 8,15 %, distribuido en 8,5 % para mujeres y 7,8 % hombres cifra que superó en 1,5 puntos porcentuales a la cifra distrital (8).

Ahora bien la tasa global de participación (TGP) fue de 59,9 %, es decir que más de la mitad de la población de la localidad trabajan o busca trabajo, así mismo 40,1 % de la población económicamente activa no laboraba o se encontraba ejerciendo trabajo informal, en relación a la TGP por sexo se observa que es mayor para los hombres (74,4 %) que para las mujeres (52,4 %). Para Bogotá la TGP es del 64,2 %, distribuida en 73,5 % para hombres y 55,0 % para mujeres.

Asimismo, la tasa de dependencia total de la localidad (relación entre la población potencialmente productiva (población joven y adulta) y la población dependiente (infancia y adulta mayor) fue del 57,4 % por lo cual se puede inferir que en promedio 4 de cada 10 personas que residen en la localidad deben trabajar para sustentar económicamente al resto de su grupo. En cuanto al sexo la diferencia es 1,7 puntos, con una tasa de 56,5 % en mujeres y 58,2 % en hombres. En Bogotá, la tasa general es del 52,8 %, para ambos sexos.

Lo anterior puede explicar la tendencia hacia la informalidad laboral. De acuerdo con la información arrojada por la EMB, la tasa de informalidad para la localidad es de 48,4 %, en donde la tendencia se hace fuerte hacia las mujeres con una tasa de 51,2 %: 10,8 puntos menos que el total de las mujeres de Bogotá (16).

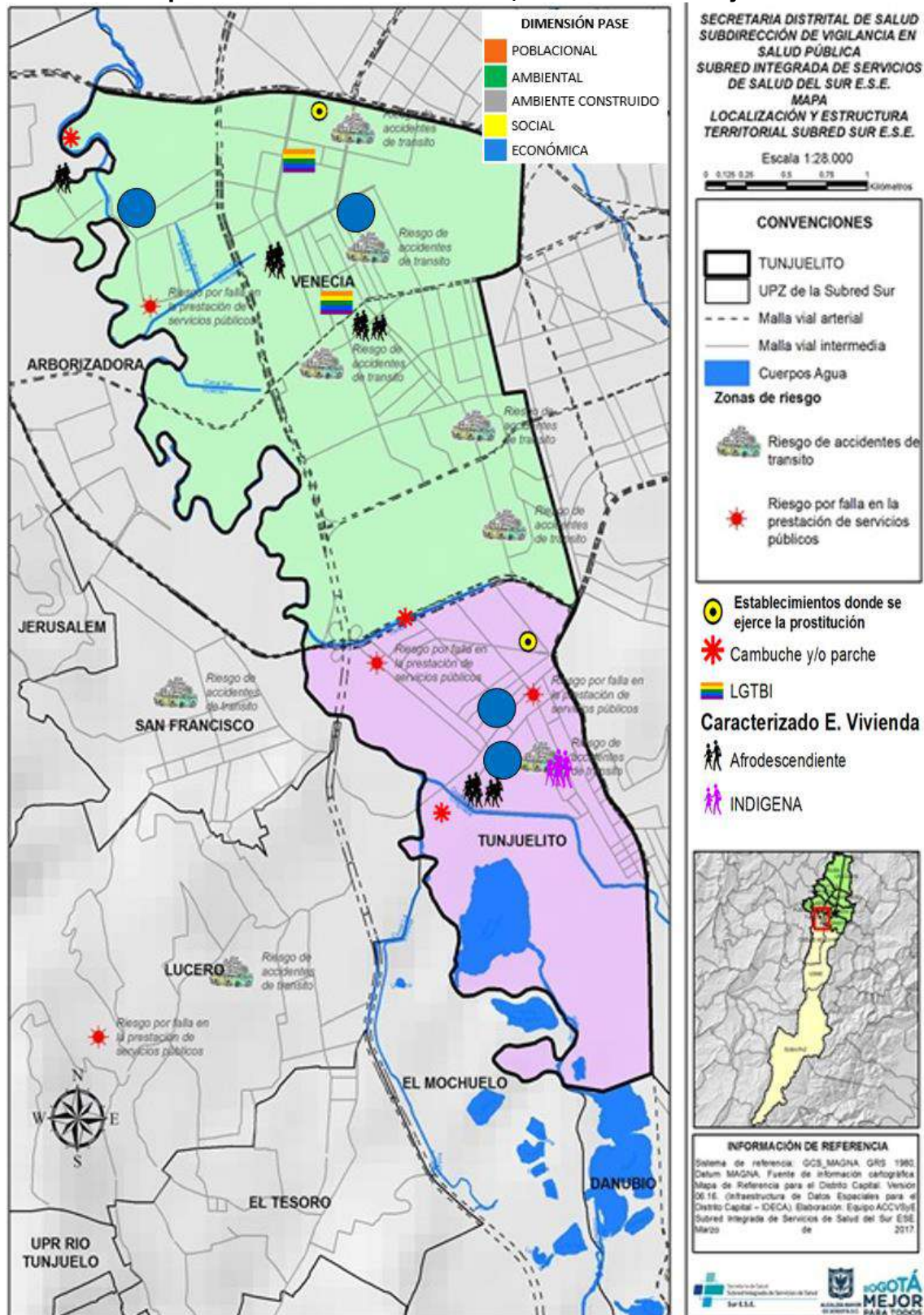
El panorama de informalidad y desempleo en la localidad inciden en la tenencia de las viviendas, la mayoría de las personas en Tunjuelito son arrendatarias. Una menor medida cuenta con vivienda propia pagada las cuales son dispuestas para usos comerciales lo que permite garantizar ingresos económicos extra.

Esta información permite evidenciar la desigualdad en la localidad de Tunjuelito. En este sentido, teniendo en cuenta las mediciones de coeficiente de Gini, para 2014 fue de 0,422 para esta localidad indicando condiciones de desigualdad en el ingreso, al comparar con el distrito capital se observa que este indicador se ubicó por debajo del estimado para la ciudad, reflejando menos niveles de concentración económica que en el distrito, dado que

aparentemente las condiciones socioeconómicas son similares en toda la localidad (17). Los ingresos no superan dos salarios mínimos para el sostenimiento de las familias las cuales, en algunos casos, están compuestas aproximadamente por 5 o 6 miembros.

La situación descrita afecta negativamente a la población en el acceso a salud, educación y mejoras significativas en la calidad de vida. Esta situación o condición dependiendo el grupo poblacional afecta a todos los cursos de vida en todas las dimensiones prioritarias y transversales, en especial la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional por el acceso a la canasta básica de alimentos.

Mapa 6. Dimensión económica, localidad de Tunjuelito



Fuente: Mapa de referencia para el Distrito Capital versión 06.17 (Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital/IDECA), Unidades de Análisis Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

El capítulo 3 pretende dar cuenta de la estructura de morbilidad y mortalidad de la localidad de Tunjuelito en el marco de la presente vigencia. Con relación a la mortalidad describe el comportamiento de la mortalidad general y su incidencia por sexo en la Subred sur y sus localidades; a continuación se describe la mortalidad por grandes causas con relación a la 6/67 del periodo 2012 a 2014 y se realiza un análisis frente a la mortalidad específica por subgrupos (enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, causas externas, enfermedades infecciosas); otras mortalidades referenciadas en el documento son la materno-infantil y la niñez para el periodo 2010-2015. En los anexos 11, 12, 15 y 16 del ministerio de Salud se sistematiza la información cuantitativa organizada por Subred y localidad.

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

De igual manera se realiza una distribución de la notificación por los grupos de eventos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (en este apartado se incluyen grupos de eventos como inmunoprevenibles, zoonosis, factores de riesgo ambiental, micro-bacterias, enfermedades transmisibles y no transmisibles, entre otros). Este capítulo se construye también de acuerdo a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública y basado en el proceso de priorización con el método Hanlon (Anexo 13) mediante los cuales se expresa el comportamiento de la mortalidad y morbilidad de la Subred Sur.

3.1. Mortalidad

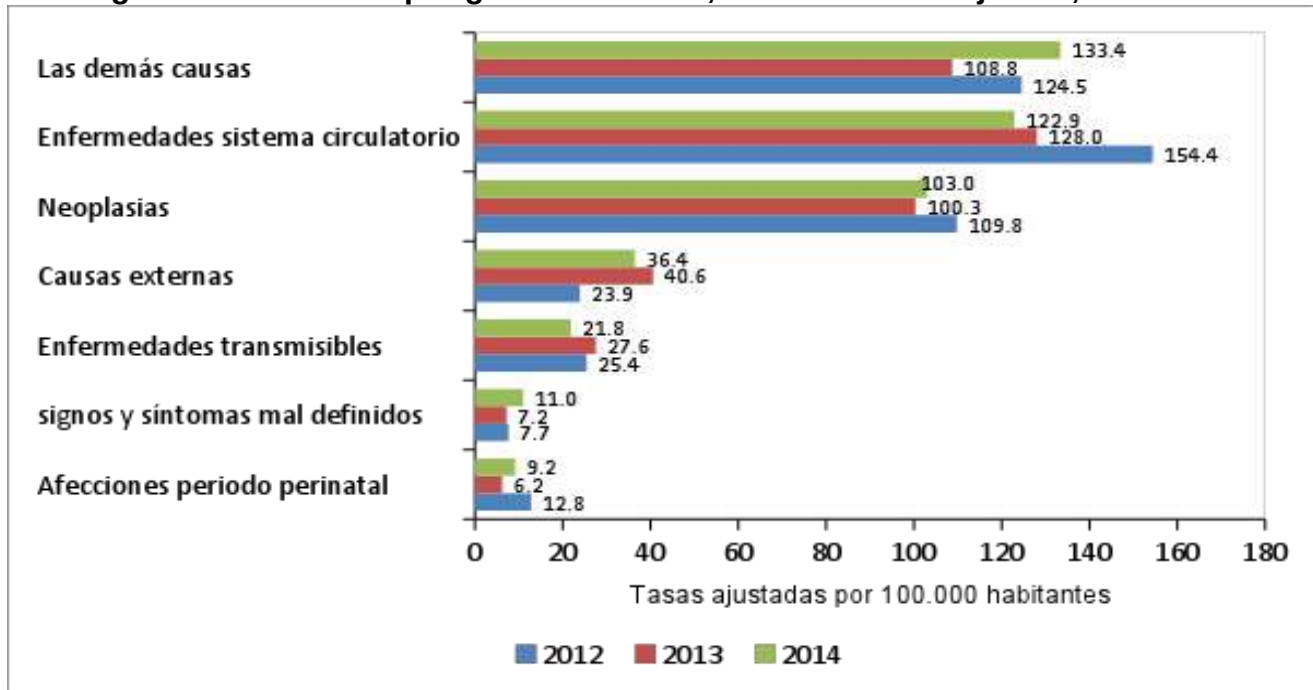
Entre 2012 y 2014 en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur se produjeron en promedio 3.889 defunciones anuales, con una desviación estándar de 188,36. En general, la tendencia en la subred incrementó; durante este periodo la tasa de mortalidad aumento en un 5 %, pasando de 298,81 a 314,26 muertes por cada 100.000 habitantes. Del total de las defunciones ocurridas en la Subred Sur para el año 2014; el 21 % (864) se presentaron en la Localidad de Tunjuelito.

Durante el periodo 2012 al 2014 se evidencia un promedio anual de 844 mortalidades, con una desviación estándar de 32,9; la tendencia de mortalidad en la localidad de Tunjuelito es creciente con un 0,6%, donde la tasa cruda de mortalidad para el 2012 fue de 427,6 y para el 2014 de 430,4 muertes por cada 100.000 habitantes.

3.1.1. Mortalidad por grandes causas

En Tunjuelito entre el periodo 2012 a 2014 ocurrieron 2.532 mortalidades, para el año 2014 la proporción de mortalidad fue de 34,1 % (864) del total de las defunciones. Para el mismo año, por grupos quinquenales se observa que el grupo más afectado corresponde al de 80 y más años con el 38,8 % (335), seguido del grupo de 75 a 79 años con el 9,8 % (85), en tercer lugar, el grupo de 65 a 69 años con el 7,9 % (68), en cuarto lugar, el grupo de 55 a 59 años con el 7,4 % (64) y en quinto lugar el grupo de 60 a 64 años con el 7,3 % (63).

En el 2014 la principal causa de muerte fue el grupo demás causas (agrupación diagnósticos residuales) las cuales contribuyeron al 30,3 % (262) del total de las defunciones, el comportamiento es creciente en la tasa ajustada para la edad, pasando de 124,5 a 133,4 por 100.000 habitantes. La principal causa son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (30,2 %). En el año 2014 afectó los grupos de edad por quinquenios de 80 y más años (52,6 %). Seguido de 65 a 69 años (8,3 %) y de 75 a 79 años (6,8 %).

Figura 7. Mortalidad por grandes causas, localidad de Tunjuelito, 2012-2014

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

Las enfermedades del Sistema circulatorio son la segunda causa de muerte, para el 2014 aportaron en un 28 % (242) a la mortalidad en la localidad, con una tendencia decreciente del 20,4 % en la tasa pasando de 154,4 a 122,9 por 100.000 habitantes. Afectando a los grupos de edad por quinquenios de 80 y más años (49,5 %). Seguido de 75a 79 años (12,3 %) y de 55 a 59 años (9,5 %) en el año 2014.

Las dos principales enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón (138) y la enfermedad cerebrovascular (49), que en conjunto producen el 77,3 % de toda la mortalidad cardiovascular. La incidencia de la enfermedad cerebrovascular, se aumenta con la edad y se asocia a la presencia de factores de riesgo tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, dislipidemias, obesidad, tabaquismo y sedentarismo entre otros (11).

Las neoplasias ocuparon la tercera causa en las defunciones para los periodos 2012–2014, frente a la tendencia se observa una reducción del 6,2 % en la tasa ajustada para la edad pasando de 109,8 a 103,0 por 100.000 habitantes. Para el año 2014 las neoplasias

aportaron al 23,6 % (204) de los decesos; las principales causas son tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas y tumor maligno de órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. Para el año 2014 la edad por quinquenios con mayor afectación fue mayor de 80 años 22,5 %, seguido de 65 a 69 años 13,7 % y de 75 a 79 años con 12,7 %

El cáncer es una enfermedad multifactorial, las causas del cáncer se clasifican en internas o externas. Las causas internas se conocen como una predisposición genética lo que significa que en algunas familias se hereda un gen anormal que hace que sus miembros presenten una alta probabilidad de desarrollar cáncer. Los factores externos es la exposición a sustancias químicas o agentes físicos o biológicos que afectan los genes de las células, transformándoles en cancerosas. Muchos cambios genéticos que conducen al cáncer son el resultado factores de riesgo como: consumo de tabaco, alimentación no saludable, obesidad, consumo de alcohol, exposición solar ultravioleta, exposición a sustancias carcinógenos (sustancias que causan cáncer) en el ambiente laboral, y algunas infecciones, como las causadas por virus como el del papiloma humano (VPH), hepatitis B y C, el de la inmunodeficiencia humana (VIH), el de Epstein Bar y la infección causada por la bacteria *Helicobacter pilory*.(El Cancer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, 2004)

La cuarta causa de mortalidad corresponde a causas externas, presenta una tendencia irregular en los periodos analizados. En el año 2014 se presentaron 74 (8,6 %) fallecimientos. La principal causa se dio por accidentes de transporte terrestre 32,4 %, seguido de las agresiones (homicidios) 20,3 %. Afectando los grupos quinquenales mayores de 80 años con 12,1 %, seguido de 35 a 39 años con 10,8 % en el año 2014. La mortalidad por causas externas es uno de los problemas de salud pública, además, es un indicador de desigualdades e inequidades en salud que tiene gran impacto social y económico en la población. Las causas externas de mortalidad se pueden clasificar en intencionales (suicidio y homicidio), no intencionales (accidentes de tránsito u otros accidentes) y de intención indeterminada. La OMS estima que todos los días personas son víctimas de este tipo de causas, las cuales resultan con lesiones, muchas de ellas graves, por lo que requieren cuidados médicos, psicológicos o de rehabilitación, acarrea costos sociales y económicos altos.(Dávila Cervantes & Pardo Montaña, 2016).

Tunjuelito se beneficia con el sistema de transporte masivo -Transmilenio, porque cuenta con dos vías que pertenece a la red: avenida Caracas, avenida Villavicencio y NQS. Además, cuenta con el Portal del Tunal y dispone de rutas de buses alimentadores que transportan a la población de los barrios al sistema. Así mismo cuenta con diversas rutas de transporte público y privado; que contribuye al colapso en el tránsito en la UPZ Venecia y barrios de la localidad, complementario a ello la invasión del espacio público por vendedores ambulantes afectan negativamente en la seguridad de peatones y transeúntes, convirtiéndose en un factor de riesgo de accidentabilidad.

Las enfermedades transmisibles son causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas, en Tunjuelito este grupo presenta un comportamiento descendente en la tasa ajustada para la edad pasando de 25,4 a 21,8 por 100.000 habitantes. En el 2014 se presentaron 44 defunciones aportando al 5,1 % del total de la mortalidad en la localidad. La principal causa se relaciona con infecciones respiratorias agudas (59,1 %) seguido de enfermedad por VIH (SIDA) (22,7 %). La mortalidad por afecciones del periodo perinatal en el 2014 se presentaron 16 mortalidades; la principal causa fueron los trastornos respiratorios específicos del período perinatal con 62,5 %. Para el año 2014 el grupo de edad con mayor afectación corresponde al de 80 y más años con 36,6 %, seguido del grupo de 75 a 79 años 13,6 % y el grupo de 45 a 49 años 9 %.

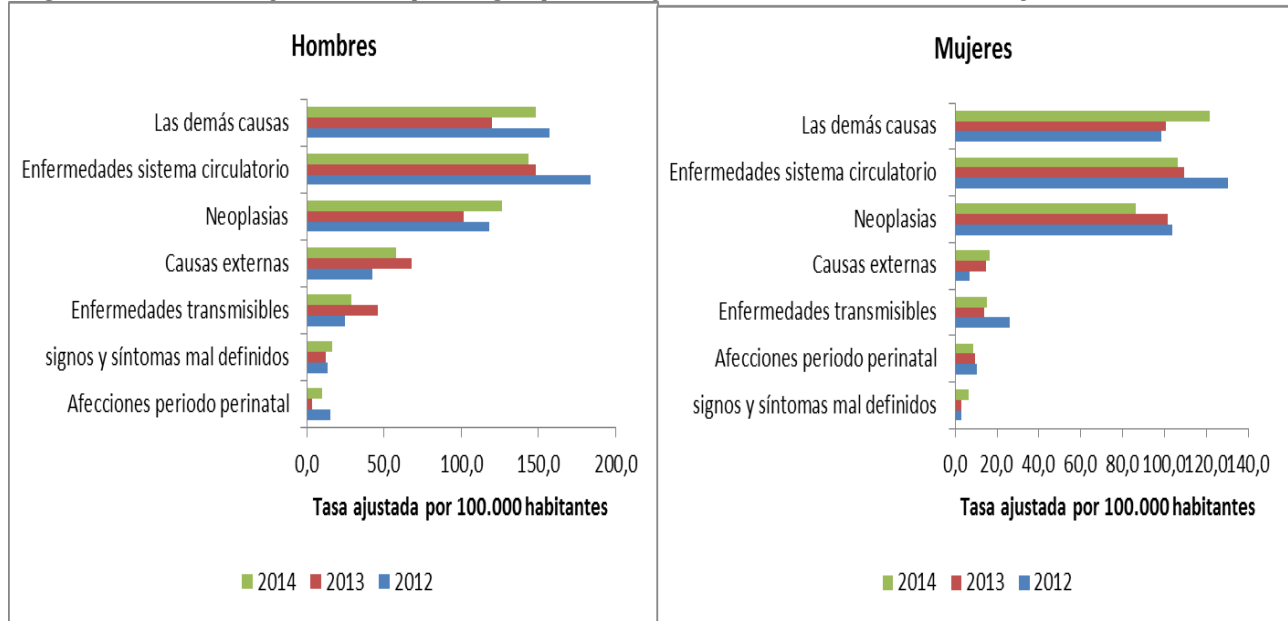
En Tunjuelito uno de los principales impactos de contaminación atmosférica, visual y auditiva es generado por el parque automotor, es decir, por el transporte de carga y pasajeros movilizado por las principales avenidas que atraviesan esta localidad y el generado por el comercio en los barrios Venecia, San Benito y San Carlos. Otros factores de riesgo son la contaminación del río Tunjuelo en los barrios ubicados en su zona de influencia, así como la extracción de gravilla y arena, ubicada en el margen derecho del río Tunjuelo en el sector de la Escuela de Artillería y la transformación de materias primas en la industria textil y de cueros, generan emisión de gases de metales volátiles y malos olores que pueden impactar en la salud de la población.

Tabla 10. Mortalidad por grandes causas 6/67 por edades quinquenales, localidad de Tunjuelito Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE, 2014

Edad por quinquenios (años)	Transmisibles			Neoplasias			Enfermedades del sistema circulatorio			Afecciones del periodo perinatal		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
De 0 a 4	0	3,8 (1)	2,2 (1)	0	0,9 (1)	0,4 (1)	0	0	0	100 (7)	100 (9)	100 (16)
De 5 a 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
De 10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
De 15 a 19	0	0	0	1,0 (1)	0	0,4 (1)	0	0	0	0	0	0
De 20 a 24	0	3,8 (1)	2,2 (1)	0	0,9 (1)	0,4 (1)	0	0	0	0	0	0
De 25 a 29	0	0	0	4,2 (4)	0,9 (1)	2,4 (5)	0	0,8 (1)	0,4 (1)	0	0	0
De 30 a 34	0	7,6 (2)	4,5 (2)	1,0 (1)	2,7 (3)	1,9 (4)	0,8 (1)	0	0,4 (1)	0	0	0
De 35 a 39	0	7,6 (2)	4,5 (2)	1,0 (1)	2,7 (3)	1,9 (4)	1,6 (2)	1,6 (2)	1,6 (4)	0	0	0
De 40 a 44	0	11,5 (3)	6,8 (3)	3,1 (3)	4,5 (5)	3,9 (8)	0	0	0	0	0	0
De 45 a 49	11,1 (2)	7,6 (2)	9,0 (4)	5,2 (5)	1,8 (2)	3,4 (7)	2,4 (3)	2,5 (3)	2,4 (6)	0	0	0
De 50 a 54	5,5 (1)	7,6 (2)	6,8 (3)	6,3 (6)	6,4 (7)	6,3 (13)	0	3,3 (4)	1,6 (4)	0	0	0
De 55 a 59	0	3,8 (1)	2,2 (1)	16,8 (16)	7,3 (8)	11,7 (24)	6,5 (8)	12,6 (15)	9,5 (23)	0	0	0
De 60 a 64	0	7,6 (2)	4,5 (2)	7,3 (7)	14,6 (16)	11,2 (23)	8,1 (10)	8,4 (10)	8,2 (20)	0	0	0
De 65 a 69	5,5 (1)	0	2,2 (1)	12,6 (12)	14,6 (16)	13,7 (28)	5,6 (7)	5,8 (7)	5,7 (14)	0	0	0
De 70 a 74	5,5 (1)	3,8 (1)	4,5 (2)	8,4 (8)	4,5 (5)	6,3 (13)	4,0 (5)	11,7 (14)	7,8 (19)	0	0	0
De 75 a 79	5,5 (1)	19,2 (5)	13,6 (6)	10,5 (10)	14,6 (16)	12,7 (26)	11,3 (14)	13,4 (16)	12,3 (30)	0	0	0
De 80 y más	66,6 (12)	15,3 (4)	36,3 (16)	22,1 (21)	22,9 (25)	22,5 (46)	59,3 (73)	39,4 (47)	49,5 (120)	0	0	0
Total	100 (18)	100 (26)	100 (44)	100 (95)	100 (109)	100 (204)	100 (123)	100 (119)	100 (242)	100 (7)	100 (9)	100 (16)

Grandes causas 6/67 (años)	Causas Externas			Todas las demás causas			Signos y síntomas mal definidos		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
De 0 a 4	0	0	0	2,8 (4)	5,6 (7)	4,1 (11)	0	20 (3)	13,6 (3)
De 5 a 9	0	0	0	0,7 (1)	0	0,3 (1)	0	0	0
De 10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
De 15 a 19	11,1 (2)	7,1 (4)	8,1 (6)	0,7 (1)	0	0,3 (1)	0	0	0
De 20 a 24	5,5 (1)	5,3 (3)	5,4 (4)	0,7 (1)	0	0,3 (1)	28,5 (2)	0	9,0 (2)
De 25 a 29	5,5 (1)	25 (14)	20,2 (15)	1,4 (2)	0,8 (1)	1,1 (3)	0	0	0
De 30 a 34	0	10,7 (6)	8,1 (6)	1,4 (2)	0,8 (1)	1,1 (3)	0	0	0
De 35 a 39	11,1 (2)	10,7 (6)	10,8 (8)	0,7 (1)	0	0,3 (1)	0	6,6 (1)	4,5 (1)
De 40 a 44	5,5 (1)	3,5 (2)	4,0 (3)	0,7 (1)	0,8 (1)	0,7 (2)	0	6,6 (1)	4,5 (1)
De 45 a 49	5,5 (1)	3,5 (2)	4,0 (3)	1,4 (2)	3,2 (4)	2,2 (6)	0	20 (3)	13,6 (3)
De 50 a 54	5,5 (1)	3,5 (2)	4,0 (3)	3,5 (5)	5,6 (7)	4,5 (12)	14,2 (1)	0	4,5 (1)
De 55 a 59	5,5 (1)	3,5 (2)	4,0 (3)	0,7 (1)	8,1 (10)	4,1 (11)	0	13,3 (2)	9,0 (2)
De 60 a 64	11,1 (2)	7,1 (4)	8,1 (6)	2,1 (3)	6,5 (8)	4,1 (11)	14,2 (1)	0	4,5 (1)
De 65 a 69	0	5,3 (3)	4,0 (3)	7,1 (10)	9,7 (12)	8,3 (22)	0	0	0
De 70 a 74	0	3,5 (2)	2,7 (2)	9,3 (13)	6,5 (8)	8,0 (21)	0	0	0
De 75 a 79	0	5,3 (3)	4,0 (3)	6,4 (9)	7,3 (9)	6,8 (18)	14,2 (1)	6,6 (1)	9,0 (2)
De 80 y más	33,3 (6)	5,3 (3)	12,1 (9)	59,7 (83)	44,7 (55)	52,6 (138)	28,5 (2)	26,6 (4)	27,2 (6)
Total	100 (18)	100 (56)	100 (74)	100 (139)	100 (123)	100 (262)	100 (7)	100 (15)	100 (22)

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

Figura 8. Tasas ajustadas por agrupación y sexo, localidad de Tunjuelito, 2012-2014

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

Entre el periodo 2012-2014 en Tunjuelito ocurrieron 2.532 defunciones; de acuerdo al sexo el 52,6 (1333) fueron hombres y 47,4 % (1199) Mujeres. De las defunciones presentadas en el año 2014 y su relación con el curso de vida se observa que el 70,4 % de las defunciones ocurrieron en la Vejez (Mayor de 60 años); seguido de Adultez con 21,5 %, Primera Infancia 3,8 %, Juventud 3,7 % y Adolescencia 0,6 %. Frente a las tasas ajustadas por edad, el grafico evidencia que las demás causas, las enfermedades del sistema circulatorio, y las neoplasias son las primeras causas de muerte en ambos sexos.

Por grupos quinquenales, en el sexo hombre, en el primer lugar se encuentra el grupo de 80 y más años, el cual representa el 30,2 % (138), seguido del grupo de 75 a 79 años, con el 10,9 % (50), en tercer lugar se ubica el grupo de 60 a 64 años con el 8,8 % (40), en el cuarto lugar el grupo de 55 a 59 años, con el 8,3 % (38) y en el quinto lugar, el grupo de 65 a 69 años, con el 8,3 % (38).

El comportamiento de la mortalidad por sexo de acuerdo a las tasa crudas; en mujeres es decreciente en los grupos de enfermedades del sistema circulatorio y afecciones del periodo perinatal; mientras que en los grupos de enfermedades transmisibles y neoplasias se comporta de manera irregular, respecto a la mortalidad por causas externa, signos y

síntomas mal definidos y las demás causa se evidencia un comportamiento creciente y sostenido entre los años analizados. Con relación a los hombres las enfermedades transmisibles mantiene un comportamiento de descenso en la mortalidad; mientras que para los demás causas, presenta un comportamiento irregular. Sin embargo, al comparar la mortalidad por tasas crudas se observa un aumento significativo en las mujeres respecto a los hombres para los tres años analizados.

En cuanto a la magnitud de acuerdo al comportamiento en las tasa crudas las mujeres y los hombres tienen mayor riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio. Los factores de riesgo cardiovascular presente en las mujeres se relacionan con hipertensión, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, estrés, dislipidemias y obesidad. Otros factores predisponentes en la mujer son los relacionados con la menopausia, los anticonceptivos y la preeclampsia que duplican el riesgo de enfermedades del sistema circulatorio. (Martínez-palomino et al., 2006).

Tabla 11. Tendencia en la mortalidad con datos de tasas crudas según sexo y total, localidad de Tunjuelito. 2012-2014

Grandes Causas	Hombres					Mujeres					Total				
	2012	2013	2014	Tendencia		2012	2013	2014	Tendencia		2012	2013	2014	Tendencia	
Enfermedades transmisibles	3,4	6,0	4,0	↗	↘	26,5	14,7	17,8	↘	↗	23,8	26,3	21,9	↗	↘
Neoplasias	15,9	13,5	17,0	↘	↗	106,8	107,2	93,8	↗	↘	102,7	96,4	101,6	↘	↗
Enfermedades sistema circulatorio	23,3	19,0	18,5	↘	↘	140,1	121,9	121,4	↘	↘	142,4	121,3	120,6	↘	↘
Afecciones periodo perinatal	2,3	0,5	1,4	↘	↗	8,8	7,9	6,9	↘	↘	142,4	121,3	120,6	↘	↘
Causas externas	6,8	10,6	8,7	↗	↘	6,9	15,7	17,8	↗	↗	24,3	41,2	36,9	↗	↘
Las demás causas	20,4	15,0	19,1	↘	↗	104,9	110,1	137,2	↗	↗	115,6	102,9	130,5	↘	↗
signos y síntomas mal definidos	1,9	1,7	2,3	↘	↗	2,9	2,9	6,9	↗	↗	7,4	7,0	11,0	↘	↗

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

Tabla 12. Comparación de tasas de ajustadas por mortalidad general Subred Integrada de Servicios de Salud y sus localidades, 2014

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

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

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

3.1.2. Mortalidad subgrupos, grandes causas 6/67

3.1.2.1 Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio localidad de Tunjuelito 2012-2014

En Tunjuelito en el periodo 2012-2014, fallecieron 773 personas por diagnósticos asociados a enfermedades del sistema circulatorio; la mayor proporción se dio en mujeres (50,5 %) y el 49,5 % en hombres.

En el año 2014 ocurrieron 242 defunciones, donde el subgrupo de Enfermedades isquémicas del corazón originaron el 57 % (138) del total de las defunciones, con una tendencia

decreciente en la tasa ajustada para la edad. El mayor número de casos se da en hombres (77) respecto a las mujeres.

La segunda causa son las enfermedades cerebrovasculares, tanto para hombres como en mujeres, presenta una tendencia decreciente en la tasa ajustada. Para el año 2014 este subgrupo aportó con 6,3 % (49) al total de la mortalidad; respecto a la edad, las frecuencias absolutas se concentran en la población mayor de 65 años para ambos sexos.

La tercera causa se asociada a enfermedades hipertensivas aportan al 3,4 % (26), del total de la mortalidad por este grupo afecta a hombres y mujeres en igual proporción; de acuerdo a la edad de fallecimiento se concentra en la población mayor de 60 años.

Tabla 13. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio según sexo y total, localidad de Tunjuelito, 2012-2014

Grupos	Hombres			Tendencia hombres		Mujeres			Tendencia Mujeres		Total			Tendencia	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Específicos															
Enfermedades isquémicas del corazón	86,6	76,4	93,1	↘	↗	60,9	51,3	52,3	↘	↗	72,2	62,7	70,2	↘	↗
Enfermedades cerebrovasculares	59,9	34,3	17,2	↘	↘	34,9	31,1	31,0	↘	↘	46,3	33,2	25,0	↘	↘
Enfermedades hipertensivas	7,8	17,0	13,8	↗	↘	17,1	15,5	12,7	↘	↘	13,4	16,2	13,2	↗	↘
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	8,3	4,8	6,9	↘	↗	1,8	3,8	6,9	↗	↗	4,6	4,3	7,0	↘	↗
Enfermedad cardiopulmonar.	20,0	13,7	10,2	↘	↘	11,3	7,1	2,7	↘	↘	14,7	10,0	6,0	↘	↘
Insuficiencia cardíaca	1,4	2,3	2,3	↗	↘	3,5	0,8	0,9	↘	↗	2,7	1,6	1,5	↘	↘
Fiebre reumática aguda	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-
Paro cardíaco	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-
Aterosclerosis	0,0	0,0	0,0	-	-	1,0	0,0	0,0	↘	-	0,6	0,0	0,0	↘	-

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

En Tunjuelito las enfermedades isquémicas del corazón presentan una tendencia irregular ascendente entre el 2014; para la Subred la tendencia es decreciente y constante en el tiempo. Las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades cardiopulmonares presentan un comportamiento decreciente en la localidad de Tunjuelito y la Subred Sur.

En cuanto a las implicaciones de la mortalidad por sexo y edad permite reconocer que en la mujer tiene mayor de riesgo de morir por alguna causa cardiovascular, especialmente por afecciones cerebrovasculares en el 2014 se evidencia que por cada hombre hay tres mujeres que mueren por esta causa, este comportamiento afecta de manera negativa los procesos demográficos de la localidad, acelerando los proceso de reducción en la natalidad e incrementando la mortalidad en la mujer.

Tabla 14. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y localidad de Tunjuelito. 2012-2014

Grupos específicos	Tasa Subred Sur			Tendencia Subred sur		Tasa Tunjuelito			Tendencia Tunjuelito	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Enfermedades isquémicas del corazón	85,1	80,0	78,7	↘	↘	72,2	62,7	70,2	↘	↗
Enfermedades cerebrovasculares	40,1	36,9	34,2	↘	↘	46,3	33,2	25,0	↘	↘
Enfermedades hipertensivas	15,1	15,1	14,8	-	↘	13,4	16,2	13,2	↗	↘
Enfermedad cardiopulmonar	13,2	10,9	10,8	↘	↘	14,7	10,0	6,0	↘	↘
Demás enfermedades del Sistema circulatorio	7,0	6,2	9,6	↘	↗	4,6	4,3	7,0	↘	↗
Insuficiencia cardíaca	4,9	2,7	3,5	↘	↗	2,7	1,6	1,5	↘	↘
Fiebre reumática aguda	0,5	0,3	0,1	↘	↘	0,0	0,0	0,0	-	-
Paro cardíaco	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-
Aterosclerosis	0,2	0,0	0,1	-	↗	0,6	0,0	0,0	↘	-

*Cálculos realizados con tasas ajustadas para los periodos analizados

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

3.1.2.2 Mortalidad por neoplasias

Las neoplasias son la tercera causa de muerte en la localidad de Tunjuelito, para el periodo 2012- 2014 se presentaron 605 defunciones por esta causa; la mayor proporción de mortalidad se da en mujeres con 51,7 %; seguido del 48,3 % en hombres. Para el año 2014 ocurrieron 204 defunciones; respecto al comportamiento en los grupos específicos la principal causa de muerte fueron los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas aportando el 20,5 % (42) del total de muertes por neoplasias, con una tendencia irregular; el comportamiento por sexo permite evidenciar que este evento se mantiene en el tiempo en los hombres en relación a las mujeres.

Tabla 15. Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Neoplasias por sexo, localidad de Tunjuelito, 2012-2014

Grupos específicos	Tasa Hombres			Tendencia		Tasa mujeres			Tendencia		Total			Tendencia	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	19,3	22,9	22,8	↗	↘	12,1	8,2	5,4	↘	↘	15,2	14,7	13,1	↘	↘
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	4,8	3,7	12,5	↘	↗	7,7	8,6	5,4	↗	↘	6,4	6,4	8,5	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	12,7	16,3	17,2	↗	↗	12,7	14,6	12,5	↗	↘	12,7	15,0	14,2	↗	↘
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	13,4	1,3	14,3	↘	↗	3,8	5,4	4,4	↗	↘	3,6	8,7	8,7	↗	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	5,1	2,4	2,5	↘	↗	0,0	0,0	0,0	-	-	2,2	1,1	1,0	↘	↘

Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,0	-	-	17,0	13,5	12,7	↘	↘	9,4	7,6	6,8	↘	↘
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	4,3	11,3	5,4	↗	↘	2,3	6,1	3,0	↗	↘
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,9	-	↗	0,0	0,0	0,5	-	↗
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	-	-	4,2	0,8	0,9	↘	↗	2,3	0,5	0,5	↘	↘
Tumor maligno de la próstata	15,7	16,7	16,0	↗	↘	0,0	0,0	0,0	-	-	6,6	6,9	6,7	↗	↘
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	3,7	3,2	4,0	↘	↗	6,8	11,4	7,1	↗	↘	5,5	7,7	6,0	↗	↘
Leucemia	5,5	9,8	6,5	↗	↘	2,9	7,0	4,8	↗	↘	4,2	8,2	5,6	↗	↘
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	4,3	8,7	2,3	↗	↘	3,7	3,0	3,6	↘	↗	4,1	5,4	3,1	↗	↘
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	21,4	14,5	23,3	↘	↗	17,0	13,2	20,1	↘	↗	19,3	13,8	21,1	↘	↗
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	12,4	2,3	5,2	↘	↗	11,4	4,4	2,8	↘	↘	11,7	3,5	4,1	↘	↗

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

La segunda causa está asociada a tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, el cual causó el 13,7 % (28) de las defunciones, presenta un acrecentamiento del 11,6 % en la ajustada para la edad. El tumor maligno del estómago fue la tercera causa de fallecimientos.

Con relación al comportamiento por sexo, en los hombres las dos primeras causas de muerte están relacionadas Tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas, Tumor maligno del estómago, El tumor maligno de próstata es la cuarta causa en la mortalidad, el 92,3 % de los casos se presentan en la vejez (mayor de 60 años) y el 7,7 % en Adultos (27-59 años). El comportamiento en la tendencia es irregular en los periodos analizados. Los factores de riesgo asociados son el hábito de fumar, comportamientos sexuales promiscuos, mala nutrición y la herencia.

En los servicios de salud se cuenta un programa de detección temprana de las alteraciones del adulto, a pesar de tener la opción de acceder a la consulta y realizarse las pruebas diagnósticas en la detección oportuna del cáncer de próstata, no todos los hombres acceden a ella. La decisión está mediada por factores culturales como la susceptibilidad de padecer la enfermedad, la percepción de la severidad del problema o de lo que puede significar la realización del examen (beneficios que pueden obtenerse con el examen). Los hombres buscan el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. La identidad masculina está culturalmente vinculada a la desvalorización del autocuidado y a la poca preocupación con la salud. Los largos tiempos de espera y los dispendiosos trámites para conseguir la consulta especializada alejan a los hombres del sistema de salud (18).

En mujeres la principal causa de mortalidad se relaciona con Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, se observa una tendencia en aumento. La segunda causa de muerte es el tumor maligno de la mama (14); el comportamiento en la tasa ajustada para la edad es decreciente de 12,7 por cada 100.000 Mujeres para el 2014, la mayor prevalencia de mortalidad se ubica en Adultez (27-59 años) con 57,1 %; seguido de Vejez (Mayor de 60 años) con 42,9 %.

No existe una sola y única causa sino un grupo de factores cuyos efectos actúan sinérgicamente y predisponen al cáncer de mama. Sin embargo el tener uno o más factores de riesgo no significa desarrollar el cáncer de mama. Existen factores o condiciones inherentes que pesan más sobre el riesgo que no se puede cambiar como el sexo y el envejecimiento. En los servicios de salud se cuenta con programas de detección oportuna en la detección del cáncer de mama; sin embargo las mujeres no acuden oportunamente a los

servicios de salud que permita el diagnóstico precoz de la enfermedad, asociado a ello el desconocimiento de la mujer de prácticas protectoras como el autoexamen de mama.

Las elevadas razones de incidencia/mortalidad para los principales cánceres indican un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del diagnóstico o falta de eficacia en el tratamiento. En el caso de cáncer de mama, la información disponible sobre el estadio clínico en el diagnóstico de los cánceres son identificados en estados avanzados. Respecto a esto, se han encontrado importantes problemas en la oportunidad de la atención del cáncer de mama. En Bogotá, más del 50 % de las mujeres sintomáticas se demoran más de tres meses entre la primera consulta y el inicio del tratamiento para el cáncer de mama, lo cual constituye una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad (19).

Tabla 16. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de Neoplasias comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la localidad de Tunjuelito 2012-2014

Grupos específicos	Tasa Subred sur			Priorización Subred Sur		Tasa Tunjuelito			Priorización Tunjuelito	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	17,6	14,9	15,3	↘	↗	15,2	14,7	13,1	↘	↘
Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea	4,9	5,3	6,6	↗	↗	6,4	6,4	8,5	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,2	15,6	13,7	↗	↘	12,7	15,0	14,2	↗	↘
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	6,2	7,5	7,5	↗	-	3,6	8,7	8,7	↗	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,3	0,7	1,2	↘	↗	2,2	1,1	1,0	↘	↘
Tumor maligno de la mama de la mujer	6,7	5,6	5,9	↘	↗	9,4	7,6	6,8	↘	↘
Tumor maligno del cuello del útero	3,8	4,1	3,4	↗	↘	2,3	6,1	3,0	↗	↘
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,5	0,4	0,7	↘	↗	0,0	0,0	0,5	-	↗
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,7	0,8	0,8	↗	↘	2,3	0,5	0,5	↘	↘
Tumor maligno de la próstata	5,7	2,7	5	↘	↗	6,6	6,9	6,7	↗	↘
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	4,8	4,9	6,3	↗	↗	5,5	7,7	6,0	↗	↘

Leucemia	3,8	3,3	4	↘	↗	4,2	8,2	5,6	↗	↘
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	5,1	4,6	4,2	↘	↘	4,1	5,4	3,1	↗	↘
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,6	13,2	12,8	↘	↘	19,3	13,8	21,1	↘	↗
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,6	6,9	5,8	↘	↘	11,7	3,5	4,1	↘	↗

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

El comportamiento de la neoplasia en Tunjuelito y la Subred sur es creciente y constante en el tiempo en grupo de tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea. En cuanto a Tumor maligno del estómago, Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón, Tumor maligno de la mama de la mujer y Tumor maligno del útero, parte no especificada para la Subred sur muestran una tendencia irregular entre el 2012 y 2014; para la Localidad de Tunjuelito presentan un comportamiento decreciente a través del tiempo. La magnitud de mortalidad e neoplasias por grupos específicos para el año 2014, el grupo de Tumores malignos del colon y de la unión recto sigmoidea, Tumor maligno de la mama de la mujer, Tumor maligno de la próstata y Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas evidencian un incremento en las tasas ajustadas para la edad en la localidad de Tunjuelito respecto al comportamiento de la mortalidad en la Subred Sur.

3.1.2.3 Mortalidad por causas externas

La mortalidad por causa externa fue la cuarta causa de muerte en Tunjuelito en el 2014, la principal causa fueron los accidentes de transporte terrestre con una tasa de mortalidad 11,8 por 100.000 habitantes, dato que se encuentra por encima del indicador de la Subred (tasa 11,2 por 100.000 habitantes) para el mismo año. La segunda causa se relaciona con Agresiones (homicidios), presenta una tendencia constante en el tiempo.

La mortalidad por causas externas en los hombres está determinada por los accidentes de transporte y agresiones (homicidios), con una tasa de mortalidad de 17,6 y 12,5 por cada

100.000 hombres respectivamente. En las mujeres está determinada principalmente por los accidentes de transporte terrestre con una tasa de 6,6 por cada 100.000 mujeres; como segunda causa se encuentra las caídas.

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

Grupos específicos	Tasa Subred sur			Tendencia Subred sur		Tasa Tunjuelito			Tendencia Tunjuelito	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Accidentes de transporte terrestre	10,2	8,5	11,2	↘	↗	8,36	10,31	11,83	↗	↗
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,1	0,0	0,1	↘	↗	0,00	0,00	0,00	-	-
Caídas	3,6	4,0	4,0	↗	↘	1,48	6,02	3,50	↗	↘
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0	-	-	0,00	0,00	0,00	-	-
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,7	0,4	0,2	↘	↘	0,58	0,00	0,51	↘	↗
Accidentes que obstruyen la respiración	0,5	0,6	0,8	↗	↗	0,47	2,16	1,50	↗	↘
Exposición a la corriente eléctrica	0,5	0,1	0,5	↘	↗	0,00	0,00	0,47	-	↗
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,1	0,1	↗	↗	0,00	0,00	0,47	-	↗
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,5	0,2	0,2	↘	↗	0,00	0,52	0,00	↗	↘
Los demás accidentes	0,5	1,1	1,2	↗	↗	0,45	0,00	2,51	↘	↗
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	2,6	3,6	3,7	↗	↗	1,96	4,30	2,01	↗	↘
Agresiones (homicidios)	18,8	18,5	20,0	↘	↗	7,04	11,38	7,16	↗	↘
Eventos de intención no determinada	5,9	5,7	4,6	↘	↘	3,04	5,89	5,95	↗	↗
Las demás causas externas	0,9	0,3	0,6	↘	↗	0,54	0,00	0,53	↘	↗

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

Al evaluar la magnitud de la mortalidad por causa externas y grupos específicos en comparación de la Subred Sur y la localidad de Tunjuelito se evidencia que las Agresiones (homicidios) presentan comportamiento predominante en la localidad de Tunjuelito. Al evaluar las tasas por edad ajustada se encuentran por encima de los valores de la Subred sur lo que permite inferir que Tunjuelito es una localidad con índices de violencia; y que afecta a los hombres

Las lesiones por violencia y por accidentes de tránsito constituyen problema importante en la salud pública, relacionado por las discapacidades y el elevado costo de los eventos. Adherido a ello, los elevados costos económicos y sociales, asociados a la muerte por causas externas, tienen implicancias negativas para los sistemas de salud, de igual forma se afectaría el soporte económico de la población dependiente económicamente.

3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez: mortalidad en menor 1 año

En Tunjuelito en el año 2014, se presentaron 28 defunciones en niños- niñas menores de 1 año; de acuerdo al sexo el 60 % (17) ocurrió en niños y el 40 % (11) en niñas. La principal causa de muerte según lista de tabulación, fue ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Tabla 18. Proporción número de muertes población menor de 1 año, localidad de Tunjuelito, año 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2014	
	n	%
1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	10	35.7
1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	4	14.3
1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y abomalías congénitas	4	14.3
1-084 Infecciones específicas del período perinatal	2	7.1
1-085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	2	7.1
1-089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	2	7.1
1-059 Neumonía	1	3.6
1-072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	3.6

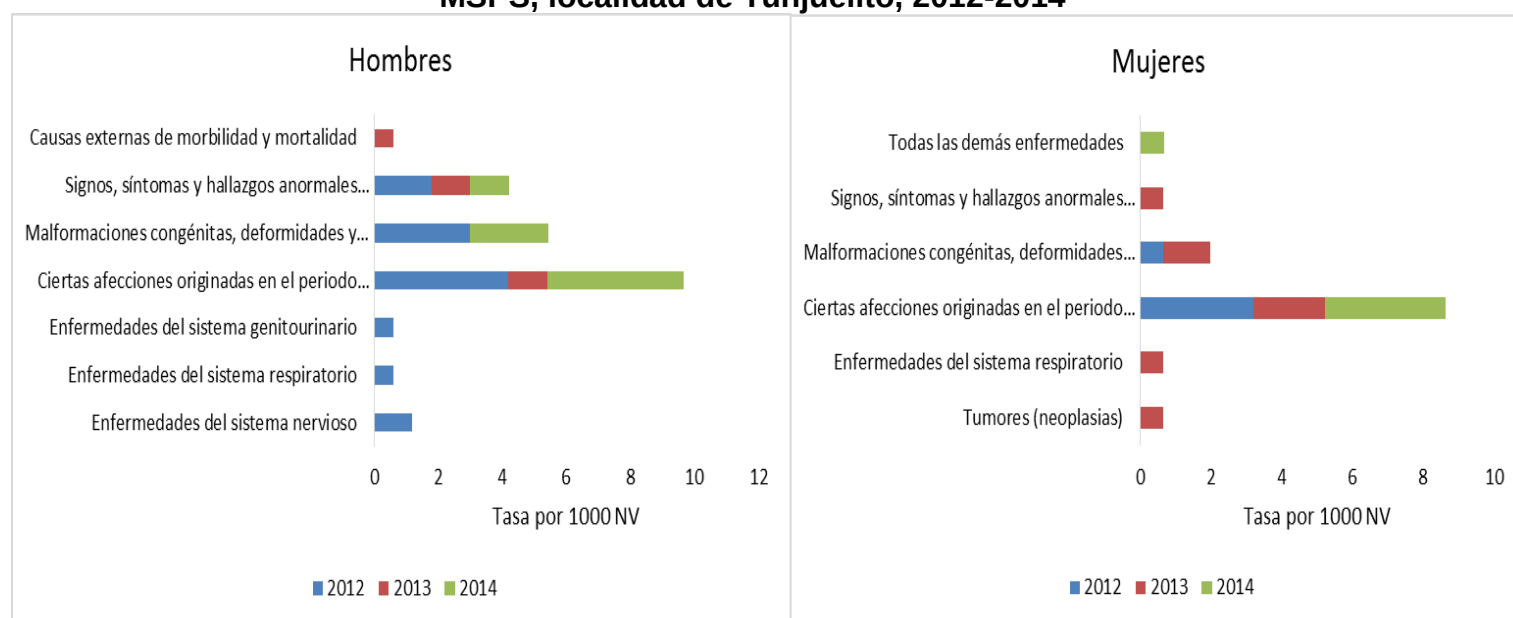
1-083 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	1	3.6
1-086 Todas las demás afecciones originadas en el período perinatal	1	3.6
Total	28	100

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

En Tunjuelito en el 2014 la principal causa de mortalidad en niños y niñas menores de un año son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una tasa de mortalidad de 3,88 por 1.000 nacidos vivos, lo cual representa el 63,2 % de total de las defunciones en este grupo de edad, con aumento de 7 casos de este evento en el 2014 comparado con el año anterior. De acuerdo al sexo se identificó que por cada mujer, hay cuatro hombres que fallecen por la misma causa.

La segunda causa están las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 1,29 por mil nacidos vivos, observándose aumento en 3 casos respecto al año anterior.

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



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

Tabla 19. Tasa de mortalidad comparativa en población menor de 1 año Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014

Causa de muerte	Ciudad Bolívar			Tunjuelito			Usme			Sumapaz		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	0,07	0,07	0,00	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,07	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,07	0,15	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,07	0,15	0,00	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,59	0,80	0,3	0,3	0,0	0,0	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	0,15	0,07	0,00	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,07	0,00	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,12	1,84	3,14	3,7	1,6	3,9	3,2	1,5	2,3	0,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,60	1,10	1,02	1,9	0,6	1,3	2,1	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,52	0,74	0,07	0,9	1,0	0,6	0,9	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,00	0,15	0,00	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

3.1.4. Mortalidad en menores de 1 a 4 años

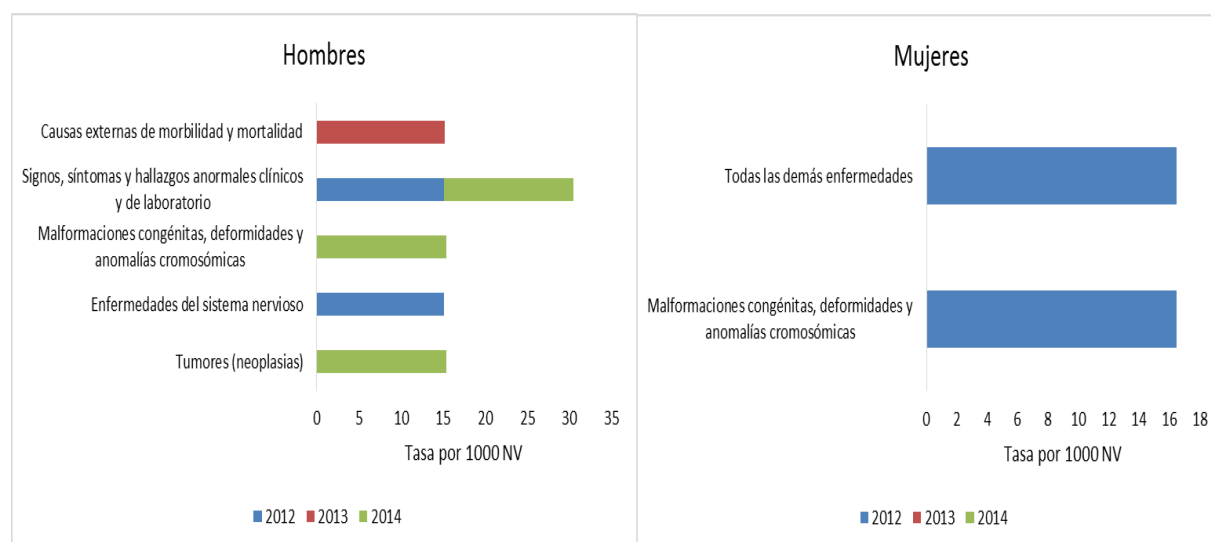
En el año 2014 en la localidad de Tunjuelito se presentaron 4 defunciones en niños- niñas de 1-4 años; el 100 % de las defunciones se dio en niños.

Tabla 20. Proporción número de muertes población de 1-4 años, localidad de Tunjuelito, año 2014

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2014	
	n	%
1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y abomalías congénitas	1	25
1-089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	1	25
1-037 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	1	25
1-074 Insuficiencia renal	1	25
Total	4	100

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

En los niños de uno a cuatro años de la localidad de Tunjuelito para el año 2014, los tres eventos relacionados tiene el mismo comportamiento en la tasa por 1000 nacidos vivos. Respecto al sexo en hombres prevalecen las malformaciones congénitas, deformidades, anomalías cromosómicas y todas las demás enfermedades con una tasa de 16,4 por 1000 nacidos vivos. Seguido de las neoplasias con una tasa de 15,4 por 1000 nacidos vivos. En las mujeres no se evidencia mortalidad en el año 2014.

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

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

Tabla 21. Tasa de mortalidad comparativa en población de 1-4 años Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades, 2012-2014

Causa de muerte	Ciudad Bolívar			Tunjuelito			Usme			Sumapaz		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,9	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumores (neoplasias)	7,6	1,9	1,9	0,0	0,0	8,1	9,5	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	1,9	0,0	7,9	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Enfermedades del sistema respiratorio	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11,4	0,0	0,0	7,9	0,0	8,1	3,2	9,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	7,6	0,0	5,6	7,9	0,0	8,1	3,2	6,1	0,0	0,0	0,0	217,4
Todas las demás enfermedades	3,8	3,7	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

3.1.5 Mortalidad materno- infantil y en la niñez

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

3.1.5.1. Mortalidad materno– perinatal

En la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, la mortalidad materna presenta un comportamiento irregular entre 2010-2016. En el último año se presentaron 3 casos con una razón de mortalidad materna en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, en el último año fue de 16,1 por 100.000 nacidos vivos, la cual se encuentra por debajo de la meta distrital (razón de 31 por mil nacidos vivos) y la línea base del 2014. La localidad de Tunjuelito para el año 2016 se presentó un (1) caso mortalidad materna, con una razón de 38,4 por 100.000 nacidos vivos, ocurrida en el mes de agosto, el indicador supera la meta distrital.

La mortalidad perinatal, en la Subred Sur presenta un comportamiento decreciente a través del tiempo, en el año 2013 presenta la menor tasa de mortalidad del 12,06 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos más fetales, que corresponde al 20 % de las defunciones perinatales en Bogotá durante el mismo período. Durante el año 2016 ocurrieron 275 defunciones, con una tasa de 14,8 defunciones perinatales por 1000 nacidos vivos más fetales ubicándose por encima de la meta distrital y la línea base para el año 2014.

La Localidad de Tunjuelito aportó con un 15,6 % (n= 43 casos) del total de las defunciones, la tasa de mortalidad perinatal de acuerdo al lugar de residencia la UPZ Venecia agrupa el mayor número de casos (29) y la menor tasa (15,9 por 1000 nacidos vivos; mientras que la UPZ Tunjuelito contiene la mayor tasa de mortalidad (18 por 1000 nacidos vivos) y el menor número de mortalidades (14 casos). En relación a los determinantes que afectan la mortalidad se relacionan con el nivel académico, el bajo nivel socioeconómico, cultura machista y el madresolterismo; 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.

3.1.5.2. Mortalidad infantil

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

La localidad de Tunjuelito aporta con 31 defunciones, con una tasa de mortalidad infantil de 11,9 por cada 1000 nacidos vivos. Ubicándose por encima del comportamiento de la Subred y del Distrito. De acuerdo a la residencia 22 casos se ubican en la UPZ Venecia (tasa de mortalidad de 12,1 por 1000 nacidos vivos) y 9 casos de Tunjuelito (tasa de mortalidad de 11,6 por 1000 nacidos vivos). Entre los factores de riesgo identificados, se encuentran bajo peso al nacer, malnutrición, niños que no reciben leche materna, hacinamiento, así como las relacionadas con la mortalidad fetal.

Tabla 22. Mortalidad Materno-Infantil, localidad de Tunjuelito, 2010 -2016

Causa de muerte	Referencia Bogotá 2016	Referencia a Tunjuelito 2016	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	35,20	38,40	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad perinatal	13,40	16,40	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad infantil	9,10	11,90	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	17,50	25,30	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4,00	28,10	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,50	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,70	0,00	-	↗	↘	-	-	-	-	↗	↘
Tasa de mortalidad por Neumonía en menores de cinco años	8,90	7,00	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘

Fuente 2010-2014: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-Finales. 2015-2016: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares (Año 2015 ajustado marzo 2016 y 2016 ajustado enero 23 2017)

3.1.5.3. Mortalidad menor de 5 años

La mortalidad en menores de cinco años para la Subred Sur presenta una tendencia decreciente en los últimos años, la tasa más baja se presentó en el 2015. Para el año 2016, ocurrieron 232 defunciones en la Subred con una tasa de 13,4 por 100.000 menores de cinco años. Tunjuelito contribuyó con 36 casos, con una tasa de 25,3 por 100.000 menores de cinco años, dato que supera el indicador de la Subred y el Distrito.

Durante el período 2010 – 2015, en la Subred Sur, la mortalidad en menores de cinco años por IRA tiene un comportamiento irregular, presentando la tasa más baja en el año 2013 cuando se presentan 5 defunciones; mientras en el año 2016 se registran 12 casos para una tasa de 4,0 defunciones por 100.000 menores de cinco años. En Tunjuelito la tasa fue de 28,1 por 100.000 menores de cinco años en el año 2016; con un comportamiento superior a la meta distrital (tasa de 5 por 100.000 menores de cinco años). A escala de UPZ permite identificar que la UPZ Tunjuelito se presentó 1 caso de mortalidad con una tasa de 21,3 por 100.000 menores de cinco años, en la UPZ Venecia ocurrieron 3 defunciones con una tasa de 31,3 por 100.000 menores de cinco años.

El indicador de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años en la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, es decreciente en los últimos años, la tasa más baja en el año 2010, entre el 2015 y 2016 no se han presentado ningún caso para las localidades que integran la Subred Sur.

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

La mortalidad en menores de cinco años por neumonía durante el período 2010 – 2014, en la Subred Sur, tiene un comportamiento variable, presentando la tasa más baja en el año 2014 cuando se presentan 9 defunciones, aunque en número es igual en el año 2013; mientras en el año 2016 se registran 23 casos, para una tasa de 8,9 defunciones por 100.000 menores

de cinco años. En Tunjuelito, para el año 2016 se presentó 1 caso de mortalidad por neumonía, con una tasa de 7,0 defunciones por 100.000 menores de cinco años.

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

Otros factores asociados, que afectan o predisponen a la ocurrencia de eventos como la inasistencia a la consulta preconcepcional, bajo peso al nacer, prematurez, embarazo no planeados o deseados, no uso de métodos anticonceptivos, disfunción familiar, consumo de SPA, malos hábitos alimenticios y/o malnutrición, situaciones que incrementan el riesgo en especial en los menores de un año aumenta el riesgo de la mortalidad por su vulnerabilidad.

Factores sociales o ambientales como la baja oferta instituciones, tanto en salud como en otras asistencias sociales, dificultad en vías de acceso, zona montañosa, la ubicación de relleno sanitario, así como ladrilleras, cementeras y canteras que no siempre cumplen las normas sumado a los cambios climáticos.

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

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

3.2 Análisis estructura de morbilidad

3.2.1. Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general según los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), localidad de Tunjuelito, años 2015 y 2016

Descripción general de la morbilidad por servicio de atención localidad de Tunjuelito

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

Consulta Externa

En la localidad de Tunjuelito en el servicio de consulta externa, la primera causa de consulta para el año 2016, fue caries de la dentina, en comparación con el año 2015 donde fue la hipertensión esencial primaria, con respecto a la consulta de la Subred. La segunda causa de consulta en el año 2016 fue la hipertensión esencial primaria, en comparación con el año 2015 donde fue el diagnóstico de caries de la dentina, con respecto a la Subred. La tercera causa de consulta en el año 2016 fue los dientes incluidos, comparado con el año 2015, donde fue el astigmatismo, con respecto a la Subred. La cuarta causa de consulta en los años 2015 y 2016 fue la rinofaringitis aguda, con respecto a la Subred. La quinta causa de consulta en el año 2016 fue la gingivitis crónica, comparado con el año 2015 donde fue la presbicia, diagnóstico que no se encuentra en las 10 primeras causas de consulta para el año 2016. En el año 2016 la tercera causa de consulta, dientes incluidos y la décima, dolor en articulación, no se encuentran en las 10 primeras causas de consulta en el año 2015.

Tabla 23. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2015 y 2016

Año	2015			2016		
	Tunjuelito	%	Subred Sur	Tunjuelito	%	Subred Sur
Caries de la Dentina	9.019	18,2	49.457	13.413	50,4	26.604
Hipertensión Esencial (primaria)	9.226	29,5	31.321	4.469	29,9	14.948
Dientes Incluidos	*	*	*	4.059	88,7	4.577
Rinofaringitis Aguda	4.300	34	12.652	3.942	49,5	7.970
Gingivitis Crónica	2.829	12,7	22.261	2.781	48,6	5.725
Lumbago no especificado	2.765	34	8.138	2.458	51,6	4.765
Astigmatismo	6.955	80,2	8.668	2.341	69,7	3.358
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	2.331	30,6	7.625	1.978	42,9	4.610
Hipotiroidismo; no especificado	2.085	32,8	6.360	1.923	47,9	4.018
Dolor en Articulación	*	*	*	1.865	44,8	4.164

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

Hospitalización

En la localidad de Tunjuelito en el servicio de hospitalización, la primera causa para los años 2015 y 2016, fue la misma, el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, con respecto a la Subred. La segunda causa en el año 2016 fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado, en comparación con el año 2015, donde fue el parto por cesárea de emergencia, con respecto a la Subred. La tercera causa en el año 2016 fue la bronquiolitis aguda, no especificada, comparado con el año 2015, donde fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con respecto a la Subred. La cuarta causa en hospitalización en el año 2016 fue el parto por cesárea de emergencia, en comparación con el año 2015, donde fue la bronquiolitis aguda, no especificada, con respecto a la Subred. La quinta causa para los años 2015 y 2016 fue la misma, la neumonía bacteriana, no especificada, con respecto a la hospitalización de la Subred Sur. En el año 2016 la novena causa de hospitalización, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y la décima, enfermedad renal crónica, no especificada, no se encuentran en las 10 primeras causas de hospitalización en el año 2015.

Tabla 24. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de hospitalización, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2015 y 2016

Año	2015			2016		
	Tunjuelito	%	Subred Sur	Tunjuelito	%	Subred Sur
Parto Único Espontáneo; presentación cefálica de vértice	283	27,3	1038	248	40,8	608
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	150	27,5	545	185	46,6	397
Bronquiolitis Aguda; no especificada	115	24	479	97	35,3	275
Parto por Cesárea de Emergencia	160	49,1	326	82	59,9	137
Neumonía Bacteriana; no especificada	57	38	150	39	35,8	109
Parto por Cesárea; sin otra especificación	37	64,9	57	38	57,6	66
Neumonía; no especificada	55	23,9	230	33	25	132
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; no especificada	29	19,6	148	32	34,4	93
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	*	*	*	18	25,7	70
Enfermedad Renal Crónica; no especificada	*	*	*	13	86,7	15

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

Urgencias

En la localidad de Tunjuelito en el servicio de urgencias, la primera causa para el año 2016, fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado, en comparación con el año 2015, donde fue la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con respecto a las urgencias de la Subred Sur para los mismos años. La segunda causa de urgencias en el año 2016 fue la rinofaringitis aguda, en comparación con el año 2015 donde fue el diagnóstico de infección de vías urinarias, sitio no especificado, con respecto a la Subred. La tercera causa de urgencias para los años 2015 y 2016, fue la misma, amigdalitis aguda, no especificada, con respecto a la Subred. La cuarta causa de urgencias en el año 2016 fue la pulpitis, en comparación con el año 2015, donde fue la rinofaringitis aguda, con respecto a la Subred. La quinta causa de urgencias en el año 2016 fue la diarrea y gastroenteritis de presunto origen

infeccioso, comparado con el año 2015 donde fue el lumbago, no especificado, con respecto a la Subred.

Tabla 25. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2015 y 2016

Año	2015			2016		
	Tunjuelito	%	Subred Sur	Tunjuelito	%	Subred Sur
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	811	31,9	2.543	821	43,6	1.884
Rinofaringitis Aguda	554	20,1	2.755	619	32,5	1.905
Amigdalitis Aguda; no especificada	707	28,2	2.508	566	38,1	1.487
Pulпитis	*	*	*	459	51,6	890
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	842	36,2	2.326	391	43,3	903
Lumbago no especificado	287	28,2	1.017	294	43,2	681
Gastritis; no especificada	193	28,7	673	281	43,7	643
Bronquiolitis Aguda; no especificada	234	14,6	1.600	254	25,3	1003
Bronquitis Aguda; no especificada	195	38,5	507	200	46,7	428
Amenaza de Aborto	233	33,1	703	169	42,5	398

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

Descripción de la morbilidad por sexo localidad de Tunjuelito, primeras 10 causas

A continuación se presenta una descripción de la morbilidad por sexo, de acuerdo a las primeras 10 causas. La fuente de esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS– de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En la localidad de Tunjuelito, en el sexo hombre, para el año 2016, el primer diagnóstico de consulta, fue caries de la dentina con 5.638 consultas, que representan el 52,5 %, de la

consulta de la Subred (10.733); el segundo diagnóstico fue la rinofaringitis aguda con 1.938 consultas, el 45,3 % de la consulta de la Subred (4.276); el tercer diagnóstico fue los dientes incluidos con 1.867 consultas, el 100 % de la consulta de la Subred (1.867); el cuarto diagnóstico fue la hipertensión esencial primaria con 1.669 consultas, el 31,4 % de la consulta de la Subred (5.313); el quinto diagnóstico fue la pérdida de dientes debida a accidente con 1.245 consultas, el 100 % de la consulta de la Subred (1.245); el sexto diagnóstico fue la hipercolesterolemia pura con 1.156 consultas, el 98,8 % de la consulta de la Subred (1.170); el séptimo diagnóstico fue el lumbago no especificado con 1.088 consultas, el 51,8 % de la consulta de la Subred (2.101); el octavo diagnóstico es la gingivitis crónica con 1.064 consultas, el 53,8 % de la consulta de la Subred (1.979); el noveno diagnóstico es el astigmatismo con 991 consultas, el 73,8 % de la consulta de la Subred (1.342) y el décimo diagnóstico es la parasitosis intestinal con 702 consultas, el 42,5 % de la consulta de la Subred (1.650).

Los diagnósticos que presentan la mayor proporción de consultas, con respecto a la Subred Sur son la pérdida de dientes debida a accidente, los dientes incluidos, la hipercolesterolemia pura, el astigmatismo, la rinofaringitis aguda y la gingivitis crónica, prevaleciendo las enfermedades del aparato estomatognático.

Con relación a las primeras causas de morbilidad de las mujeres, en el año 2016 se identificaron 28.057 mujeres en la localidad, lo cual permitió identificar que la caries de la dentina fue la causa más frecuente con una representación del 49,3 % del total de casos presentados en la Subred Sur, seguido se ubican: hipercolesterolemia pura (99,3 %), hipertensión esencial primaria (27,9 %), rinofaringitis aguda (47,1 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (44,0 %), dientes incluidos (100 %), perdida de dientes debida a accidente; extracción o enfermedad periodontal local (100 %), gingivitis crónica (43,0 %), hipotiroidismo no especificado (47,9 %) y lumbago no especificado (50,1%). Es importante mencionar que el orden descrito de las causas es de acuerdo al orden presentado en la localidad para el año 2016.

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

Respecto a las diez primeras causas de morbilidad, según los momentos de lo curso de vida, en el año 2016 se identificaron 408 niños y niñas menores de un año, siendo la bronquiolitis aguda; no especificada, la causa más frecuente con 22,5 %, seguido se ubican: rinofaringitis aguda (21,1%), otros recién nacidos pretérmino (15,7 %), ictericia neonatal no especifica da (9,3 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (9,1 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (5,9 %), otras deformidades congénitas de la cadera (4,9 %), laringitis obstructiva; aguda - CRUP (4,2 %), otro peso bajo al nacer (4,2 %) y por último sepsis bacteriana del recién nacido (3,2 %). De acuerdo a lo anterior se puede observar que son las enfermedades respiratorias afectan con mayor frecuencia a los menores de un año (56,9 %), en segundo lugar se identifican las enfermedades del sistema gastrointestinal. Al comparar con las primeras diez primeras causas del año 2015 (1.373 niños y niñas) y Subred Sur 2016 (1.218 niños y niñas), se observó que rinofaringitis y bronquiolitis aguda, fueron las patologías que más afectaron a esta población.

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron en los registros de las primeras diez causas 5.594 niños y niñas entre 1 y 5 años, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: rinofaringitis aguda con 36,3 %, caries de la dentina (28,6 %), gingivitis crónica (6,6 %), amigdalitis aguda no especificada (5,2 %), bronquiolitis aguda no especificada (4,7 %), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4,4 %), dermatitis atópica no especificada (4,2 %), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (3,8 %), otitis media no especificada (3,2 %) y por último infección de vías urinarias; sitio no especificado (2,9 %). Teniendo en cuenta lo anterior, las enfermedades respiratorias afectan frecuentemente a esta población (53,3 %), sin embargo en comparación con los menores de un año la afectación ocurre en una menor proporción; es importante mencionar que en este curso de vida se observa que un porcentaje importante de niños presentaron caries de la dentina. En relación al año 2015 en la localidad (5.344 niños y niñas) y al año 2016 en la subred (12.808 niños y niñas), se observó que coinciden las diez primeras causas, es importante aclarar que en orden diferente.

En el momento de curso de vida infancia escolar, se contó con información de 6.039 niños y niñas entre 6 y 11 años, permitiendo identificar que la caries de la dentina, fue la causa más

frecuente con 28,7 %, seguido se están: dientes incluidos (26,6 %), rinofaringitis aguda (11,4 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (8,3 %), astigmatismo (6,3 %), gingivitis crónica (4,9 %), dermatitis atópica no especificada (4,0 %), rinitis alergia no especificada (3,3 %), amigdalitis aguda no especificada (3,2 %) y por último otras rinitis alérgicas (3,1 %). Por lo anterior se puede inferir que el 55,4 %, es decir casi la mitad de los niños del curso en mención, identificados dentro de las primeras diez causas, presentaron patologías relacionadas con la cavidad bucal (caries y dientes incluidos), siendo estas enfermedades las que más afectan a este curso de vida, seguido están las enfermedades respiratorias (19,5 %) y las enfermedades gastrointestinales (8,3 %). En el análisis comparativo entre la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016 se observó que la caries ocupó el primer lugar para la localidad en el año 2016 y en la Subred Sur en el mismo año, para el año 2015 en la localidad ocupaba el segundo lugar.

En relación al momento de curso de vida adolescencia, 4.250 adolescentes, siendo la caries de la dentina, la causa más frecuente con 30,9 %, seguido se ubican: dientes incluidos (23,3 %), gingivitis crónica (10,2 %), astigmatismo (7,3 %), rinofaringitis aguda (6,8 %), parasitosis intestinal sin otra especificación (6,4 %), infección de vías urinarias sitio no especificado 4,5 %), dolor en articulación (3,8 %), dermatitis atópica no especificada (3,6 %) y por último acné no especificado (3,1 %). Con relación a lo anterior descrito se observa que los problemas de la cavidad bucal afectan la mayoría la población de este curso de vida (64,5 %). Al comparar con la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016 se observó que la caries ocupó el primer o segundo lugar, es importante mencionar que existen coincidencias en la mayoría de los primeros diez diagnósticos, siendo las afecciones de la cavidad oral las que más afectan este curso de vida.

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron 7.527 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en consulta externa, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: caries de la dentina (37,6 %), seguido se ubican: dientes incluidos (10,5 %), astigmatismo (8,5 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (8,5 %), gingivitis crónica (7,9 %), lumbago no especificado (7,0 %), gastritis no especificada (4,9 %), vaginitis aguda (4,9 %) y por último diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (4,6 %). En

el análisis comparativo con el año 2015, 2016 y Subred Sur 2016 se evidencio que es la caries la patología más frecuente.

En el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 17.204 adultos, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida son: caries de la dentina(31,4 %), perdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local (12,6 %), hipertensión esencial primaria (10,7 %), lumbago no especificado (9, 7 %), hipotiroidismo no especificado (6,7 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (6,6 %), dolor en articulación (6,3 %), hiperlipidemia mixta (5,7 %), gingivitis crónica (5,6 %) y gastritis no especificada (4,9 %). Al comparar el año 2016 con el año 2015 en la localidad existen diferencias en las primeras diez causas debido a que en el año 2015 se presentaron diagnósticos de astigmatismo, presbicia, rinofaringitis, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y en el año 2016 estas patologías no se encontraron dentro de las primeras causas del 2016; respecto al comportamiento de la Subred Sur, se observó similitud entre los diagnósticos del año 2016 y la Subred.

Para el momento de curso de vida vejez, se observó 7.230 personas mayores, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (36,6 %), caries de la dentina (9,6 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (9,0 %), hiperlipidemia mixta (7,5 %), diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (7,5 %), hipotiroidismo no especificado (7,4 %), infección de vías urinarias sitio no especificado (5,8 %), lumbago no especificado (5,6 %) y por último dolor en articulación (5, 1 %). Al comparar con el año 2015, 2016 en la localidad y Subred 2016, se observó que dentro de las diez primeras causas coincidencias en los diagnósticos mencionados para el año 2016, en este curso de vida, a excepción de hiperplasia de la próstata y enfermedad renal crónica que se presentó en la Subred Sur en el año 2016.

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

La información descrita en este apartado da a conocer la morbilidad de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las

instituciones de la localidad, de acuerdo a agrupación de causas por lista 6/67 por servicio de atención, sexo y momentos de curso de vida en comparación a la Subred Sur Integrada de Servicios de Salud. La fuente de información son los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de los años 2012 a 2016.

Consulta externa

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

Tabla 26. Proporción de grandes causas de morbilidad, por servicio de consultas según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016

Consultas	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	1.332	70,8	1.882	761	56,5	1.346	811	45	1.802	366	50,3	728	198	40,5	489
Cáncer	3.108	50,8	6.121	1.781	53,1	3.351	3.100	39,8	7.794	1.299	31,4	4.136	966	40,1	2.411
Causas externas	137	49,3	278	143	63,3	226	398	60,3	660	188	41	459	76	42,9	177
Enfermedades Cardiovasculares	15.170	33,2	45.704	11.682	46,4	25.188	17.054	32,5	52.502	11.672	30,2	38.646	6.895	34,7	19.851
Enfermedades transmisibles	20.490	32,7	62.573	12.427	44,8	27.754	21.542	32,4	66.480	14.784	34,2	43.187	11.424	47,4	24.126
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	50.517	27,0	187.360	37.782	35,2	107.331	56.768	23,7	239.233	44.056	25,8	170.616	32.211	30,2	106.613
Todas las demás enfermedades	107.715	36,0	299.156	69.893	44,3	157.902	135.087	36,4	371.284	86.832	33,2	261.405	82.191	51,5	159.711

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

Por otro lado se observa que con respecto a las causas de morbilidad atendidas por la Subred Sur, en el servicio de consulta, en las USS de la localidad de Tunjuelito, se atienden los porcentajes más altos de las afecciones originadas en el período perinatal durante los años 2012 a 2016, con respecto a la Subred Sur, con un comportamiento cronológico de la siguiente forma: 2012: 70.8 % (n=1.332), 2013: 56.5 % (n=761), 2014: 45.0 % (n=811), 2015: 50.3 % (n=366) y 2016: 40.5 % (n=198).

La segunda causa de consulta que más atiende las USS de la localidad de Tunjuelito, son las causas externas durante los años 2012 a 2016, con respecto a la Subred Sur, con un comportamiento cronológico de la siguiente forma: 2012: 49.3 % (n=137), 2013: 63.3 % (n=143), 2014: 60.3 % (n=398), 2015: 41 % (n=188) y 2016: 42.9 % (n=76).

La tercera causa de consulta que más atiende las USS de la localidad de Tunjuelito, es el cáncer durante los años 2012 a 2016, con respecto a la Subred Sur, con un comportamiento cronológico de la siguiente forma: 2012: 50.8 % (n=3.108), 2013: 53.1 % (n=1.781), 2014: 39.8 % (n=3.100), 2015: 31.4 % (n=1.299) y 2016: 40.1 % (n=966).

Hospitalizaciones

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de hospitalizaciones, en la localidad de Tunjuelito, son todas las demás enfermedades, la segunda causa, son las enfermedades y la tercera causa, en el año 2012 y 2014 se observan las enfermedades cardiovasculares, para los años 2013, 2015 y 2016, se observan los síntomas, signos y afecciones mal definidas.

Tabla 27. Proporción de grandes causas de morbilidad, por servicio de hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016

Según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016															
Hospitalizaciones	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016

Afecciones originadas en período perinatal	580	52,5	1.104	257	39,5	650	306	38,7	790	164	48	342	107	50	214
Cáncer	439	67,5	650	219	57	384	468	73,7	635	91	61,9	147	43	61,4	70
Causas externas	18	36,7	49	5	12,8	39	6	26,1	23	8	34,8	23	6	30	20
Enfermedades Cardiovasculares	726	40,2	1.804	401	45,6	880	802	54,1	1.482	219	43,1	508	119	55,1	216
Enfermedades transmisibles	1.293	32,5	3.984	714	29,1	2.456	1.071	32,1	3.332	438	26,4	1.661	316	33	959
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	484	47,9	1.011	468	41,1	1.138	644	21,7	2.968	419	39,4	1.064	223	34,9	639
Todas las demás enfermedades	9.381	43,5	21.576	4911	37,3	13.177	7598	42,5	17.877	2.706	31,9	8.475	2.122	43,3	4.904

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

Adicionalmente, se observa que con respecto a las causas de morbilidad atendidas por la Subred Sur, en el servicio de hospitalización, en las USS de la localidad de Tunjuelito, se atienden los porcentajes más altos de cáncer, durante los años 2012 a 2016, con respecto a la Subred Sur, con un comportamiento cronológico de la siguiente forma: 2012: 67.5 % (n=439), 2013: 57 % (n=219), 2014: 73.7 % (n=468), 2015: 61.9 % (n=91) y 2016: 61.4 % (n=43), explicado por la presencia en la localidad de la USS Tunal.

La segunda causa de consulta que más atiende la USS de la localidad de Tunjuelito, son las afecciones originadas en período perinatal, durante los años 2012 a 2016, con respecto a la Subred Sur, con un comportamiento cronológico de la siguiente forma: 2012: 52.5 % (n=580), 2013: 39.5 % (n=257), 2014: 38.7 % (n=306), 2015: 48 % (n=164) y 2016: 50 % (n=107).

Urgencias

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

Tabla 28. Proporción de grandes causas de morbilidad, por servicio de urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, 2012 a 2016

Urgencias	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	1.088	80,2	1.356	564	73,8	764	554	75,2	737	95	45,9	207	37	41,6	89
Cáncer	254	68,5	371	135	58,2	232	180	56,1	321	140	70,7	198	97	71,9	135
Causas externas	151	55,7	271	90	45,7	197	184	56,3	327	118	32,7	361	96	41,7	230
Enfermedades Cardiovasculares	1.342	37,7	3.563	777	40,3	1.928	1.386	39,6	3.496	597	32,4	1.843	300	34,9	859
Enfermedades transmisibles	7.874	32,9	23.911	5.741	34,4	16.694	5.128	22,3	23.040	3.510	24,7	14.224	3.249	35,5	9.151
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	14.127	42,6	33.185	12.637	53,1	23.811	13.501	43,4	31.097	4.952	32,6	15.200	4.265	37,7	11.312
Todas las demás enfermedades	26.031	38,1	68.255	18.695	41,6	44.953	22.049	32,9	66.942	11.253	27,7	40.617	11.942	43,4	27.523

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

Con respecto a las causas de morbilidad atendidas por la Subred Sur, en el servicio de urgencias, en las USS de la localidad de Tunjuelito, se atienden los porcentajes más altos de afecciones originadas en el período perinatal, durante los años 2012 a 2016, con respecto a la Subred Sur, con un comportamiento cronológico de la siguiente forma: 2012: 80.2 % (n=1.088), 2013: 73.8 % (n=564), 2014: 75.2 % (n=554), 2015: 45.9 % (n=95) y 2016: 41.6 % (n=37), explicado por la presencia en la localidad de la USS Tunal.

Descripción de la morbilidad por sexo, según agrupación 6/67, localidad de Tunjuelito

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de consulta, en la localidad de Tunjuelito, en el sexo hombre, son todas las demás enfermedades, la segunda

causa son síntomas, signos y afecciones mal definidas y la tercera causa son las enfermedades transmisibles.

Tabla 29. Proporción grandes causas de morbilidad, por sexo hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, 2012 a 2016

agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, 2012 a 2016															
Hombre	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	963	66	1458	521	49,6	1.051	555	44,3	1.252	211	43,7	483	113	37,3	303
Cáncer	837	52,1	1.605	597	56,2	1.063	922	41,6	2.219	374	31,6	1.184	277	39,9	695
Causas externas	121	48,2	251	97	48,5	200	190	49,1	387	117	33,7	347	72	40,4	178
Enfermedades Cardiovasculares	5637	35,8	15.742	4.416	48,4	9121	6.702	35,5	18.853	4.241	31,9	13.276	2632	36,3	7.259
Enfermedades transmisibles	12.472	33,6	37.166	8.373	41,9	19.986	12.135	31,4	38.694	7.633	31,6	24.136	6170	43,7	14.104
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	21.476	29,9	71.825	17.728	40,8	43.477	25.554	27,6	92741	16.975	27,2	62.470	10947	28	39.035
Todas las demás enfermedades	46.957	35,6	131.804	32.696	43,3	75.452	60.383	36,2	166.852	38.118	33,2	114.755	35.255	50,4	69.944

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

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

Tabla 30. Proporción de grandes causas de morbilidad, por sexo mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, 2012 a 2016

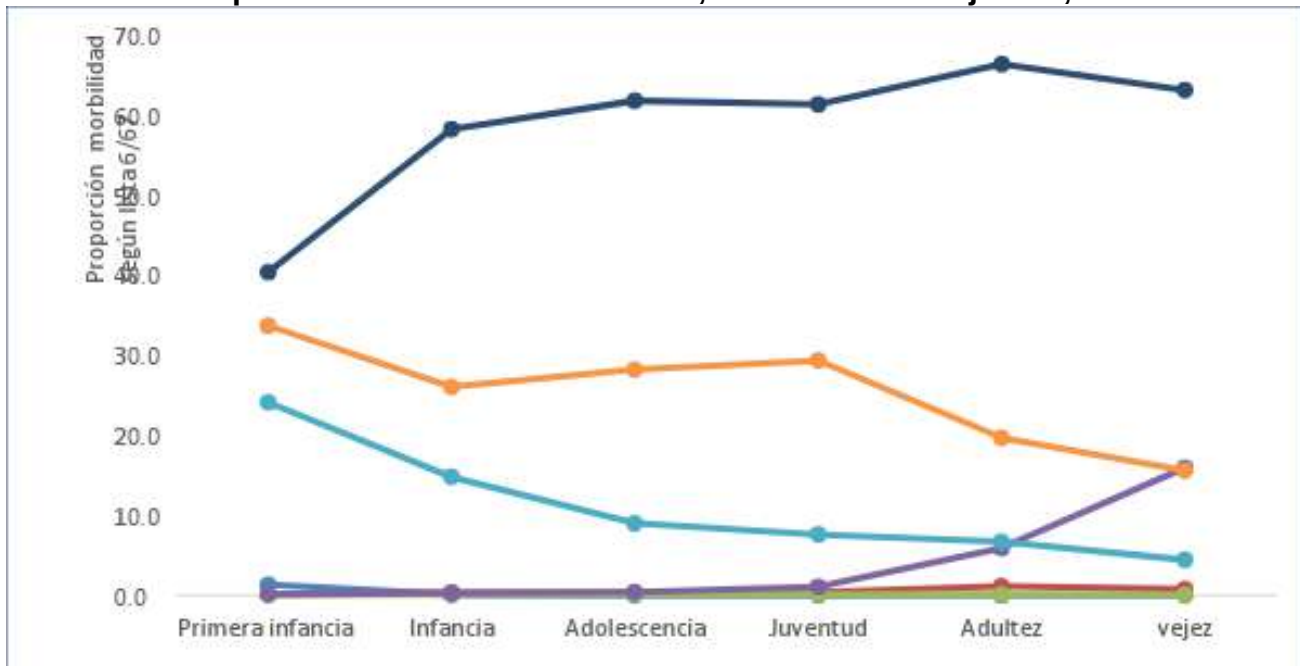
agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, 2012 a 2016															
Mujer	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelito		Subred Sur	Tunjuelit o	Subred Sur	
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	1.156	73,1	1.581	598	60,6	986	657	49,5	1.327	215	48,2	446	115	42,9	268
Cáncer	2.529	51,0	4.961	1.396	52,2	2.675	2.520	41,3	6.101	987	32,1	3.077	747	41,3	1.809
Causas externas	148	55,2	268	128	63,4	202	382	66,9	571	164	38,1	430	93	44,1	211
Enfermedades Cardiovasculares	10.461	32,4	32.284	8.014	45,3	17.673	11.869	32,8	36.176	7.744	29,5	26.281	4.484	33,5	13.388
Enfermedades transmisibles	14.775	32,6	45.273	9.561	41,7	22.942	14.623	30,5	48.005	9.994	32,1	31.169	8.171	44,6	18.303
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	37.612	27,7	135.930	27.910	35,2	79.268	39.701	23,8	166.550	30.602	25,8	118.703	24.794	32,4	76.446
Todas las demás enfermedades	75.203	35,9	209.402	49.792	43,2	115.226	89.310	36,2	247.029	55.501	32,2	172.622	55.721	50,1	111.199

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

Descripción de la morbilidad por momento de curso de vida, según agrupación 6/67, localidad de Tunjuelito

Respecto a los momentos de curso de vida, se observó que el 31,6 % de las personas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad pertenecían al curso adultez (29 a 59 años); 13,3 % a la primera infancia (0 a 5 años), 14,8 % juventud (18 a 28 años); 8,0 % infancia (6 a 11 años); 11,6 % vejez (60 y más años) y 7,3 % eran adolescentes (12 a 17 años).

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



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

En la Figura 11. Proporción de grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad de Tunjuelito, 2016 se observa que las enfermedades transmisibles están presentes en todos los momentos de curso de vida, afectando con mayor frecuencia la primera infancia, se evidencia que con el aumento de la edad este evento va disminuyendo; en relación al grupo de enfermedades cardiovasculares la mayor proporción ocurrió en la vejez y en segundo lugar en adultez; para el grupo de causas externas se identificó que los momentos de infancia y juventud fueron los más afectados; respecto a las neoplasias (cáncer) se observó que las enfermedades relacionadas con este grupo afectan en mayor proporción la vejez y la juventud; en el grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal los cursos de vida afectados fueron primera infancia e infancia.

A continuación se describe el comportamiento de la morbilidad de la población atendida en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad, según la agrupación de la lista 6/67, los momentos de curso de vida, comparado con la Subred Sur, en el periodo 2012 a 2016:

Tabla 31. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67		Tunjuelito					Subred Sur				
		2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	Afecciones originadas en periodo perinatal	15,0	12,3	11,1	7,5	18,7	8,5	8,6	7,8	4,4	11,5
	Cáncer	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
	Causa externas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Enfermedades Cardiovasculares	0,3	0,0	0,1	0,1	0,5	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
	Enfermedades transmisibles	28,0	26,6	23,3	20,5	25,4	30,4	28,4	24,2	24,1	33,7
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	27,4	38,7	44,1	52,2	25,6	34,7	37,1	47,3	52,0	30,6
	Todas las demás enfermedades	29,0	22,1	21,3	19,7	29,7	26,0	25,5	20,4	19,2	24,0
De 1 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,6	0,8	0,8	0,1	0,4	0,2	0,4	0,3	0,1	0,4
	Cáncer	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
	Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades transmisibles	26,8	25,0	22,4	19,9	24,1	24,8	24,4	21,8	19,5	21,4
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	35,3	42,2	39,9	44,8	34,2	40,9	41,7	44,2	47,2	45,2
	Todas las demás enfermedades	36,7	31,5	36,4	34,8	41,0	33,5	33,0	33,3	32,9	32,6
De 0 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	4,6	3,6	2,9	1,6	1,3	2,2	2,5	1,8	0,9	1,1
	Cáncer	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades transmisibles	27,2	25,4	22,6	20,0	24,1	26,1	25,4	22,3	20,3	22,2
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	33,0	41,3	40,8	46,3	33,7	39,5	40,6	44,8	48,0	44,3
	Todas las demás enfermedades	34,5	29,2	33,3	31,9	40,4	31,8	31,1	30,7	30,4	32,1

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

Para el momento de curso de vida primera infancia, se identificó que 151.598 niños y niñas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud (USS) que están ubicadas en la

localidad, en el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban Síntomas, signos y afecciones mal definidas, en segundo lugar, se ubica el grupo de todas las demás enfermedades, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las afecciones originadas en el periodo perinatal, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las causas externas.

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

Tabla 32. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, Subred Sur, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Tunjuelito					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Cáncer	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
Causa externas	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Enfermedades Cardiovasculares	0,7	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2
Enfermedades transmisibles	19,3	17,2	13,7	12,1	14,8	17,0	15,6	14,3	12,3	13,8
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	32,6	35,6	30,9	33,0	26,1	35,7	36,8	36,5	36,5	38,0
Todas las demás enfermedades	47,0	46,4	54,4	54,1	58,3	46,5	46,9	48,5	50,6	47,3

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

Para el momento de curso de vida infancia, se identificó que 91.401 niños y niñas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad, según

la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, causas externas, cáncer y las afecciones originadas en el periodo perinatal. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

En el comportamiento de las enfermedades transmisibles, causas externas y enfermedades cardiovasculares, se observa que la tendencia de la localidad es similar a la Subred Sur.

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

Causas según agrupación 6/67	Tunjuelito					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,6	0,5	0,6	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4
Causa externas	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Enfermedades Cardiovasculares	1,1	0,5	0,7	0,5	0,4	0,9	0,6	0,6	0,5	0,4
Enfermedades transmisibles	11,2	9,6	8,2	8,2	9,0	11,4	9,6	9,4	8,6	8,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	29,5	33,0	27,8	32,3	28,2	34,0	36,5	36,1	36,5	37,4
Todas las demás enfermedades	57,1	56,2	62,2	58,4	61,8	53,1	52,6	53,2	53,9	53,0

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

Respecto al momento de curso de vida primera adolescencia, se identificó que 83.500, la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades relacionadas con todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica el grupo Síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las

enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las causas externas y afecciones originadas en el periodo perinatal. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 34. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Tunjuelito					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,4	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Cáncer	0,9	0,7	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4
Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	1,6	1,4	1,4	1,0	1,1	1,5	1,2	1,1	0,9	1,1
Enfermedades transmisibles	9,7	9,0	9,5	10,2	7,6	8,4	7,3	8,0	7,8	6,7
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	28,1	29,3	25,3	30,3	29,4	35,0	36,7	36,0	37,0	38,1
Todas las demás enfermedades	59,1	59,3	62,9	57,8	61,4	54,3	54,1	54,2	53,5	53,5

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

Con relación al momento de curso de vida juventud, se identificó que 169.095 jóvenes, según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, causas externas, cáncer y las afecciones originadas en el periodo perinatal.

En el análisis del comportamiento de la morbilidad el período evaluado en relación a la Subred Sur, se observa un comportamiento similar para las enfermedades cardiovasculares, transmisibles, cáncer, causas externas y las afecciones del período perinatal. Para el grupo de todas las enfermedades la tendencia de la proporción de los casos es mayor en la

localidad, en relación a los síntomas, signos y afecciones mal definidas la tendencia es menor para la localidad.

Tabla 35. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Tunjuelito					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	2,5	2,1	2,2	1,4	1,2	1,8	1,7	1,8	1,4	1,2
Causa externas	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	8,5	9,1	8,2	8,2	5,9	9,3	8,4	8,1	8,2	7,1
Enfermedades transmisibles	7,6	7,1	7,2	8,2	6,7	7,6	6,5	7,5	7,2	6,0
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	21,9	22,6	19,2	21,1	19,7	24,6	26,1	25,4	25,0	27,2
Todas las demás enfermedades	59,2	58,9	63,0	60,9	66,4	56,7	57,0	57,1	58,0	58,2

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

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron 360287 adultos atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. La mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades cardiovasculares, seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Tabla 36. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad de Tunjuelito, 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Tunjuelito					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	2,0	2,0	1,9	0,9	0,8	1,3	1,6	1,4	0,9	0,8
Causa externas	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	25,2	29,0	26,0	31,6	16,0	29,2	29,7	29,5	32,7	20,8
Enfermedades transmisibles	3,7	3,3	3,3	4,4	4,4	5,1	3,9	4,7	4,9	4,5
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	17,1	18,4	14,5	13,3	15,6	17,3	18,0	17,1	16,1	22,8
Todas las demás enfermedades	51,8	47,0	54,1	49,7	63,2	47,0	46,7	47,2	45,4	51,0

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

En el momento de curso de vida vejez, para período de 2012 a 2016 se identificó que 132.662 adultos, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades cardiovasculares, seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos.

Al comparar el comportamiento de la morbilidad en relación a la Subred Sur, se observa un comportamiento similar para las enfermedades cardiovasculares, transmisibles, cáncer, causas externas y las afecciones del período perinatal. Para el grupo de todas las enfermedades la tendencia de la proporción de los casos es mayor en la localidad.

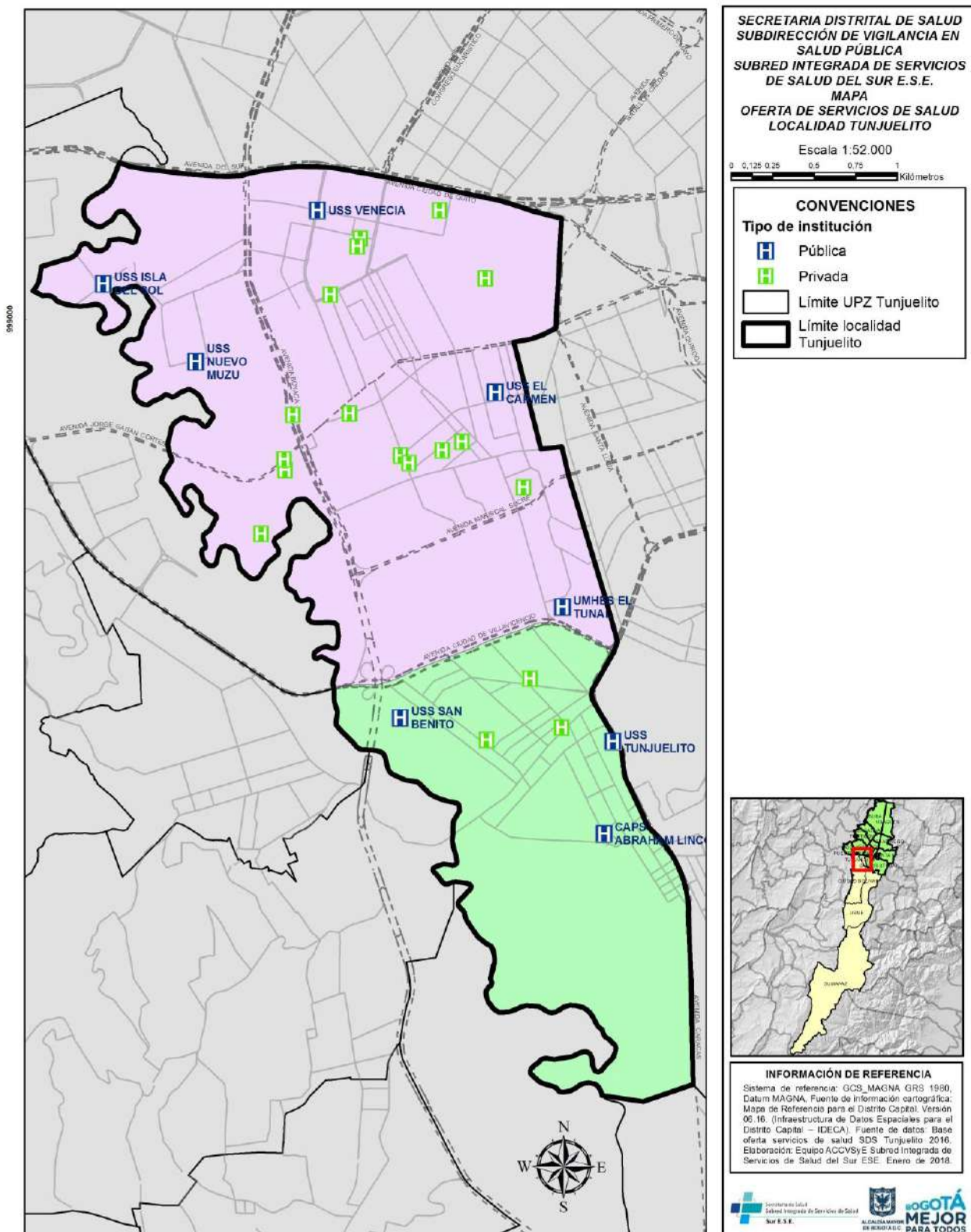
3.2.3. Descripción de la oferta

La localidad de Tunjuelito cuenta con 29 centros de atención en salud (ver Mapa 7. Descripción de la oferta), de las cuales el 69,0 % (n=20) son de tipo privado y el 31,0 % (n=9) corresponde a Unidades de Servicios de Salud de la red pública. Del total de centros de

atención en salud de la localidad de Tunjuelito el 79,3 % (n=23) se concentra en la UPZ Venecia y el 20,7 % (n=6) en la UPZ Tunjuelito.

Los centros de atención en salud de la red pública del Distrito cubren cada UPZ del territorio de la localidad, concentrando en la UPZ Venecia el 66,7 % (n=6) de los centros de atención; las instituciones de tipo privadas se concentran geográficamente también en la UPZ Venecia, con el 85,0 % (n=17). La población de la localidad de Tunjuelito dispone de la UMHES Meissen, de la localidad de Ciudad Bolívar para la atención en salud de alta complejidad, junto con la UMHES El Tunal, ambos perteneciente a la Subred Sur ESE, lo que garantiza el acceso y la atención en salud; adicional, en la localidad de Tunjuelito no hacen presencia las EAPB del régimen contributivo, por lo que la población perteneciente a este régimen debe desplazarse fuera de la localidad para el acceso a los servicios de salud, utilizando para la movilidad la Avenida Caracas, la Avenida Boyacá y la avenida Mariscal Sucre.

Mapa 7. Descripción de la oferta, localidad Tunjuelito



Fuente. Base oferta servicios de salud SDS Tunjuelito 2016.

3.3 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

3.3.1 Eventos individuales de interés en Salud Pública SIVIGILA

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

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

Tabla 37. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	65.001	58,7	10.282	54,4	5.523	51,0	3.276	60,0	1.465	57,2	18	48,6
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	12.056	10,9	1.855	9,8	938	8,7	569	10,4	341	13,3	7	18,9
Convivencia Social y Salud Mental	19.147	17,3	4.756	25,2	3.342	30,8	1.021	18,7	393	15,3	0	0
Salud Ambiental	7.901	7,1	721	3,8	316	2,9	193	3,5	200	7,8	12	32,4
Seguridad Alimentaria y Nutricional	5.011	4,5	1.027	5,4	593	5,5	302	5,5	132	5,2	0	0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1.558	1,4	260	1,4	128	1,2	102	1,9	30	1,2	0	0
Total	110.674	100	18.901	100	10.840	100	5.463	100	2.561	100	37	100

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

Específicamente en la Subred Sur, se cuenta con información de 50 eventos de interés en salud pública, para un total de 18.901 casos registrados, lo que representa un 17.07 % de la notificación del distrito. Al observar el comportamiento puntual de la localidad de Tunjuelito, se cuenta con 2.561 registros, distribuido en 32 eventos, lo que representa un 2.31 % de la notificación del distrito y un 13.55 % de la Subred Sur.

La principal diferencia evidenciada entre el comportamiento de la localidad de Tunjuelito y el distrito se observa en la dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos (Hepatitis, Sífilis, morbilidad materna extrema, mortalidad materno perinatal, entre otras), donde la localidad cuenta con una leve diferencia el peso porcentual, hecho relacionado posiblemente con una población más adulta en la localidad, asociado a los eventos de dicha dimensión, además de unas condiciones socioculturales levemente más favorables en contraste con las restantes localidades de la Subred Sur.

Al realizar la comparación con la Subred Sur se observa una situación similar con un mayor peso porcentual de casos relacionados con la dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, relacionado a un marcado menor peso porcentual los eventos de la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (Consumo de SPA, Intenso Suicida, Lesiones de causa externa, lesiones por artefactos explosivos y violencia de género), relacionado posiblemente con las razones expuestas previamente, sumado a mejores ofertas en transporte público, menores índices de delincuencia y mayor oferta para el manejo del tiempo libre,

Tabla 38. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Tunjuelito, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos por dimensión del PDSP 2012 - 2021					
	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Convivencia Social y Salud Mental	Salud Ambiental	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Vida saludable y Condiciones No Transmisibles
Frente al distrito	2,25	2,83	2,05	2,53	2,63	1,93
UPZ Tunjuelito frente a la localidad	29,62	25,22	0,00	37,00	32,58	26,67

UPZ Venecia frente a la localidad	70,38	74,78	0,00	63,00	67,42	66,67
Casos sin UPZ frente a la localidad	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	6,67

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

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

3.3.2 Vida Saludable y enfermedades transmisibles

En dicha dimensión se incluyen desde el nivel central 49 eventos, de los cuales el distrito no presenta eventos en 12, por su parte de localidad de Tunjuelito aporta información en 23 de ellos, donde se destacan eventos trasmisibles como: Sarampión, Rubeola, Tuberculosis, Hepatitis A, Meningitis, Varicela, Parotiditis; eventos respiratorios como: Tos Ferina, ESI-IRAG, IRAG Inusitado; eventos zoonoticos como: Vigilancia Integrada de Rabia Humana y Leptospirosis, otros transmitidos por vectores como: Dengue, Malaria, Chagas, Leishmaniasis, Zika, Chikungunya; así como mortalidades relacionadas con IRA; como algunos de los eventos más destacados.

La localidad de Tunjuelito aporta al distrito con relación a esta dimensión un 2.25 %, así como el 14.25 % a la Subred Sur, en cuanto a la distribución por UPZ se observa una distribución relativamente normal teniendo en cuanto la población residente en sus dos UPZ, hecho que se evidencia en la mayoría de dimensiones analizadas.

Los eventos que presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos general del 2.25 % son: la Mortalidad por IRA, con un 5 % y la Enfermedad Diarreica Aguda con un 10 %. Dichos eventos pueden estar relacionados con factores ambientales y socioculturales como condiciones higiénico sanitarias deficientes, hábitos y acceso a alimentos, nivel educativo, además de difíciles condiciones económicas. En cuanto a la Dengue Grave y la Difteria se cuenta con 1 caso en cada uno, pero debido a los pocos casos distritales el peso porcentual es alto.

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

3.3.3 Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

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

La agrupación de dichos eventos en la localidad de Tunjuelito frente al distrito, aporta el 2.83 % y frente a la Subred Sur el 18.38 %, en cuanto a la distribución por UPZ se observa una distribución normal teniendo en cuanto la población residente en sus UPZ, según las proyecciones poblacionales.

Se cuanta con casos notificados en todos los eventos de esta dimensión, pero ninguno presenta un marcado comportamiento diferencial a la frecuencia general del 2.83 %, con datos entre 2 % y 4 %. En la localidad resalta la ocurrencia de 161 casos de Morbilidad Materna Extrema, 73 de VIH/SIDA y mortalidad por SIDA, 44 casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal.

Se cuenta con 1 caso registrado por Mortalidad Materna el cual posterior a la unidad de análisis distrital, con fin de determinan su condición, se definió que cumplía como mortalidad materna temprana.

Los eventos que se incluyen en la dimensión de salud sexual y reproductiva comparten en mayor o menor medida factores relacionados como el inicio tardío de controles prenatales, problemas de aseguramiento, traslados, tratamiento inadecuado por falta de adherencia, barreras de acceso, baja oferta institucional en salud, en especial en el régimen contributivo y de servicios especializados cercanas a la localidad, dificultades de acceso, largos traslados,

así como las características propias de los residentes de estos sectores como el bajo nivel educativo, las dificultades económicas, prácticas relacionadas con el cuidado de la salud sexual y reproductiva, proyecto de vida y factores familiares como machismo, violencia intrafamiliar, entre otros.

3.3.4 Convivencia social y Salud mental

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

En la localidad la agrupación de estos 5 eventos aporta el 2.05 % de los eventos registrados en el distrito y el 8.26 % de la Subred Sur, este último dato, por debajo de lo esperado, según el cálculo porcentual de la población de la localidad. Con relación a los eventos incluidos en esta dimensión, sobresalen los 104 casos de intento suicida, lo que representa el 3.15 % de los 3.175 casos del distrito. La vigilancia en salud pública de las violencias de género en la localidad de Tunjuelito registra 289 casos de los 15.724 del distrito, lo que representa el 1.84 %.

Lo anterior evidencia nuevamente factores socioculturales y económicos relacionados con estos eventos como la violencia intrafamiliar, las necesidades básicas insatisfechas, pobreza, desempleo, débiles estrategias de afrontamiento y/o resolución de contritos, así como las características propias de la localidad en cuanto violencias, inseguridad, contaminación, insuficiente oferta institucional, de transporte público y de alternativas de manejo del tiempo libre, así como la contaminación, entre otros, que inciden en los niveles de estrés de la población afectado de una u otra manera la ocurrencia de casos.

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

3.3.5 Salud ambiental

La salud ambiental incluye únicamente 2 eventos para registrar, intoxicaciones y enfermedad transmitidas por alimentos, las cuales cuentan con 7901 casos en el distrito, 200 (2.5 %) de ellos, se presentaron en la localidad de Tunjuelito, al compararse con la Subred aporta, el 27.74 % dato levemente superior de lo esperado. En cuanto la distribución por UPZ según datos porcentuales aproximados Venecia y Tunjuelito aporta datos diferentes a lo esperado, teniendo en cuenta la distribución poblacional, observado condiciones desfavorables en Tunjuelito que pueden incidir en este comportamiento como, cercanía con curtiembres, invasión en la ronda del río, inundaciones, cercanía a cementera, entre otras.

Dichos eventos presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos, las intoxicaciones en la localidad de Tunjuelito representan tan solo el 2.05 % (114 eventos) de los 5.555 casos registrados en la ciudad; por su parte las ETA aportan aún menos registros, teniendo en cuenta que de los 2.346 eventos presentados en 2016, tan solo se registran 86 casos (3.67 %) en residentes de la localidad, dato posiblemente relacionado a un subregistro del evento, debido a factores como el desplazamiento de los residentes de la localidad, en especial del régimen contributivo al contar con los centros de salud lejos de su residencia, prefieren no consultar y dar manejo en casa del evento.

3.3.6 Seguridad alimentaria y nutricional

Los eventos relacionados con esta dimensión incluyen Bajo Peso al Nacer, Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años y Mortalidad Por y Asociada a Desnutrición, Dichos eventos registrados en la localidad, aportan el 2.63 % del dato distrital (5.011) con 132 casos, siendo la segunda dimensión con mayor peso de eventos de la localidad de Tunjuelito, hecho relacionado posiblemente a los factores económicos de la zona, más los hábitos alimentarios y socioculturales.

La distribución del evento se observa al interior de las 2 UPZ que la componen se da manera relativamente similar a la distribución población según las proyecciones poblacionales estimadas.

El bajo peso al nacer en el distrito cuenta con 4.258 menores y la localidad aporta el 106 casos, lo que representa un 2.49 %, caso diferente ocurre con la Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años donde la localidad aporta una mayor proporción al registra 26 menores (5.44 %) de los 748 casos en el distrito, este hecho se encuentra posiblemente relacionado con la consulta, sumado a que se trata de un evento relativamente reciente en cuanto su notificación.

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

3.3.7 Vida saludable y condiciones no transmisibles

Los eventos incluidos en esta dimensión son diversos, registrando Cáncer de la Mama y Cuello Uterino, Cáncer en Menores de 18 Años, Enfermedades Huérfanas - Raras y Exposición a Flúor. Dichos eventos aportan 1.558 casos en el distrito, de los cuales 30 residen en la localidad de Tunjuelito, lo que representa un 1.9 %.

El Cáncer en Menores de 18 años presenta 356 eventos en el distrito, de los cuales 11 casos (3.1 %) se presentaron en residentes de la localidad, de estos casos 2 menores fallecen según la base de datos SIVIGILA.

Por otra parte los casos de Cáncer de la Mama y Cuello Uterino y Enfermedades Huérfanas – Raras, a pesar de presentar un comportamiento diferentes, proporcionan un dato similar en cuanto el porcentaje de casos, es decir, de los 819 casos distritales de Cáncer de la mama la localidad aporta 15 casos, y en enfermedades huérfanas de los 86 casos la localidad aporta solamente 2 casos, para un porcentaje 1.8 % y 2.3 % respectivamente; de dichos casos se cuenta con información de 2 fallecimientos, ambos casos por cáncer.

Es importante mencionar que un factor diferenciador en cuanto la efectividad del tratamiento del Cáncer se trata de la detección temprana, hecho que se puede relacionar con la ausencia

de instituciones especializadas en el sector, donde se cuente con personal entrenado y sensibilizado en el tema, sumado a la baja oferta de servicios de salud para el régimen contributivo asociado a largos desplazamientos, hechos que pueden desmotivar el acceso a consultas rutinarias o por sintomatología leve

Por ultimo en cuanto a la Exposición a Flúor, la localidad aporta tan solo 2 casos (0.7 %), de los 297 eventos registrados en la base distrital.

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

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

Tabla 39. Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

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

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

Con relación a los brotes registrados Específicamente en la Subred Sur, se cuenta con información de 4 eventos de interés en salud pública (Brotos de varicela y ETA y morbilidad por IRA y EDA), para un total de 427 casos registrados, lo que representa un 26.47 % de la notificación del distrito. Al observar el comportamiento específico de la localidad de Tunjuelito, se cuenta con 56 registros, lo que representa un 3.47 % de la notificación del distrito y un 13.11 % de la Subred Sur.

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

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos por dimensión del PDSP 2012 - 2021	
	Salud Ambiental (ETA)	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles (Varicela Morbilidad EDA Y IRA)
Frente al distrito	1,96	3,63
UPZ Tunjuelito frente a la localidad	66,67	37,74
UPZ Venecia frente a la localidad	33,33	62,26
Casos sin UPZ frente a la localidad	0	0

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

3.3.9 Salud ambiental

Teniendo en cuenta las dimensiones del PDSP, con relación a Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, se incluye únicamente los brotes de enfermedad transmitida por alimentos (ETA), la localidad de Tunjuelito aporta tan solo 3 brotes, 2 ubicados en la UPZ Tunjuelito y 1 en Venecia, para un 1.30 % de los 153 casos del distrito, hecho relacionado posiblemente al manejo de estos eventos en casa dependiendo de la gravedad de la sintomatología, el desplazamiento a las instituciones de salud, en especial en la población del régimen contributivo que no cuenta con poca oferta de atención en la localidad y dificultades en la configuración de brotes, relacionado con un posible subregistro.

3.3.10 Vida saludable y enfermedades transmisibles

La dimensión de salud ambiental incluye los brotes de Varicela, IRA (Infección Respiratoria Aguda) y EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), registrados de los cuales la localidad de Tunjuelito aporta 53 (3.63 %) de los 1.460 eventos del distrito.

El brote que se presenta con mayor frecuencia es la varicela, de los 1300 casos distritales, 48 pertenecen a la localidad, lo que aporta un 3.7 % del total de casos, los cuales se distribuyen en mayor porcentaje en Venecia, coherente con la distribución poblacional estimada.

En cuanto los brotes de EDA e IRA en el distrito se presentaron 76 y 84 casos, de los cuales Tunjuelito aporta 2 (2.63 %) y 3 (3.57 %) casos respetivamente. Dichos eventos, al igual que varicela, se dan en su mayoría en instituciones educativas, relacionados con debilidad en factores de prevención por parte de padres de familia, hábitos higiénico-sanitarios, además de continuar llevando los menores a las instituciones educativas a pesar del inicio de síntomas y recomendaciones de docentes y otros funcionarios, lo que dificulta romper la cadena de contagio.

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

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

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

Tabla 41. Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA D.C., según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Seguridad alimentaria y nutricional	89.304	36,14	11.655	25,07	4.992	22,27	3.411	23,71	3.208	37,16	44	4,16

Convivencia social y salud mental	89.288	36,13	19.761	42,51	10.802	48,20	6.851	47,63	1.865	21,61	243	22,97
Vida saludable y condiciones no transmisibles	68.525	27,73	15.070	32,42	6.618	29,53	4.122	28,66	3.559	41,23	771	72,87
Total	247.117	100	46.486	100	22.412	100	14.384	100	8.632	100	1.058	100

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

Los eventos de interés registrados en herramientas diferentes al SIVIGILA con relación a evento de seguridad alimentaria y nutricional, salud mental, discapacidad, salud oral y salud laboral, reportan 247.117 registros en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 18.81 % (46.486 casos) corresponden a la Subred Sur. Específicamente la localidad de Tunjuelito aporta 8.632 casos, lo que corresponde al 3.49 % del distrito y al 18.57 % de la Subred Sur.

Tabla 42. Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, localidad de Tunjuelito, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos subsistemas SIVIGILA DC, agrupados por dimensión del PDSP 2012 - 2021		
	Seguridad alimentaria y nutricional SISVAN	Convivencia social y salud mental SIVIM SISVECOS SIVELCE VESPA	Vida saludable y condiciones no transmisibles Discapacidad SISVESO SIVISTRA
Frente al distrito	3,66	2,09	5,19
UPZ Tunjuelito frente a la localidad	16,75	29,81	34,98
UPZ Venecia frente a la localidad	27,57	66,60	55,94
Casos sin UPZ frente a la localidad	55,68	3,59	9,08

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

3.3.12 Seguridad alimentaria y nutricional

En cuanto la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional relacionada con el subsistema SISVAN (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional), se toman los eventos relacionados con la desnutrición y exceso de peso de la información de menores, gestantes y escolares

de 5 a 17 años, así como el bajo peso al nacer, en general dichos eventos aportan el 3.66 % del dato distrital, específicamente la desnutrición y exceso de peso aportan datos cercanos al general con 4.22 % y 3.53 %, en cuanto el bajo peso al nacer la localidad de Tunjuelito aporta el 2.49 % (106 menores) de los 4.258 casos registrados. Lo anterior se relaciona con factores ya mencionados como lo económicos y socioculturales, asociado a deficientes hábitos alimenticio.

Con relación a la distribución de los eventos por las diferentes UPZ, los datos no cuentan con ubicación en el 55.68 %, dificultando la discriminación en las UPZ Tunjuelito y Venecia.

3.3.13 Convivencia social y salud mental

En esta dimensión se incluyen eventos de interés relacionados con violencia, conducta suicida, lesiones de causa externa y consumo de sustancias psicoactivas (SPA), donde se cuenta con 89.288 registros a nivel distrital de los cuales la localidad aporta 1.865 lo que representa 2.08 %, con relación a la Subred Sur, Tunjuelito aporta el 9.43 % de los 19.761 casos registrados.

El subsistema SIVIM (Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual) registra información de violencia sexual, maltrato infantil y violencia intrafamiliar. En primera instancia se puede observar que de los 5.041 casos registrados por violencia sexual, la localidad de Tunjuelito aporta 97 (1.92 %), en cuanto a la Subred Sur (1.237 Casos), el peso porcentual es de 7.84 %.

La violencia intrafamiliar registra 11.123 y el maltrato infantil 14.627 casos en el distrito, de los cuales la localidad de Tunjuelito aporta 189 (1.70 %) y 253 (1.73 %) casos respectivamente. El peso de estos eventos frente a la Subred Sur es levemente mayor en la violencia intrafamiliar, teniendo en cuenta que de los 2.588 aporta el 7.30 %, mientras que de los 3.840 casos el maltrato infantil el peso es de 6.59 %

Lo anterior refleja, al menos en parte, las dificultades que se presentan a nivel intrafamiliar en la comunidad residente en Usme, factores ya mencionados como el hacinamiento, pautas de crianza, nivel educativo, estrategias de afrontamiento, intolerancia, sumado a dificultades

económicas, necesidades básicas insatisfechas, así como factores socioculturales, como machismos, de proyecto de vida, no uso de métodos de regulación de la fecundidad, así como las características de la localidad que pueden incidir en los niveles de estrés, entre otros, se relaciona de una u otra manera con la alta incidencia de este tipo de eventos, problemática que se incrementa al tener en cuenta las dificultades para el acceso a atención psicológica en atención preventiva y resolutive.

La conducta Suicida, la cual es abordada por el subsistema SISVECOS (Sistema de Vigilancia epidemiológica de la Conducta Suicida), registra en la ciudad 11.665 casos de ideación, amenaza e intento suicida, así como el suicidio consumado, la localidad de Tunjuelito aporta 403 casos, lo que representa un 3.45 %, así como el 14.08 % de la Subred Sur.

Según los datos registrados por SISVECOS en la localidad, se registraron 3 (3.30%) de los 91 suicidios consumados de la ciudad, además de un importante peso de la ideación suicida e intento suicida con 3.71 % y 3.07 % respectivamente. Lo anterior refleja las dificultades en cuanto la salud mental en la localidad, además de compartir problemáticas mencionadas anteriormente, se incluyen factores como la falta de oportunidades y el proyecto de vida relacionadas con este evento.

SIVELCE (Sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa), registra las lesiones de causa externa intencionales y no intencionales o accidentales en la ciudad, durante el año 2016 se registraron 44.353 casos de los cuales la localidad de Tunjuelito aporta 889 casos (2.0 %), así como el 9.93 % en la Subred, es importante mencionar que estos eventos se registran en los servicios de urgencias cuando el evento representa un riesgo y requiere algún tipo de asistencia médica.

Las lesiones intencionales, relacionadas principalmente con la riñas y delincuencia común, aportan el 28.37 % (9.801 casos) de la totalidad de las lesiones en la ciudad, lo que evidencia los peligros que enfrenta la localidad relacionado con factores como intolerancia, necesidades básicas insatisfechas, ausencia de proyecto de vida entre otros factores, hecho que preocupa aún más si se tiene en cuenta que la localidad de Tunjuelito registra 168 casos, el 1.71 % del dato distrital y el 6.71 % de la Subred Sur

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

Por último, el sistema relacionado con el registro de personas con uso abusivo de sustancias psicoactivas VESPA (Sistema de vigilancia epidemiológica al consumo de sustancias psicoactivas), registra 2.479 casos en el distrito, de los cuales 34 (1.37 %) residen en la localidad, hecho que posiblemente no refleja la situación real del evento, ya que solo se registra los casos que acceden a una institución de atención especializada en este tipo de eventos.

3.3.14 Vida saludable y condiciones no rasmisibles

Por último, en esta dimensión se incluye el registro de personas con discapacidad, salud oral y laboral, registrando 68.525 casos en el distrito, de los cuales Tunjuelito aporta 3.559 lo que representa el 14.36 % frente al distrito y el 23.61 % en la subred

Con relación al registro de personas con discapacidad, la capital hizo dicho proceso con 17.369 personas, de estas, 655 (3.77 %) residen en la localidad, porcentaje más bajo al visto con relación a la salud oral y salud laboral donde de los 46.747 y 4.409 casos registrados, la localidad aporta el 5.69 % (2.661 casos) y el 5.51 % (243 casos) respectivamente. Al comparar con la Subred se puede observar que para discapacidad el peso es de 19.05 %, en salud oral del 24.76 % y en salud laboral el 27.42 %.

El proceso de registro de personas con discapacidad se realiza en las diferentes localidades a demanda, aunque se cuenta con una meta fija dependiendo la dinámica de la localidad, dicho proceso se realiza mediante la socialización en diferentes espacios de la importancia del registro para conocer la situación actual de esta población, así como los beneficios a los que se puede acceder.

Por su parte la Salud Oral registra información mediante el formato de captura SISVESO (Sistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral), el cual parte de una meta establecida

para las diferentes centros de atención que se ubican en la localidad, con el cual se toma una muestra donde se registren los 6 eventos de interés incluidos en la ficha (Gingivitis, periodontitis, caries cavitacional, lesión mancha blanca, lesión mancha café y fluorosis) con el fin de conocer el comportamiento al interior de las localidades y a nivel distrital,

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

3.3.15 Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la salud pública (EEVV y VCSP)

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

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

Por su parte el proceso de VCSP se asume desde un enfoque epidemiológico crítico comunitario y social, cuyo propósito es identificar situaciones socioculturales, ambientales y económicas en la comunidad, que afectan la salud y que pueden relacionarse con la causa que promueve la aparición de eventos patológicos de interés en salud pública. A través del

reconocimiento de las problemáticas acumuladas y la lectura de las necesidades comunales, se contribuye en la mejora de la respuesta social e institucional a las situaciones que afecten la salud en las localidades, mediante la herramienta de registro EXCEL e informes de donde se consolida el análisis de los eventos.

3.4 Eventos precursores

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

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

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

Tabla 43. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, 2012 - 2016

Diabetes Mellitus	Año	Atenciones	Individuos
No insulino dependiente	2012	222.517	78.642
	2013	189.815	71.030
	2014	219.154	83.388
	2015	138.330	60.513
	2016	124.732	58.173
Total No insulino dependiente		894.548	

Insulinodependiente	2012	120.070	30.866
	2013	113.854	32.122
	2014	152.744	39.212
	2015	97.573	32.231
	2016	97.860	31.802
Total Insulinodependiente		582.101	
Total atenciones		1.476.649	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 45. Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, 2012 - 2016

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

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

Como es de esperarse, teniendo en cuenta las características del evento, en el distrito capital la mayoría de atenciones se dan en adultos mayores de 60 años, seguido por los adultos entre 28 y 59 años, entre ambos grupos de edad aportan el 96.9 %, cabe resaltar el 2 % de atenciones que se dan en jóvenes de 18 a 28 años lo que evidencia una posible la necesidad, de un seguimiento permanente, por gran parte de la vida para esta población, situación similar a la presentada en los menores de edad, a pesar de tener el menor peso porcentual de atenciones.

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

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

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

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

Al analizar el comportamiento puntual de las atenciones realizadas en los centros de atención en salud ubicados en la localidad de Tunjuelito, se puede observar

comportamientos similares a los datos distritales en cuanto su distribución, pero es de aclarar que la información obtenida, teniendo en cuenta que la localidad cuenta con una de las oferta institucional en salud más amplias en el sur de la ciudad, tanto pública como privada sumado a que cerca del 72 % de la población residente en la localidad se encuentra adscrita al régimen contributivo, afecta los datos, reflejado en una alta proporción de atenciones y casos registrados para Tunjuelito del evento de diabetes mellitus, en contraste con otras localidades del sur de la ciudad, en especial teniendo en cuenta la densidad poblacional.

En consecuencia, del 1.476.649 atenciones registradas entre los años 2012 a 2016, la localidad de Tunjuelito cuenta con 33.835 atenciones lo cual aporta tan solo el 2.3 %, de las atenciones del distrito. Los usuarios registrados variaron en los últimos años, iniciando con 3.490, 2.601, 4.505, 2.357 y 2.072 para el año 2016, representando un comportamiento con tendencia a la disminución en los dos últimos años, relacionado posiblemente a cambios en la oferta de servicios.

En cuanto la distribución por sexo, la localidad de Usme muestra una relación similar al dato distrital con dato mayor de atención en mujeres (56.8 %) que en hombres (43.2 %). Igualmente la distribución por momento de curso de vida, refleja que los adultos entre 29 y 59 años con un 46,5 % y los mayores de 60 con un 49,9 % aportan en conjunto el 96.4 % dato muy similar al visto en el distrito aunque difiere en un mayor peso en adultez, lo que reflejaría posiblemente una mayor prevalencia de este evento en este grupo de edad en los residentes de la localidad de Tunjuelito.

Para finalizar las atenciones por los diferentes servicios son prácticamente iguales a las vistas en el distrito con un 92.4 % de atención por consulta externa, un 5.6 % en urgencias y el restante 2.0 % en hospitalización.

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

Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades de morbilidad

¿Cuáles son las principales causas de morbilidad general?

Las principales causas de morbilidad general en la localidad de Tunjuelito para el año 2016 fueron caries de la dentina, hipertensión esencial primaria, dientes incluidos, Rinofaringitis aguda, gingivitis crónica, lumbago no especificado, astigmatismo, infección de vías urinarias, hipotiroidismo y dolor en articulaciones.

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

Para la morbilidad relacionada con salud oral en la localidad de Tunjuelito se identifican barreras de acceso a los servicios de salud, dificultades en la aplicación de la ruta completa de promoción y detección con una mirada integral del servicio generados por no adherencia al tratamiento odontológico; lo cual ha incidido en el ocurrencia de caries en la población. Respecto a los factores de riesgo se encuentran los inadecuados hábitos de higiene en salud oral, la morfología dental, bajo nivel educativo y socioeconómico, medio ambiente inadecuado y servicios sanitarios deficientes.

Las condiciones crónicas presentan una alta prevalencia, principalmente la hipertensión arterial, encontrando factores de riesgo que se encuentran relacionados con inadecuados hábitos de vida, debido a nivel educativo bajo, situación económica de la familia, patrones generacionales, acceso a alimentos, sedentarismo, tabaquismo y consumo de alcohol.

En la localidad de Tunjuelito se encuentran condiciones que pueden aumentar la morbilidad, encontrando contaminación ambiental, en especial la afectación en la calidad del aire relacionada con proliferación de olores ofensivos por curtiembres y pequeñas fábricas que se ubican en la localidad, así como la contaminación por el alto tráfico vehicular de la zona, lo cual ejerce presión sobre las condiciones de salud de la población. Así mismo se identifican aspectos relacionados con las condiciones socioeconómicas de las familias 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 - NBI (la encuesta multipropósito del año 2014 menciona que el 1,5 % de la

población de la localidad se encuentran en hacinamiento, 0,1 % residen en vivienda inadecuada), lo anteriormente descrito afecta de forma directa en la salud de la población.

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

Teniendo en cuenta el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015, se encuentra que en la localidad de Tunjuelito, prevale la alteración en Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como la principal con el 60,6 % (n=5,648) de los registros, le sigue las alteraciones del Sistema Nervioso con 41 % (n=3827), Sistema cardiorrespiratorio y defensas con 39,4 % (n=3674) y Visual con 38,7 % (n=3674). El comportamiento de acuerdo al sexo, se encuentra que las alteraciones de movimiento del cuerpo, alteraciones del sistema nervioso y visual, son más prevalentes en mujeres que en hombres.

La localidad de Tunjuelito aunque no presenta los problemas que tienen las otras localidades, una de las principales dificultades encontradas para las personas con discapacidad está en la baja oferta de unidades de atención en salud especializada, lo que obliga a traslados fuera de la localidad lo que implica gastos, etc.

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

La demanda de servicios de salud de Tunjuelito tiene comportamientos similares a las del distrito ya que el 72 % (136.435 personas afiliadas) de las personas afiliadas se encuentra en el régimen contributivo, frente al 19,9 % (37.757) del Régimen Subsidiado, el 3,5 % (6.633) de los afiliados al Régimen de Excepción y SISBEN no afiliados distribuidos en 0,8 % (2.678) de potenciales beneficiarios y el 0,1 % (280) de no afiliables al régimen subsidiado. Esto indica que el grueso de la población consulta o asiste a los servicios de salud proporcionados por las EPS del régimen contributivo quien tiene convenios y sedes en la localidad, ubicadas principalmente en el barrio Venecia.

Similar a otros casos de la Subred, el acceso a los servicios de alta complejidad y especialistas se encuentra en otras partes de la ciudad (primordialmente hacia Norte de la misma) principalmente para la población afiliada al régimen contributivo.

Por parte de la población subsidiada, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur proporciona servicios de baja, media y alta complejidad, en la que se hace promoción y prevención de enfermedades para todas las etapas del ciclo vital. Cuenta con espacios especializados como la USS San Benito en salud mental o la USS Tunal que proporciona servicios de media y alta complejidad.

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

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

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

En el segundo momento se conformó la mesa de poblaciones diferenciales conformada por profesionales de gobernanza 1y 2, programas y representantes de espacios de vida cotidiana (Trabajo, Familiar, Educativo y Espacio Público), vigilancia en salud pública (referentes

Discapacidad); la cual tuvo como objetivo recabar y analizar información respecto a las poblaciones objetivo. Esta se desarrolló con frecuencia mensual y una metodología lúdica-pedagógica que aporte en la construcción de cada uno de los capítulos del documento.

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

4. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES

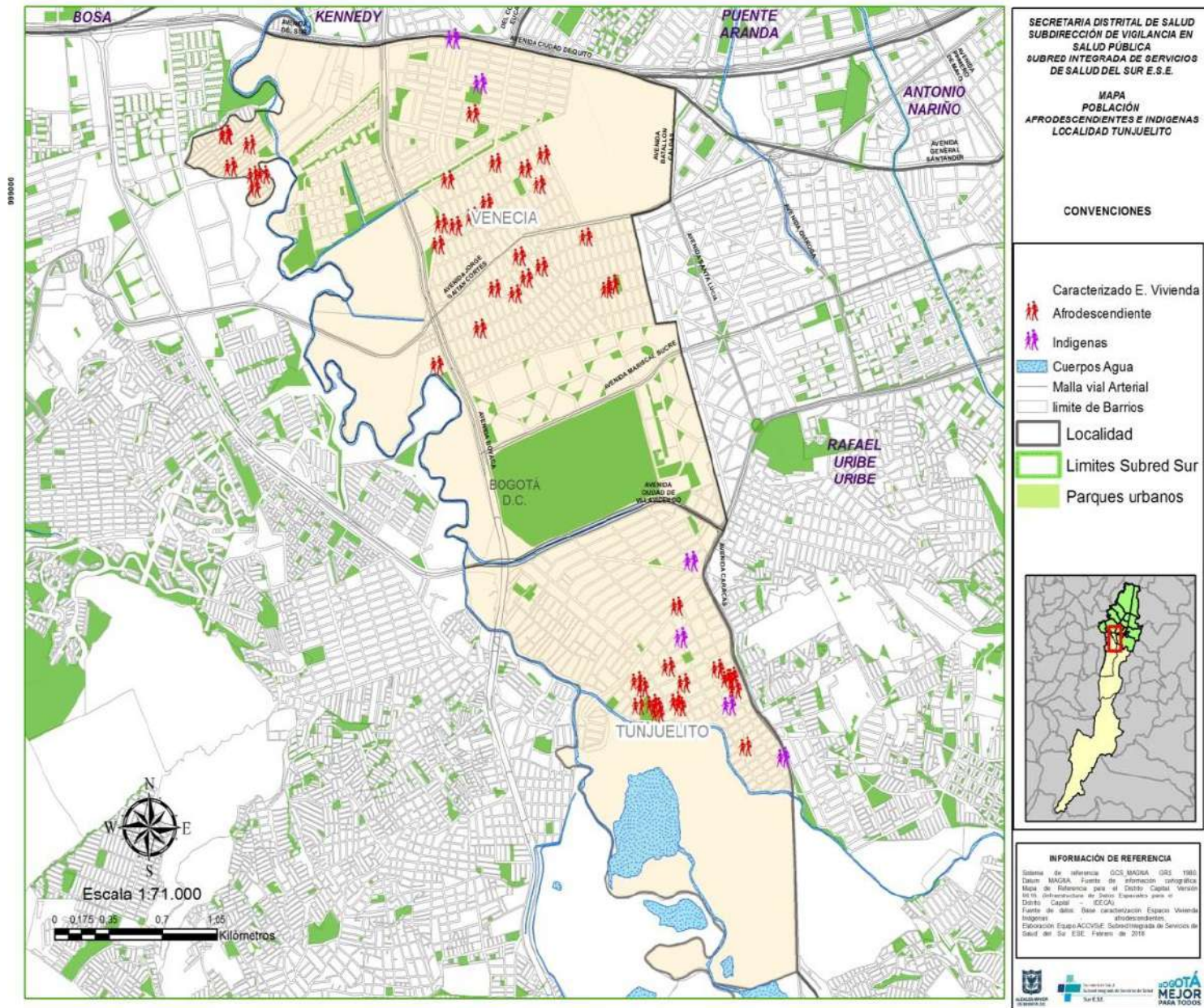
4.1. POBLACIONES ÉTNICAS

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

4.1.1. Relación territorio poblaciones étnicas (Indígena y afrodescendiente)

El Mapa 8. Poblaciones Afrocolombianas e Indígenas, localidad de Tunjuelito presenta la ubicación de población indígena y afrodescendiente, se construye a través del ejercicio colaborativo con la referente de etnias de Gobernanza 1; quien con el reconcomiendo del territorio da cuenta de la ubicación o presencia de grupos étnicos en la localidad. Las convenciones de color lila representan las comunidades indígenas y las de color rojo a la población afrodescendiente.

Mapa 8. Poblaciones Afrocolombianas e Indígenas, localidad de Tunjuelito



Es preponderante la presencia de las comunidades afrocolombianas en la localidad de Tunjuelito, en tanto que las comunidades indígenas hacen presencia itinerante en la misma. A continuación se describen los grupos mencionados frente a sus condiciones de vida, salud y enfermedad.

Las poblaciones afrocolombianas e indígenas han vivido en las últimas décadas un proceso acelerado de migración hacia centros urbanos como consecuencia del desplazamiento forzado ocasionado principalmente por el enfrentamiento de los grupos ilegales, la expansión de los cultivos ilícitos en las regiones, la escasez de oportunidades laborales y de mejores condiciones económicas y de calidad de vida en sus regiones de origen (20). Ambos son parte de los grupos poblacionales más afectados por el desplazamiento forzado en el país (21), lo que lleva a que la situación en las zonas de asimilación de estas poblaciones se relativamente similar. En la localidad de Tunjuelito estas comunidades se asentaron en toda la localidad.

Tunjuelito se caracteriza por su topografía plana, que facilita el desplazamiento y movilidad de personas en condición de discapacidad, aunque algunos barrios no cuentan con ramplas y andenes que posibilitan la movilidad especialmente para quienes requieren silla de ruedas. La alta presencia de vendedores informales en las zonas comerciales que han invadido el espacio público, también dificulta la movilidad de personas que requieren el uso de muletas o bastones y de las personas con discapacidad visual.

Cuenta con vías principales que atraviesa y colindan la localidad: las avenidas Caracas, Villavicencio, Gaitán Cortés y la Autopista Sur en donde se concentran puntos importantes de contaminación de aire en el barrio Zona Industrial), no presenta zonas montañosas o de relieve y permite cierta facilidad de acceso a otras zonas de la ciudad y a bienes y servicios que la diferencia de otras localidades la Subred Sur.

Hacia al norte de la localidad, en la UPZ Venecia, se ubican estas comunidades en los barrios El Carmen, San Vicente, Fátima, Venecia e Isla del Sol. Aquí se ubica la actividad comercial formal e informal de la localidad (como la zona de bares, moteles, almacenes de cadena, venta de ropa, zapatos y la venta callejera de todo tipo de bienes y servicios y la zona de prostitución de la localidad).

En la parte sur se ubican estas poblaciones en los barrios Abraham Lincoln, Tunjuelito, San Carlos y San Benito localizados en la UPZ Tunjuelito. Esta se caracteriza por su cercanía a zonas de riesgo de inundación dada su proximidad a la cuenca del río Tunjuelo y la quebrada Chiguaza. También en ella se concentran actividades económicas importantes para la generación de empleo como transformación y venta de productos de cuero animal, canteras (el Parque Minero de Cemex, industria de la construcción) y reciclaje.

Las comunidades se ven afectadas por estas actividades debido a la exposición constante a sustancias que generan malos olores en las aguas del río y en el aire. Estas sustancias son derivadas o asociadas a la producción textil del cuero, la acumulación de residuos sólidos en las calles y en la cuenca de río Tunjuelo y por la polución producida por el humo y el vapor de las fábricas de la zona industrial del sector de La Sevillana. Se suma la incipiente proliferación de bodegas de acopio de material recuperado que ha generado que un número importante de personas dedicadas a esta labor se muden a los barrios cercanos a las inmediaciones del río que, además, aporta a la percepción, situaciones de inseguridad, expendio y consumo de SPA en la comunidad en general de la localidad.

4.1.2. Contexto demográfico

Para el año 2005 según el censo general DANE procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007, en la localidad de Tunjuelito se auto reconocieron 2.796 personas con pertenencia étnica, entre las que se destaca el grupo étnico negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente con 86,3 %, seguido de la población indígena 13,2 %; en el menor peso poblacional se ubica la población raizal (San Andrés y Providencia), con 0,5 %.

Tabla 47. Distribución poblacional grupos étnicos, localidad de Tunjuelito, 2005

grupos Étnicos	Bogotá		Tunjuelito	
	personas	%	personas	%
Indígena	15.032	13,3	370	13,2
Rom	523	0,5	0	0
Raizal de San Andrés y Providencia	1.355	1,2	14	0,5

Palenquero	7	0	0	0
Negro (a), mulato, afrocolombiano	96.523	85,1	2.412	86,3
Total	113.440	100	2.796	100

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

Res pecto a las 370 personas con pertenencia étnica indígena, el 52,7 % son hombres y el 47,3 % mujeres. En cuanto a la distribución de población por pueblo indígena para el año 2005, se aprecia que el pueblo Muisca representa el 25,1 % del total de la población Indígena que habita en Tunjuelito, seguido de Coyaima Natagaima con 24,1 % y la agrupación diversos grupos el 29,5 %. De acuerdo a los pueblos indígenas identificados, se observa que en la actualidad algunos pueblos no residen en Tunjuelito, por lo cual se puede inferir que las comunidades indígenas a lo largo del tiempo realizaron procesos migratorios hacia otras localidades.

Tabla 48. Distribución de población étnica indígena por pueblo, localidad de Tunjuelito, 2005.

Código censo 2005	Pueblo indígena	Hombre		Mujer		Total	
		n	%	n	%	n	%
200	COYAIMA NATAGAIMA	52	14,1	37	10,0	89	24,1
470	MUISCA	50	13,5	43	11,6	93	25,1
750	YANACONA	2	0,5	4	1,1	6	1,6
340	INGA		0,0		0,0	0	0,0
500	NASA	12	3,2	13	3,5	25	6,8
350	CAMÉNTSÁ	2	0,5	0	0,0	2	0,5
560	PASTOS	5	1,4	3	0,8	8	2,2
730	UITOTO	4	1,1	6	1,6	10	2,7
720	WAYÚU	9	2,4	5	1,4	14	3,8
40	ARHAUAW	1	0,3	0	0,0	1	0,3
800	SENU	2	0,5	0	0,0	2	0,5
280	EMBERA	1	0,3	1	0,3	2	0,5
290	GUAMBIANO	1	0,3	0	0,0	1	0,3
80	BARI	0	0,0	3	0,8	3	0,8
850	KAMKUAMO	1	0,3	4	1,1	5	1,4
	OTROS GRUPOS	53	14,3	56	15,1	109	29,5
TOTAL		195	52,7	175	47,3	370	100

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

Frente a la población étnica Afrodescendiente para el año 2005, el censo general DANE procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007, identifico en Tunjuelito 2.412 personas, de acuerdo al sexo el 53,3 % son hombres y un 46,7 % mujeres.

4.1.3. Momentos del curso de vida población étnica

La distribución de población étnica de acuerdo al momento del curso de vida residente en Tunjuelito, el mayor peso porcentual se ubica en juventud y adultez (67,3 %), seguido de Infancia y adolescencia (18,6 %) y el 14,1 % agrupa primera infancia y vejez.

Para el grupo étnico Indígenas frente al momento del curso de vida, se observa que la mitad de la población es adulta y el 27,3 % es población Adolescente y joven, en menor proporción se ubican los cursos de vejez y primera infancia. En cuanto al sexo y el curso de vida, la distribución es equitativa en hombres y mujeres en infancia y vejez. En primera infancia y Juventud el mayor peso porcentual se encuentra en mujeres y en hombres se concentra en adolescencia y adultez

Tabla 49. Distribución de la población Étnica, localidad de Tunjuelito, 2005

Momentos del curso de vida	Indígena		Afrocolombiano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera infancia (0-5 años)	20	5,4	233	9,7	253	9,1
Infancia (6-11 años)	18	4,9	212	8,8	230	8,3
Adolescencia (12-17 años)	27	7,3	260	10,8	287	10,3
Juventud (18-28 años)	74	20,0	601	24,9	675	24,3
Adultez (29-59 años)	190	51,4	1.008	41,8	1.198	43,1
Vejez (60 años y más)	41	11,1	98	4,1	139	5,0
Total	370	100	2.412	100,0	2.782	100

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

Respecto a la población étnica Afrodescendiente el mayor peso proporcional se ubica en Adultez con 41,8 %, seguido de Juventud con 24,9 %, Adolescencia 10,8 %, Primera infancia 9,7 %, Infancia 8,8 %, y Vejez 4,1 %. Con relación a la distribución porcentual por sexo y el

curso de vida; se observa que en la infancia y adolescencia es equitativa en hombres y mujeres. Mientras que en los momentos del curso de vida en primera infancia, juventud, adultez y vejez la mayor peso porcentual está en hombres respecto a las mujeres.

4.1.4. Nacimientos en poblaciones étnicas- localidad de Tunjuelito

Para el análisis de nacimientos en población étnica, se consultó las bases de nacidos vivos del DANE –RUAF- del sistema de estadísticas vitales de la Secretaría Distrital de Salud del periodo 2014-2016; las categorías de análisis es pertenencia étnica y lugar de residencia.

Entre el periodo 2014-2016 en Tunjuelito se presentaron 8.085 nacimientos, donde el 0,5 % (n=39) se reconocen como población Afrodescendiente y el 0,01 % (1) como población indígena. Frente los nacimientos en población indígena en el año 2014 se presentaron un caso (1) de sexo femenino; perteneciente al régimen subsidiado, perteneciente al pueblo indígena Yucuna. Para los años 2015-2016 los datos no registran nacimientos en población indígena; de acuerdo a ello se presume un subregistro de la información teniendo en cuenta que en Tunjuelito se ubica la USS Tunal y las USS Materno Infantil el Carmen, la cuales atienden la mayor parte de los nacimientos de la localidad.

Tabla 50. Total Nacidos Vivos con Pertenencia Étnica, localidad de Tunjuelito, 2014 – 2016

Año	Indígena		Tasa bruta de natalidad indígena	Afrodescendiente		Tasa bruta de natalidad Afro.	Total	Tasa bruta de natalidad población local
	# nacimientos	% del total de nacimientos en la localidad		# nacimientos	% nacimientos			
2014	1	0,04	0	18	0,65	0,09	2780	0,5
2015	0	0	0	11	0,41	0,05	2702	0,5
2016	0	0	0	10	0,38	0,05	2603	0,5

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

En cuanto a los nacimientos en población afrodescendiente (39) el comportamiento proporcional es decreciente en los periodos analizados; mientras que la tasa bruta de

natalidad es constante entre el 2015 y 2016 con 0,05 nacimientos por 1.000 habitantes. De acuerdo a la edad de la madre, prevalece el grupo de 20ª 34 años con 64,1 %, seguido de 15-19 años 23,1 % y el 12,8 % población mayor de 35 años.

Frente al aseguramiento el 51,3 % pertenece al régimen contributivo, seguido del 25,6 % Subsidiado; el 17,9 % es población pobre no asegurada y el 5,1 % son del régimen especial.

4.1.5. Mortalidad evitable

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

Con relación a la mortalidad evitable por residencia entre los años 2013-2016, se identificaron 13 defunciones en población étnica. El 100 % de los eventos ocurrieron en población Afrodescendiente.

De los tres (3) casos de mortalidad materna ocurridas en Tunjuelito en el periodo 2013-2016; no se presentaron casos en población étnica. Respecto a la mortalidad perinatal, se presentaron dos (2) defunción en población Afrodescendiente; el 50 % pertenece régimen contributivo (CAFAM) y el 50 % restante es subsidiado (EMDISALUD). La causa básica de muerte fue feto y recién nacido afectados por parto precipitado y sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada.

Tabla 51. Distribución de casos de mortalidad evitable en población étnica, localidad de Tunjuelito, 2013 – 2016

Mortalidad Evitable	2013			2014			2015			2016		
	Afro	Indígena	total	Afro	Indígena	total	Afro	Indígena	total	Afro	Indígena	total
Materna	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Perinatal	0	0	33	1	0	40	2	0	38	1	0	43
Neumonía	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	1
SIDA	0	0	13	0	0	7	0	0	7	0	0	8
IRA	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Infantil	1	0	22	1	0	31	2	0	20	1	0	31

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

Entre el periodo 2013- 2016 se presentaron 104 defunciones en mortalidad infantil, de las cuales el 4,8 % (5) ocurrió en población Afrodescendiente, el 60 % hombres y el 40 % mujeres. El 60 % son de régimen contributivo (Salud COOP y CAFAM), un 20 % subsidiado (EMDISALUD) y población no asegurada (20 %).

La causa básica de muerte Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis, Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada, Feto y recién nacido afectados por otras formas de desprendimiento y de hemorragia placentarios y Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento.

4.1.6. Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud- poblaciones étnicas

La historia de la construcción territorial localidad de Tunjuelito, y del sur de la ciudad de Bogotá, argumenta Zambrano, “antes que por los grandes prohombres, por los grandes urbanizadores (...) ha sido construida desde la informalidad por seres anónimos, quienes han definido una estética, un gusto, un estilo de ciudad, bastante diferente a aquella que la elite ha querido construir. Más de la mitad de la ciudad es de origen informal, espontáneo, o mal

llamado pirata, mientras que la ciudad actual de origen formal, construida por arquitectos y pensada por urbanistas es la minoritaria” (22).

Por tal razón hacer análisis sobre condiciones de vida y determinantes sociales de la salud en las poblaciones diferenciales que habitan la localidad de Tunjuelito debe partir de las condiciones de acceso a recursos económicos, empleo, vivienda y salud, teniendo en cuenta que estas variables generan un panorama acerca de las desigualdades en estas poblaciones.

Las poblaciones étnicas encontradas en la localidad sexta se encuentra información acerca de sus condiciones y determinantes sociales en salud intermedios y estructurales que afectan su calidad de vida, no se encuentra, en cambio, información suficiente de campo para analizar los determinantes proximales de las mismas.

La presencia de estos grupos, como se enunciaba previamente, se debe fundamentalmente a la migración económica y/o desplazamiento forzado causado por el contexto socioeconómico y político nacional.

Son, por tanto, determinantes estructurales mencionables las migraciones campo-ciudad y/o ciudad-ciudad dada las dificultades de asimilación que se generan ante un nuevo contexto que, si bien no constituyen una situación negativa *per se*, sí lo son las condiciones encontradas durante el proceso que exponen a estas a mayores riesgos para la salud y a la vulnerabilidad social, económica, cultural y biológica (23).

La localidad de Tunjuelito es, junto a Usme y Ciudad Bolívar, una de las localidades receptoras de poblaciones diferenciales en la Subred Sur. En ella encuentran problemas para conseguir empleo, vivienda digna, alimentos tradicionales o de sus zonas de origen y barreras de acceso, entre otras.

Otro determinante estructural identificado a partir de los datos obtenidos para las poblaciones étnicas es el envejecimiento de estas poblaciones. En el caso puntual de las poblaciones indígenas y afrocolombianos se encuentran altos índices de dependencia, de acuerdo con la información demográfica ya presentada, ocasionadas por el contexto mismo de la migración. Particularmente es llamativo los datos obtenidos frente a las mujeres indígenas en etapa de

ciclo adultez y vejez quienes no cuentan la preparación necesaria para ser absorbidas por el mercado laboral o con los ingresos necesarios para su subsistencia.

Esta última situación da paso a los determinantes intermedios identificados. En términos de educación, por un lado, de acuerdo con la información revisada las poblaciones afrodescendientes se identifica que el 46,4 % alcanzo educación básica secundaria, el 25 % básica primaria, un 15,2 % nivel profesional, el 5,7 % media técnica, 4,4 % preescolar, el 3,3 % sin nivel educativo y el 0,1 % es normalista, mientras que las poblaciones indígenas prevalece la educación básica primaria con 34,3 %, seguido de básica secundaria 22 % y la educación media académica 18,9. Frente a las demandas de preparación actuales del mercado laboral dificulta el acceso al empleo formal que, de cierta manera, prefiere personas con preparación técnica, tecnológica o profesional.

Por esta razón la empleabilidad de estas poblaciones se concentran en oficios informales-callejeros. Aquí generan opciones de negocios 'de rebusque', esto es de trabajo de ingresos mínimos diarios, y/o relativos a sus sitios de origen, como bares afro y restaurantes de comida del pacífico colombiano en caso de emprender negocios formales; en caso contrario, se dedican a la venta callejera de alimentos (frutas, verduras, frituras, etc.) en el caso de los afrocolombianos.

Por su parte, las comunidades indígenas se dedican a otro tipo de negocios callejeros como la venta de artesanías (caso comunidad emberá y kichwa), venta de ungüentos u otras preparaciones médicas tradicionales (caso inga) o la mendicidad (caso, otra vez, de la comunidad emberá). Los ingresos obtenidos mediante estas actividades son proporcionales al acceso a bienes y servicios que contribuyan a la sostenibilidad tanto de la calidad como del estilo de vida de estas poblaciones.

En el caso concreto del acceso a vivienda las comunidades afrocolombianas el 60,6 % residen en apartamentos, un 19,9 % cuartos y el 19,5 % casas. Frente al acceso a servicios públicos en la vivienda, el 100 % cuentan con energía eléctrica, alcantarillado y acueducto y solo el 94 % con gas natural.

Mientras que a partir de los diferentes pueblos indígenas identificados en el año 2015 se observa que en la actualidad la mayoría de ellos no residen en la localidad, por lo cual se puede inferir que las comunidades en los últimos años han migrado hacia otras localidades. Lo cual marca una situación, si lo permite el lector, de 'itinerancia' exclusiva de estas comunidades en la localidad, lo cual indica que si se encuentran en esta es exclusivamente por una razón distinta a residir en ella (empleo fundamentalmente).

La ubicación de estas poblaciones descritas muestra la condicionalidad de los ingresos de las familias de origen étnico, por lo que es común que familias numerosas deban compartir vivienda, el cual, en ocasiones, no cumple con las condiciones higiénicas sanitarias y de habitabilidad mínimas establecidas.

Ante las problemáticas identificadas las poblaciones étnicas han sabido adaptar estrategias que permiten una mitigación de las situaciones adversas de asimilación. Estas comunidades, principalmente las comunidades afrocolombianas, forman parte activa de las organizaciones y en la mesa local de víctimas de la localidad aportando en la construcción de espacios de diálogo de esta y otras poblaciones inmersas en esta condición con las instituciones garantes de sus derechos como Personería Distrital, Unidad de Víctimas, ICBF, Policía Nacional, Subred Sur, entre otras (21). En términos de redes de apoyo el territorio esto último ha sido un espacio importante de construcción de relaciones sociales para las comunidades étnicas.

Otros determinantes intermedios ha sido la pérdida del sentido de territorio y del idioma. El territorio para las comunidades étnicas es un elemento cultural fundamental para la continuidad y perpetuidad de sus prácticas (24). En consecuencia, esta ruptura se conecta con la pérdida cultural, la aculturación, que ponen en riesgo su supervivencia de transmisión cultural a las nuevas generaciones de origen urbano (21).

En términos de salud, se encuentran barreras de acceso que abarcan factores administrativos. En este sentido se encuentra dificultad en la portabilidad entre EAPB, esto generado a los trámites que se deben a los procedimientos que se deben dar desde la misma ciudad de origen. Esta barrera administrativa dificulta el acceso a servicios de salud de estas comunidades quienes tienen aproximaciones diferentes a los servicios médicos 'occidentalizados'.

4.1.7. Análisis de situación en salud

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

Tabla 52. Eventos de notificación subsistemas de vigilancia en salud pública, en población étnica, localidad De Tunjuelito, 2013-2016

Población	Subsistema	2013			2014			2015			2016		
		n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total
INDIGENAS	SIVIM	16	2,4	676	2	0,3	742	1	0,4	267	1	0,2	560
	SISVECOS	0	0	298	0	0	0	0	0	361	0	0	394
	SIVIGILA	6	0,2	2582	4	0,1	2797	1	0,04	2.511	9	0,5	1951
AFRO	SIVIM	19	2,8	676	16	2,2	742	8	3,0	267	6	1,1	560
	SISVECOS	6	2,0	298	0	0	0	5	1,4	361	3	0,8	394
	SIVIGILA	14	0,5	2582	18	0,6	2797	12	0,5	2.511	9	0,5	1.951
	SIVIM	0	0	676	2	0,3	742	0	0	267	1	0,2	560

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

La notificación de población indígena al SIVIGILA tiene un comportamiento acreciente respecto al número de eventos, en el año 2016 se observa la mayor notificación con 9 casos lo que representa el 0,5 % del total de notificaciones para el mismo año; los eventos

notificados que afectan las condiciones de vida de esta población se encontró que la principal causa fue por varicela con 33,3 %, seguido por desnutrición aguda en menores de 5 años con el 22,2 % y otros eventos como morbilidad materna extrema, cáncer de la mama y cuello uterino, tuberculosis y VIH, SIDA y Mortalidad por SIDA.

En Salud mental, con relación a los casos de conducta suicida en los periodos analizados no hubo notificación en población Indígena. Con relación a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, de los eventos notificados a SIVIM en el año 2016, el 0,2 % se presentó en población Indígena y corresponde a violencia física y emocional.

En el grupo étnico de población afrodescendiente en el año 2016, de los eventos notificados al SIVIGILA el 0,5 % corresponde a población Afrodescendiente; donde el 33,3 % de los casos fue por VIH, SIDA y Mortalidad por SIDA respectivamente; el 11,1 % fue por bajo peso al nacer, Chikungunya, intoxicaciones, morbilidad materna extrema, parotiditis, tuberculosis respectivamente.

Desde Salud mental, con relación a los casos de conducta suicida para el año 2016 en la localidad se notificaron 394 casos, de los cuales tres (3) corresponden a población Afrodescendiente; de acuerdo al tipo de conducta el 8 % de los casos de fue por ideación (2 casos) e intento suicida (1 caso) respectivamente. En cuanto a los casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual (año 2016) el 1,1 % se presentaron en población Afrodescendiente; donde un 66,7 % fue por negligencia y el 33,3 % violencia física. Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100 %.

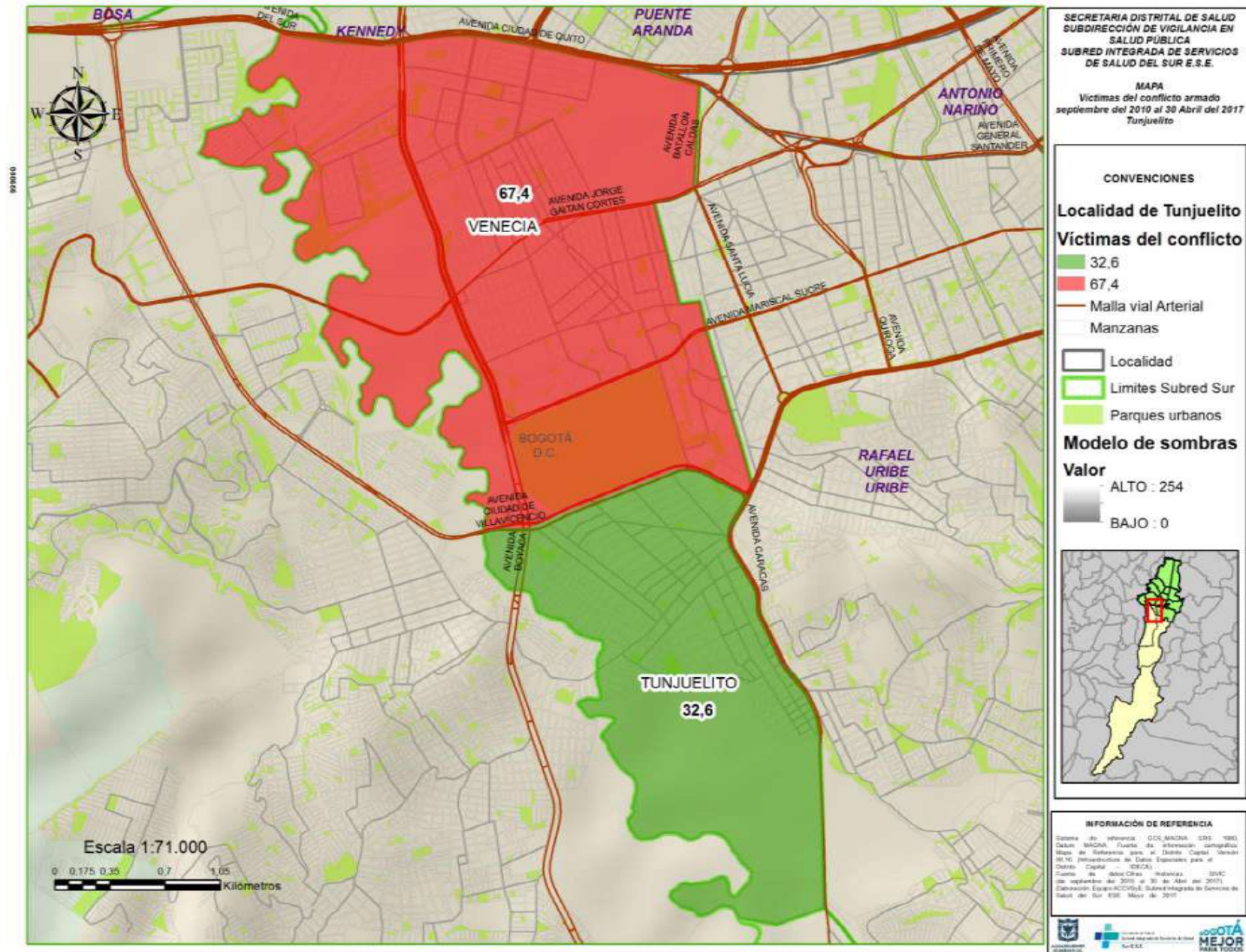
4.2. POBLACIONES EN SITUACIÓN O CONDICIÓN

En la localidad de Tunjuelito se identifican poblaciones en situación o condición Víctimas de Conflicto Armado (VCA), Ciudadanos Habitantes de Calle (CHC), personas en condición de discapacidad, personas en ejercicio de prostitución (EPE) y personas dedicadas al reciclaje.

4.2.1. Relación territorio y poblaciones en situación o condición

El Mapa 9 describe, por medio coropletas roja y verde, la concentración de la población VCA en las UPZ Venecia y Tunjuelito respectivamente. Los números indican que el 67.4 % de la población se ubica en la primera UPZ mientras que el 32.6 % restante lo hace en Tunjuelito. Esta distribución podría deberse a la oferta a bienes y servicios con la que cuenta la UPZ Venecia como se analizará en la sección de condiciones de vida y determinantes sociales de la salud en esta misma sección.

Mapa 9. Población VCA, localidad de Tunjuelito

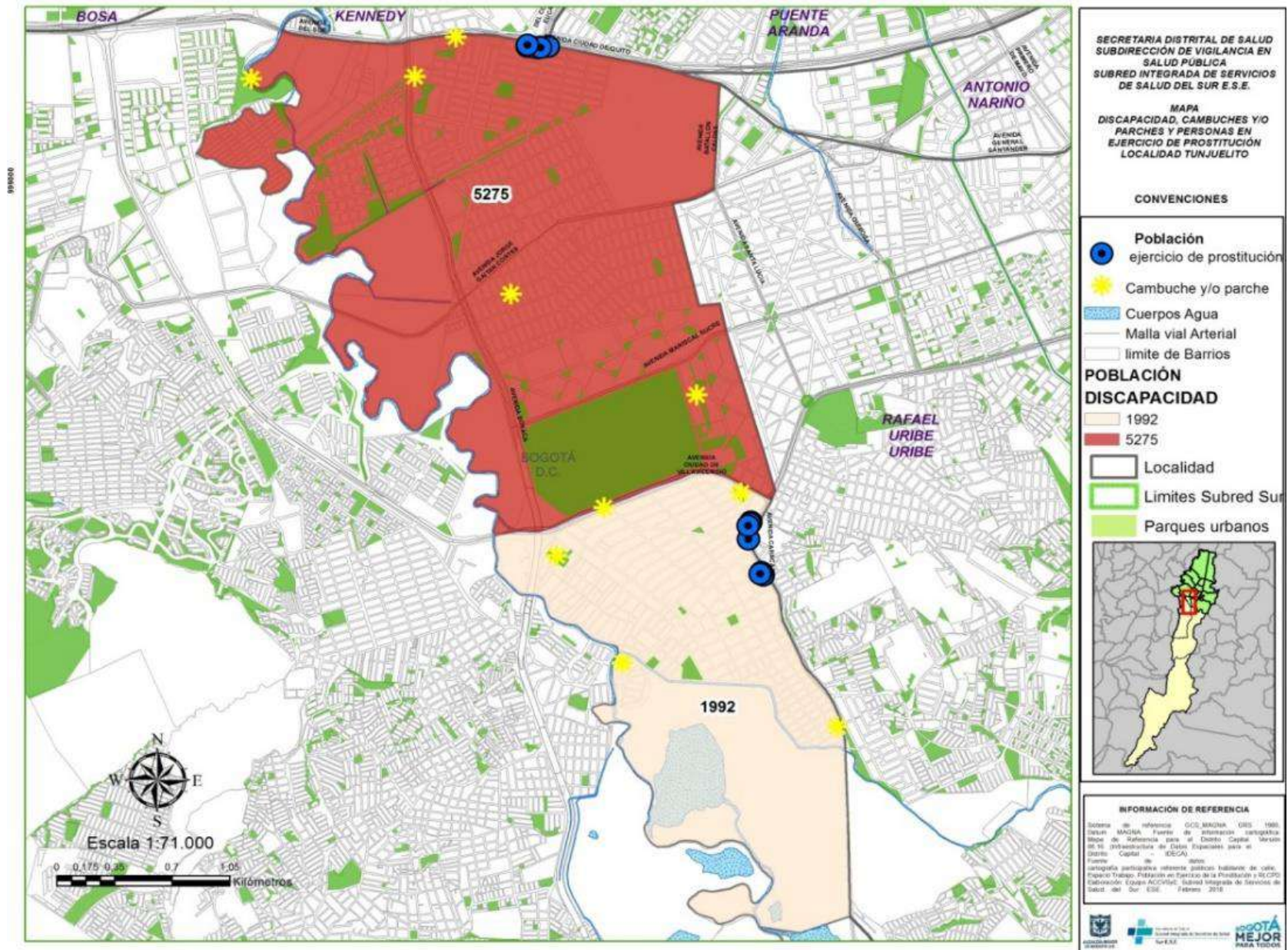


En el caso de la ubicación de la población en ejercicio de prostitución el Mapa 10. Poblaciones en Situación o Condición, localidad de Tunjuelito frente a la población en condición de discapacidad, la cual, se concentra en la parte norte de la localidad de Tunjuelito por motivaciones similares. En este caso las coropletas de color rojo y beige simbolizan la concentración de esta población en la UPZ Venecia.

En este mismo mapa se observan los sitios de hábitat de la población CHC o ‘cambuches’, simbolizados con una estrella, se distribuyen en los barrios Isla del Sol, Laguneta, San Vicente y Tunal en la UPZ Venecia; mientras que en los barrios San Carlos, San Benito y Abraham Lincoln en la UPZ Tunjuelito. En estos barrios la población encuentra forma de generación de ingreso por medio del reciclaje en los sitios de acopio y/o reciclaje. También forma de acceder a comida sea por los residuos de restaurantes, cafeterías y demás sitios de venta de alimentos en estos sectores sea por mendicidad o por hurgar en las basuras de los mismos o de los vecinos.

señala, por medio de círculos azules concéntricos, dos puntos de esta población en los barrios Venecia y Santa Lucía en las UPZ Venecia y Tunjuelito respectivamente. En estos barrios esta actividad se ejerce como una actividad secundaria a la razón social principal de los negocios donde se lleva a cabo, es decir, se ejerce como actividad ‘complementaria’ en whiskerías, sitios de rumba, etc. La ubicación de estos sitios es estratégica teniendo en cuenta que se localizan en vías como la Avenida Caracas y la Autopista Sur (NQS hacia al Sur), principales vías de acceso del Sur de Bogotá para miles de personas provenientes de todo el interior del país.

Mapa 10. Poblaciones en situación o condición, localidad de Tunjuelito



4.2.2.

Contexto demográfico

Respecto a las poblaciones con condición y/o situación de acuerdo a información intersectorial, en Tunjuelito se identificó 14.382 personas. La mayor proporción poblacional se presenta en la población en condición de discapacidad, seguido de la población víctima del conflicto armado, en menor proporción se encuentra la población con habitabilidad en calle, personas en ejercicio de la prostitución y recicladores.

Tabla 53. Distribución poblaciones de inclusión social, localidad de Tunjuelito

Poblaciones en condición y/o situación	hombre	Mujer	intersexual	sin dato	Total	%
Discapacidad	4068	5255	0	0	9323	64,8
Víctimas del Conflicto Armado	2055	2596	9	1	4661	32,4
Habitante de calle	84		0	0	84	0,6
Personas en ejercicio de la prostitución	88		0	0	88	0,6
Recicladores	165	61	0	0	226	1,6

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

En cuanto a población víctima del conflicto armado; el observatorio distrital de víctimas de Bogotá, del 1 septiembre del 2010 a 1 diciembre 2017, capto 4.661 personas víctimas, residentes en Tunjuelito, de las cuales el 55,7 % son mujeres, un 44,1 % hombres y el 0,2 % refiere ser Intersexual. Según la distribución poblacional por grupo etario, se observa mayor peso porcentual en adultez y juventud; seguido de infancia. En menor proporción se ubica adolescencia, primera infancia y vejez.

Tabla 54. Población víctima del conflicto armado por sexo y grupo de edad, localidad de Tunjuelito, 1 septiembre 2010 – 1 de diciembre 2017

Grupo de edad (años)	hombre		Mujer		Intersexual		Sin información		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primera infancia (0-5)	97	2,1	92	2,0	0	0,0	1	0,0	190	4,1
Infancia (6-13)	345	7,4	298	6,4	3	0,1	0	0,0	646	13,9
Adolescencia (14-17)	217	4,7	209	4,5	0	0,0	0	0,0	426	9,1
Juventud (18-28)	401	8,6	539	11,6	1	0,0	0	0,0	941	20,2
Adultez (29-59)	821	17,6	1.279	27,4	5	0,1	0	0,0	2105	45,2
Vejez (60 y más)	142	3,0	145	3,1	0	0,0	0	0,0	287	6,2
sin información	32	0,7	34	0,7	0	0,0	0	0,0	66	1,4
Total	2055	44,1	2.596	55,7	9	0,2	1	0,0	4.661	100

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

De acuerdo a la pertenecía étnica en población VCA residente en Tunjuelito, 291 personas pertenecen a algún grupo étnico; el 1,8 % (84) son indígenas; el 4,4 % (203) población afrocolombiana y el 0,01 % raizal. En cuanto la población en condición y/o situación el 3,2 % (147) son personas con discapacidad.

Con relación a la población habitante de calle (CHC), en Bogotá, en el Censo de 2011, realizado por la Secretaría de Integración Social (SDIS), identificaron 79 personas residentes en Tunjuelito, este dato incrementó para el 2014 donde se logró contactar 84 personas.(25) una explicación a este fenómeno, pueden ser los procesos migratorios de personas que buscan oportunidades en Bogotá, otro factor relacionado es el desplazamiento forzado, o el consumo de SPA que conlleva la habitabilidad en calle.

Respecto a población en ejercicio de la prostitución, la Secretaría de la Mujer en el año 2015, realizo acercamiento al fenómeno de la prostitución, a través de un instrumento de

recolección de información implementado en 1.995 personas en ejercicio de prostitución de las 20 localidades de Bogotá.

De acuerdo al porcentaje de personas en ejercicio de prostitución, según localidad donde viven el 4,4 % (88) residen en Tunjuelito. La edad de las personas que ejercen este oficio, se encuentran entre 14 a 26 años y 27 a 45 años de edad. Con relación al lugar donde se ejerce esta práctica el 88,2 % lo realiza en establecimiento, el 8,2 en la calle y el restante 3,5 % mixto. Durante el ejercicio de la prostitución el 31,8 % refiere haber sido víctima de algún tipo de violencia, incluyente en mayor medida la violencia física, seguido por abuso sexual y en menor medida abuso policial.

Frente al grupo poblacional de recicladores y /o recuperadores ambientales, la Sentencia C-793/09 los constituye como un grupo social que, como alternativa de supervivencia, se dedica al reciclaje de basuras, en condiciones de marginamiento y discriminación. El informe de caracterización de población recicladora de oficio en Bogotá del año 2012, en Tunjuelito se identificaron 226 personas recicladores de oficio; el 73 % son hombres y el 27 % mujeres. El 70,4 % (159) de los reciclados son cabeza de familia y el 5,8 % (13) manifestó habitabilidad en calle.

Respecto a la población con discapacidad en Tunjuelito durante el periodo 2004 –2016, existía un total de 9.970 personas captadas por registro de localización para personas en condición de discapacidad (RLCPD), de las cuales el 56,2 % son mujeres y el 42,9 % hombres.

Tabla 55. Población con Discapacidad por momentos del curso de vida y sexo, localidad de Tunjuelito, 2004- 2016

Momentos del Curso de Vida (años)	Hombre		Mujer		Total	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Primera infancia (0-5)	27	0,3	25	0,3	52	0,5
Infancia (6-11)	141	1,4	63	0,6	204	2,0
Adolescencia (12-17)	157	1,6	104	1,0	261	2,6
Juventud (18-28)	493	4,9	320	3,2	813	8,2

Adultez (29-59)	1228	12,3	1278	12,8	2506	25,1
Vejez (60 y más)	2319	23,3	3815	38,3	6134	61,5
Total	4365	43,8	5605	56,2	9970	100,0

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

La etapa vejez concentra más de la mitad de población con discapacidad, seguido de Adultez con 25,1 % y Juventud con 8,2 %. Con relación al sexo y el momento de vida en primera infancia y adultez el dato es proporcional en ambos sexos; mientras que en las etapas de adolescencia y juventud la proporción es mayor en hombres; para adultez y vejez el comportamiento es inverso, es decir, son más las mujeres con discapacidad en relación a los hombres.

La cobertura del sistema general de seguridad social en salud de la población del RLCPD muestra que un 45,5 % pertenecen al régimen subsidiado, el 33,5 % al régimen contributivo, el 10,8 % es población vinculada, el 3,9 % es población pobre no asegurada y el 3,1 % no saben no responden.

En cuanto al origen de la discapacidad, el mayor peso proporcional se ubica en enfermedad general esta clasificación tan amplia no permite inferir en una clasificación puntual para la toma de decisiones en promoción y detección oportuna. Seguido de no sabe cuál es el origen de la discapacidad.

Tabla 56. Población con Discapacidad por origen de la alteración según etapa de Ciclo de vida, localidad de Tunjuelito, 2016

Origen de Discapacidad	Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
enfermedad General	4	0,0	16	0,2	33	0,3	106	1,1	653	6,5	2248	22,5	3060	30,7
Alteración genética	16	0,2	36	0,4	38	0,4	114	1,1	247	2,5	278	2,8	729	7,3
Accidente	1	0,0	1	0,0	7	0,1	23	0,2	296	3,0	361	3,6	689	6,9

Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	10	0,1	28	0,3	45	0,5	85	0,9	115	1,2	36	0,4	319	3,2
Consumo psicoactivos	0	0,0	0	0,0	1	0,0	77	0,8	100	1,0	45	0,5	223	2,2
Complicaciones durante el parto	7	0,1	23	0,2	33	0,3	63	0,6	61	0,6	8	0,1	195	2,0
Víctima de violencia	0	0,0	0	0,0	1	0,0	11	0,1	71	0,7	24	0,2	107	1,1
Enfermedad profesional	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	35	0,4	83	0,8	121	1,2
Dificultades prestación servicios	0	0,0	4	0,0	4	0,0	12	0,1	27	0,3	44	0,4	91	0,9
Conflicto armado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	30	0,3	7	0,1	40	0,4
Lesión autoinflingida	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	8	0,1	14	0,1	24	0,2
Otra Causa	1	0,0	12	0,1	18	0,2	62	0,6	121	1,2	289	2,9	503	5,0
Desastre Natural	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
No sabe	13	0,1	84	0,8	81	0,8	252	2,5	741	7,4	2697	27,1	3868	38,8
Total general	52	0,5	204	2,0	261	2,6	813	8,2	2506	25,1	6134	61,5	9970	100

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

De acuerdo al momento del curso de vida y origen de la discapacidad, en la primera infancia e infancia prevalece alteración genética; en adolescencia el principal origen son las condiciones de salud de la madre durante el embarazo, seguido de las condiciones genéticas. En Juventud, adultez y vejez las principales causas se asocian a enfermedad general y alteraciones genéticas.

Tabla 57. Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y momentos del curso de vida, Localidad de Tunjuelito, 2004- 2016

Alteraciones	Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.	21	40,38	63	30,88	69	26,44	191	23,49	1.261	50,32	4.079	66,50	5.684	57,01
Sistema Nervioso	30	57,69	146	71,57	189	72,41	530	65,19	1.053	42,02	1.879	30,63	3.827	38,39
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	9	17,31	22	10,78	25	9,58	79	9,72	541	21,59	2.998	48,88	3.674	36,85
Ojos	5	9,62	35	17,16	46	17,62	186	22,88	690	27,53	2.643	43,09	3.605	36,16
Oídos	4	7,69	19	9,31	32	12,26	130	15,99	301	12,01	1.463	23,85	1.949	19,55
Digestión, metabolismo y hormonas	5	9,62	21	10,29	16	6,13	74	9,10	374	14,92	1.503	24,50	1.993	19,99
Sistema genital y reproductivo	7	13,46	14	6,86	26	9,96	33	4,06	201	8,02	895	14,59	1.176	11,80
Voz y habla	15	28,85	85	41,67	84	32,18	183	22,51	415	16,56	383	6,24	1.165	11,69
Piel	2	3,85	2	0,98	12	4,60	20	2,46	88	3,51	263	4,29	387	3,88
Otra alteración	0	0,00	1	0,49	3	1,15	3	0,37	19	0,76	69	1,12	95	0,95
Demás órganos de los sentidos	1	1,92	1	0,49	7	2,68	18	2,21	53	2,11	134	2,18	214	2,15
Total	52	100	204	100	261	100	813	100	2.506	100	6.134	100	9.970	100

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

De acuerdo a las alteraciones permanentes en la población con discapacidad, el mayor peso porcentual es por movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguido de sistema nervioso y sistema cardiorrespiratorio y defensas.

Al cruzar las variables de alteración permanente y curso de vida, se observa que desde la primera infancia hasta la adolescencia prevalecen las alteraciones del sistema nervioso; en la Juventud predominan las alteraciones del sistema nervioso, alteración visual y movimiento

del cuerpo, manos, brazos y piernas. Para adultez y vejez las principales alteraciones son el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, sistema nervioso y sistema cardiorrespiratorio y defensas.

4.2.3. Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud

En este apartado se describe los determinantes que afectan a las poblaciones en inclusión de la localidad de Tunjuelito. Estas poblaciones se caracterizan por su exclusión histórica y sistemática en el territorio por razones de clase, limitación física y/o estilo de vida.

4.2.3.1. Víctimas de conflicto armada (VCA)

Las personas que se declaran como VCA están atravesadas por distintos determinantes sociales frente a su arribo a la localidad sexta. Como determinantes estructurales, en primera instancia, la misma situación de desplazamiento o migración forzosa.

La migración no es problemática *per se* sino las condiciones que encuentran los migrantes en el nuevo contexto. Las víctimas del conflicto no son un grupo homogéneo debido a que agrupan orígenes étnicos y regionales cuya diversidad atraviesa las poblaciones diferenciales mencionadas en este documento. Esto, de acuerdo al grupo de adscripción, supone estrategias distintas de asimilación del contexto urbano y del territorio de la localidad que, en consecuencia, determina el posicionamiento de los individuos.

De acuerdo con la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, residen en Tunjuelito 203 personas VCA pertenecientes a las poblaciones afrocolombianas, 84 a poblaciones indígenas, 3.584 se identifican como mestizos y 450 personas no se identifica en ninguna de estas categorías (sea por error en el dato, omisión en el registro o por auto-reconocimiento)(26) quienes son potenciales usuarios de servicios de educación superior, empleo y posible fuerza laboral para la localidad.

Aquí se marcan dos determinantes estructurales como son el mercado laboral y la desigualdad en el nivel educativo urbano-rural y urbano-urbano, referido por la población

víctima en espacios intersectoriales de participación ciudadana, ya que la brecha académica de las zonas de origen de estas poblaciones con respecto a la ofertada en Bogotá es significativamente inferior plasmada en los resultados obtenidos en pruebas de estado (pruebas Saber 11) y en el limitado acceso a la educación superior (pese a las acciones afirmativas emprendidas en su favor) (27).

En consecuencia, para estas poblaciones, habrá un acceso desigual al mercado laboral local dada las crecientes demandas de preparación académica y la mano de obra disponible. Entre las principales fuentes de empleo de las VCA están los trabajos informales sin condiciones laborales adecuadas, como en construcción para los hombres y en servicio documentico para las mujeres.

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

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

4.2.3.2. Ciudadano habitante de calle (CHC)

Las condiciones de vida de los Ciudadanos Habitantes de calle de la localidad, están mediadas por las características de los entornos en los cuales “parchan” o viven estas personas.

Dentro de los determinantes intermedios identificados para los CHC, por sus características, requieren no solo el acceso a los servicios de salud mínimos, sino que se debe propender

por garantizar las mínimas condiciones para que su decisión no se convierta en un problema para las y los demás ciudadanos. Como determinantes proximales, se encuentra falta de interés por parte de esta población quienes indican que no lo requieren y/o renuencia a los tratamientos por experiencias negativas en los servicios de salud.

4.2.3.3. Discapacidad

Por parte de la población con discapacidad se identifican determinantes estructurales e intermedios. Como determinantes estructurales, se presenta desconocimiento de los derechos en salud y de la normatividad para hacer exigible su garantía en la prestación de los servicios de salud, así como desconocimiento en planes de beneficios.

Se identifica determinantes intermedios como la no aplicación de la norma frente a la adecuación de los espacios (barreras arquitectónicas) y dificultad con las rampas (no todos los espacios cuentan con rampa y si la tiene presenta una mayor inclinación, afectando la salud del acompañante o poniendo en riesgo al usuario con discapacidad).

Igualmente otros determinantes intermedios son las barreras geográficas de acuerdo al lugar de residencia que afectan el desplazamiento de la población en condición de discapacidad hacia los centros de rehabilitación, pese a ser la localidad sin cadenas montañosas las condiciones de accesibilidad de la localidad limitan la posibilidad de desplazamientos, incrementan los costos del cuidado y generan necesidades en cuanto a la integración efectiva de las personas a las actividades necesarias para su mantenimiento y desarrollo, generando barreras en el acceso a los servicios institucionales y de salud y en las posibilidad de inclusión en actividades productivas.

Finalmente se presenta desconocimiento de los funcionarios para la atención a personas en condición de discapacidad, especialmente en discapacidades auditivas y visuales, no se cuenta con herramientas que apoyen la atención.

4.2.3.4. Personas en ejercicio de prostitución

Frente a la población PEP se identifican determinantes intermedios. Desde los diferentes espacios de intervención de la Subred Sur, como determinantes intermedios, se encuentra que aún hay personas de esta población no cuentan con SISBEN, por lo que no pueden acceder a una EAPB subsidiada.

Esta situación se encuentra relacionada con la migración hacia la ciudad, de mujeres en especial, que llegan a Bogotá a ejercer la prostitución y no hacen el cambio de portabilidad de su EAPB de origen por lo que al tratar de acceder en la ciudad se les dificulta por la portabilidad hacia la capital.

En este sentido un importante factor a considerar es la medición real de los ingresos de estas personas ya que al no contar afiliación al SGSSS subsidiada, sus ingresos reducen las posibilidades de acceder a otros servicios. Esto es un riesgo real que en los casos que resultan reactivos en VIH o Sífilis no son tratados por los elevados costos de los tratamientos, en algunos casos, y a pesar de la disposición de los profesionales de los espacios para activar la ruta, sucede que algunas tampoco quieren acceder a los servicios de salud.

4.2.3.5. Recuperadores o recicladores

Entre los principales determinantes intermedios encontrados se evidencia la exposición a cambios de clima (temperaturas extremas, viento, lluvia y sol) y exposición a residuos y sustancias peligrosas, como plomo, asbesto, sangre, materia fecal, cadáveres de animales, vidrios rotos, agujas y objetos de metal afilado. Por la naturaleza misma de su oficio también hay exposición a enfermedades transmisibles y crónicas.

Además se ha encontrado especial de dolor de espalda y extremidades, irritación de la piel y erupciones. Por lo que se debe contemplar que las personas al dedicarse a una labor que de alguna forma contribuye a la economía del hogar, se exponen a riesgos para la salud que puede causar la muerte sino se realiza con las precauciones del caso.

Como determinante estructural se identifica la dificultad para acceder a condiciones laborales formales y a ingresos fijos. De acuerdo con la información obtenida, los ingresos percibidos por esta población oscilan entre los 5.000 y 700.000 pesos diarios o menos, ubicando a la población en la línea de pobreza o en la línea de miseria. Esta misma situación obliga a la población al aseguramiento por régimen subsidiado, en el mejor de los casos, o a no tener afiliación al SGSSS.

4.2.4. Análisis de situación en salud

A continuación se presenta un análisis descriptivo de tipo retrospectivo de la morbilidad a partir de los eventos notificados en los Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública analizando las variables de inclusión social y grupo poblacional correspondiente a los periodos 2013-2016, en la localidad de Tunjuelito.

El comportamiento de la notificación de población en condición de discapacidad a los diferentes subsistemas, permite evidenciar que en el subsistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el año 2016 se notificaron 66 eventos, de los cuales el 0,2 % corresponde a población en condición de discapacidad; los eventos notificados que afectan las condiciones de vida de esta población se identificaron caso de desnutrición aguda en menores de 5 años, infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitada) y varicela individual.

Tabla 58. Eventos de notificación en poblaciones por condición y/o situación, según Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, localidad de Tunjuelito, 2013-2016

Poblacion	Subsistema	2013			2014			2015			2016		
		n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total
Discapacidad	SIVIM	0	0	676	15	2,0	742	18	6,7	267	23	4,1	560
	SISVECOS	0	0	298	7		0	12	3,3	361	7	1,8	394
	SIVIGILA	0	0	2.582	0	0	2.797	10	0,4	2511	3	0,2	1.951
VCA	SIVIM	3	0,4	676	0	0	742	49	18,4	267	0	0	560
	SISVECOS	0	0	298	14	0	0	0	0	361	9	2,3	394
	SIVIGILA	0	0	2.582	0	0	2.797	10	0,4	2.511	4	0,2	1.951

Ejercicio prostitucion	SIVIM	0	0	676	0	0	742	0	0	267	0	0	560
	SISVECOS	0	0	298	0	0	0	0	0	361	0	0	394
	SIVIGILA	0	0	2.582	0	0	2.797	0	0	2.511	0	0	1.951
Habitante de calle	SIVIGILA	0	0	2.582	4	2	2.797	10	0,4	2.511	2	0,1	1.951
	SIVIM	0	0	676	2	0,3	742	0	0	267	1	0,2	560

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

En Salud mental, frente a conducta suicida para el año 2016 hubo 7 notificaciones de población en condición de discapacidad donde el 100 % fue por ideación e intento suicida, de los cuales 4 fueron hombres y 3 fueron mujeres. Con relación a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 23 casos (4,1 %) para esta población, frente a los cuales se identificaron 2 casos de violencia física (8,7 %), 1 caso de violencia sexual (4,3 %), 1 caso por violencia económica (4,3 %) y 1 caso por abandono (4,3 %). El 52,2 % de los casos de este subsistema se encuentra en negligencias (12 casos).

La notificación de población víctima del conflicto armado (VCA) en los diferentes subsistemas de vigilancia en salud pública; cuentan con las variables de víctima de violencia y desplazamiento, pero no contiene estructura de codificación de hechos victimizantes; lo cual limita el proceso de análisis integral para esta población. En SIVIGILA se observa un comportamiento acreciente de notificación en población VCA pasando de 0,0 % a 0,2 % entre 2013-2016. Para el año 2016 se notificaron 66 eventos, de los cuales el 6,1 % (4 casos) corresponde a población en condición VCA; se identificó eventos de desnutrición agua en menores de 5 años, parotiditis y varicela individual. Con relación a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, desde el 2014 a 201 no se presentaron casos para esta población.

En Salud mental, con relación a los casos de conducta suicida para el año 2016 en la localidad se notificaron 394 casos, de los cuales hubo 9 notificaciones de población VCA. De los 9 casos los eventos se concentraron en ideación, amenaza e intento suicida, de los cuales 2 casos fueron hombres y 7 casos fueron mujeres.

Por etapa del ciclo vital se presentó 1 caso en el curso de vida infancia (6-13 años); en adolescencia se presentaron 2 casos, 1 por amenaza y 1 por intento de suicidio; por adultez

(27-59 años) hubo 4 casos por ideación suicida y 1 caso por intento de suicidio; por último, en la etapa del ciclo vejez se presentó 1 caso por ideación suicida. Por parte del consumo de sustancias psicoactivas, en la localidad de Tunjuelito se presentaron 7 casos. El grueso de los casos notificados se encuentra en la etapa del ciclo juventud (18-26 años) con 4 casos. El resto fueron identificados 2 casos en adolescencias (14-17 años) y 1 en adultez (27-44 años).

De los casos identificados para la población ciudadana habitante de calle (CHC) en el año 2016, en SIVIGILA se notificaron dos (2) casos de población con habitabilidad en calle, la afectación en salud está relacionada por desnutrición aguda en menor de 5 años (1) y varicela individual (1). Con relación a salud mental en el subsistema de SIVIM se identificó un (1) caso por violencia.

Respecto a la población en ejercicio de prostitución, al revisar los diferentes subsistemas de notificación en salud pública para los periodos 2013-2016 no cuentan con información de notificación del grupo poblacional en ejercicio de prostitución.

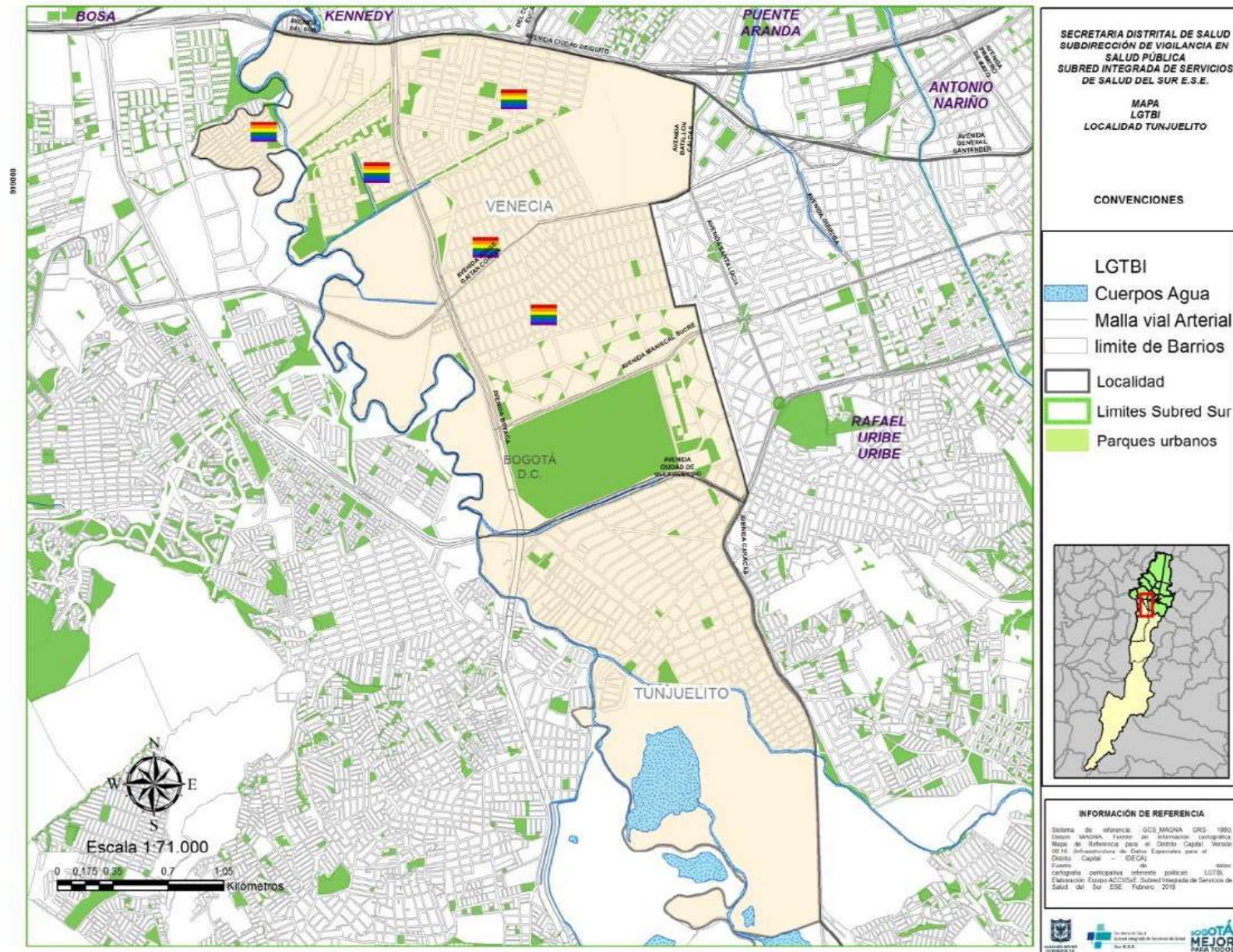
4.3. GÉNERO, IDENTIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL

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

4.3.1. Relación territorio y población LGBTI

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

Mapa 11. Población LGBTI, localidad de Tunjuelito



El Mapa 11. Población LGTBI, localidad de Tunjuelito da ubicación de población LGTBI muestra que la UPZ Venecia es la que concentra un mayor número de esta población, puesto que, este territorio se caracteriza por ser comercial, lo que permite el desarrollo de actividades económicas en la población; lo que conlleva a la identificación de población LGTBI itinerante. Como Parte de los procesos de apoyo psicosocial y soporte funcional para esta población se ha identificado instituciones como la SLDIS, que cuenta con proyectos y actividades que permite la restitución de derechos de la comunidad. La casa de la mujer también brinda servicios sociales y finalmente, se encuentra la red de apoyo denominada Paz-Aporte Diverso, la cual trabaja en bienestar de esta población.

4.3.2. Contexto demográfico

En población LGTBI, desde el Sector Salud desde las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas PIC, para el periodo julio 2012 a Junio 2016, en Tunjuelito se identificaron 32 personas LGTBI, de acuerdo a la orientación sexual el 43,8 % se auto reconocen como transgeneristas, el 37,5 % gay y el 18,8 bisexual.

Tabla 59. Distribución población LGTBI, localidad de Tunjuelito, 2014-2016

Poblaciones Diferenciales y de inclusión Social		hombre	Mujer	intersexual	sin dato	Total	%
LGBTI	Bisexual	2	4	0	0	6	18,8
	Gay	12	0	0	0	12	37,5
	Intersexual	0	0	0	0	0	0,0
	Lesbiana	0	0	0	0	0	0,0
	Transgeneristas	12	2	0	0	14	43,8
Total		26	6	0	0	32	100

Fuente Datos calculados bases PTS. SDS, Programas Territorios Saludables, BD poblacional preliminar julio 2012- junio 2016. Fecha de extracción 8/8/2016.

De acuerdo al momento del curso de vida el 52,4 % es Adultez (27-59 años), el 28,6 % Juventud (18-26 años), un 9,5 % Adolescencia (14-17 años) y Vejez respectivamente. En

cuanto al aseguramiento en salud el 40 % pertenecen al régimen subsidiado y contributivo respectivamente y el 20 % es población pobre no asegurada.

4.3.3. Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud- población LGBTI

En la localidad para la población LGBTI se identifican necesidades relacionadas con las condiciones de vida y las dinámicas propias de la población. Existe una diversidad de determinantes dependiendo de los intereses y actividades de la población LGBTI, de acuerdo con esto, se identifican necesidades en prevención de ITS, modificaciones corporales y en actitudes discriminatorios desde diferentes ámbitos hacia la población.

La discriminación y estigma social hacia la población LGBTI sigue siendo un determinante estructural, puesto que genera violencia hacia la población, ocultamiento de la preferencia sexual limitando el acceso a servicios institucionales y de salud y afectaciones en la vida cotidiana de estas personas.

En el caso de violencia hacia la población LGBTI, se presentan situaciones de amenazas, violencia física, violencia sexual y homicidios. Las situaciones de violencias y discriminación generan vulneración de derechos.

4.3.4. Análisis de situación en salud

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

Tabla 60 Eventos de notificación en Población LGBTI, según Subsistemas de Vigilancia En Salud Pública, localidad de Tunjuelito, 2013-2016

Subsistema	2013			2014			2015			2016		
	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total
SIVIM	0	0	676	0	0	742	0	0	267	1	0,2	560
SISVECOS	0	0	298	0	0	0	0	0	361	2	0,5	394
SIVIGILA	0	0	2.582	0	0	2797	0	0	2.511	0	0	1.951

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

En Salud mental, con relación a los casos de conducta suicida para el año 2016 en la localidad se notificaron 394 casos, de los cuales 0,5 % (2 casos) de la notificación es de la población LGBTI. La etapa del ciclo en la que se concentran ambos casos de esta comunidad se concentra en juventud (18-27 años).

Con relación a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 560 casos; de los cuales 1 caso (0,2 %) se presentó en población Indígena. El caso corresponde a violencia física y emocional. En ambos casos se presentaron violencias emocional, física y sexual.

5. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

El capítulo sobre acciones en salud pública, pretende dar cuenta de las intervenciones en Salud Pública realizadas en el marco de la vigencia del año 2017 por parte de los espacios de vida cotidiana de vivienda, educativo, espacio público y trabajo que hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

Para este fin, se realizó una articulación entre los diferentes espacios y el equipo de ACCVSyE con el fin de definir los principales indicadores de interés para ser analizados a profundidad y así, dar cuenta de la respuesta brindada para la comunidad residente en la localidad de Tunjuelito, mediante las diferentes fuentes de información con la que se cuenta.

5.1 Espacio vivienda

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

Desde el Espacio Vivienda se realiza la identificación de usuarios sujetos de intervención a través de las acciones de gestión del riesgo, en la localidad de Tunjuelito para el periodo 2017, logrando garantizar la agenda a programas de promoción y prevención del 32,1 % de los usuarios visitados.

Tabla 61. Relación de asignación de citas por programas de PYD, localidad de Tunjuelito, 2017

Programas PYD	Visitado	Agendado	%
PAI	525	525	100
Higiene oral (control placa bacteriana)	1522	385	25,3
Crecimiento y desarrollo	134	37	27,6
Programa del joven	525	36	6,9
Programa del adulto	179	5	2,8

Programa CCU (21 -69)	341	151	44,3
Programa cáncer mama (50-69)	224	0	0,0
Programa tamizaje visual	114	4	3,5
Total	3564	1143	32,1

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

Desde el Espacio Vivienda el equipo de profesionales y técnicos contribuyen al cuidado de La salud materno-perinatal, en el proceso de identificación, buscan casos excepcionales de usuarias que no acuden a controles prenatales y se realiza educación en señales de alarma. Una vez captada la gestante se realiza verificación, educación y retroalimentación pertinente que permita minimizar las complicaciones a nivel materno perinatal enfatizando en la importancia de realizar controles prenatales oportunos para la identificación y adecuado tratamiento de alteraciones en la gestación.

En la localidad de Tunjuelito durante la vigencia de abril a diciembre 2017, los equipos de gestión del riesgo identificaron 17 gestantes, logrando realizar activación de ruta en el 70,5 % (12 gestantes) de los casos. Con relación a regulación de la fecundidad, cuando se identifican mujeres en edad fértil, se realiza verificación de asistencia a la consulta de regulación de la fecundidad, para la vigencia mencionada anteriormente se activó ruta de atención a 86 mujeres y se agendo cita a 7 mujeres.

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

Durante el año 2017 fueron remitidas 19 usuarias con sífilis gestacional por vigilancia en salud pública, desde el equipo de vivienda se logró realizar seguimiento al 26,3 % (5 usuarias); en relación a sífilis gestacional es importante mencionar que se sensibilizó a las madres obteniendo un tratamiento oportuno y adecuado, para le prevención de la transmisión vertical, sin embargo, se encontró dificultad para sensibilizar a sus parejas, debido a que

algunas se negaban a seguir la continuidad del tratamiento y la aplicación de las prácticas preventivas.

Así mismo durante el año 2017 se identificaron 36 usuarias con diagnóstico relacionado con morbilidad materna extrema, logrando realizar seguimiento a 22 usuarios (61,1 %). En cuanto al índice de mortalidad perinatal asociado a una morbilidad materna extrema se observó que de las 22 usuarias intervenidas, ninguno de los casos derivó en una mortalidad perinatal.

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

La desnutrición aguda, moderada o severa cuenta con un seguimiento desde el Espacio Vivienda por medio del equipo interdisciplinario, dio un abordaje a 440 menores de 5 años, los cuales fueron captados y abordados en conjunto con el subsistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional (SISVAN). En la localidad de Tunjuelito se realizó el seguimiento a 52 menores (11.8 %) evidenciando que en ningún caso se presentó una pérdida de peso y por el contrario el 26.9 % (14 casos), recuperaron peso posterior a los diferentes seguimientos.

Tabla 62. Distribución del resultado del seguimiento a menores de 5 años con algún tipo de desnutrición intervenidos desde espacio vivienda y SISVAN, localidad de Tunjuelito, 2017

Resultados del proceso	n	%
Recuperó peso	14	26,9
Se mantuvo igual	38	73,1
Pérdida de peso	0	0
Total	52	100

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

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

El mantenimiento de la deficiencia de peso puede responder a situaciones asociados a la prestación del servicio de salud, formula terapéutica listas para consumir (FTLC), efectividad de la agenda de citas), corresponsabilidad por parte del cuidador, comorbilidades, entre otros.

Con relación a la adherencia a servicios de salud un 81,1 % de los niños con DNT Aguda asisten a los servicios de crecimiento y desarrollo, después del seguimiento realizado por el espacio vivienda, el cual desarrolla acciones como educación en adherencia a programas de salud, rutas de atención en salud y deberes y derechos en salud ante servicios de calidad e integrales, decálogo de la Salud. El total de los menores (n=30) fueron vinculados a programas sociales como Jardines infantiles, hogares comunitarios de ICBF.

El 50 % de los niños asistieron al seguimiento en salas ERA antes de las 72 horas, en estos casos de ERA se identificó antecedentes patológicos de enfermedad respiratoria, prematurez y bajo peso al nacer e hijos de madres adolescentes. Se brindó educación en signos de alarma de las ERA, que conllevan a los signos de peligro de muerte, donde los padres y/o cuidadores conocen los cuidados de los menores en casa, identifican la importancia de mantener un esquema de vacunación completo y la adherencia a programas de crecimiento

y desarrollo, para identificación precoz de alteraciones y manejo oportuno, junto con la práctica de herramientas preventivas y factores de protección para el menor y su núcleo familiar, llevando a cabo un abordaje integral a nivel ambiental y biopsicosocial en el grupo familiar.

Frente a los eventos desencadenantes en salud mental, el equipo de profesionales del espacio vivienda identificó: matoneo o acoso escolar en las instituciones educativas por parte de profesores, compañeros o redes sociales, intolerancia al fracaso, duelo sin resolver por pérdidas personales como noviazgos o familiares de alguna índole, divorcios o separaciones en los padres, abuso de sustancias psicoactivas, alcohol, cigarrillo y dificultades en la aceptación a nivel familiar, llevándolos a refugiarse en grupos de tendencias o subculturas generadas en sus mismos pares, donde se adhieren a las tendencias de vida nocivas, entre otras.

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

Tabla 63. Identificación de riesgo crónico por prioridad y evento eventos, espacio Vivienda, localidad de Tunjuelito, 2017

Prioridad	Diagnóstico Tunjuelito						Cantidad	%
	Diabetes	%	EPOC	%	HTA	%		
Alta	1	0,2	0	0	0	0	1	0,2
Baja	21	4,8	14	3,2	216	49,5	251	57,6
Media	20	4,6	8	1,8	156	35,8	184	42,2
Total	42	9,6	22	5,0	372	85,3	436	100

Fuente tableros de control espacio vivienda.2017

Específicamente en la localidad de Tunjuelito se registraron 436 personas, lo que representa el 22,3 % del total de usuarios identificados, en su gran mayoría asociado a la hipertensión arterial.

Con relación a las acciones desarrolladas desde la estrategia de entornos ambientalmente saludables, desde el espacio vivienda se realizó una caracterización socio ambiental, a las familias priorizadas por eventos en salud determinados desde nivel central. De manera que durante el año 2017, se realizó la intervención de caracterización socio ambiental a las familias, así mismo se realizaron sesiones de educación frente a los módulos de vivienda saludable, manejo de agua residual y apta para consumo humano, químicos en el hogar y tenencia responsable de animales de compañía entre otros.

Componente de acciones en hogares comunitarios de bienestar – HCB:

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

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

Tabla 64 Indicadores acciones en hogares comunitarios de bienestar – madres comunitarias – localidad de Tunjuelito abril- diciembre 2017

Indicador	Resultado
Madres comunitarias que conoce las ventajas de la lactancia materna	El 100 % (n=15) de las madres comunitarias conocen las ventajas de la lactancia materna.
Madres comunitarias saben qué alimentos se deben dar en la alimentación complementaria del 6° al 12° mes	El 87 % (n=13) de las madres comunitarias saben qué alimentos se deben dar en la alimentación complementaria del 6° al 12° mes.

Madres comunitarias aplican normas adecuadas para la edad del niño	El 100 % (n=15) de las madres comunitarias aplican normas adecuadas para la edad del niño.
Madres comunitarias tienen el carné de vacunación de los niños	El 93 % (n=14) de las madres comunitarias tienen el carné de vacunación de los niños.
Madres comunitarias que aplican medidas básicas en la correcta manipulación de alimentos	El 100 % (n=15) de las madres comunitarias aplican medidas básicas en la correcta manipulación de alimentos.
Madres comunitarias que realizan cepillado diariamente a los niños	El 100 % (n=15) de las madres comunitarias realizan cepillado diariamente a los niños.
Madres comunitarias que conocen al menos dos signos de alarma que indiquen la necesidad de llevar urgentemente al niño al servicio de salud	El 100 % (n=15) de las madres comunitarias conocen al menos dos signos de alarma que indiquen la necesidad de llevar urgentemente al niño al servicio de salud.
Madres comunitarias conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con EDA y ERA	El 100 % (n=15) de las madres comunitarias conocen al menos dos signos que indiquen la necesidad de buscar ayuda fuera del hogar para un niño con EDA y ERA.

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

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

Tabla 65. Indicadores acciones en hogares comunitarios de bienestar – niños localidad de Tunjuelito, abril- diciembre, 2017

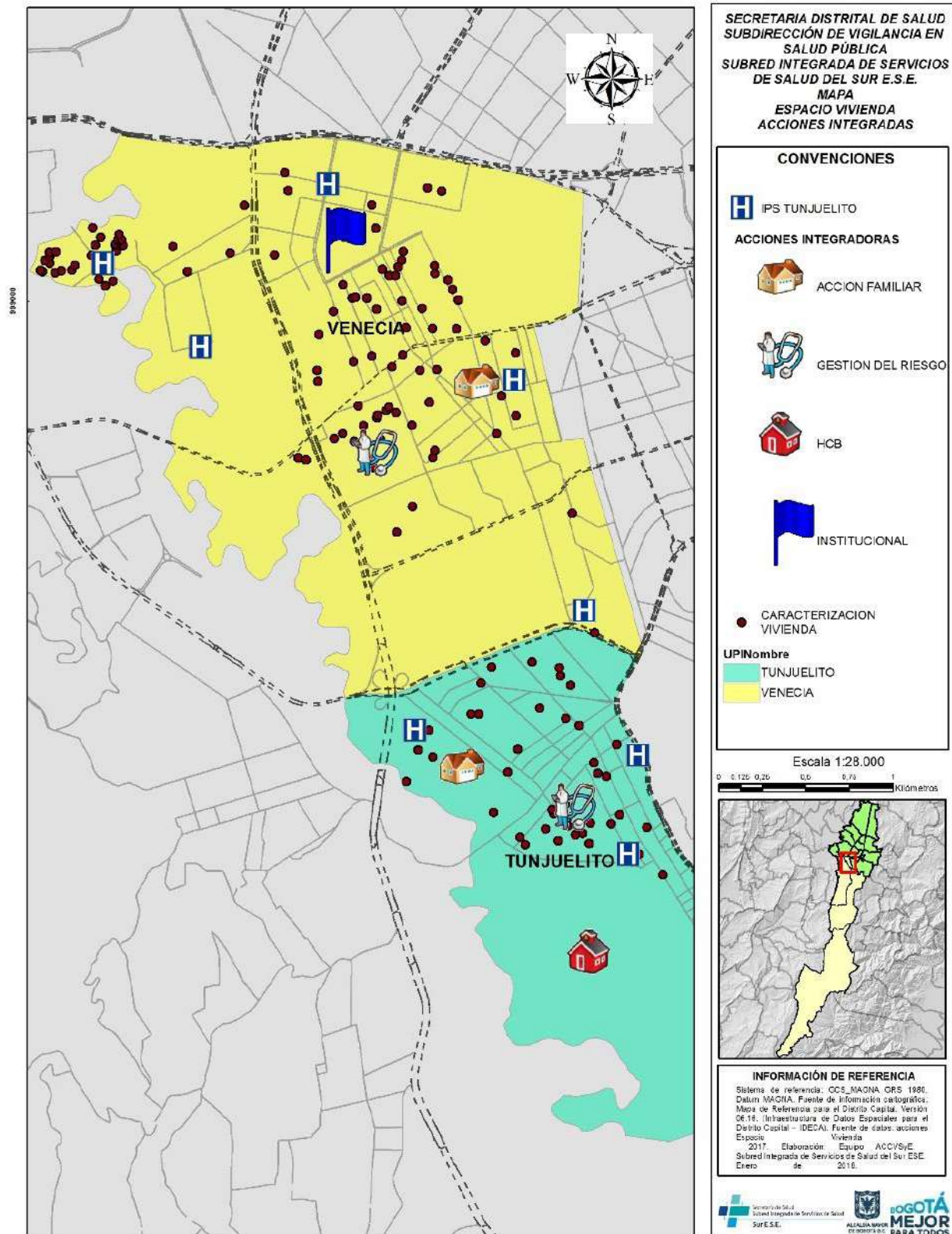
Indicador	Resultado
Niños menores de cinco años están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo	De los 218 menores de cinco años inscritos en los HCB intervenidos con la estrategia de AIEPI comunitario, el 99 % (n=215) de los niños menores de cinco años están vinculados al programa de crecimiento y desarrollo.
Niños menores de cinco años que cuentan con esquema completo de vacunación según el PAI disponible en el municipio de Bogotá	El 99 % (n=217) de niños de cinco años con esquema completo de vacunación según el PAI disponible en el municipio.
Niños menores de 5 años que disminuyeron el índice de placa bacteriana durante el proceso	El 67 % de los niños menores de 5 años que disminuyeron el índice de placa bacteriana durante el proceso.

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

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

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

Mapa 12. Acciones Espacio Vivienda, localidad de Tunjuelito, abril - diciembre 2017



En el componente gestión del riesgo se desarrolla a través de la gestión de los riesgos identificados, aplicando el instrumento de Identificación de necesidades en Protección Específica y Detección Temprana – PyD y evaluando el riesgo, para la identificación de alertas, en las UPZ Tunjuelito y Venecia, donde el motivo de priorización son las bajas coberturas de PyD.

El componente de acciones familiares se lleva a cabo a través del Plan Familiar Implementado, desarrollando acciones centradas en familia de acuerdo a las 5 prioridades hacia el mantenimiento y promoción de la salud familiar, en las UPZ Tunjuelito y Venecia. El componente de hogares comunitarios de bienestar se desarrolla en la UPZ Tunjuelito.

5.2. Espacio educativo

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

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

La acción integrada sintonizarte hizo presencia en 16 colegios públicos (8 colegios) y privados (8 colegios) de la localidad de Tunjuelito, de los cuales el 68,7 % pertenecían a la UPZ Venecia y 31,3 % UPZ Tunjuelito. Con ella se desarrollaron los cinco componentes (a excepción del colegio Ciudad de Bogotá donde no se desarrolló el Componente Explorarte de acuerdo a las necesidades identificadas en la institución educativa). Además es importante mencionar que en los Colegios Ciudad de Bogotá e INEM Santiago Pérez, se identificó población con discapacidad, la cual requiere acompañamiento para generar un

proceso de inclusión en la institución educativa mediante el componente cuidarte: padrinos y madrinas de la discapacidad.

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

Componente amarte

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

Las situaciones o riesgos a intervenir en la UPZ Tunjuelito fueron: embarazo en adolescentes, inicio temprano de la sexualidad, mitos y creencias sobre la sexualidad, carencia de proyecto de vida y problemas relacionados con orientación e identidad sexual. En la UPZ Venecia: embarazos no planeados y/o no deseados, heteroflexibilidad, inadecuados hábitos de prevención, baja autoestima, juegos sexuales a través de redes sociales, desconocimiento de métodos de planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual, malos hábitos de higiene personal y fortalecimiento de procesos de prevención del abuso sexual.

El resultado obtenido de acuerdo al indicador: porcentaje de personas con modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes, se contó con registro de 134 pre-test aplicados a los participantes para la identificación del riesgo. Realizadas las acciones y finalizado el proceso, se identifica que el 53,8 %, de las personas intervenidas tuvieron modificaciones positivas entorno a los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes.

Componente cuidarte

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

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

Las situaciones o riesgos a intervenir en la UPZ Tunjuelito son: inadecuados hábitos de salud oral, problemas de cepillado y caríes. Para la UPZ Venecia: inadecuados hábitos de higiene oral y excesivo consumo de dulces que afecta la salud oral.

Con relación al resultado obtenido para el indicador de: porcentaje de escolares con mejores prácticas en Salud Oral. En la UPZ Tunjuelito en el periodo de intervención de mayo, junio y agosto, se realizó clasificación a 236 estudiantes con riesgo, posterior a las intervenciones realizadas se observó que el 100 % mejoraron las prácticas de salud oral.

En la UPZ Venecia en el periodo de mayo a noviembre, se realizó clasificación a 1.121 estudiantes de los cuales se encuentran en riesgo 1.110, como resultado de las acciones realizadas se observó que el 95 % (1.060 estudiantes) mejoraron las prácticas de salud oral.

Respecto a las acciones de padrinos y madrinas de la discapacidad en el periodo de octubre a noviembre del colegio INEM Santiago Pérez, se realizó la intervención a 4 niños con discapacidad y 4 padrinos y madrinas formados como facilitadores del sociocuidado; es importante mencionar que en el colegio Ciudad de Bogotá se realizara intervención durante el mes de febrero 2018.

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

Componente explorarte

Este componente aborda los problemas de salud ambiental, salud pública en emergencias y desastres. Busca disminuir la presentación de los riesgos colectivos identificados que están generando impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar. Las acciones desarrolladas comprenden la gestión con el PRAES, el trabajo con docentes, los grupos conversacionales con estudiantes, las jornadas de salud ambiental o 2 sesiones con estudiantes o docentes y la socialización iniciativa comunicacional acorde a medios de comunicación disponibles y espacios socioculturales de la institución.

Las situaciones o riesgos que se espera intervenir para la UPZ Tunjuelito son: presencia de vectores y roedores, contaminación, inadecuado manejo de residuos sólidos, tenencia inadecuada de mascotas y falta de cuidado del ambiente. En la UPZ Venecia: basuras constantes en aulas de clase, falta de cultura ciudadana, inadecuada disposición de residuos sólidos, inadecuado manejo de residuos (reciclaje), falta de interés en el cuidado del medio ambiente, contaminación por partículas, contaminación auditiva y desconocimiento de la política de prevención de desastres.

De acuerdo a la matriz de la política de salud ambiental, durante los meses de agosto a noviembre del año 2017, en la UPZ Tunjuelito se identificaron 70 puntos críticos, se logró recuperar el 61 % (43) en las instituciones educativas. Cabe resaltar, que los puntos críticos

que no recuperados, se debe a la infraestructura o contaminación del aire por las actividades económicas de la localidad que han generado impacto negativo en la población.

En la UPZ Venecia en el periodo de mayo - agosto del 2017 se identifican en las bases de datos 32 pre test a través de círculos conversacionales para identificación del riesgo en salud ambiental en los colegios Gimnasio Comercial los Andes y Monfortiano. Como resultado el 90 % lograron modificaciones que evidencian transformación favorable de prácticas y hábitos en salud ambiental.

Componente disfrutarte

El componente desarrolla los temas de seguridad alimentaria y nutricional y actividad física. La respuesta brindada se desarrolló dos fases, en la primera fase están las acciones de gestión en temas de alimentación saludable y actividad física. Para la segunda fase se trabaja con docentes, se desarrollan grupos conversacionales con estudiantes y se socializa la iniciativa comunicacional.

Las situaciones o riesgos a intervenir en la UPZ Tunjuelito son: inadecuados hábitos alimentarios, no se promueve la actividad física en la familia, sedentarismo. Para la UPZ Venecia se identificaron: inadecuados hábitos alimentarios, obesidad, sedentarismo, necesidad de promover pausas activas, ausencia de hábitos saludables (nutricionales y actividad física), acciones de promoción de la actividad física – ergonomía, adicción a aparatos tecnológicos, sensibilización frente a la importancia del consumo de frutas y verduras, promover acompañamiento de padres y madres en hábitos de alimentación saludable y asistencia a controles médicos.

Para los meses de mayo a noviembre del 2017 se intervinieron instituciones educativas logrando realizar aplicación de pretest a 217 estudiantes para identificación del riesgo que posterior al desarrollo de las acciones mostraron modificaciones positivas en sus prácticas y hábitos en seguridad alimentaria y nutricional.

Durante las acciones desarrolladas a través del eje de gestión con las instituciones educativas y sus directivos, se expuso en la mesa distrital, las dificultades relacionadas con

las ventas ambulantes en zonas exteriores y aledañas a las instituciones educativas, las cuales afectan considerablemente los objetivos de prácticas adecuadas de alimentación y entornos saludables, logrando obtener de la alcaldía local un direccionamiento al ente policial para llevar a cabo acciones de control y patrullaje a partir del año escolar 2018, en los cuales se aplique los respectivos comparendos a infractores.

También se socializó en las tiendas escolares y directivos la resolución 2092 de 2015 por la cual se establece el funcionamiento de la tienda escolar, se evidenció el empoderamiento de las instituciones educativas frente al tema, fortaleciendo la tienda escolar con la promoción de hábitos saludables a través de pendones informativos en torno a pirámide nutricional, actividad física, promoción del consumo de agua, pro y contras de bebidas gaseosas azucaradas, promoción de actividad física y buena alimentación. Así mismo se reconoció la importancia de la implementación del día saludable para la venta de preparaciones y alimentos naturales una vez por semana generando cambios a nivel institucional.

Componente acompañarte

El componente aborda problemáticas de salud mental, las acciones se desarrollan en dos fases: la primera fase incluye la convocatoria, conformación, fortalecimiento y seguimiento de grupo promotor de convivencia y la identificación de estudiantes con riesgos psicosociales; en la segunda fase se desarrollan grupos conversacionales con docentes, padres y estudiantes, se realiza reunión de articulación de salud mental y se socializa la iniciativa comunicacional.

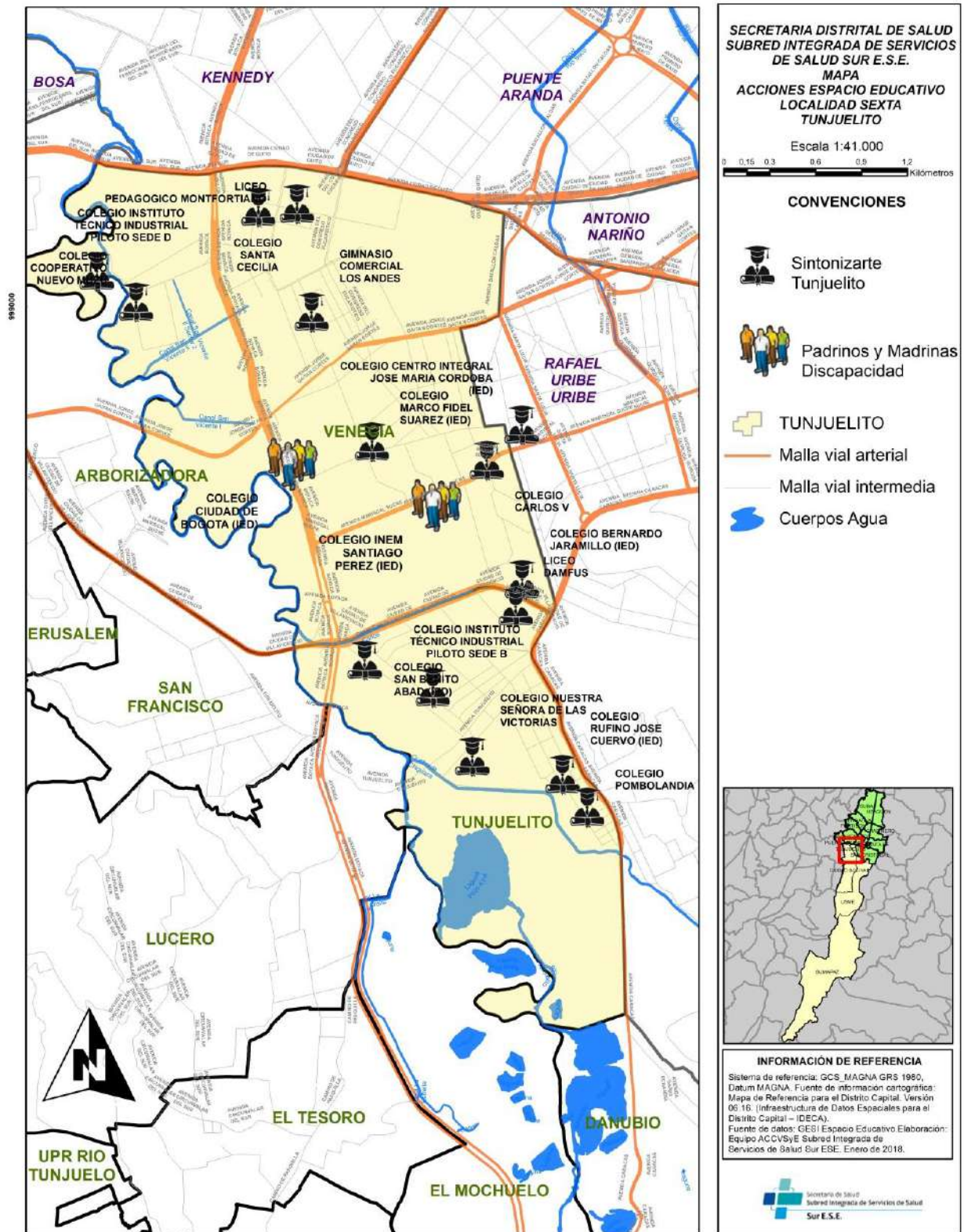
Las situaciones o riesgos a intervenir en la UPZ Tunjuelito son: pre-consumo de Sustancias psicoactivas (SPA), bullying y conducta suicida, esta última es específicamente en el colegio San Benito ABAD. Para la UPZ Venecia se también se identificaron las problemáticas enunciadas, adicionalmente para Tunjuelito se identificó manejo inadecuado de emociones, depresión y bajo rendimiento académico.

Con relación a modificaciones positivas en torno a la resignificación de prácticas y hábitos de salud mental para el periodo mayo a noviembre del 2017, se realizaron 151 pretest para identificación del riesgo a los estudiantes que participaron en los círculos conversacionales, a

partir de las acciones integradoras realizadas desde la estrategia sintonizarte componente acompañarte se lograron modificaciones positivas en el 78 % de los estudiantes.

Para la UPZ Venecia en el periodo mayo a noviembre del 2017 se encuentran en base de datos, 72 pre-test aplicados a los estudiantes, 66 de ellos se identificaron con riesgo psicosocial, de ellos, siete no asistieron a la sesión de aplicación del pos-test; se lograron modificaciones positivas en un 76 % (45 estudiantes).

Mapa 13. Acciones espacio educativo, Subred Sur, localidad de Tunjuelito, 2017



5.3. Espacio público

El espacio público tiene como fin promover en la población práctica saludables de cuidado, que inciden en la reducción de los riesgos colectivos e individuales a través de acciones promocionales y de intercambio social y comunitario. Este espacio se encuentra estructurado por dos acciones integradoras como son; gestión del riesgo en salud en el espacio Público y comunidades promotoras y protectoras de la salud.

Acción integradora gestión del riesgo en salud en el espacio público

Esta acción comprende la identificación, planificación, implementación y evaluación de riesgo en salud, potenciando factores protectores con énfasis en la promoción de estilos saludables, se implementa en diferentes escenarios para la movilidad, el esparcimiento, la recreación y los entornos de los establecimientos abiertos al público. Las acciones de gestión del riesgo se implementan a través de dos componentes.

En el Componente 1 se ubica constructores del espacio público, quienes rigen su accionar desde tres estrategias: 1) acciones itinerantes en el espacio público, 2) cuídate y se feliz; 3) jornadas y 4) caracterización y monitoreo del riesgo en salud.

Las acciones itinerantes del espacio público, son puestas en escena con técnica de teatro callejero que buscan educar en prevención del riesgo y promoción de estilos de vida saludables con temáticas priorizadas; se desarrolla en escenarios priorizados, como puntos críticos de accidentabilidad por movilidad, parques y entornos de establecimientos de consumo de alcohol y alimentos. En Tunjuelito en el año 2017, se realizó educación a 22.171 personas (48,9 % hombres y 51,1 % mujeres) con temas de IRA, higiene de manos, consumo de tabaco, salud ambiental, salud al viajero, lactancia materna, seguridad vial, reto a la bici, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental, vacunación, hábitos saludables, pólvora, alimentación saludable y consumo responsable de alcohol.

Respecto a la estrategia “Cuídate, Sé Feliz”, implementan tamizajes de riesgo cardiovascular a personas que transitan por el espacio público; así mismo promueve educación en prácticas de vida saludable (actividad física regular, reducción de exposición al humo ambiental de

tabaco, bebidas alcohólicas y el consumo de una alimentación sana, nutritiva y segura), que contribuyan a mejorar el estado de salud y a prevenir la aparición de enfermedades de la comunidad. En el periodo Febrero-Diciembre 2017 la estrategia valoro a 5.748 personas; de la cuales un 19,9 % (1.143) presentaron riesgo medio y el 1,1 % (64) riesgo alto, dentro de las acciones de gestión se activó rutas de atención sectorial e intersectorial.

En cuanto a la estrategia de caracterización y monitoreo del riesgo en salud, son acciones coordinadas con el equipo de vigilancia comunitaria en salud pública, en la implementación de recorridos en barrios de UPZ priorizadas y puntos críticos identificados en la vigencia anterior, con el fin de hacer recolección y análisis de información en campo de la percepción en salud del espacio público; este ejercicio se da a partir de dos enfoques el primero es ambiental (evalúa aspectos de residuos sólidos en el barrio; riesgo de emergencias y desastres en el barrio y tenencia inadecuada de mascotas y riesgo de zoonosis en el barrio); el segundo enfoque es social evalúa la percepción del funcionamiento de la prestación de servicios públicos en un barrio legalizado, riesgo de violencia o agresión interpersonal por condiciones del barrio y barreras físicas para la movilidad de las personas en el barrio. Para el periodo 2017 en Tunjuelito se logró realizar recorrido en 4 barrios en la UPZ Venecia, el 50 % presentaron riesgo alto asociado a la tenencia inadecuada de mascotas en los barrios Acegras y el Carmen.

En el componente 2, se encuentra el componente “VINCÚLATE”; el cual comprende la implementación de tres estrategias: 1) Línea psicoactiva, 2) Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU) y 3) Servicios de Acogida.

La línea Psicoactiva es una estrategia Integral de Salud Mental no presencial dirigido a población en general con afectación en consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales para servicios de información, orientación, intervención breve, canalización y seguimiento. Respecto a los servicios SOJU de orientación para adolescentes y jóvenes entre los 10 y 26 años con consumos iniciales de sustancias psicoactivas; se desarrollan acciones de tamizaje inicial por el perfil de trabajo social, psicología y terapia ocupacional, acciones colectivas y comunitarias en población con consumos iniciales (12 sesiones) y 5 seguimientos por profesionales (1 psicología, 1 Trabajo Social, 1 Terapia ocupacional, 1 Familia y 1 Cierre), en la localidad de Tunjuelito entre el periodo Julio a Noviembre 2017 se

realizó atención de seguimiento y cierre del proceso a 332 personas, donde el 24,1 % de las personas logran superar el consumo de SPA y un 75,6 % de la población mejoro su calidad de vida a partir de las intervenciones realizadas por la estrategia.

Frente a los Servicios de Acogida son espacios comunitarios para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, a través de escucha activa, identificación temprana de riesgos en salud (sexual, salud reproductiva, salud mental y condiciones crónicas) asociados al consumo, intervenciones breves a través de entrevista motivacional y la canalización según las necesidades de la población en riesgo.

Para el accionar, se realizan actividades de enganche a través de recorridos de calle; en la población se identifica el riesgo en salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral y en condiciones crónicas a partir del tamizaje en VIH, Sífilis, ASSIST, AUDIT y APGAR; de igual manera se desarrollan espacios comunitarios para el abordaje del consumo sustancias psicoactivas, movilización de red de recursos institucionales y comunitarios; en la estrategia de intervención se realizan procesos de desarrollo institucional y comunitario para la prevención y mitigación del consumo nocivo de alcohol en articulación con la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia a través de la estrategia “Farra en la buena” y como cierre del proceso se evalúa y monitorean las acciones ejecutadas.

En Tunjuelito en el año 2017 se vincularon 392 personas as a la estrategia de servicios de acogida; el 99 % de la población presentó riesgo alto y medio de consumo SPA (riesgo alto 224 y riesgo medio 191); como acción de respuesta se realizaron 302 canalizaciones (activaciones de ruta) a diferentes servicios (salud y programas sociales); de las cuales el 100 % presentan seguimiento en el proceso.

Acción integradora comunidades promotoras y protectoras de la salud

Esta acción tiene como propósito apropiar prácticas de promoción y protección de la salud que permitan el desarrollo de competencias para el cuidado de la salud, encaminados al fortalecimiento de vínculos y relaciones sociales de la población.

A través del componente Grupos comunitarios con iniciativas concertadas, implementadas y evaluadas; donde líderes comunitarios y cuidadoras (es) promueven y orientan prácticas saludables y el ejercicio de los derechos en salud para participar en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud con énfasis en la detección temprana de alteraciones de la salud relacionados con acciones de interés en salud pública. El desarrollo del proceso parte del reconocimiento de grupos y organizaciones comunitarias; identificación de necesidades en la comunidad y/o poblaciones; establecimiento de plan de trabajo con iniciativa a implementar y evaluación del proceso.

Para el periodo enero a diciembre del 2017 en Tunjuelito, se trabajaron con 64 grupos comunitarios, los cuales implementaron iniciativas comunitarias, con una cobertura de 1.782 personas, de las cuales el 46,1 % de las personas fueron adherentes al proceso de iniciativas comunitarias.

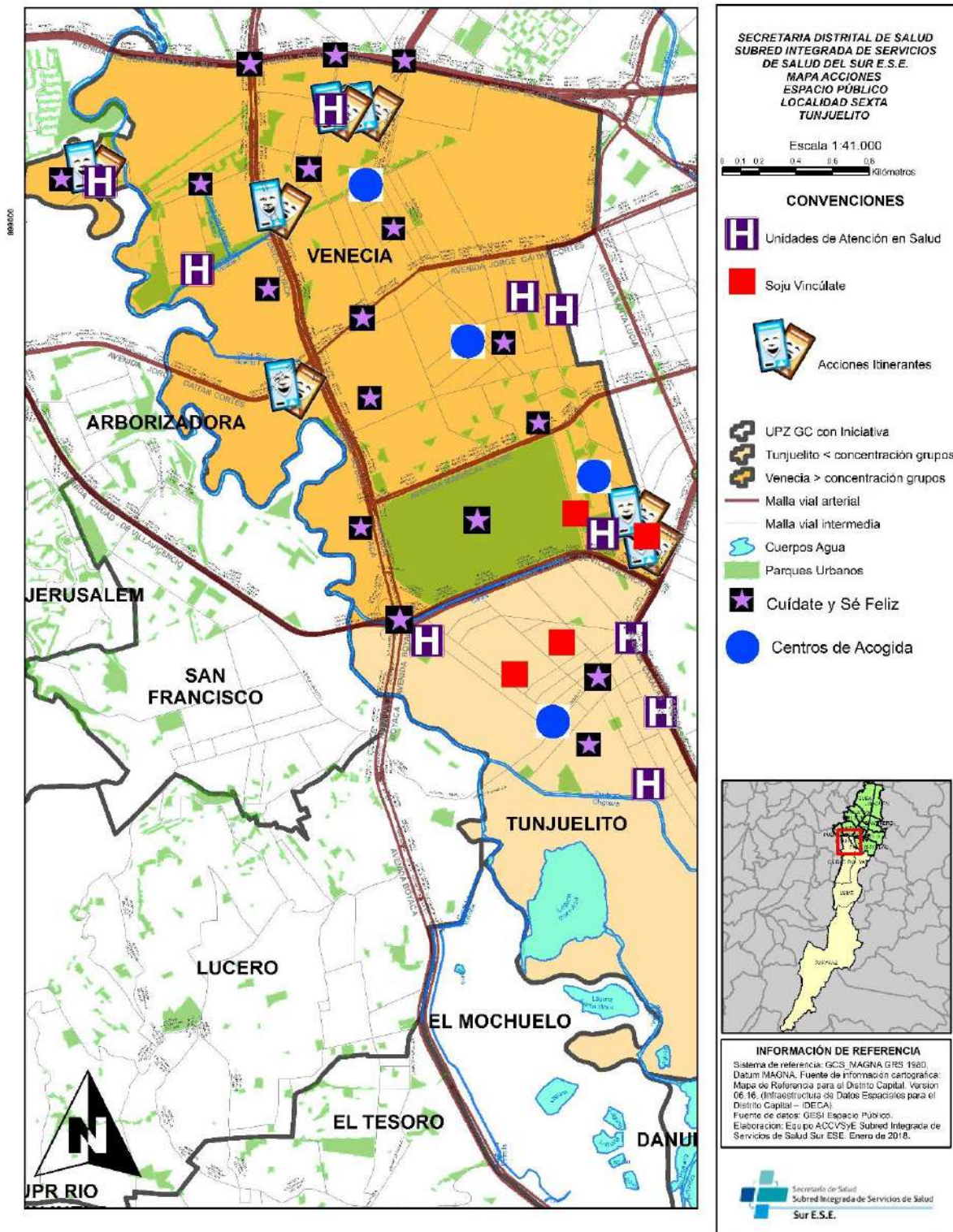
Tabla 66. Grupos comunitarios con iniciativas comunitarias implementadas por línea de intervención localidad de Tunjuelito, enero a diciembre 2017

Estrategia o línea de intervención	Total iniciativas	Poblacion cubierta
Rehabilitación Basada en Comunidad	1	15
Salud Mental Comunitaria	5	149
Salud Ambiental	6	112
Barras futboleras	3	15
Salud Oral	9	123
Transmisibles	6	238
Derechos Sexuales y Reproductivos	4	99
Alimentación Saludable	2	50
Curso de vida - Persona Mayor	4	162
Curso de vida - Juventud	3	32
AEIPI Comunitario	5	103
Estrategia Poblacional (LGBTI y habitante de calle)	16	684

Fuente tablero de control de grupos comunitarios con iniciativas comunitarias implementadas por línea de intervención Espacio público, localidad Ciudad Bolívar, enero a diciembre 2017.

De las acciones del Espacio Público en la localidad sexta, la mayor concentración de acciones se dan en la UPZ No. 42 Venecia donde hacen presencia todas las estrategias del Espacio, encontrándose una agrupación de ellas alrededor de la Unidad de Servicio Tunal donde se encuentra la estrategia SOJU Vincúlate y Acciones Itinerantes. Los Centros de Acogida y la estrategia Cuídate y Sé Feliz hacen presencia en las dos Unidades de Planeación de la localidad concentrándose en barrios donde se ubica buena parte de la población como Venecia, Isla del Sol y Carmen – Tunal en la UPZ Venecia y Abraham Lincoln, Tunjuelito y San Carlos en la UPZ Tunjuelito. Del mismo modo se identifican presencia de acciones sobre vías principales como la Av. 68, Av. Boyacá y Av. Caracas. Por último la mayor cantidad de Grupos Comunitarios con iniciativa se ubica en la UPZ con mayor concentración de población, Venecia.

**Mapa 14. Acciones espacio público localidad de Tunjuelito
enero- diciembre 2017**



Fuente: Tableros de Control y sistemas de Información Espacio Público Enero- Diciembre 2017

La distribución de las acciones del espacio público en la localidad de Tunjuelito se concentra en la UPZ Venecia, la cual se caracteriza por contener el parque metropolitano el Tunal; la zona comercial de la localidad, y la mayor densidad poblacional. En la UPZ Tunjuelito se priorizaron acciones de la estrategia SOJU, centros de acogida Y cuídate y se feliz.

5.4. Espacio trabajo

El propósito del proceso desarrollado en el espacio trabajo obedece a contribuir a la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo su desarrollo integral a partir de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del soporte familiar y social, a través del desarrollo de procesos en las familias o acudientes. Además busca la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud en la población trabajadora.

Las situaciones dentro de las que se espera intervenir corresponden a trabajadores expuestos a diferentes riesgos donde sobresalen los químicos derivados del contacto con sustancias peligrosas en actividades económicas como salas de belleza (tintes y queratinas) talleres de mecánica, ornamentación, carpinterías, talleres de latonería y pintura. Otros riesgos se relacionan con actividades económicas de mediano impacto como restaurantes, panaderías, peluquerías (cepillado, manicura, pedicura, corte de cabello), arreglo de calzado, confecciones, cafeterías, fruterías se relacionan con riesgos por posturas mantenidas y prolongadas, manipulación de cargas, movimientos repetitivos, ausencia de mantenimiento de máquinas, no uso de elementos de protección personal y cambios bruscos de temperatura y radiación no ionizante. Los riesgos mencionados anteriormente afectan también a los niños, niñas y adolescentes trabajadores con una clara vulneración de los derechos a la salud, educación y recreación generada por el desarrollo de actividades laborales desde temprana edad.

Acción integrada 1: Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”

El principal propósito es la desvinculación de las peores formas de trabajo de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo su desarrollo integral a partir de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del soporte familiar y social, a través del desarrollo de procesos en las familias o acudientes. Dicha acción se desarrolla a través de diferentes actividades para el cumplimiento del objetivo propuesto.

- Identificación y caracterización del perfil del riesgo de los niños, niñas y adolescentes trabajadores en zonas de concentración comercial referenciadas a nivel intersectorial y, por otros espacios y procesos.
- Acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y sus familias para el reconocimiento y definición de roles a través de habilidades para la vida.
- Seguimiento y cierre del proceso de desvinculación de niños, niñas y adolescentes trabajadores o promoción del trabajo adolescente protegido.
- Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil.

Para el desarrollo de las acciones con niños y niñas trabajadores se cuenta con un talento humano interdisciplinario para un abordaje integral. Con relación a niños y niñas el proceso cuenta con una duración de 4 meses, incluyendo la caracterización realizada por el tecnólogo en salud ocupacional y el trabajador social, mediante la búsqueda activa en unidades de trabajo informal en zonas de riesgo, seguimiento al plan de trabajo en el marco de 10 habilidades para la vida y cierre desarrollada por el trabajador social. En adolescentes, el proceso cuenta con la misma duración y se enfoca igualmente en el marco de 10 habilidades para la vida; la búsqueda activa y caracterización se realiza por el tecnólogo en salud ocupacional, el primer y segundo acompañamiento por psicólogo, un tercer acompañamiento nuevamente por tecnólogo y el cierre por parte de psicología, esta actividad cuenta con una visita adicional por parte del perfil de enfermería, enfocada a la prevención de condiciones crónicas, hábitos de vida saludables y salud sexual y reproductiva, dicho acompañamiento no cuenta con una periodicidad específica y debe realizarse posterior al primer acompañamiento y antes del cierre del caso.

Con relación al desarrollo de actividades colectivas se realiza la búsqueda de grupos de 10 niños, niñas o adolescentes que se encuentran en riesgo de trabajo infantil, ubicados en zonas de alta concentración, la cual cuenta con una única sesión colectiva donde se desarrolla una temática relacionada con 10 habilidades para la vida, según la necesidad identificada en el grupo. La caracterización de estos grupos es realizada por el trabajador social y el desaplique por parte del psicólogo.

Los indicadores que miden esta respuesta son:

Tabla 67. Indicadores respuesta integrada de desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”, localidad de Tunjuelito, abril a diciembre 2017

Indicador	NNA abordados	NNA desvinculados	Resultado
Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o trabajo protegido	381	146	38.3
Porcentaje de niños y niñas con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil	235	96	40.9
Porcentaje de adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o trabajo protegido	146	50	34.2

Fuente: Bases tableros de control Espacio Trabajo, Subred Sur ESE, abril – diciembre 2017.

En la localidad de Tunjuelito se puede observar una desvinculación general del trabajo infantil en niños, niñas y adolescentes de un 38.3 %, al discriminar entre grupos se puede observar una mayor efectividad en niños y niñas, en comparación con adolescentes, aunque este dato se encuentra afectado por los tiempos de ejecución de las acciones ya mencionado. Es importante indicar que de los 50 adolescentes registrados el 56 % (28 casos) se encuentran desvinculados del trabajo y el restante 44 % (22 casos), se encuentran bajo la condición de trabajo protegido.

Respuesta desarrollada por el espacio de trabajo

En primera instancia es importante describir los principales riesgos a los que se encuentran expuestos los niños, niñas y adolescentes trabajadores, incluyendo: exposición a ruido, temperaturas extremas, inhalación de polvos orgánicos e inorgánicos, movilización de cargas, tareas con movimientos repetitivos, posturas prolongadas, trabajo monótono, riesgo locativo por condiciones de almacenamiento, riesgo de ser víctima de hechos de violencia, abuso, consumo de SPA, vinculación de en grupos ilegales, entre otros.

En términos generales se realiza orientación en 10 habilidades para la vida (autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas, pensamiento crítico, pensamiento creativo, manejo de emociones, manejo de estrés), además de trabajo en definición de roles para la garantía y restitución de derechos, pautas de crianza para padres y/o cuidadores, desarrollo integral de niños niñas y adolescentes, proyecto de vida. Para los adolescentes se realiza adicionalmente un el abordaje desde el perfil de enfermería enfocado en hábitos de vida saludables y por parte del perfil de tecnólogo en salud ocupacional se realiza la socialización de riesgos para la salud y las medidas de intervención para trabajo protegido.

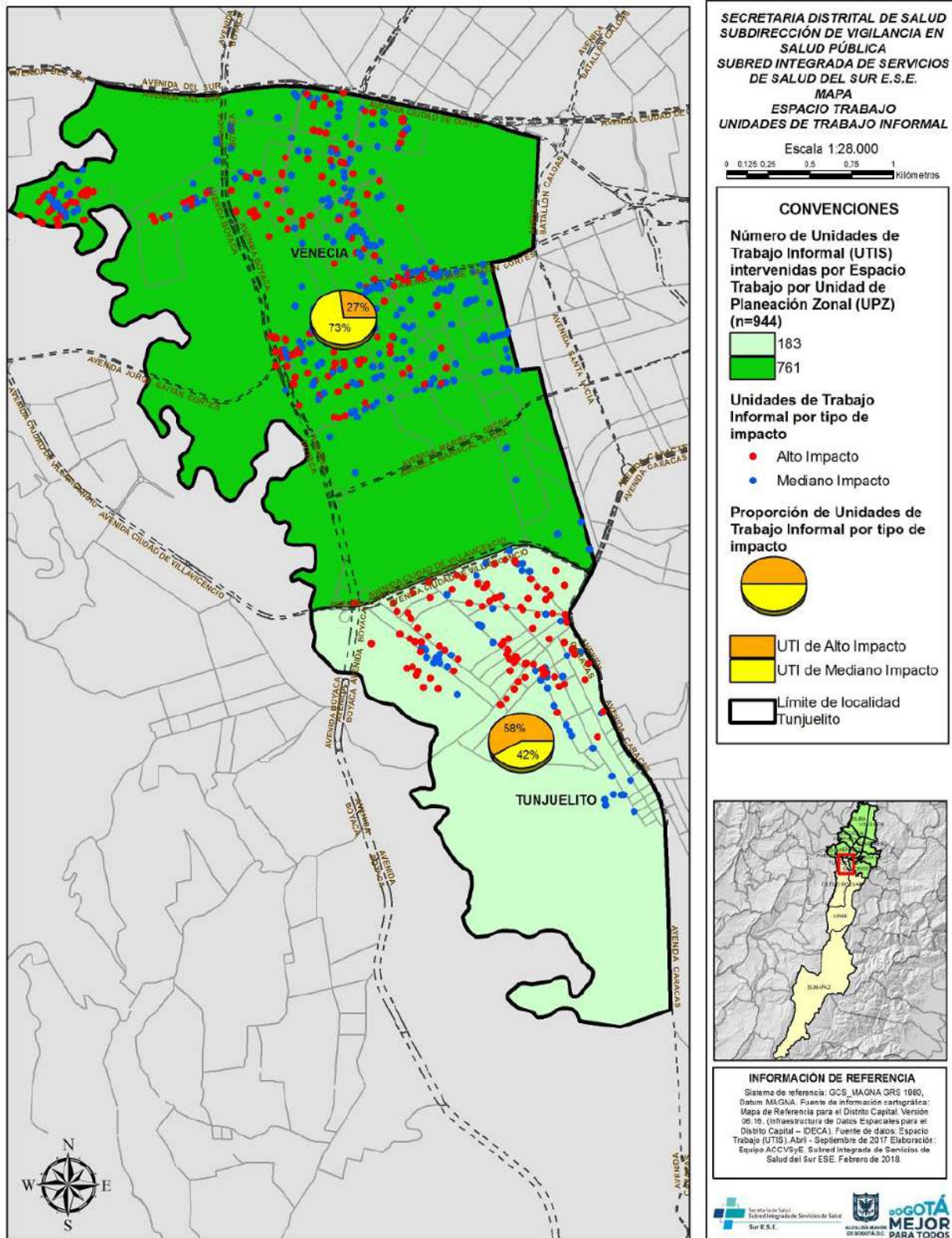
Específicamente en niños y niñas se resalta como logro la corresponsabilidad frente a los acuerdos establecidos, así como el compromiso tanto con los niños como con los padres y cuidadores de la culminación del proceso, resultado de la intervención individual en cada sesión, lo anterior permite un acompañamiento efectivo a través de los seguimientos realizados, brindando información frente a las diferentes redes de apoyo y de los programas sociales que favorecen a la dinámica familiar en relación del aprovechamiento del tiempo libre, sensibilización sobre los riesgos físicos biológicos y psicosociales que afectan la salud, así como la restitución de derechos.

Con relación a los adolescentes se evidencia que parte de la desvinculación se asocia al compromiso y demanda escolar ofrecida desde instituciones de educación como el SENA, siendo parte fundamental de las acciones de articulación del espacio, debido al tiempo requerido para el fortaleciendo procesos de aprendizaje a nivel técnico y tecnológico. Adicionalmente la oferta de actividades culturales y deportivas, aunque reducida, permite

fortalecer redes apoyo y un desarrollo integral individual y familiar. Con relación al trabajo protegido se evidencia un cumplimiento de condiciones especialmente en cabinas de café internet, misceláneas y venta de ropa.

Las principales dificultades evidenciadas para la desvinculación efectiva se relacionan con factores sociales como las bajas oportunidades para la vinculación a programas recreativos, culturales y deportivos para el manejo del tiempo libre, relacionada con una baja oferta institucional, además de bajos recursos económicos familiares derivado del desempleo y el trabajo informal.

Mapa 15. Niños, niñas y adolescentes en las peores formas de trabajo infantil intervenidas, espacio trabajo, localidad de Tunjuelito, abril – diciembre 2017



La distribución espacial de los NNA intervenidos por el Espacio Trabajo en la localidad de Tunjuelito a escala de UPZ permite identificar que en Venecia se concentra el 84 % de las actividades. Una característica común en esta UPZ es la baja oferta de empleo formal para el total de la población económicamente activa, y en donde la población infantil y adolescente se vincula a las actividades productivas para complementar los ingresos de carácter familiar y satisfacer necesidades básicas de alimentación y vivienda, además se considera que en el territorio se presenta ocupación del espacio público, situaciones de inseguridad, consumo de SPA, inadecuados hábitos de alimentación, baja adherencia a programas de salud preventiva y promocional y redes de apoyo débiles en pro de la desvinculación del trabajo infantil y el trabajo adolescente protegido, lo que aumenta en riesgo de presentar un proceso salud-enfermedad e impactar en otras dimensiones de desarrollo personal como puede ser el aprendizaje, el aprovechamiento del tiempo libre y el descanso. La localización de estas intervenciones está en los barrios en donde aparecen pequeñas centralidades comerciales como lo son Venecia, San Vicente Ferrer, San Carlos y San Benito. Así mismo, Espacio trabajo ha desarrollado dos colectivos de NNA, concentrando población en los sectores más vulnerables a la situación de niños, niñas y adolescentes trabajadores en Plaza de Mercado San Carlos y Plaza de Mercado Tunjuelito.

Acción integrada 2: Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud

El principal propósito de esta acción es contribuir a la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía en el Distrito Capital, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud.

Esta acción integrada desarrolla seis productos denominados: UTIS (Unidades de trabajo informal) de alto impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo; UTIS de mediano impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo; grupos organizados de trabajadores informales (GOTIS); Centros de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución en zonas media y baja concentración y gestión, seguimiento y monitoreo a la implementación de las acciones integradas del espacio trabajo

Para el desarrollo de dichos productos se cuenta con un talento humano interdisciplinario para un abordaje integral, incluyendo: Tecnólogo en salud ocupacional, especialista en salud ocupacional, profesional en psicología, trabajo social y enfermería, además de una auxiliar en enfermería.

Las UTIS de alto impacto cuyo proceso de caracterización es realizado por el tecnólogo en salud ocupacional, continuando con el despliegue del plan de trabajo por parte del especialista en salud ocupación, incluyendo un seguimiento adicional por parte del perfil de psicología o enfermería según la necesidad identificada en la unidad. Por otra parte las UTIs de mediano impacto inician proceso y lo terminan el tecnólogo en salud ocupacional, ambos procesos cuentan con una duración de 4 meses para su ejecución.

El orden de las actividades a realizar:

- Motivación, caracterización y concertación del plan de trabajo en nuevas Unidades de Trabajo Informal de alto y mediano impacto.
- Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de los trabajadores de la economía informal en UTI de alto y mediano impacto, a través de la implementación del plan de trabajo de cada UTI.
- Seguimiento y evaluación del proceso de implementación de la estrategia entornos laboralmente saludables en Unidades de Trabajo Informal de alto y mediano impacto.

Los GOTIS se enfocan en la Promoción del derecho y de las garantías sociales y de salud inherentes al trabajo para prevenir daños a la vida y salud de los trabajadores de la economía informal; realizando énfasis en UTÍ's de bajo impacto dado que son trabajadores que requieren mejorar sus condiciones de salud y no cuentan con una unidad de trabajo fija, orientando a los trabajadores en la protección de la salud en el trabajo, y desarrollo del decálogo para el fomento de una cultura preventiva y la formación en deberes y derechos en el Sistema de Riesgos Laborales, condiciones crónicas, así como la pobre calidad o cantidad de sueño, dicho proceso dura 1 mes, incluyendo 4 sesiones con el grupo establecido.

Los centros de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución en zonas de media y baja concentración, busca promover las prácticas saludables en personas en

ejercicio o vinculadas a la prostitución, incluyendo acciones como: la escucha activa, los recorridos de calle, actividades lúdicas pedagógicas, tamizaje y asesoría en VIH y Sífilis, seguimiento de casos con activación de rutas, fortalecimiento de redes y asesoría Psicosocial. Tomando como base la solicitud de la Corte constitucional frente a la Resolución 518 del 2015 y la Sentencia T594 del 2016, donde se plantea la necesidad de legalizar dicha actividad.

Los indicadores que miden esta respuesta son:

Tabla 68. Indicadores respuesta integrada de estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud, localidad de Tunjuelito, abril a diciembre 2017

Indicador	UTIS abordados	UTIS mejoras > 75 %	Resultado	Trabajadores abordados
Porcentaje de UTIS de alto y medio impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75 % la estrategia de entornos laborales saludables	944	321	34.0	1525
Porcentaje de UTIS de alto impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75 % la estrategia de entornos laborales saludables	312	103	33.0	551
Porcentaje de UTIS de medio impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75 % la estrategia de entornos laborales saludables	632	218	34.5	974

Fuente: Bases tableros de control Espacio Trabajo, Subred Sur ESE, abril – diciembre 2017.

Como se puede observar se cuenta una efectividad de la estrategia equitativa en las UTIs tanto de alto como de mediano impacto en la localidad, aunque nuevamente este dato se encuentra afectado por los tiempos de ejecución de las acciones, adicionalmente se observa que se aborda una mayor cantidad de personas en las UTIs de alto impacto, generando una afectación positiva en los trabajadores de la localidad.

Respuesta desarrollada por el espacio de trabajo

Con relación a las UTIS de alto impacto se evidencia que las actividades económicas abiertas a recibir las asesorías realizadas son: las salas de belleza y pinturas donde en su mayoría las recomendaciones se relacionan con el etiquetado de productos químicos y el acceso y uso de los elementos de protección personal, en especial los tapabocas con filtro y las gafas, para las actividades relacionadas con tintes y uso de queratina en las salas de belleza, así como las unidades de trabajo de pinturas, en especial cuando hacen los reenvases o mezclas de las mismas; igualmente se observa adherencia de las recomendaciones en cuanto plan de emergencias incluyendo: verificación del extintor y botiquín según requerimiento para la actividad económica.

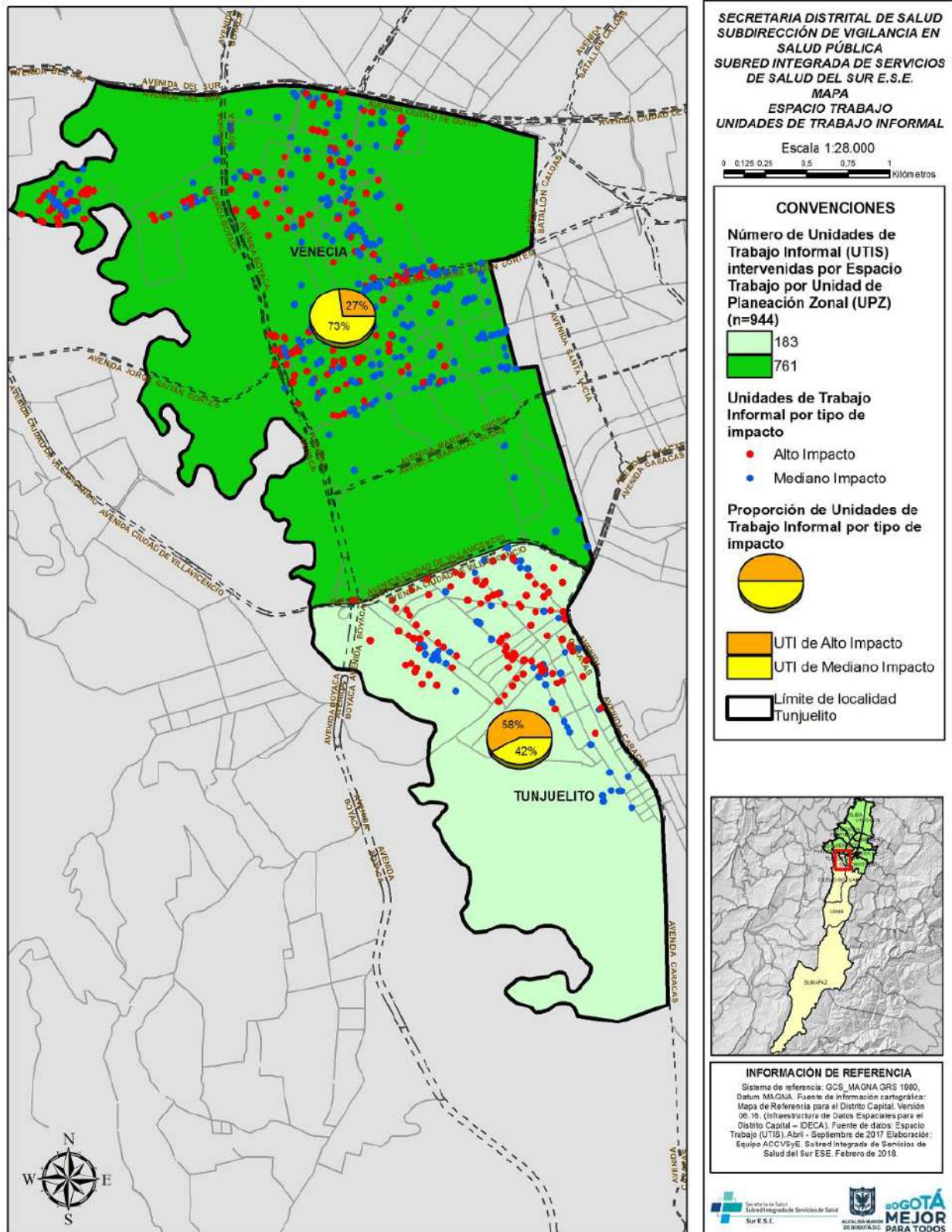
Son receptivos al programa y se concientizan de los cuidados en salud acercándose a servicios médicos y mejorando hábitos saludables, igualmente se evidencia la realización de estiramientos y/o pausas activas consientes de los movimientos repetitivos que pueden generar desgaste de las articulaciones e inflamación de los tendones.

En otras actividades económicas como: talleres de mecánica y carpinterías son menos receptivos a las sugerencias realizadas evidenciado principalmente en cuanto al plan de emergencias.

En cuanto las unidades de trabajo de mediano impacto se enfatiza en la sensibilización y capacitación frente al riesgo biomecánico, dejando recomendaciones como realizar pausas activas, alternar tareas, tomar descansos durante la jornada laboral y adoptar posturas adecuadas al momento de realizar las actividades, pero estas actividades aún no son ejecutadas de manera adecuada y se realizan esporádicamente en una importante proporción de establecimientos.

Los cambios relacionados con infraestructura o adecuaciones locativas se dificultan al no contar con dinero para realizarlo a pesar de comprender la importancia de los mismos.

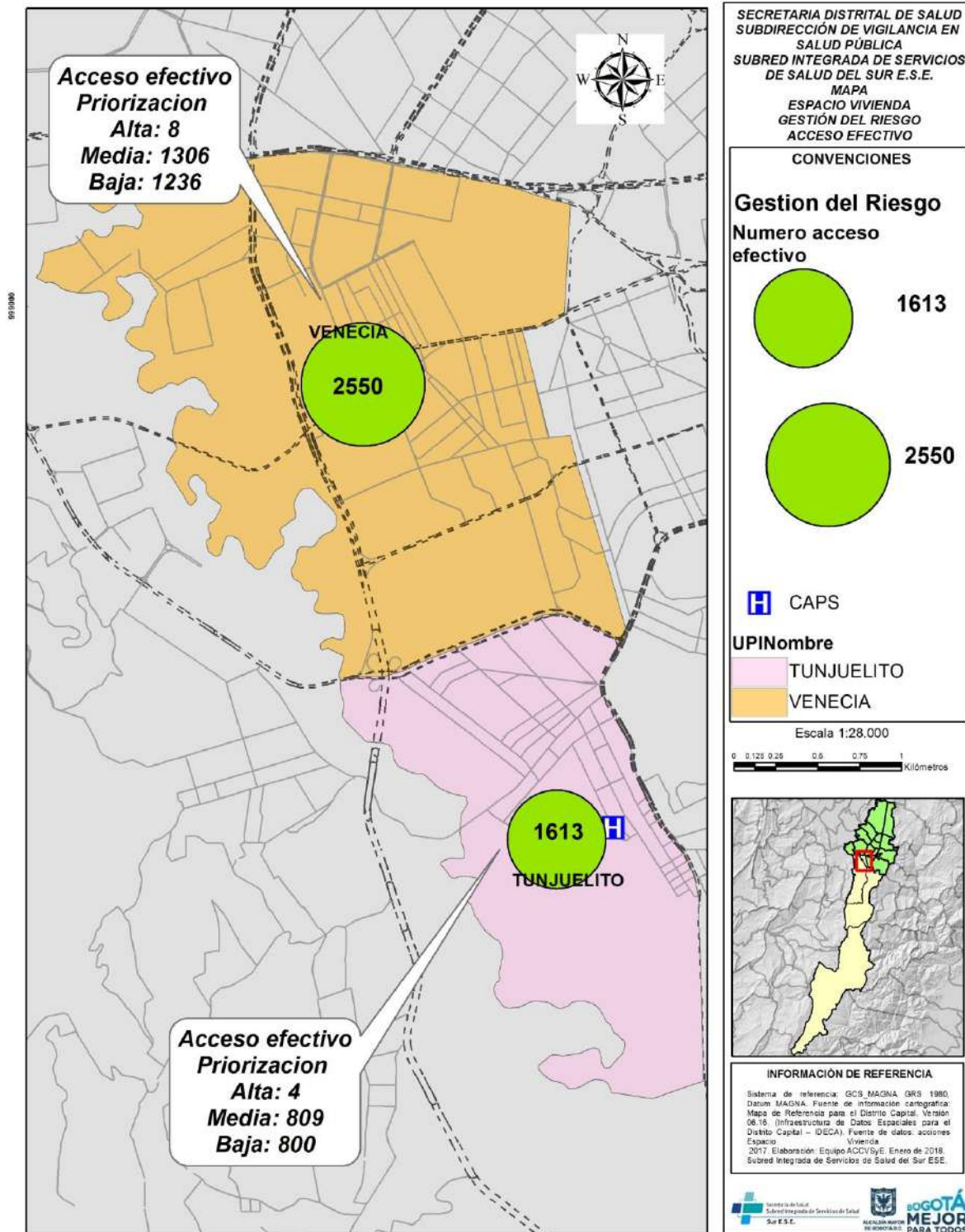
Mapa 16. Unidades de trabajo informal intervenidas, espacio trabajo, Subred Sur ESE, localidad de Tunjuelito, abril – diciembre 2017



La distribución espacial de las UTI intervenidas por el Espacio Trabajo en la localidad de Tunjuelito a escala de UPZ permite identificar que en Venecia se concentra el 80 % de las actividades. Una característica de esta UPZ es la baja oferta de empleo formal para el total de la población económicamente activa y en especial población migrante al interior de la UPZ, principalmente población afrodescendiente e indígena, lo que ha llevado al establecimiento en el territorio de actividades productivas de poca calificación y pequeña escala, en la unidad familiar o de carácter individual, principalmente en nodos de comercio de escala zonal en los barrios Samore, El Carmen, San Vicente Ferrer, Fátima e Isla del Sol en donde el poco espacio público se ve afectado por la presencia de comercio de tipo informal, impulsado por la necesidad de la población más vulnerable de la UPZ de obtener algún tipo de recurso para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y vivienda; además, de todas las actividades productivas que ponen en riesgo la salud de la población identificadas por el Espacio Trabajo en esta UPZ el 27 % son UTI de alto impacto, lo que indica que existe un riesgo químico en los lugares en donde se desarrollan las actividades productivas y son de interés para la gestión del riesgo en salud por su grado de afectación.

Para la UPZ Tunjuelito las intervenciones a UTI están distribuidas de manera homogénea en cada uno de los barrios, dado que la actividad comercial de tipo informal también está distribuida a lo largo de la UPZ; se identifica intervención en unidades productiva con actividades asociadas a las peluquerías y salones de belleza, comercio al por menor de artículos de ferretería, expendio de comida preparada y fábricas de muebles, con una proporción de UTI de alto impacto a escala de UPZ del 58 %, actividades que se refuerzan por características propias de la UPZ como lo son los altos índices de desempleo, prevalencia de estrato uno y dos, y conflictos socio-ambientales y productivos.

**Mapa 17. Mapa intervenciones componente gestión del riesgo,
enero – diciembre, 2017**



6. ANÁLISIS y SÍNTESIS

El objetivo del capítulo 6 es analizar y sintetizar la información recopilada en los anteriores capítulos del presente documento. Con este ejercicio se concluye el estado de la situación de las condiciones de vida, salud y enfermedad de la localidad de Tunjuelito. El proceso de construcción, la información captada y las recomendaciones finales del territorio fueron orientados mediante el uso y adaptación de la metodología PASE a la Equidad en Salud (28)(29).

Para el desarrollo de este capítulo se tuvieron en cuenta documentos sectoriales e intersectoriales como diagnósticos locales anteriores, informes de estrategia de abordaje territorial (Gobernanza Componente 1) e instrumentos metodológicos proporcionados por la estrategia PASE, entre otros. Como insumo adicional para este capítulo, la SDS proporciona información acerca de las condiciones de desigualdad entre las localidades de Bogotá este insumo es un punto de partida de la síntesis del presente documento.

El capítulo se organiza en cinco partes, en la primera parte se describe la metodología utilizada para el presente ejercicio; posteriormente, se describen los nodos obtenidos mediante el análisis socio-epidemiológico y geográfico de las tensiones identificadas con PASE; en la tercera parte, se habla acerca de la validación de la información recopilada a mediante encuentros a nivel sectorial e intersectorial. De estos ejercicios de articulación se realiza el análisis de la respuesta obtenida en los espacios, procesos y/o componentes. Finalmente, se dan las valoraciones finales del territorio y las recomendaciones para la agenda.

6.1 Metodología

Para el proceso de análisis y síntesis de la información del documento de ACCVSYE, se adapta la metodología PASE a la Equidad en Salud para la comprensión territorial de las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, como su nombre lo indica, mediante esta herramienta se consolida el estado actual poblacional, ambiental, social y económica y generar la configuración actual, la configuración deseada del territorio como herramienta para la toma de decisiones (29).

Para esto, se planeó un proceso que integra sintéticamente los capítulos que conforman el documento para así generar una identificación de las condiciones del territorio, la comprensión del mismo y la generación de respuestas a las necesidades identificadas, a partir de un proceso que integre los siguientes elementos:

- Construcción de la configuración actual del territorio
- Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio.
- Transformación esperada de ejes estructurantes y tensiones.
- Construcción de la configuración deseada.
- Construcción de estrategia.

En este sentido los pasos a seguir para el análisis y síntesis de la información implican los siguientes pasos:

1. A partir de los insumos de los procesos de análisis de los componentes de Gobernanza, así como de Gestión del Riesgo en Salud, se Identificarán los vínculos presentes en el territorio para asociarlos a las tensiones o eventos en salud identificados previamente en las Agendas Locales, y complementado para la Subred Sur con las tensiones identificadas en las mesas estratégicas a partir del Plan Decenal de Salud Pública.
2. Empleando los mapas de riesgos realizados en el capítulo 1, e integrando los procesos de análisis, se ubican geográficamente las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas y se asocian a las tensiones identificadas previamente.
3. Se identifican los puntos de concentración de las tensiones en el territorio, definiendo los nodos o racimos, realizando un análisis de los generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones compartidos y su precedencia en el tiempo.
4. Con el ejercicio anterior de identificación de tensiones se realiza un análisis de la localización de las tensiones y condiciones identificadas, partiendo de que cada una de las tensiones presenta una localización definida y/o aunque se presente en muchos sectores, tiene predominancia o se concentra con mayor fuerza en ciertas zonas de la

localidad, lo cual permite identificar particularidades y patrones presentes en el territorio.

5. Con el análisis realizado se construyen los ejes estructurantes a partir de los nodos o racimos. Los ejes estructurantes pueden referirse a procesos económicos, sociales, ambientales o institucionales de nivel macro inherentes a la forma como está constituida la organización social, económica y política de la localidad o del Distrito Capital y en particular a aquellos elementos que se reiteran y su afectación en la salud de la población.
6. La construcción de la configuración actual, surge de la forma como se relacionan unos y otros elementos en el territorio. Cuando se identifican los ejes estructurantes, se logra identificar que el mapa va tomando ciertas características que pueden asociarse a una imagen compartida. Teniendo en cuenta las condiciones del PASE y las particularidades históricas y culturales del territorio, se asigna una imagen a la configuración del territorio.
7. A partir de la imagen, las condiciones identificadas en el territorio y de los ejes estructurantes, se construye una metáfora que se constituye en un acercamiento o aproximación al territorio, la cual de forma narrativa integra las condiciones particulares y la configuración actual. La imagen y la metáfora permiten una apropiación del territorio, generando una síntesis de la situación actual del mismo y de sus particularidades, integrando los procesos de análisis desarrollados por los equipos locales. Esto permite integrar la información y procesos realizados en la Subred y contar con la integración de análisis y síntesis.
8. A partir de la configuración actual del territorio, se desarrollan procesos de análisis con que integre las acciones del componente 1 de Gobernanza, los Espacios de Vida Cotidiana, GPAISP y los diferentes componentes de Gestión del Riesgo, que permitan identificar las acciones realizadas y territorializarlas, aportando al desarrollo del capítulo 5, a la respuesta brindada sectorial e intersectorialmente y a la Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio. Para esto se emplean los mapas de acciones de los diferentes componentes, y se realiza trabajo conjunto de territorialización de las acciones en la cartografía de las localidades.
9. A partir de los análisis realizados con los diferentes componentes, se realizan ejercicios en los cuales se plantea la transformación esperada de los ejes

estructurantes y de las tensiones territorializadas a partir de las acciones identificadas y de las acciones a realizar a futuro, lo cual permite la apropiación de la configuración actual y el análisis de la respuesta brindada, con el fin de generar propuestas para la transformación de los ejes estructurantes.

10. Teniendo en cuenta los resultados del proceso, la territorialización de las acciones y el planteamiento de transformación de los ejes estructurantes, se procede a construir la imagen y la metáfora para generar la configuración deseada del territorio.

11. La identificación de la configuración deseada, permitirá la planeación y construcción de estrategias de intervención en las localidades que generen una transformación del territorio a partir de acciones sectoriales e intersectoriales, así como integrar la información y la configuración del territorio como proceso de análisis y síntesis.

Para la vigencia abril 2017-febrero 2018 el equipo de ACCVSyE de la Subred Sur utiliza la metodología PASE a la Equidad en Salud, definida como “un conjunto de elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos para fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales de salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Esta estrategia *grosso modo* plantea la interrelación e interacción de dimensiones básicas del desarrollo (Balance de Interacción de Tensiones entre Población, Ambiente, Social y Económica) ubicándolas espacialmente y definiendo una secuencia lógica, sistemática y ordenada de procesos, momentos y pasos de intervención. Es una herramienta técnica, consistente, coherente, integral e interdisciplinar para el diagnóstico, formulación y evaluación de la situación en salud (28) para la localidad sexta.

El proceso inicia con la construcción y definición de la agenda local de Tunjuelito en la que se construye las tensiones con el aporte de los espacios, programas y componentes de la Subred Sur. En esta se definen los escenarios o espacios en los cuales las tensiones definidas se plasman y relacionan según la afectación poblacional.

Posteriormente las tensiones identificadas son evaluadas, analizadas y validadas en el marco de las mesas estratégicas de la Subred, entre las temáticas propuestas se fundamentan en las dimensiones del PDSP. En estas mesas se desarrollaron Mesas

Estratégicas en Salud Mental, Salud Ambiental, Salud Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivas, Rural, Diferencial, Crónicos, entre otros.

En estos espacios han desarrollado sesiones mensualmente para la identificación y construcción de las problemáticas de salud desarrolladas, puntualmente, en la priorización de las tensiones en salud. En las sesiones participaron las y los profesionales de los distintos programas, componentes y dimensiones revisando su afectación e impacto en la población de la localidad de Tunjuelito.

6.2. Nodos

En el proceso de caracterización del estado actual del territorio y la configuración de nodos se realiza a través de 3 etapas o momentos: identificar, comprender y responder. El primer momento implica la identificación de tensiones y la interacción de estas en las dimensiones del desarrollo. El segundo momento, requiere diagnosticar el territorio para reconocer el porqué de las tensiones. Finalmente, el tercer momento propone un estado deseado del territorio.

6.2.1. Momento de identificar

A partir de los resultados obtenidos en la fase de recolección de información, el equipo de ACCVSyE pasa a la construcción de la configuración actual del territorio. El ejercicio consistió en la consolidación de las tensiones identificadas, revisión crítica de estas mismas y en su ubicación espacial basadas en la información suministrada por los espacios, componentes y dimensiones y en los recorridos barriales hechos para la presente vigencia.

Como parte del proceso de análisis se realiza una revisión de los factores determinantes de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, a partir de la identificación de desigualdades presentes en la localidad respecto al contexto distrital. Para esto, se emplean estratificadores sociales que permiten realizar comparaciones entre las diferentes localidades de Bogotá, a partir de las variables del índice de condiciones de vida (acumulación de capital humano, capital social básico, acumulación colectiva de bienes y

acumulación individual de bienes culturales), la asistencia escolar en personas de 18 a 25 años y el ingreso per cápita.

La comparación distrital de estas variables, y a partir de la metodología empleada por Secretaría de Salud de Bogotá, permitió agrupar a las localidades en los terciles menos aventajadas, intermedias y más aventajadas. A partir de esta categorización, se realizan análisis que permitan establecer relaciones entre las condiciones de vida y los eventos en salud presentes en los territorios. Para el análisis de estas variables, se empleó como fuentes de información la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, Secretaría Distrital de Educación, y resultados de la Encuesta SISBEN III*.

La Tabla 69. Agrupación de localidades según índice de condiciones de vida – ICV, 2011 – 2014 evidencia una leve mejoría en la localidad de Tunjuelito en cuanto los datos relacionados con el ICV en el periodo 2011-2014 se refiere. Para el año 2011, los datos lo ubicaron dentro del tercil de las localidades menos aventajadas; en 2014 se ubica en el intermedio teniendo los datos más bajos de dicho grupo, lo anterior puede indicar que los cambios identificados y las acciones sectoriales e intersectoriales no son suficientemente significativos para tener niveles altos de calidad de vida.

Tunjuelito presenta mejorías tangenciales que la ubican dentro de las localidades intermedias, empero son insuficientes, comparativamente, para tener las características de localidades con mejores ICV con diferencias muy marcadas frente a las localidades aventajadas.

* En este análisis la SDS presenta las localidades que hacen parte de los terciles menos aventajados, en nivel medio y más aventajados para los años 2011 y 2014, según los estratificadores sociales ICV y asistencia escolar en personas de 18-25 años; de este ejercicio se excluyeron los datos correspondientes a la localidad de Sumapaz, que en su mayoría corresponde a una localidad rural y que en muchos casos, el indicador de salud para dicha localidad es 0 y en otros, el indicador es muy elevado por efecto del bajo valor del denominador.

En primer lugar, el índice de condiciones de vida, incluye los siguientes factores para su análisis:

- **Acumulación de capital humano.** Se mide por los niveles de escolaridad en el núcleo familiar. Como variables se utiliza el número de años de educación alcanzados por el jefe del hogar, la escolaridad promedio de las personas de 12 y más años, la proporción de jóvenes entre 12 y 18 años que asisten a secundaria o a la universidad y la proporción de niños entre 5 y 11 años que asisten a un establecimiento educativo.
- **Capital social básico.** Se mide por la composición del hogar. Como variables se utiliza la proporción que representan los niños menores de 6 años en la conformación del hogar y la relación de personas por cuartos disponibles.
- **Acumulación colectiva de bienes.** Hace referencia a la infraestructura de servicios públicos. Se mide por el acceso y la calidad de los servicios. Como variables se utilizan la disponibilidad y características de los servicios sanitarios, fuentes de agua para consumo humano, el combustible utilizado para cocinar y el sistema de recolección de basuras.
- **Acumulación individual de bienes materiales.** Se mide por la calidad de la vivienda. Como variables se utiliza la calidad del material de los pisos y las paredes en las viviendas. (32).

Tabla 69. Agrupación de localidades según índice de condiciones de vida – ICV, 2011 – 2014

AÑO 2011			AÑO 2014		
Tercil	Localidad	Estratificador de equidad - ICV	Tercil	Localidad	Estratificador de equidad – ICV
Menos aventajados	Usme	82,3	Menos aventajados	Ciudad Bolívar	87,6
	Ciudad Bolívar	86,9		Usme	88,3
	Bosa	88,1		Santafé	89,1
	San Cristóbal	88,3		Bosa	89,2
	Rafael Uribe	89,1		San Cristóbal	89,3
	Tunjuelito	90,0		Rafael Uribe	90,0
Nivel medio	Santafé	90,9	Nivel medio	Tunjuelito	90,7
	Kennedy	91,0		Candelaria	91,1
	Mártires	91,7		Antonio Nariño	91,8
	Antonio Nariño	92,2		Kennedy	91,8
	Candelaria	92,2		Mártires	91,9
	Engativá	93,0		Fontibón	93,2
	Suba	93,0		Suba	93,2
Más aventajados	Puente Aranda	93,6	Más aventajados	Usaquén	93,5
	Fontibón	93,8		Puente Aranda	93,6
	Barrios Unidos	94,2		Engativá	93,8
	Usaquén	95,4		Barrios Unidos	95,0
	Teusaquillo	97,0		Chapinero	96,9
	Chapinero	97,5		Teusaquillo	97,1
	Bogotá	91.5		Bogotá	92.2

Fuente: Elaboración propia, grupo ACCVSyE con plantillas OPS.

En la localidad persisten, por ejemplo, limitaciones de acceso principalmente a educación superior (técnica, tecnológica, pre y posgrado) en los momentos del curso juventud y adultez ya que las dificultades de acceso a universidades públicas, hacen incurrir en gastos altos en universidades privadas cuyos costos exceden la capacidad económica de la mayoría de la población. La falta de preparación académica afecta directamente al acceso a mejores empleos, apoyo económico al núcleo familiar y la desvaloración de la importancia de la educación para estos sectores de la población, así como una posición crítica negativa al proyecto de vida debido a opciones de empleo informales que garantizan, al menos, el sustento diario sin requisitos formativos previos (venta informal, por ejemplo).

Las localidades en el nivel medio, aunque en menor medida que las menos aventajadas, cuentan con una composición familiar extensa en mayor proporción que las más aventajadas, al igual que un mayor número de personas que la conforman los tipos de familia y una mayor cantidad de población de niños y jóvenes, factores que se relacionan con una mayor dificultad para satisfacer las necesidades básicas, acceso a la educación, trabajo formal y mejor pago, movilidad, opciones de manejo del tiempo libre, alimentación, esparcimiento, acceso a bienes y servicios y demás factores necesarios.

La localidad de Tunjuelito a pesar de contar con oferta de servicios de salud y mejores condiciones de movilidad, requiere todavía mejoras en esta, en especial los relacionados con acceso a servicios especializados; esta situación se hace aún más manifiesta en las personas afiliadas al régimen contributivo, cuyas ocupaciones hacen que deban recorrer largas distancias para acceder a los servicios requeridos, además de los trámites correspondientes.

Como ya se mencionó previamente la localidad de Tunjuelito cuenta con la mayoría de viviendas en estrato 2, seguido por el estrato 3, sumado a una pequeña proporción de estrato 1, los datos relacionados con este indicador presentan una leve mejoría que ubica nuevamente a la localidad como la última en el tercil medio. En consecuencia, Tunjuelito a pesar de tener mejores porcentajes que las localidades menos aventajadas, aún se encuentra por debajo del dato distrital en relación a la absorción a la educación superior en el distrito, por debajo del dato distrital y de localidades más aventajadas como Teusaquillo y Usaquén

La Tabla 70. Agrupación de localidades en terciles según asistencia escolar en personas de 18 a 25 años, 2011 - 2014 toma este indicador, tomando como fuente a DANE con la Encuesta Multipropósito, la cual registra la tasa de asistencia escolar para las edades en mención, donde se refleja la participación de la población a la educación superior. Es importante mencionar que el estrato socioeconómico se relaciona con el acceso a la educación, es así que los estratos 1 y 2 están por debajo de la tasa promedio de la ciudad, en comparación las tasas de los estratos 3, 4, 5 y 6, las cuales se ubican por encima de la tasa promedio de la ciudad.

Tabla 70. Agrupación de localidades en terciles según asistencia escolar en personas de 18 a 25 años, 2011 - 2014

AÑO 2011			AÑO 2014		
Tercil	Localidad	Porcentaje asistencia escolar personas de 18 25 años	Tercil	Localidad	Porcentaje asistencia escolar personas de 18 25 años
		(Estratificador de equidad)			(Estratificador de equidad)
Menos aventajados	Usme	23,4	Menos aventajados	Usme	23,8
	Ciudad Bolívar	24,3		Ciudad Bolívar	25,6
	Bosa	26,2		Santafé	34,3
	San Cristóbal	33,9		San Cristóbal	34,7
	Rafael Uribe	33,9		Rafael Uribe	35,2
	Tunjuelito	38,6		Bosa	35,4
Nivel medio	Santafé	38,6	Nivel medio	Tunjuelito	38,9
	Kennedy	39,5		Mártires	39,1
	Mártires	42,4		Kennedy	41,7
	Antonio Nariño	45,5		Antonio Nariño	42,4
	Suba	47		Suba	44,2
	Engativá	49		Fontibón	49,8
	Puente Aranda	49,8		Engativá	51,9
Más aventajados	Barrios Unidos	51,3	Más aventajados	Puente Aranda	52,1
	Candelaria	52,5		Usaquén	55,3

	Fontibón	52,5		Candelaria	56,5
	Usaquén	58,9		Barrios Unidos	57,1
	Chapinero	66		Chapinero	61,7
	Teusaquillo	73,6		Teusaquillo	70,6
	Bogotá	41,5		Bogotá	42,2

Fuente: DANE – SDP Encuesta Multipropósito Bogotá (EMB) 2011, 2014.

Lo anterior se correlaciona con la información registrada en la anterior tabla, donde se observa las marcadas diferencias, siendo Tunjuelito la séptima localidad con datos más negativos de la ciudad a pesar de la mejora evidenciada, pero aún muy alejada de lo registrado en localidades con mejores condiciones en el distrito, incluso se observa una marcada diferencia con localidades ubicadas en el mismo tercil como Fontibón o Engativá.

Lo anterior se relaciona directamente con la dificultad o lentitud para generar un mejoramiento de la calidad de vida de los residentes de esta localidad, así como sus familias, facilitando que persistan condiciones como la pobreza y la marginalidad.

El ingreso per cápita o renta per cápita, como también se lo denomina, es el concepto que denomina a aquella variable económica que indica la relación que existe entre el Producto Bruto Interno (PBI) y la cantidad de habitantes de una nación. El PIB es una medida macroeconómica que expresa el valor monetario de la demanda final en lo que respecta a la producción de bienes y de servicios, en una región o país, durante un lapso de tiempo determinado (normalmente un año). El PIB se utiliza para tener una noción de la medida del bienestar material presente en una sociedad que mide la producción final siempre. Por ende para conocer el valor del ingreso per cápita de una sociedad es necesario que se divida el PIB por la cantidad de población.

Tabla 71. Agrupación de localidades en terciles según ingreso per cápita, 2011 – 2014

AÑO 2011			AÑO 2014		
Tercil	Localidad	Ingreso Per cápita (Estratificador de equidad)	Tercil	Localidad	Ingreso Per cápita (Estratificador de equidad)
Menos aventajados	Ciudad Bolívar	\$ 353.195,74	Menos aventajados	Usme	\$ 428.089
	Usme	\$ 353.339,10		Ciudad Bolívar	\$ 449.245
	San Cristóbal	\$ 383.049,91		Bosa	\$ 498.088
	Bosa	\$ 400.662,74		San Cristóbal	\$ 531.532
	Rafael Uribe	\$ 462.660,35		Rafael Uribe	\$ 601.665
	Tunjuelito	\$ 543.036,32		Tunjuelito	\$ 693.920
Nivel medio	Kennedy	\$ 636.033,98	Nivel medio	Kennedy	\$ 730.392
	Antonio Nariño	\$ 710.948,15		Santafé	\$ 743.361
	Mártires	\$ 720.545,28		Mártires	\$ 856.632
	Puente Aranda	\$ 782.973,26		Puente Aranda	\$ 884.991
	Engativá	\$ 801.226,55		Antonio Nariño	\$ 901.504
	Santafé	\$ 816.460,43		Engativá	\$ 990.737
	Candelaria	\$ 992.390,07		Candelaria	\$ 1.177.067
Más aventajados	Suba	\$ 1.059.765,61	Más aventajados	Fontibón	\$ 1.238.466
	Fontibón	\$ 1.135.394,73		Barrios unidos	\$ 1.343.021
	Barrios unidos	\$ 1.223.299,31		Suba	\$ 1.354.622
	Usaquén	\$ 1.931.642,49		Usaquén	\$ 1.948.544
	Teusaquillo	\$ 2.076.054,14		Teusaquillo	\$ 2.450.715
	Chapinero	\$ 3.258.705,90		Chapinero	\$ 3.813.290
	Bogotá	\$ 580.344.32		Bogotá	\$ 933.032

Fuente: DANE – SDP Encuesta Multipropósito Bogotá (EMB) 2011, 2014.

El ingreso per capita es uno de los factores que más inciden en las condiciones de vulnerabilidad de la población de la localidad de Tunjuelito, puesto que no mostro una mejora considerable en el periodo de análisis. Al realizar la comparación con las localidades más

ventajas se observa el caso extremo de la localidad de Chapinero que recibe un ingreso 4 veces mayor que en Tunjuelito, cuestión similar en menor medida, ocurre al compararse con Teusaquillo y Usaquén con cerca de 2 veces más ingreso, incluso localidades ubicadas en el nivel medio de este indicador reciben cerca de una tercera parte o más de ingresos como Antonio Nariño, Engativá o Candelaria.

Se evidencia con esto las marcadas diferencias entre localidades menos aventajadas y nivel medio en comparación con las más aventajadas, donde se cuenta con mayores y mejores opciones tanto para el desarrollo del individuo y su familia, así como una mejor posibilidad de maniobra ante situaciones imprevistas que puedan presentarse durante la vida en comparación a las localidades menos aventajadas.

El ejercicio de desigualdades permite dar un punto de partida frente a las condiciones de calidad de vida y salud de la localidad de Tunjuelito ya que introduce las dificultades que pasan las y los habitantes para llevar su cotidianidad. Por medio de este insumo se complementó la información cualitativa y cuantitativa recopilada en los capítulos precedentes del presente trabajo junto con otras fuentes, como avances en la implementación y ejecución de la estrategia de abordaje territorial local, agendas locales y el conocimiento territorial del talento humano del equipo de ACCVSyE de la Subred Sur.

A lo largo de la vigencia febrero 2017-marzo 2018, basándose en la construcción de las problemáticas a abordar en las agendas locales, se organizan las mesas estratégicas por temáticas identificadas en la Subred Sur. Dichas mesas contaron con la participación de los espacios de vida cotidiana, programas y componentes. Esta planeación, siguiendo la metodología PASE a la equidad, permite vislumbrar una serie de problemáticas asociadas al PDSP, permitiendo la documentación de tensiones en salud desde las dimensiones de la metodología.

Tabla 72. Tabla resumen de tensiones

Momento de curso de vida	Tensión	Valoración final - No Tensión
Niñez	Caries	1
Niñez	Mortalidades por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Neumonía	2
Niñez	Mortalidad Perinatal	3
Niñez	Desnutrición Global	4
Adolescencia	Conducta Suicida en Adolescentes	5
Adolescencia	Embarazo en Adolescentes	6
Adolescencia - Juventud	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	7
Adolescencia	Adolescente Trabajador en Condiciones No Seguras	8
Juventud	Violencia de Género	9
Juventud	Trabajo Informal en Condiciones No Seguras	10
Juventud	Delincuencia Común. LCE intencionales, asociadas a riñas y asaltos	11
Adulthood - Vejez	Condiciones Crónicas	12
Vejez	Violencia hacia la persona mayor	13
Transversal	Riesgo Psicosocial	14

Fuente: Subred sur, Equipo ACCVSyE, Tabla resumen Tensiones Tunjuelito. 2017.

En la Tabla 72. Tabla resumen de tensiones se muestra las catorce tensiones reconocidas en la localidad de Tunjuelito:

- Etapa del Ciclo Niñez-Adolescencia: En esta etapa del ciclo vital se priorizaron la caries; las mortalidades por infección respiratoria aguda (IRA) y neumonía; la mortalidad perinatal; la desnutrición global: Por otra parte, la conducta suicida en adolescentes también fue priorizada, así como, el embarazo en adolescentes; el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y el trabajo adolescente en condiciones no seguras.

- Etapa del Ciclo Juventud: En Juventud el equipo de profesionales de la Subred priorizó la violencia de género; el consumo de sustancias psicoactivas (SPA); el trabajo informal en condiciones no seguras. Asimismo la delincuencia común y las Lesiones de Causa Externa (LCE) intencionales, asociadas a riñas y asaltos.
- Etapa del Ciclo Adultez: En el caso de Adultez se prioriza el Trabajo informal en Condiciones No Seguras; la delincuencia común y las Lesiones de Causa Externa (LCE) intencionales, asociadas a riñas y asaltos y condiciones crónicas.
- Etapa del Ciclo Vejez: Para vejez se identifica y priorizan la violencia hacia la persona mayor y las Condiciones Crónicas de salud.
- Adicionalmente el equipo asignó una condición transversal a todas las etapas, el riesgo psicosocial, como una prioridad en sí misma.

Con estos recursos se construye mediante las tensiones mencionadas la figura que expresa la configuración actual de la salud del territorio (29) de la localidad sexta, el *pez capitán*. La figura “facilita (...) el trabajo de síntesis que deben realizar para obtener la configuración de salud territorial” ((29), p. 151). Esta es complementada con una metáfora la cual expresa los determinantes de la salud y sus nexos en el territorio haciendo más comprensible la información recopilada, aislada hasta este momento.

Posteriormente se realiza la validación de contenidos, llevada a cabo por medio de unidades de análisis con los espacios de la Subred Sur y espacios intersectoriales, en las cuales se socializa los resultados obtenidos para contrastar, valga la redundancia, su validez con las acciones llevadas a cabo en terreno.

Como resultado de las unidades de análisis se obtuvo la información por medio de la cual se construyó la respuesta institucional. Se determina si las acciones corresponden con las tensiones identificadas en las UPZ y barrios cuya intervención es necesaria. De estas actividades, se identifican las ventajas y oportunidades de la localidad para su transformación deseada en salud.

El análisis territorial realizado para esta vigencia tuvo en cuenta, además de las tensiones, la información cualitativa y cuantitativa recopilada en los capítulos precedentes del presente trabajo, avances en la implementación y ejecución de la estrategia de abordaje territorial

local, agendas locales, análisis de desigualdades distritales y la experticia del talento humano del equipo de ACCVSyE de la Subred Sur.

Con la información suministrada por los espacios, programas y componentes de la Subred en los escenarios mencionados en la sección anterior, el equipo ACCVSyE inició el proceso de construcción de la configuración actual del territorio. La concentración de condiciones y tensiones identificadas, la conexión lógica entre estas, dieron forma a los *nodos* de la localidad de Tunjuelito.

Los nodos se definen como “elementos (...) que articulan la totalidad de los elementos presentes en la configuración territorial de la salud y por ellos circulan los principales flujos de determinación que unen entre sí los elementos articuladores” ((29)), p. 150). Para su construcción el equipo ACCVSyE realizó análisis social, epidemiológico, demográfico y geográfico en la concentración y dispersión de las tensiones identificadas teniendo en cuenta las características poblacionales, ambientales, sociales y económicas de Tunjuelito.

Las catorce (14) tensiones fueron ubicadas geográficamente teniendo en cuentas las dimensiones PASE, organizadas en color naranja (poblacional), verde (ambiental), social (amarillo) y económico (azul). Así como la numeración planteada en la Tabla 72. Tabla resumen de tensiones De acuerdo con esta información se describirán los nodos a continuación.

Nodo 1. Contaminación y deterioro ambiental que afectan las condiciones de salud y calidad de vida. Frente al nodo *contaminación y deterioro ambiental*, se identificaron en las UPZ Venecia y Tunjuelito problemas ambientales asociados al mal manejo de residuos sólidos y de curtiembres (cuyos puntos críticos se ubican puntualmente en los barrios Abraham Lincoln, San Benito, San Carlos y Tunjuelito en la UPZ Tunjuelito); a las altas emisiones de gases y otras sustancias químicas tanto por la aglomeración de vehículos en las vías principales circundantes como por los procesos industriales de las empresas allí asentados.

La contaminación del aire causada por fuentes móviles, producidas por el flujo de vehículos, con altos porcentajes de material particulado (PM10 y PM25), la acumulación de sustancias químicas como óxido de nitrógeno, óxido de azufre, monóxido de carbono y dióxido de

carbono provenientes principalmente de las emisiones de los automóviles que diariamente atraviesan vías principales como la Avenidas Caracas, Autopista Sur y Gaitán Cortés. Las malas condiciones del aire que se presente mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) y neumonía. Los problemas en la calidad del aire, del agua y las problemáticas asociadas al ruido son situaciones que afectan la calidad de vida y salud de la población en la localidad seis.

Las acciones antrópicas juegan un papel central en la proliferación y perpetuación de la contaminación ambiental. Involucra un esfuerzo mancomunado entre la comunidad y las instituciones la transformación paulatina de las malas prácticas instauradas que repercuten negativamente en la salud colectiva local.

Nodo 2. Desigualdad social y económica que incide en las condiciones de sus habitantes

De acuerdo con los análisis de la Secretaría Distrital de Salud en el que se evidencia mejoría mostrados más arriba, entre 2010 y 2014, en términos de desigualdad en Tunjuelito de la localidad sexta (categorizándola como una localidad intermedia), permanecen situaciones de exclusión que favorecen la permanencia de brechas de acceso a recursos económicos, laborales, educativos, de salud en la población con mayores necesidades. Se identifican barreras de acceso a trabajos formales, a educación básica, media y superior y, en cuyo caso aplica, persisten barreras culturales importantes como el desconocimiento de idiomas, de aseguramiento por desconocimiento en trámites administrativos (portabilidad hacia Bogotá), culturales como la falta de sensibilización del personal de salud en lenguas ancestrales y lengua de señas, por ejemplo, que dificultan y/o impiden acceso a aseguramiento, consultas médicas o a vivienda digna.

En este último sentido se reconocen paga-diarios, fenómeno habitacional que afecta a personas del momento del ciclo adultez y vejez, causado principalmente por la incapacidad económica para acceder a un predio en arriendo y/o vivienda propia de estas poblaciones. Sumado a esto la informalidad laboral desincentiva la vinculación al SGSSS ya que los ingresos adquiridos son usados en el día a día para las necesidades básicas insatisfechas principalmente y no para cotizar al sistema como prioridad.

La falta de ofertas laborales que otorguen salarios altos además genera que la población busque empleo en otras localidades o migre a otras localidades en busca de mejores oportunidades de trabajo o calidad de vida. En consecuencia, las condiciones sociales y económicas estas falencias podría explicar situaciones en la población como el consumo de sustancia psicoactivas en adolescentes, jóvenes y adultos; la inseguridad ocasionada por la delincuencia común que se percibe en hurtos a personas, viviendas y establecimientos comerciales. Las riñas, peleas entre barras futboleras, ayudan a permear la sensación de inseguridad en la localidad. Todo este cúmulo de situaciones se expresa en el segundo nodo desigualdad social y económica que se ubica en la UPZ Tunjuelito hacia el sur de la localidad.

Nodo 3. Afectación de la convivencia social y la salud mental de la población

Tunjuelito es una localidad de poca o nula capacidad de expansión territorial urbana, esta condición de la localidad indica que en las 982 hectáreas (ha) que componen su territorio no hay posibilidad de creación de espacio público, un déficit importante que la localidad sexta tiene con respecto al resto del distrito. Debido a esto, con excepción del Parque Metropolitano El Tunal, Tunjuelito cuenta con grandes extensiones que tengan vocación de esparcimiento, la mayoría de los parques son de pequeña escala o parques de bolsillo.

En estos escasos espacios se evidencia mal uso debido al constante consumo de sustancias psicoactivas (marihuana, basuco, alcohol y -tabaco-cigarrillo principalmente) que no permiten el esparcimiento y uso del tiempo de ocio de la población en general sea por temor al contacto con la población consumidora o por las situaciones de inseguridad que algunos consumidores generan en la comunidad (hurtos, agresiones físicas, verbales) hacia las personas que exigen o invitan al uso adecuado de estas zonas.

Todo lo anterior forma parte del nodo afectaciones de la convivencia social y la salud mental de la población ya que la localidad no muestra mejorías en el manejo del uso del tiempo libre, que permita reducir el riesgo de embarazo no deseado entre adolescentes y el aumento de la conducta suicida en la población joven. Al mismo tiempo se generan situaciones de violencia de género a partir de la vulnerabilidad económica y dependencia

emocional que presenta una mujer adolescente en condición de embarazo frente a su pareja y el resto de la sociedad. Y al incrementarse la población en edad adulta se presentan hechos de violencia contra la persona mayor quienes suelen asumir el papel de cuidadores de NNA.

Nodo 4. Situaciones que generan mal uso del espacio público

La falta de espacio público en la localidad, el abuso en sustancias psicoactivas, la falta de tolerancia, de manejo emocional frente a situaciones adversas y las relaciones sociales conflictivas entre los habitantes de la localidad son elementos importantes que se destacan con el nodo Situaciones que generan mal uso del espacio público.

En actividad comercial nocturna de Tunjuelito. En barrios como Venecia y Zona Industrial hay establecimientos donde se consume y expende alcohol, lo cual suele provocar con su abuso situaciones como riñas callejeras, agresiones físicas y homicidios (en los casos más extremos). También se da la presencia de personas en ejercicio de prostitución principalmente en establecimientos que, a modo de fachada, permiten la actividad de la mano con el consumo de alcohol y la rumba.

Nodo 5. Vulnerabilidad social que limita el goce pleno de derechos

Este nodo hace referencia a la vulnerabilidad social que presenta principalmente en la comunidad del barrio Isla del Sol, en la UPZ Venecia. En ella las condiciones socioeconómicas son difíciles debido a las condiciones informales y en condiciones no seguras de trabajo de sus habitantes, la falta de adherencia de los jóvenes a programas educativos y las barreras de acceso a la educación superior. Esto hace que se presente consumo de sustancia entre adolescentes, jóvenes y adultos; también se den casos de embarazo no deseado en adolescentes que complejiza el proyecto de vida de los jóvenes que terminan desertando sus estudios y abandonando sus proyectos de vida.

Por esta razón Isla del Sol es priorizado en la estrategia de abordaje territorial (EAT) en la que busca influir en las condiciones que favorecen el consumo de sustancia, en las barras futboleras y en los jóvenes para brindar herramientas que permitan la consolidación del

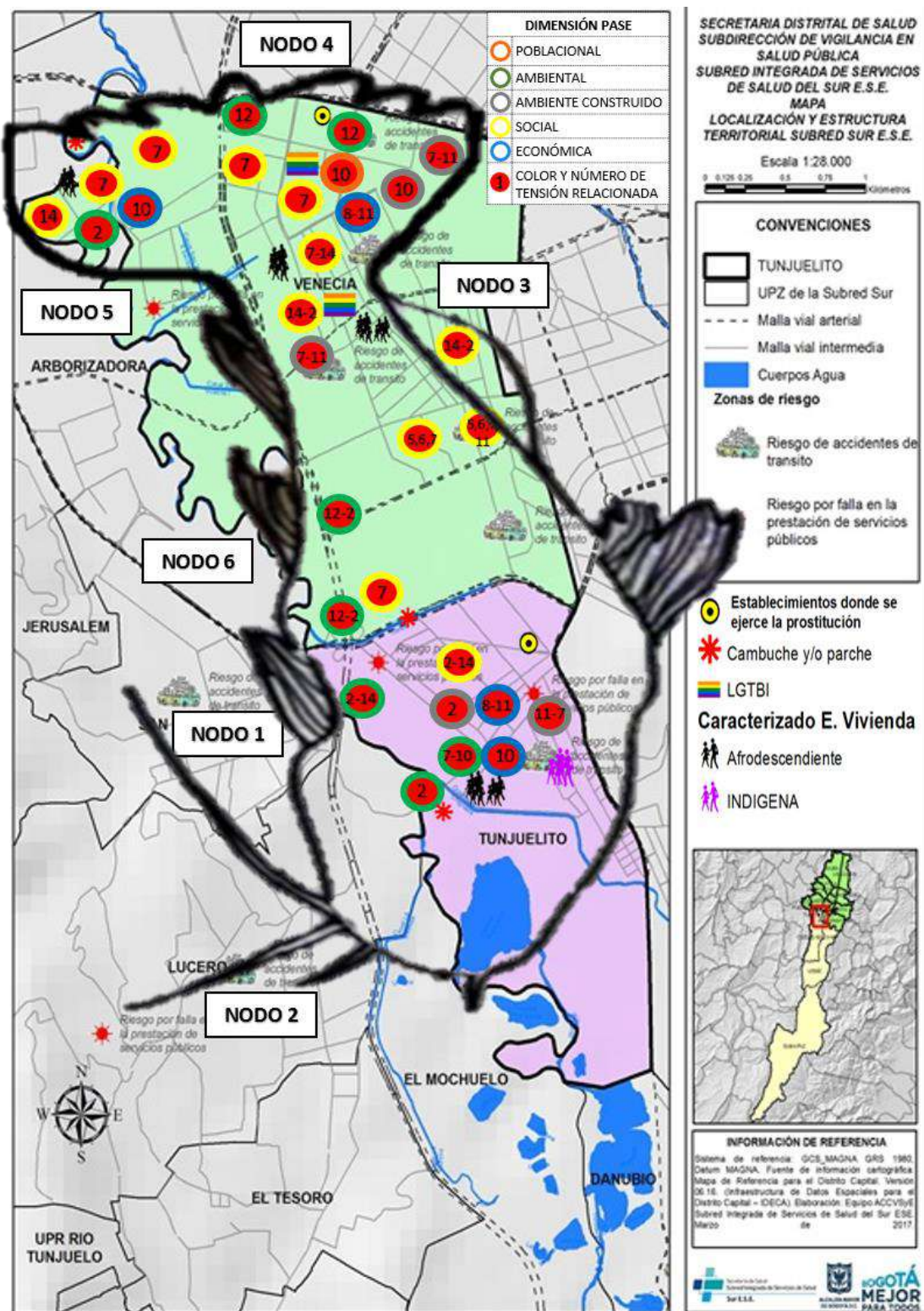
proyecto de vida buscando influir en estas dinámicas y en otras que desfavorecen las condiciones de vida y la salud mental de la comunidad. Situaciones similares se presentan también en otros barrios de la localidad como Fátima o San Carlos en la UPZ Tunjuelito por lo cual queda estipulado el nodo Vulnerabilidad social que limita el goce pleno de derechos.

Nodo 6. Aumento de morbilidad y necesidades sociales y en salud ocasionado por el envejecimiento poblacional

Se percibe crecimiento en el envejecimiento poblacional de Tunjuelito. Esto podría explicarse por el estancamiento en la expansión urbana en la localidad que reduce el arribo de nuevas familias, asimismo la migración de familias jóvenes hacia otras localidades o hacia otras zonas del país y el mundo han hecho que la natalidad no se incremente en el último periodo. Empero la migración económica y el desplazamiento forzoso ha facilitado el arribo de NNA a la localidad que mitiga esta necesidad de renovación generacional. Otra situación identificada en especial en la población cuyo nivel socioeconómico ha permitido acceder a educación superior ha hecho que se desincentive o aplase la procreación.

Como resultado de estas situaciones, se identifica el nodo *Aumento de morbilidad y necesidades sociales y en salud* ocasionados por el envejecimiento poblacional, el cual busca resaltar las crecientes necesidades de la población en etapa del ciclo vejez debido a las condiciones crónicas con todo lo que esto implica: cuidadores, disponibilidad de especialistas en la localidad que favorezcan la calidad de vida de la población con estas condiciones en salud, las redes de apoyo que faciliten la adherencia a tratamientos y procedimientos, etc. También la necesidad de involucrar a los adultos mayores en procesos productivos que, por un lado, les facilite su sostenibilidad económica y, por otro, les haga sentir útiles frente a la comunidad y la sociedad en general.

Mapa 18. Configuración actual del territorio, localidad de Tunjuelito



- Nodo 1.** Contaminación y deterioro ambiental que afectan las condiciones de salud y calidad de vida.
- Nodo 2.** Desigualdad social y económica que incide en las condiciones de sus habitantes.
- Nodo 3.** Afectación de la convivencia social y la salud mental de la población.
- Nodo 4.** Situaciones que generan mal uso del espacio público.
- Nodo 5.** Vulnerabilidad social que limita el goce pleno de derechos.
- Nodo 6.** Aumento de morbilidad y necesidades sociales y en salud ocasionado por el envejecimiento poblacional.

La consolidación de los nodos dilucidó la figura del *pez capitán*. Este simbolismo busca no solamente recordar una especie en vía de extinción (30) sino también señalar la importancia del agua y del medio ambiente para la sostenibilidad actual y futura de la localidad. En consecuencia se genera la metáfora de la localidad sexta que busca hacer “comprensibles aquellos elementos que de manera aislada parecieran incomprensibles o fruto simplemente del azar” ((29), pp. 150-153) que queda expresada de la siguiente manera:

Metáfora de Tunjuelito

“El pez representa la pérdida de relación con el agua en la localidad de Tunjuelito, intentando recuperar su origen. La cabeza apunta al recurso hídrico que se ha ido deteriorando a causa de la contaminación, la minería y los asentamientos en la ronda del río Tunjuelo; su ojo refleja la desigualdad social y económica de sus habitantes.

Su aleta dorsal representa el riesgo psicosocial dado por la violencia, conductas suicidas, embarazos adolescentes y consumo de SPA. La parte superior de su aleta caudal está lesionada por la transformación en el uso del suelo y el mal uso del espacio público; su parte inferior es vulnerable por el aislamiento y estigmatización social. Su aleta pectoral se encuentra envejecida por la disminución de la natalidad y el abandono de algunos de sus hijos más jóvenes afectando su desarrollo económico y social”.

6.3. Validación de contenidos

Para la validación de contenidos se realizaron encuentros con los distintos espacios en los que se analizaron la concentración de acciones en la localidad de Tunjuelito. En ellas se exponen los hallazgos del proceso de configuración inicial del territorio con el fin de validar la información recolectada. Para este ejercicio se planteó una metodología orientada a la georreferenciación de las acciones por parte de con los espacios de vida cotidiana: vivienda, educativo, laboral y público. Y, asimismo, fue realizado en espacios intersectoriales como la UAT de Tunjuelito.

El ejercicio contó con recursos audiovisuales en los que se presentaron la metodología PASE y las figuras obtenidas en los mapas de las localidades de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito. Se mostraron en ellas la concentración de los nodos y las problemáticas en salud asociadas al territorio de la localidad de Tunjuelito. Cada espacio manifestó las acciones que se están llevando a cabo bajo los programas y componentes que los componen. De esta manera los espacios validaron la información recopilada en los demás ejercicios realizados.

6.4. Momento de responder: análisis de respuesta

Tunjuelito es una localidad de fácil acceso geográfico para el desplazamiento y la consolidación de las acciones que se realizan en su territorio. Los espacios actúan de acuerdo a la línea técnica que se plasmado en el Plan Distrital de Salud y su modelo de atención primaria en salud resolutive. En este apartado se indican la respuesta a las problemáticas identificadas por parte de los distintos espacios, programas y componentes de la Subred Sur, teniendo en cuenta los nodos de la configuración inicial del territorio.

Nodo 1. Contaminación y deterioro ambiental que afectan las condiciones de salud y calidad de vida

Frente a la contaminación y deterioro ambiental, desde Vigilancia Ambiental y Sanitaria dan respuesta al monitoreo constante a la calidad del agua y el aire por medio de acciones de monitoreo en puntos críticos-estratégicos como el río Tunjuelo y la quebrada Chiguaza. También se hacen acciones el espacio público y Gestión de Salud Ambiental (GESA-

Gobernanza 1) los principales focos de contaminación hídrica y del aire en el río Tunjuelo y en su cuenca. GESA permite la articulación intersectorial que favorece una solución desde todos los sectores interesados en transformar el nodo de contaminación y deterioro ambiental.

Desde el Componente Explorarte, dentro de la Acción Integrada Sintonizarte del Espacio Educativo, se busca influir en la disminución de riesgos colectivos en el entorno escolar. Así se busca eliminar puntos críticos de vectores y roedores, contaminación, inadecuado manejo de residuos sólidos, tenencia inadecuada de mascotas y falta de cuidado del ambiente. De esta manera se pretende modificar el comportamiento de las y los estudiantes por la constante presencia de basuras en aulas de clase, en la falta de cultura ciudadana, en la inadecuada disposición de residuos sólidos, en el manejo inadecuado de residuos (reciclaje); también en la falta de interés en el cuidado del medio ambiente; en la contaminación por partículas, contaminación auditiva y en el desconocimiento de la política de prevención de desastres. Estas acciones se han desarrollado en las dos UPZ de la localidad de Tunjuelito

Nodo 2. Desigualdad social y económica que incide en las condiciones de sus habitantes

Si bien la desigualdad socio-económica es una problemática estructural que requiere un compromiso de la sociedad, desde el sector salud se está realizando acciones para influir positivamente en estas problemáticas. De esta manera el espacio vivienda hace identificación y gestión del riesgo en salud de población vulnerable y garantizar el acceso a los programas crecimiento y desarrollo, planificación familiar, control prenatal; además hace seguimiento constante a importantes indicadores en materia de DNT, Sala ERA. Estas acciones se enmarcan en la Acción Integrada para el Cuidado Familiar y las Intervenciones en Instituciones de Reclutamiento Preventivo para Jóvenes y Adolescentes.

De la misma manera el Espacio Educativo mediante sus Componentes Cuidarte y Disfrutarte llevan acciones a cabo para la protección de NNA en términos de salud oral, para promover hábitos de autocuidado en esta materia que influyen directamente en su digestión como en la alimentación adecuadas. Así mismo, se busca la promoción de hábitos alimenticios

saludables y de actividad física para evitar desde edades tempranas el sedentarismo y sus consecuencias en la salud.

Por último, teniendo en cuenta que la informalidad laboral es un tema sensible en Tunjuelito, desde el Espacio Trabajo en sus dos Acciones Integradas (desvinculación progresiva de NNA de las peores formas de trabajo (mediante la ruta para alejarse del trabajo infantil) y estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud) buscan influir en contra de las peores formas de trabajo infantil y en la prevención de enfermedades asociadas a trabajos informales. A partir de esto, se desarrollan acciones con las UTIS (de media y alta complejidad) y GOTIS buscando la prevención de enfermedades laborales y malas prácticas higiénicas; en centros de escucha con la población en ejercicio de prostitución y la gestión, seguimiento y monitoreo en la implementación de acciones integradas de este espacio. Así también con la identificación, acompañamiento y seguimiento de NNA trabajadores.

Nodo 3. Afectación de la convivencia social y la salud mental de la población

Para la transformación de las relaciones interpersonales negativas que hacen parte de la práctica de la localidad sexta se desarrollan distintas acciones de sensibilización y atención a la población.

Desde Espacio de Vivienda, por ejemplo, se realiza seguimiento a indicadores en salud mental tomando en cuenta los casos de conducta suicida, víctimas de violencias (sexual y económica). Se identifican los motivos de ideación asociados al matoneo o acoso escolar en las instituciones educativas por parte de profesores, compañeros o redes sociales, intolerancia al fracaso; duelo sin resolver por pérdidas personales como noviazgos o familiares de alguna índole (en adolescentes, jóvenes y adultos), como divorcios o separaciones en los padres, abuso de sustancias psicoactivas, alcohol, cigarrillo y dificultades en la aceptación a nivel familiar, llevándolos a refugiarse en grupos de tendencias o subculturas generadas en sus mismos pares, donde se adhieren a las tendencias de vida que son nocivas como los Emo, y al igual las generadas sobre retos en redes sociales entre adolescentes y jóvenes.

Desde Espacio Educativo los componentes Amarte y Acompañarte desarrollan acciones que influyen en la prevención de embarazos no deseados y promociones de convivencia y de atención al riesgo psicosocial en NNA. De esta manera el espacio influye positivamente en las prácticas de la población más joven de la localidad.

Finalmente, Espacio Público, a partir de su Acción Integrada 1, pone a disposición de la comunidad adolescente y joven la línea psicoactiva para la prevención y ayuda frente al consumo de SPA, los Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU) y Servicios de Acogida. De esta manera influyen en la transformación del nodo.

Nodo 4. Situaciones que generan mal uso del espacio público

Hacer uso adecuado del espacio público requiere de estrategias que permitan la transformación de las prácticas negativas que se lleva a cabo en él como el consumo de SPA, la intolerancia, las agresiones físicas y verbales, entre otras. Desde el sector salud se llevan a cabo acciones al respecto en los espacios de vida cotidiana vivienda, educativo y espacio público.

Desde vivienda se adelanta identificación de la población vulnerable que pueda estar inmersas en dinámicas de consumo y que afecten la salud mental. De esta manera se busca realizar acciones de seguimiento al interior de la familia para orientarla frente a estas prácticas y fortalecer las capacidades de sus miembros ante esta situación. En educativa se realizan acciones en los colegios, mediante el componente disfrutarte se busca la promoción de hábitos de vida saludables como la práctica de deporte y el uso adecuado del tiempo libre.

Por su parte, Espacio Público lleva a cabo acciones mediante su Acción Integrada Gestión del Riesgo en Salud, realizando actividades por medio de su componente Constructores del Espacio Público, allí se realizan acciones itinerantes, se hace detección y seguimiento con Cuídate y Sé Feliz, además de realizar caracterización y monitoreo del riesgo en salud. Estas son las principales herramientas con las que se trabaja para aportar en las situaciones que generan mal uso del espacio público.

Nodo 5. Vulnerabilidad social que limita el goce pleno de derechos

Como se ha dicho a lo largo de este capítulo, la localidad ha hecho avances importantes en la transformación de las dinámicas socioeconómicas de exclusión, desigualdad y pobreza. Para ser una localidad más aventajada se deben influir en aquellas causas que permiten la perpetuidad de tales fallas de los sistemas sociales.

De esta manera la Subred Sur, mediante las acciones realizadas por el PIC, encuentra intervenciones realizadas desde los espacios vivienda, educativo y público que actúan directamente en la transformación del presente nodo. En el espacio de vida cotidiana vivienda, se realiza identificación y caracterización de la población más vulnerable mediante su componente de gestión del riesgo. Así mismo, se hace seguimiento de las necesidades de estos individuos mediante el seguimiento a su situación de salud y de aseguramiento.

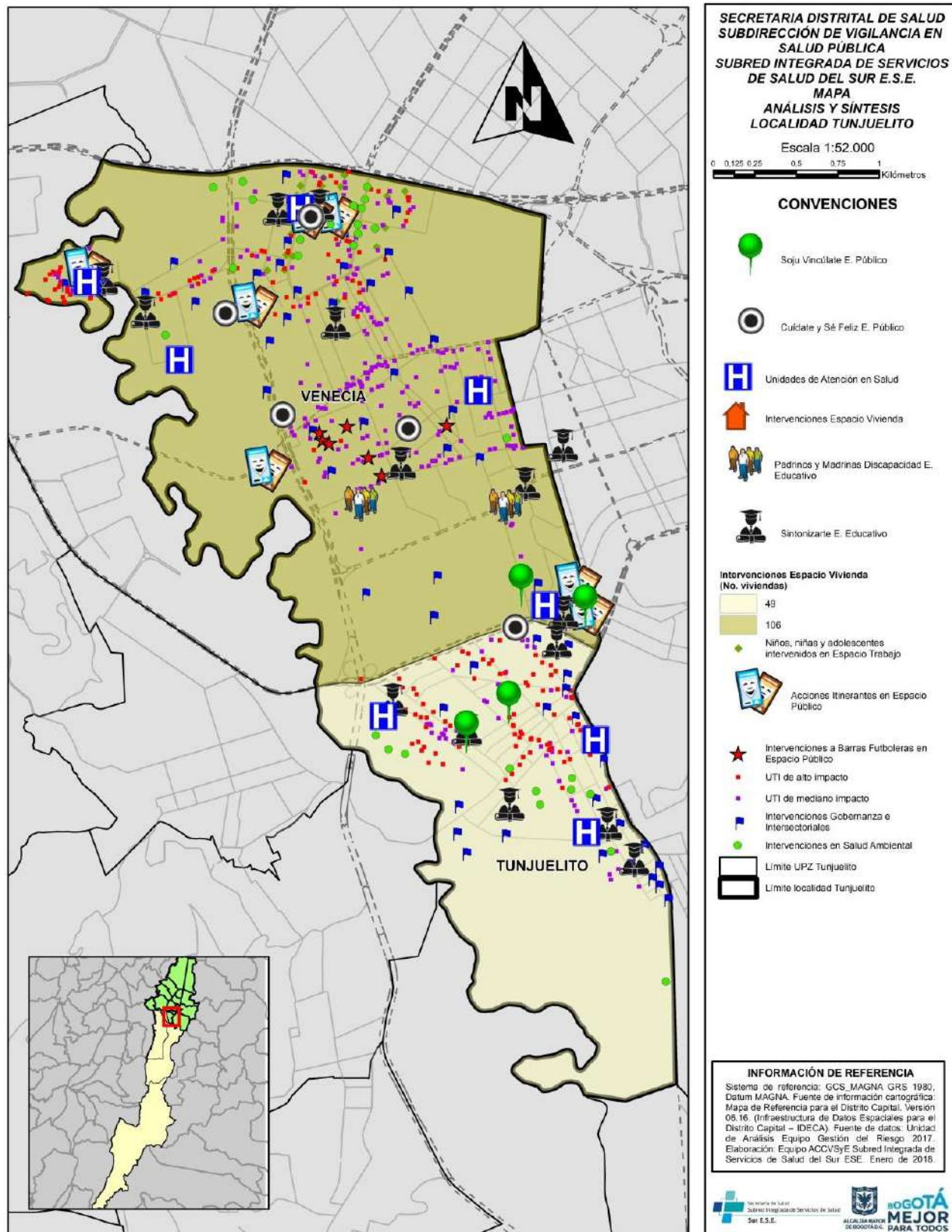
Por otra parte el espacio de vida cotidiana educativo adelanta acciones mediante sus componentes Amarte y HCB, buscando, de un lado, influir en las prácticas de salud sexual y reproductiva como embarazos no deseados en adolescentes, una causa importante de vulnerabilidad económica y social (por pérdida de redes de apoyo, exposición a empleos informales y dependencia económica); por otro lado, al acudir a Hogares Comunitarios de Bienestar se busca fomentar el cuidado y autocuidado de la salud individual y colectiva a nivel institucional mediante la implementación de acciones de Promoción y Mantenimiento de la Salud así como también acciones orientados al fortalecimiento de potencialidades en procesos de prevención de eventos de alto impacto en salud pública.

Nodo 6. Aumento de morbilidad y necesidades sociales y en salud ocasionado por el envejecimiento poblacional

Los adultos mayores son una población en aumento que deben llamar la atención de la comunidad en general y de las instituciones para su protección ante la vulnerabilidad que su edad acarrea frente a los diferentes tipos de violencia de los que pueden ser víctimas. En este sentido, desde el espacio de vivienda se realizan acciones que permitan el acceso pleno y efectivo a la salud por medio de la caracterización y seguimiento al aseguramiento. Una de las demandas que esta población exige es el acceso a servicios de salud oral cuya garantía de acceso es proporcionada por este espacio de vida cotidiana.

Adicionalmente, Espacio Educativo mediante su Componente Instituciones de Protección y Atención Integral a Personas Mayores propende por el control y la disminución a exposición a riesgos a partir de la generación de procesos que fortalezcan sus potencialidades y capacidades que fomenten la autonomía en esta población. De esta manera la Subred Sur hace frente a las transformaciones demográficas de la localidad, en favor de esta población.

Mapa 19. Acciones de espacio de vida cotidiana educativo, vivienda, público y trabajo, localidad de Tunjuelito



6.5. Recomendaciones

Para desarrollar recomendaciones para la transformación de las condiciones del territorio, se parte del reconocimiento de las condiciones actuales, ventajas y oportunidades y condiciones que posibilitan la transformación, a partir de la construcción de una configuración deseada del territorio, la cual posibilita el desarrollo de propuestas a partir de la transformación de los nodos identificados.

Ventajas

- La localidad de Tunjuelito cuenta con importantes fuentes hídricas para la ciudad como el río Tunjuelo, la quebrada Chiguaza y la protección del humedal El Tunjo.
- Cuenta con uno de los cuatro parques metropolitanos más grandes de Bogotá, el Parque El Tunal (cita: <https://www.civico.com/bogota/noticias/top-de-los-10-parques-mas-grandes-de-bogota>).
- Tiene rutas de transporte público hacia toda la ciudad.
- Acceso a bienes y servicios gracias a la diversidad comercial ofertada en la localidad.
- Ubicación del Portal de Transmilenio El Tunal con el cual mejora la movilidad y acceso geográfico a bienes, servicios y equipamiento con el resto de la ciudad.
- Programas y proyectos de impacto social priorizados para la localidad (subsídios, canasta complementaria de alimentos, etc.).
- Capital humano disponible como mano de obra para la ciudad.
- Presencia institucional administrativa local dentro del territorio.
- Infraestructura de servicios de salud básicos y especializados para la atención de la población.

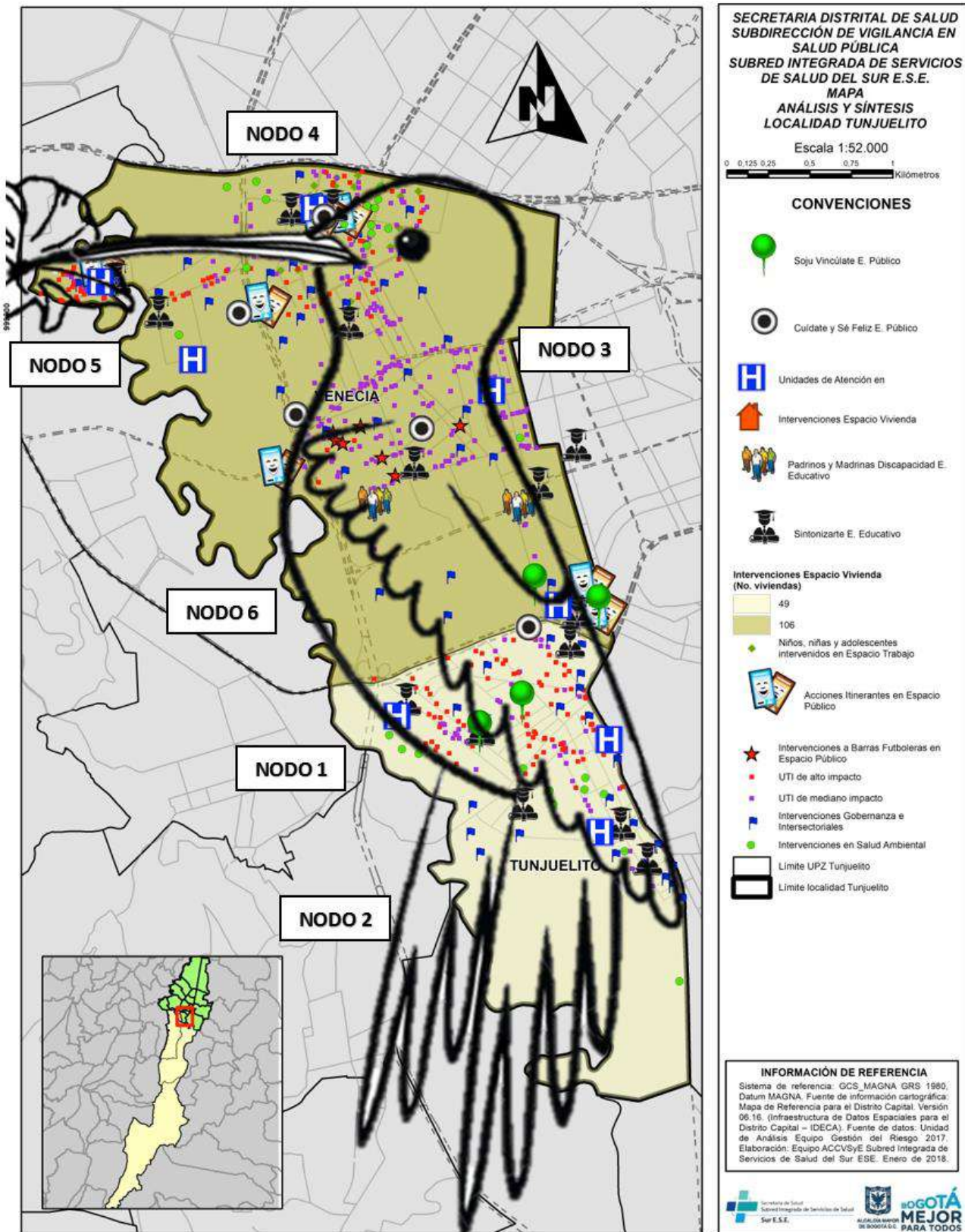
Oportunidades

- Zona industrial que genera oferta laboral tanto a los residentes de la localidad como al resto de la ciudad.
- Zonas de protección ambiental (humedales) fuentes de agua y diversidad cuya preservación son trascendentales para la subsistencia humana y la ecología urbana.

- Disponibilidad de áreas verdes protegidas que podrían mitigar la falta de espacio público lúdico-recreativo de la localidad.
- Modelo de Atención en Salud
- Organizaciones culturales, recreativas y deportivas que favorecen al esparcimiento, empoderamiento y bienestar de la comunidad.
- Localidad que ha logrado reducir sus brechas de desigualdad, llevándola a estar identificadas entre las localidades intermedias a nivel distrital. De tal manera Tunjuelito podría, eventualmente y bajo condiciones dadas, ubicarse como una localidad aventajada en el distrito.

A partir de la identificación de particularidades, ventajas y oportunidades del territorio, y las acciones de respuesta a las tensiones y nodos caracterizadas en la localidad, se realiza el desarrollo de una configuración deseada del territorio y una metáfora de su transformación que permita dar cuenta de un escenario en el cual se cuenta con acciones que respondan a las necesidades de la población y al desarrollo de las potencialidades de la localidad.

Mapa 20. Configuración deseada del territorio, localidad de Tunjuelito



Metáfora

El colibrí representa la armonía entre el ambiente natural y construido lo que favorece el desarrollo humano y potencializa las capacidades individuales y colectivas de la población de la localidad (acorde con Amartya Sen (31)).

El pico alimentándose muestra el adecuado manejo de los recursos ambientales que garantiza el desarrollo de la localidad de la mano del cuidado del entorno. Sus plumas traseras equilibran el vuelo hacia la búsqueda de la igualdad, a través de la diversificación y potencialización de acciones que mejoren las condiciones sociales y económicas de la población. Sus alas se mueven vigorosamente para transformar la salud física y mental fomentando el uso de espacios de recreación y mejorando la construcción de tejido social y la convivencia ciudadana.

En su cabeza se gestan los ideales del bienestar por medio de la transformación y mejora de las condiciones laborales y económicas, proyectando hacia el futuro un buen uso del espacio público y la garantía plena de los derechos de sus habitantes. En la flor se obtienen las semillas del cambio que se diseminan en toda la localidad.

Las plumas que cubren su cuerpo protegen las tradiciones y prácticas de la localidad mediante la visibilidad de las personas mayores y el cuidado de su bienestar.

- Nodo 1.** Recuperación y mitigación de daños ambientales para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.
- Nodo 2.** Diversificación y potencialización de acciones a favor de oportunidades laborales y económicas para la reducción de la pobreza y la inequidad.
- Nodo 3.** Fortalecimiento de la sana convivencia y de relaciones sociales armónicas que garanticen mejores condiciones de vida y salud mental de la población.
- Nodo 4.** Optimización y concienciación del uso del espacio público en la comunidad por medio del respeto al territorio y a la legalidad.
- Nodo 5.** Acciones sectoriales e intersectoriales mediante las cuales permitan la garantía y el ejercicio efectivo de los derechos de la comunidad.

Nodo 6. Generación de estrategias para la atención al adulto mayor y fortalecimiento de la participación ciudadana.

Nodo 1. *Recuperación y mitigación de daños ambientales para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.*

A lo largo del documento de Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad se ha evidenciado la necesidad seguir mitigando los efectos antrópicos en el medio ambiente. Para transformar las situaciones de contaminación ambiental de la localidad sexta, de acuerdo con la validación de los contenidos y de las recomendaciones realizadas por los espacios, programas y componentes, se debe fortalecer y articular acciones de disposición de desechos entre espacios de vida cotidiana (especialmente trabajo) con Vigilancia Sanitaria. Esta recomendación con el fin de facilitar la labor de inspección de fuentes de contaminación como las curtiembres, centros de acopio de reciclaje, fábricas y demás industrias implicadas en la contaminación del aire y del agua de la localidad de Tunjuelito.

Así mismo, desde el espacio educativo recomiendan fortalecer el Proyectos Ambientales Educativos (PRAE) con el fin de involucrar a los miembros de la comunidad en el proceso de prevención de contaminación de los recursos naturales de Tunjuelito en NNA para mantener el entorno de los colegios en condiciones óptimas.

En suma deben implementarse acciones conjuntas con todos los actores involucrados en los que se prioricen intervenciones que modifiquen las prácticas en el corto, mediano y largo plazo frente a la contaminación hídrica y del aire.

Nodo 2. *Diversificación y potencialización de acciones a favor de oportunidades laborales y económicas para la reducción de la pobreza y la inequidad.*

Las condiciones de desigualdad, pobreza e inequidad corresponden a situaciones estructurales de la localidad que a partir de las acciones articuladas a nivel sectorial e intersectorial han ayudado a mejorarlas y a dejar un panorama alentador al mediano y al largo plazo. Se recomienda continuar la articulación con los diversos actores interesados en

la transformación de estas realidades (SDIS, ICBF, Policía Nacional, SDG, entre otras) por medio del fortalecimiento de las acciones realizadas y de los instrumentos continuamente. En el caso puntual del sector salud, se deben seguir rompiendo las barreras de acceso que impiden el acceso y goce efectivo del derecho que es una problemática importante en la población de Tunjuelito, indiferentemente si sea del régimen contributivo o subsidiado.

En este sentido es importante que se fomenten acciones para que las EAPB privadas brinden centros de atención que tengan servicios con especialistas y especialidades en la localidad e impidan los costos económicos y de tiempo adicionales ocasionados por el desplazamiento hacia otras localidades lejanas a su lugar de residencia. Al respecto, el modelo de atención primaria en salud resolutive favorece para la supresión al acceso a servicios de alta complejidad.

Si bien la localidad ha mejorado en términos de pobreza y desigualdad, se deben continuar acciones que contribuyan a romper definitivamente con las barreras de acceso y las brechas que hagan de Tunjuelito una localidad más aventajada.

Nodo 3. *Fortalecimiento de la sana convivencia y de relaciones sociales armónicas que garanticen mejores condiciones de vida y salud mental de la población.*

Intervenir favorablemente en las condiciones que afectan la salud física y mental de los habitantes de Tunjuelito necesita intervenciones intersectoriales que ayuden a mitigar la falta de oportunidades de empleo formal y de herramientas para obtenerlo (como la educación técnica-superior). Desde el sector salud se sugiere, desde Vigilancia en Salud Pública, acciones que permitan intervención integral que permita ir más allá la restitución de derecho, así mismo, ampliar la cobertura para acción de VESPA para garantizar mayor efectividad de las acciones llevadas a cabo.

El espacio de trabajo recomienda, por su parte, que se generen acciones para el fortalecimiento en temas de prevención de consumo en SPA y más actividades que influyan positivamente en el manejo del tiempo libre en jóvenes y adultos. Esto para garantizar que los individuos tengan herramientas que les ayude a prevenir el consumo y obtener mejores condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad. Es importante en este punto, aumentar

la cobertura en los colegios y fortalecer un proceso de seguimiento frente a los casos identificados en riesgo por el espacio educativo. De esta manera se actúa en las poblaciones del momento del ciclo de vida más vulnerables y proclives al consumo: juventud y adultez.

Por tanto se debe buscar acciones que favorezcan la transformación de las relaciones sociales y la construcción del tejido social, con las cuales la comunidad pueda favorecerse para reducir riesgos en salud física y mental. Esto debe ir articulado con sectores económicos que contribuyan a la reducción de la informalidad laboral

Nodo 4. *Optimización y concienciación del uso del espacio público en la comunidad por medio del respeto al territorio y a la legalidad.*

El déficit en espacio público de la localidad es un problema importante para la comunidad. Al no haber suficientes parques que permitan el esparcimiento, el buen uso del de ocio y de actividades en tiempo libre (con excepción del Parque Metropolitano El Tunal), se recomiendan acciones intersectoriales que permitan continuar el avance en la concienciación de la comunidad en el buen manejo del espacio público disponible. Para esto desde el espacio educativo recomiendan mayor gestión que permita garantizar la seguridad y el control, principalmente, alrededor de los colegios (promoviendo policías cívicos que busquen contribuir a mejores relaciones vecinales en la localidad).

Nodo 5. *Acciones sectoriales e intersectoriales mediante las cuales permitan la garantía y el ejercicio efectivo de los derechos de la comunidad.*

Continuar las acciones que han contribuido a la disminución de la pobreza y la desigualdad con el fin de transformar la estructura de oportunidades de la localidad que fomenta vulnerabilidad social en sus individuos.

Es necesaria la articulación efectiva con otros sectores interesados (educación, trabajo, etc.), en el que diversifique las opciones laborales formales y el acceso a educación superior (técnica, universitaria, especializada y de postgrado). En este sentido, el espacio de vivienda recomienda aumentar la cobertura de los servicios brindados en sus dos acciones integradoras (gestión del riesgo en salud y acciones familiares).

Nodo 6. *Generación de estrategias para la atención al adulto mayor y fortalecimiento de la participación ciudadana.*

Una notoria particularidad de la localidad de Tunjuelito es el aumento de la población adulta mayor. Por esta razón en los próximos años aumenta las necesidades de infraestructura y de servicios que correspondan a este momento del curso de vida. De esta manera se recomienda la socialización familiar y la construcción de redes de apoyo que favorezcan a los adultos mayores debido a que se presenta en Tunjuelito situaciones de abandono de estas personas. Por ello es importante realizar capacitaciones con Secretaría de Integración Social para fortalecer estas redes y mitigar el impacto en la comunidad.

En temas de salud oral se recomienda se realicen acciones de contratación para la realización de prótesis dentales totales con el fin que la comunidad capitada no tenga que desplazarse fuera de la localidad e incurrir en gastos adicionales. Así mismo se recomienda fortalecer, desde Secretaría de Salud, acciones adicionales encaminadas a prevenir el edentulismo. También generar articulación que permita mejores prácticas alimenticias en la población adulta mayor ya que masticar mal acarrea consecuencias nutricionales y sociales en ellos, articular con Seguridad Alimentaria y Nutricional en este tema es importante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moyano PAGLEFGCJPISERSLJRGRRHMAGMO general : G facilitador YPMJA. Guia tecnica salud publica. 2017;
2. Secretaría Distrital de Salud. Diagnóstico sectorial de salud. Bogotá D.C.; 2015.
3. Peña D. PLAN AMBIENTAL LOCAL 2017 – 2020 ALCALDÍA LOCAL DE TUNJUELITO. 2017;1–102.
4. DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. ESTUDIOS POSTCENSALES No. 7 ISBN 978-958-624-078-9 BOGOTÁ - COLOMBIA - 2009. 2009. 300 p.
5. Sepúlveda Ruiz L. La Contaminación Ambiental. 1999;1–10.
6. Secretaría Distrital de Ambiente. Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá - RMCAB. 2015
7. Secretaría Distrital de Ambiente. Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá. 2016;1–172.
8. Bogotá Cómo vamos. Índice de calidad de vida. Bogotá cómo vamos. 2015;
9. Camara de Comercio de Bogotá - Universidad de los Andes. Observatorio de Movilidad - Reporte Anual de Movilidad 2015. 2016;9(9):1–67.
10. Secretaría Distrital de Planeación. Boletín N° 55: Índice de Movilidad en Bogotá, D.C. Bol No 55 Indice Movil. 2013;1–33.
11. 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;
12. Secretaría de Educación Distrital. Tunjuelito Una Localidad Comprometida Con Una Educación De Calidad, Participativa E Incluyente. Proyecto Educativo Local. 2015;
13. Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). Diagnóstico Local 2015. 2015;1–60.
14. Demográfica DFY. Alcaldía mayor de bogotá. :1–55.
15. Bogotá Cómo vamos. Informe de calidad de vida 2016. 2017;371.
16. 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.
17. Padilla ND, Pantojaecheverri M. La prosperidad en Bogotá y su área metropolitana.
18. Otros. MNMA y. percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. 2011;
19. Cancerologia M de salud y proteccion social-I de. El cáncer de mama: un problema creciente en Colombia. Instituto Nac Cancerol [Internet]. 2012;4(2):12.
20. Barbary O (Coordinador), Urrea Giraldo F (Editor). Gente negra en Colombia: dinámicas sociopolíticas en Cali y el pacífico [Internet]. 2004. 476 p.
21. Alberto ABL. Indígenas y afrocolombianos en situación de desplazamiento en Bogotá. Trab Soc VO - 0 [Internet]. 2011;13(13):61.
22. Zambrano F. Historia de la localidad de Tunjuelito. El poblamiento del Valle Medio del río Tunjuelo. 2004.
23. Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre AM. International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recomendations for public policies.
24. ACNUR. “Perder nuestra tierra es perdernos a nosotros” Los indígenas y el

- desplazamiento forzado en Colombia. Perder nuestra tierra es perdernos a nosotros
25. 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;
 26. Observatorio Distrital de Víctimas. Bogotá en Cifras: Víctimas. 2017;1–22.
 27. Celis MT, Jiménez ÓA, Jaramillo JF. ¿Cuál Es La Brecha De La Calidad Educativa En Colombia En La Educación Básica Y En La Superior? Saber Investig
 28. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia PASE a la equidad en salud. Lineamientos conceptuales. 2014;291.
 29. Minsalud M de S. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos
 30. Humboldt I de I de RB von. El “capitán de la sabana”, 210 años desde su descubrimiento. [Internet]. 2015.
 31. Sen A. El desarrollo como libertad. Gac Ecológica
 32. Distrital V. Índice de condiciones de vida en bogota año 2010. 2011;

Anexo

Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Usme, localidad de Tunjuelito, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, año 2016

Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Tunjuelito, 2016

Para el año 2016 en la USS Tunjuelito se registraron un total de 123.823 atenciones por consulta externa, donde el 69 % corresponden a mujeres y el restante 31 % a hombres. De acuerdo a los grupos de edad se observa que las atenciones están concentradas principalmente en el grupo de 29 a 59 años y de 60 años o más.

Como se puede observar en las edades menores de 11 años el comportamiento por sexo es similar, pero a partir de los 12 años el comportamiento cambia considerablemente evidenciando un incremento en las mujeres, asociado con atenciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

Tabla 73. Morbilidad consulta externa por grupo etáreo, USS Tunjuelito, 2016

Grupo de edad (años)	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Menos de 1	1.976	1.6	2.544	2.1	4.520	3.7
De 1 a 5	4.548	3.7	4.957	4.0	9.505	7.7
De 6 a 11	6.542	5.3	6.618	5.3	13.160	10.6
De 12 a 17	2.497	2.0	1.032	0.8	3.529	2.9
De 18 a 28	14.005	11.3	2.930	2.4	16.935	13.7
De 29 a 59	34.204	27.6	9.929	8.0	44.133	35.6
De 60 años o más	21.719	17.5	10.322	8.3	32.041	25.9
Total	85.491	69	38.332	31	123.823	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Para el año 2016 en la USS Tunjuelito la primera causa de morbilidad por consulta externa es la hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 6,5 % (n=8018) del total de la consulta externa, donde las mujeres son las que más consultan, triplicando a los hombres,

con 6.023 atenciones. En segundo lugar se ubica la caries de la dentina, con el 4,5 % (n=5600), en tercer lugar la gingivitis crónica con el 2,9 % (n=3561), en cuarto lugar, el hipotiroidismo, no especificado con el 1,8 % (n=2249) y en el quinto lugar se observan, otras complicaciones específicas del embarazo múltiple.

Tabla 74 Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa, USS Tunjuelito, 2016

#	CIE 10	Causas	Mujeres	Hombres	Total	%
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	6.023	1.995	8.018	6,5
2	K021	Caries de la dentina	3.434	2.166	5.600	4,5
3	K051	Gingivitis crónica	2.319	1.242	3.561	2,9
4	E039	Hipotiroidismo, no especificado	2.017	232	2.249	1,8
5	O318	Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple	1.864	2	1.866	1,5
6	E782	Hiperlipidemia mixta	1.342	499	1.841	1,5
7	K083	Raíz dental retenida	1.032	741	1.773	1,4
8	K041	Necrosis de la pulpa	1.019	602	1.621	1,3
9	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	678	521	1.199	1
10	E109	Diabetes mellitus insulín dependiente, sin mención de complicación	794	371	1.165	0,9
Resto de las causas			64.965	29.965	94.930	76,7
Total			85.487	38.336	123.823	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Con respecto al sexo mujer, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 7,0 % (n=6023), la segunda causa es la caries de la dentina, con el 4,0 % (n=3434), la tercera causa es la gingivitis crónica, con el 2,7 % (n=2319), la cuarta causa es el hipotiroidismo, no especificado, con el 2,4 % (n=2017),

la quinta causa, son otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, con el 2,2 % (n=1866), la sexta causa es la hiperlipidemia mixta, con el 1,6 % (n=1342), la séptima causa, es la raíz dental retenida, con el 1,2 % (n=1032), la octava causa, es la necrosis de la pulpa, con el 1,2 % (n=1019), la novena causa, es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 1,1 % (n=920) y la décima causa es la hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada, con el 1,0 % (n=843). Observándose la alta prevalencia de enfermedades crónicas, alteraciones de la salud oral y enfermedades genitourinarias.

En el sexo hombre, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la caries de la dentina, la cual representa el 5,7 % (n=2166), la segunda causa es la hipertensión esencial (primaria), con el 5,2 % (n=1995), la tercera causa es la gingivitis crónica, con el 3,2 % (n=1242), la cuarta causa es la raíz dental retenida, con el 1,9 % (n=741), la quinta causa es la necrosis de la pulpa, con el 1,6 % (n=602), la sexta causa es la esquizofrenia paranoide, con el 1,4 % (n=549), la séptima causa es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, con el 1,4 % (n=521), la octava causa es la hiperlipidemia mixta, con el 1,3 % (n=499), la novena causa es la rinoфаринgitis aguda (resfriado común), con el 1,3 % (n=487), y la décima causa es la diabetes mellitus insulín dependiente, con el 1,0 (n=371). Donde se encuentra alta prevalencia de enfermedades crónicas y alteraciones de la salud oral.

Causas de morbilidad atendidas en consulta externa por grupo de edad Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa en Menores de 1 año, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la bronquiolitis aguda, no especificada, la cual representa el 9,3 % (n=420), donde el mayor aporte corresponde al sexo hombre con 250 atenciones, la segunda causa son otras deformidades congénitas de la cadera, con el 6,1 % (n=274), la tercera causa es la rinoфаринgitis aguda (resfriado común), con el 5,1 % (n=230), la cuarta causa es la luxación congénita de la cadera, no especificada, con el 4,5 % (n=205), la quinta causa son las enfermedades de la tráquea y de los bronquios, con el 3,7 % (n=167), la sexta causa es la infección de vías urinarias, con el 2,3 % (n=105), la séptima causa es la sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada, con el 2,2 % (n=98), la octava causa es la ictericia neonatal, con el 2,0 % (n=91), la novena causa es la luxación congénita de la cadera, bilateral con el 1,4 % (n=65), y la décima causa es la deformidad congénita de la cadera, no especificada, con el 1,3 % (n=61).

Se observa que la mayor prevalencia, está concentrada en enfermedades de índole respiratoria, evento en el cual el sexo hombre es el más afectado, y deformidades congénitas de la cadera, donde las más afectadas son las mujeres.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 1 a 5 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la caries de la dentina, la cual representa el 7,9 % (n=752), donde el mayor aporte corresponde al sexo hombre con 399 atenciones, la segunda causa son otras deformidades congénitas de la cadera, con el 5,3 % (n=501), la tercera causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 4,5 % (n=425), la cuarta causa son otras caries dentales, con el 2,8 % (n=264), la quinta causa son las enfermedades de la tráquea y de los bronquios, con el 1,8 % (n=167), la sexta causa es la luxación congénita de la cadera, no especificada, con el 1,8 % (n=167), la séptima causa son otros trastornos del desarrollo y crecimiento óseo, con el 1,5 % (n=144), la octava causa es la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 1,4 % (n=134), la novena causa es la parasitosis intestinal, sin otra especificación con el 1,4 % (n=132), y la décima causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado con el 1,3 % (n=128).

Las alteraciones de la salud oral y las enfermedades de índole respiratoria son las que presentan la mayor prevalencia, seguidas por la parasitosis intestinal, las cuales son características de los niños en etapa preescolar, que ingresan al jardín.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 6 a 11 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la caries de la dentina, la cual representa el 9,8 % (n=1285), donde el mayor aporte corresponde al sexo hombre con 673 atenciones, la segunda causa es gingivitis crónica, con el 4,2 % (n=551), la tercera causa son los trastornos del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado, con el 2,7 % (n=354), la cuarta causa es la parasitosis intestinal, sin otra especificación, con el 2,7 % (n=352), la quinta causa es la obesidad, no especificada, con el 1,6 % (n=208), la sexta causa es la rinitis alérgica, no especificada, con el 1,4 % (n=185), la séptima causa son los trastornos mixtos de las habilidades escolares, con el 1,4 % (n=179), la octava

causa es la necrosis de la pulpa, con el 1,2 % (n=158), la novena causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 1,1 % (n=151), y la décima causa es caries limitada al esmalte, con el 1,1 % (n=148). Las alteraciones de la salud oral son las que presentan la mayor prevalencia.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 12 a 17 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la gingivitis crónica, la cual representa el 5,8 % (n=206), donde el mayor aporte corresponde al sexo mujer con 117 atenciones, la segunda causa es la caries de la dentina, con el 5,8 % (n=205), la tercera causa son otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, con el 3,4 % (n=120), la cuarta causa es la necrosis de la pulpa, con el 2,4 % (n=86), la quinta causa son los dientes incluidos, con el 1,9 % (n=68), la sexta causa es el acné vulgar, con el 1,4 % (n=50), la séptima causa es la amenaza de aborto, con el 1,1 % (n=38), la octava causa son los trastornos del desarrollo de las habilidades escolares, con el 1,1 % (n=38), la novena causa es la complicación relacionada con el embarazo, con el 1,0 % (n=35), y la décima causa es la parasitosis intestinal, sin otra especificación con el 1,0 % (n=34). Las alteraciones de la salud oral y las alteraciones durante el embarazo son las que presentan mayor prevalencia.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 18 a 28 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa son otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, la cual representa el 7,0 % (n=1185), la segunda causa es la caries de la dentina, con el 4,6 % (n=787), la tercera causa es la gingivitis crónica con el 3,9 % (n=661), la cuarta causa es la complicación relacionada con el embarazo, no especificada, con el 2,1 % (n=359), la quinta causa es la necrosis de la pulpa, con el 1,7 % (n=284), la sexta causa son los dientes incluidos, con el 1,6 % (n=277), la séptima causa es la amenaza de aborto, con el 1,5 % (n=259), la octava causa es la raíz dental retenida, con el 1,1 % (n=180), la novena causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado con el 1,0 % (n=175), y la décima causa es la infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo con el 0,9 % (n=147). Las alteraciones de la salud oral y las alteraciones durante el embarazo son las que presentan mayor prevalencia.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 29 a 59 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la Hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 5,0 % (n=2220), la segunda causa es la caries de la dentina, con el 5,0 % (n=2197), la tercera causa es la gingivitis crónica con el 3,9 % (n=1705), la cuarta causa es el hipotiroidismo, no especificado, con el 3,1 % (n=1370), la quinta causa es la raíz dental retenida, con el 2,2 % (n=992), la sexta causa es necrosis de la pulpa, con el 2,2 % (n=959), la séptima causa es la hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada, con el 1,6 % (n=687), la octava causa es la hiperlipidemia mixta, con el 1,4 % (n=635), la novena causa es la obesidad, no especificada con el 1,3 % (n=554), y la décima causa es la esquizofrenia paranoide con el 1,3 % (n=553).

Con respecto a este momento de curso de vida, las enfermedades crónicas son las que presentan mayor prevalencia, sin embargo, aparece el diagnóstico de esquizofrenia paranoide como décima causa de morbilidad.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 60 años o más, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la Hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 18,1 % (n=5785), donde el mayor aporte corresponde al sexo mujer con 4.236 atenciones, la segunda causa es la hiperlipidemia mixta, con el 3,7 % (n=1191), la tercera causa es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con el 3,3 % (n=1042), la cuarta causa es diabetes mellitus insulino dependiente, con el 2,3 % (n=730), la quinta causa es la diabetes mellitus no insulino dependiente, con el 2,1% (n=678), la sexta causa es la diabetes mellitus no especificada, con el 2,1 % (n=668), la séptima causa es el hipotiroidismo, con el 2,0 % (n=640), la octava causa pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local, con el 1,5 % (n=478), la novena causa es la raíz dental retenida con el 1,4 % (n=445), y la décima causa es la Insuficiencia cardíaca congestiva con el 1,3 % (n=431).

Con respecto a este momento de curso de vida, las enfermedades crónicas son las que presentan mayor prevalencia.

Causas de morbilidad atendida en hospitalización, USS Tunjuelito, 2016

De acuerdo al grupo etáreo, se observa que las atenciones están concentradas principalmente en el grupo de 29 a 59 años y de 18 a 28 años. En el grupo de menores de 1 año, el sexo hombre es el que presenta el mayor porcentaje de consulta, en el grupo de 1 a 5 años y de 6 a 11 años, el comportamiento por sexo es similar, sin embargo, a partir de los 12 años el comportamiento cambia considerablemente, evidenciando un incremento en las mujeres, asociado con atenciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

Tabla 54. Morbilidad atendida en hospitalización por grupo de edad, USS Tunjuelito, 2016

Grupo Etáreo (años)	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Menos de 1	704	5,5	1114	18,1	1.818	9,6
De 1 a 5	452	3,5	572	9,3	1.024	5,4
De 6 a 11	400	3,1	477	7,8	877	4,6
De 12 a 17	514	4,0	73	1,2	587	3,1
De 18 a 28	4.422	34,3	557	9,1	4.979	26,2
De 29 a 59	3.802	29,5	1.630	26,5	5.432	28,5
De 60 años o más	2.586	20,1	1.731	28,1	4.317	22,7
Total	12.880	100	6.154	100	19.034	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Para el año 2016 en la USS Tunjuelito la primera causa de morbilidad por hospitalización es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, la cual representa el 5,2 % (n=992) del total de la hospitalización, donde las mujeres son las que más consultan, triplicando a los hombres, con 780 atenciones. En segundo lugar se ubica otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, con el 3,9 % (n=745), en tercer lugar se observa la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 3,5 % (n=675), en cuarto lugar, Bronquiolitis aguda, no especificada, con el 2,6 % (n=498) y en el quinto lugar se observan,

los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, con el 2,6 % (n=489).

Tabla 55. Primeras 10 causas de morbilidad por hospitalización, USS Tunjuelito

#	CIE 10	Causas	Mujeres	Hombres	Total	%
1	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	780	212	992	5,2
2	O318	Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple	745	0	745	3,9
3	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	425	250	675	3,5
4	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	200	298	498	2,6
5	Z00	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	463	26	489	2,6
6	O800	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	405	0	405	2,1
7	J441	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	205	190	395	2,1
8	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte	135	224	359	1,9
9	O200	Amenaza de aborto	359	0	359	1,9
10	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	185	157	342	1,8
Resto de las causas			11.165	4.231	15.396	80,9
Total			12.880	6.154	19.034	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Con respecto al sexo mujer, la primera causa de morbilidad por hospitalización es infección de vías urinarias, sitio no especificado, la cual representa el 6,1 % (n=780), la segunda causa son otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, con el 5,8 % (n=745), la tercera causa es diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 3,3 % (n=425), la cuarta causa es el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, con el 3,1 % (n=405), la quinta causa, amenaza de aborto, con el 2,8 % (n=359), la sexta causa es el parto único espontáneo, sin otra especificación, con el 2,1 % (n=275), la séptima causa es la complicación relacionada con el embarazo, no especificada, con el 2,1 % (n=268), la octava causa, es el aborto espontáneo incompleto, sin complicación, con el 1,7 % (n=222), la novena causa enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada, con el 1,6 % (n=205) y la décima causa es la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 1,6 % (n=200). Observándose que los diagnósticos relacionados con la atención del embarazo y del parto, son los que presentan mayor prevalencia.

En el sexo hombre, la primera causa de morbilidad por hospitalización es la bronquiolitis aguda, no especificada, la cual representa el 4,8 % (n=298), la segunda causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 4,1 % (n=250), la tercera causa son las enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, con el 3,6 % (n=224), la cuarta causa es la Infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 3,4 % (n=212), la quinta causa es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada, con el 3,1 % (n=190), la sexta causa enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, con el 2,6% (n=157), la séptima causa es la neumonía bacteriana, no especificada, con el 2,2 % (n=134), la octava causa es esquizofrenia paranoide, con el 1,6 % (n=97), la novena causa es la Insuficiencia cardíaca congestiva, con el 1,6 % (n=97), y la décima causa es la neumonía, no especificada, con el 1,6 % (n=97).

Las causas de morbilidad que presentan la mayor prevalencia son las relacionadas con enfermedades respiratorias, sin embargo, aparece el diagnóstico de esquizofrenia paranoide como octava causa de morbilidad.

Causas de morbilidad atendidas en hospitalización por grupo de edad

Primeras 10 causas de morbilidad por hospitalización Menores de 1 año, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por hospitalización es la bronquiolitis aguda, no especificada, la cual representa el 20,5 % (n=373), donde el mayor aporte corresponde al sexo hombre con 221 atenciones, la segunda causa son enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, con el 9,2 % (n=167), la tercera causa es la sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada, con el 5,5 % (n=100), la cuarta causa es la Infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 5,2 % (n=94), la quinta causa es la Ictericia neonatal, no especificada, con el 5,1 % (n=92), la sexta causa es la negligencia o abandono, con el 2,4 % (n=44), la séptima causa es otros recién nacidos pretérmino, con el 2,3% (n=42), la octava causa es la dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada, con el 2,3% (n=41), la novena causa es feto y recién nacido afectados por coriamnionitis, con el 2,1 % (n=39), y la décima causa es el bajo peso para la edad gestacional, con el 2,0 (n=36).

La mayor prevalencia está concentrada en enfermedades de índole respiratoria, y enfermedades de tipo infeccioso, eventos en los cuales el sexo hombre es el más afectado.

Primeras 10 causas de morbilidad por hospitalización grupo de edad de 1 a 5 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por hospitalización son las enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, la cual representa el 15,9 % (n=163), donde el mayor aporte corresponde al sexo hombre con 104 atenciones, la segunda causa es la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 11,7 % (n=120), la tercera causa, son las infecciones de vías urinarias, sitio no especificado, con el 9,2 % (n=94), la cuarta causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 5,9 % (n=60), la quinta causa es la neumonía bacteriana, no especificada, con el 3,3 % (n=34), la sexta causa es la neumonía, no especificada, con el 2,9 % (n=30), la séptima causa es la infección intestinal viral, sin otra especificación, con el 2,0 % (n=20), la octava causa es la bronquitis aguda, no especificada, con el 1,9 % (n=19), la novena causa es la celulitis de la cara, con el 1,9 %

(n=19), y la décima causa es la laringitis obstructiva, aguda (crup), con el 1,8 % (n=18). La mayor prevalencia está concentrada en enfermedades de índole respiratoria, evento en el cual el sexo hombre es el más afectado.

Primeras 10 causas de morbilidad por hospitalización grupo etéreo de 6 a 11 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por hospitalización son las enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, la cual representa el 15,9 % (n=163), donde el mayor aporte corresponde al sexo hombre con 104 atenciones, la segunda causa es la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 11,7 % (n=120), la tercera causa, son las infecciones de vías urinarias, sitio no especificado, con el 9,2 % (n=94), la cuarta causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 5,9 % (n=60), la quinta causa es la neumonía bacteriana, no especificada, con el 3,3 % (n=34), la sexta causa es la neumonía, no especificada, con el 2,9 % (n=30), la séptima causa es la infección intestinal viral, sin otra especificación, con el 2,0 % (n=20), la octava causa es la bronquitis aguda, no especificada, con el 1,9 % (n=19), la novena causa es la celulitis de la cara, con el 1,9 % (n=19), y la décima causa es la laringitis obstructiva, aguda (crup), con el 1,8 % (n=18).

La mayor prevalencia está concentrada en enfermedades de índole respiratoria, evento en el cual el sexo hombre es el más afectado.

Primeras 10 causas de morbilidad por hospitalización grupo etéreo de 12 a 17 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por hospitalización son otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, la cual representa el 8,0 % (n=47), la segunda causa es el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, con el 5,5 % (n=32), la tercera causa, es la amenaza de aborto, con el 4,6 % (n=27), la cuarta causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 4,6 % (n=27), la quinta causa es la Infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 3,6 % (n=21), la sexta causa es el parto único espontáneo, sin otra especificación, con el 3,6 % (n=21), la séptima causa es el aborto espontáneo incompleto, sin complicación, con el 3,1 % (n=18), la octava causa es la infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo, con el 2,9

% (n=17), la novena causa es la complicación relacionada con el embarazo, no especificada, con el 2,7 % (n=16), y la décima causa es el falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación con el 1,9 % (n=11).

Observándose que los diagnósticos relacionados con la atención del embarazo y del parto, son los que presentan mayor prevalencia.

Primeras 10 causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 18 a 28 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por hospitalización son otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, la cual representa el 8,0 % (n=47), la segunda causa es el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, con el 5,5 % (n=32), la tercera causa, es la amenaza de aborto, con el 4,6 % (n=27), la cuarta causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 4,6 % (n=27), la quinta causa es la Infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 3,6 % (n=21), la sexta causa es el parto único espontáneo, sin otra especificación, con el 3,6 % (n=21), la séptima causa es el aborto espontáneo incompleto, sin complicación, con el 3,1 % (n=18), la octava causa es la infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo, con el 2,9 % (n=17), la novena causa es la complicación relacionada con el embarazo, no especificada, con el 2,7 % (n=16), y la décima causa es el falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación con el 1,9 % (n=11).

Observándose que los diagnósticos relacionados con la atención del embarazo y del parto, son los que presentan mayor prevalencia.

Primeras 10 causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 29 a 59 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por hospitalización es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, la cual representa el 4,7 % (n=257), la segunda causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 4,2 % (n=229), la tercera causa son otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, con el 3,3 % (n=179), la cuarta causa es la amenaza de aborto, con el 2,2 % (n=122), la quinta causa es la esquizofrenia

paranoide, con el 2,2 % (n=119), la sexta causa es el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, con el 1,7 % (n=91), la séptima causa es la gastritis, no especificada, con el 1,6 % (n=89), la octava causa es la diabetes mellitus insulínica, sin mención de complicación, con el 1,4 % (n=77), la novena causa es la hipertensión esencial (primaria), con el 1,4 % (n=74), y la décima causa es el aborto espontáneo incompleto, sin complicación con el 1,3 % (n=72).

Los diagnósticos relacionados con infecciones de vías urinarias y diarrea son los que presentan mayor prevalencia, en segundo lugar se encuentra la atención del embarazo y del parto, y como quinta causa de morbilidad se encuentra la esquizofrenia paranoide.

Primeras 10 causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 60 años o más, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por hospitalización es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada, la cual representa el 8,2 % (n=355), la segunda causa es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, con el 6,7 % (n=288), la tercera causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 6,0 % (n=261), la cuarta causa insuficiencia cardíaca congestiva, con el 4,3 % (n=185), la quinta causa es la neumonía bacteriana, no especificada, con el 4,0 % (n=174), la sexta causa es la hipertensión esencial (primaria), con el 4,0 % (n=173), la séptima causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 2,9 % (n=126), la octava causa es la neumonía, no especificada, con el 2,2 % (n=95), la novena causa es la diabetes mellitus insulínica, sin mención de complicación con el 2,1 % (n=89), y la décima causa es la angina inestable con el 1,9 % (n=80).

Los diagnósticos relacionados con enfermedades crónicas como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión esencial (primaria) y diabetes mellitus insulínica, son los que presentan mayor prevalencia.

Causas de morbilidad atendida por urgencias, USS Tunjuelito, 2016

Para el año 2016 la Unidad de Servicios de Salud Tunjuelito reporto un total de 37.979 atenciones por el servicio de urgencias; hombres el total fue de 13827 que equivale al 36,4 % y en mujeres 24.152 de 63.3 %.

De acuerdo al grupo etáreo, se observa que las atenciones están concentradas principalmente en el grupo de la 29 a 59 años y de 18 a 28 años. En el grupo de menores de 1 año, el sexo hombre es el que presenta el mayor porcentaje de consulta, en el grupo de 1 a 5 años y de 6 a 11 años, el comportamiento por sexo es similar, sin embargo, a partir de los 12 años el comportamiento cambia considerablemente, evidenciando un incremento en las mujeres, asociado con atenciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

Tabla Morbilidad atendida en urgencias por grupo etáreo, USS Tunjuelito, 2016

Grupo Etáreo (años)	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Menores de 1	824	3,4	1.183	8,6	2.007	5,3
De 1 a 5	1.319	5,5	1.539	11,1	2.858	7,5
De 6 a 11	1.386	5,7	1.356	9,8	2.742	7,2
De 12 a 17	850	3,5	333	2,4	1.183	3,1
De 18 a 28	7.049	29,2	2.390	17,3	9.439	24,9
De 29 a 59	8.681	35,9	4.332	31,3	13.013	34,3
De 60 años o más	4.043	16,7	2.694	19,5	6.737	17,7
Total	24.152	100	13.827	100	3.7979	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Para el año 2016 en la USS Tunjuelito la primera causa de morbilidad por urgencias es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, la cual representa el 4,2 % (n=1600) del total de las urgencias, donde las mujeres son las que más consultan, cinco veces más que los hombres, con 1.334 atenciones. En segundo lugar se ubica la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 3,8 % (n=1443), en tercer lugar se observan otras complicaciones específicas del embarazo múltiple con el 2,7 % (n=1044), en cuarto lugar, las

enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, con el 2,2 % (n=844) y en el quinto lugar se observan, la amigdalitis aguda, no especificada con el 1,9 % (n=703).

Tabla Primeras 10 causas de morbilidad por urgencias, USS Tunjuelito, 2016

#	CIE 10	Causas	Mujeres	Hombres	Total	%
1	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1334	266	1600	4,2
2	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	854	589	1443	3,8
3	O318	Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple	1044	0	1044	2,7
4	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte	366	478	844	2,2
5	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	381	322	703	1,9
6	K040	Pulpitis	365	217	582	1,5
7	J209	Bronquitis aguda, no especificada	356	206	562	1,5
8	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	241	318	559	1,5
9	M545	Lumbago no especificado	329	218	547	1,4
10	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	390	139	529	1,4
Resto de las causas			18491	11075	29566	77,8
Total			24151	13828	37979	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Con respecto al sexo mujer, la primera causa de morbilidad de urgencias por diagnóstico de egreso es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, la cual representa el 5,5 % (n=1334), la segunda causa son otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, con el 4,3 % (n=1044), la tercera causa es diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 3,5 % (n=854), la cuarta causa es la amenaza de aborto, con el 1,8 % (n=427), la quinta causa, es la hipertensión esencial (primaria), con el 1,6 % (n=390), la sexta causa es amigdalitis aguda, no especificada, con el 1,6 % (n=381), la séptima causa son las enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, con el 1,5 % (n=366), la octava causa, es la pulpitis, con el 1,5 % (n=365), la novena causa es la

bronquitis aguda, no especificada, con el 1,5 % (n=356) y la décima causa son las complicaciones relacionadas con el embarazo, no especificada, con el 1,5 % (n=354).

Observándose que los diagnósticos relacionados con la atención del embarazo y del parto, son los que presentan mayor prevalencia, seguidas de la infección de vías urinarias y la diarrea.

En el sexo hombre, la primera causa de morbilidad de urgencias por diagnóstico de egreso es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la cual representa el 4,3 % (n=589), la segunda causa son las enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, con el 3,5 % (n=478), la tercera causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 2,3 % (n=322), la cuarta causa es la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 2,3 % (n=318), la quinta causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 1,9 % (n=266), la sexta causa es el lumbago no especificado, con el 1,6 % (n=218), la séptima causa es la pulpitis, con el 1,6 % (n=217), la octava causa es la herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s), con el 1,5 % (n=213), la novena causa es la bronquitis aguda, no especificada, con el 1,5 % (n=206), y la décima causa es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada, con el 1,4 % (n=196).

Las causas de morbilidad que presentan la mayor prevalencia son las relacionadas con enfermedades respiratorias, sin embargo, aparece el diagnóstico de pulpitis como séptima causa de morbilidad.

Causas de morbilidad atendidas en urgencias por grupo étnico primeras 10 causas de morbilidad por urgencias Menores de 1 año, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por urgencias, por diagnóstico de egreso, es la bronquiolitis aguda, no especificada, la cual representa el 21,6 % (n=434), donde el mayor aporte corresponde al sexo hombre con 260 atenciones, la segunda causa son enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, con el 16,3 % (n=327), la tercera causa es la laringitis obstructiva, aguda (crup), con el 6,6 % (n=133), la cuarta causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 4,7 % (n=94), la quinta causa

es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 4,1 % (n=83), la sexta causa ictericia neonatal, no especificada, con el 2,4 % (n=49), la séptima causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 2,4 % (n=49), la octava causa es la infección intestinal viral, sin otra especificación, con el 1,3 % (n=27), la novena causa es la bronquitis aguda, no especificada, con el 1,1 % (n=22), y la décima causa es el traumatismo de la cabeza, no especificado, con el 1,0 % (n=21).

La mayor prevalencia está concentrada en enfermedades de índole respiratoria, y enfermedades de tipo infeccioso, eventos en los cuales el sexo hombre es el más afectado.

Primeras 10 causas de morbilidad por urgencias grupo etáreo de 1 a 5 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por urgencias, por diagnóstico de egreso, son las enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, la cual representa el 14,8 % (n=422), donde el mayor aporte corresponde al sexo hombre con 230 atenciones, la segunda causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 6,7 % (n=192), la tercera causa es la laringitis obstructiva, aguda (crup), con el 5,3 % (n=152), la cuarta causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 4,9 % (n=140), la quinta causa es la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 4,0 % (n=113), la sexta causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 2,8 % (n=79), la séptima causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 2,3 % (n=67), la octava causa es la infección intestinal viral, sin otra especificación, con el 2,1 % (n=59), la novena causa es la caries de la dentina, con el 1,3 % (n=38), y la décima causa es la herida de la cabeza, parte no especificada, con el 1,3 % (n=37).

La mayor prevalencia está concentrada en enfermedades de índole respiratoria, y enfermedades de tipo infeccioso, eventos en los cuales el sexo hombre es el más afectado. El diagnóstico de caries de la dentina ocupa el noveno lugar.

Primeras 10 causas de morbilidad por urgencias grupo etáreo de 6 a 11 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por urgencias, por diagnóstico de egreso, son la amigdalitis aguda, no especificada, la cual representa el 5,2 % (n=143), la segunda causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 4,0 % (n=111), la tercera causa es el asma, no especificado, con el 2,6 % (n=70), la cuarta causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 2,6 % (n=70), la quinta causa son las enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte, con el 2,5 % (n=69), la sexta causa es la caries de la dentina, con el 2,1 % (n=58), la séptima causa es la herida del cuero cabelludo, con el 1,6 % (n=44), la octava causa es el absceso periapical sin fístula, con el 1,4 % (n=39), la novena causa es la herida de la cabeza, parte no especificada, con el 1,4 % (n=39), y la décima causa es la pulpitis, con el 1,4 % (n=38).

La mayor prevalencia está concentrada en enfermedades de tipo infeccioso, en algunas de las cuales el sexo hombre es el más afectado. El diagnóstico de caries de la dentina ocupa el sexto lugar.

Primeras 10 causas de morbilidad por urgencias grupo etáreo de 12 a 17 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por urgencias, por diagnóstico de egreso, son las otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, la cual representa el 5,3 % (n=63), la segunda causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 4,6 % (n=54), la tercera causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 3,6 % (n=43), la cuarta causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 2,7 % (n=32), la quinta causa es la amenaza de aborto, con el 2,4 % (n=28), la sexta causa son las complicaciones relacionadas con el embarazo, no especificada, con el 1,9 % (n=22), la séptima causa son otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo, con el 1,9 % (n=22), la octava causa es la gastritis, no especificada, con el 1,6 % (n=19), la novena causa es el parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, con el 1,4 % (n=16), y la décima causa es la pulpitis, con el 1,4 % (n=16).

La mayor prevalencia está concentrada en diagnósticos relacionados con la atención del embarazo y del parto, seguidos de enfermedades infecciosas como la infección de vías

urinarias, la diarrea y gastroenteritis y la amigdalitis aguda. El diagnóstico de gastritis ocupa el octavo lugar.

Primeras 10 causas de morbilidad por urgencias grupo etáreo de 18 a 28 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por urgencias, por diagnóstico de egreso, son las otras complicaciones específicas del embarazo múltiple, la cual representa el 7,5 % (n=711), la segunda causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 5,1 % (n=479), la tercera causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 3,8 % (n=354), la cuarta causa es la amenaza de aborto, con el 2,7 % (n=254), la quinta causa son las complicaciones relacionadas con el embarazo, no especificada, con el 2,7 % (n=252), la sexta causa son otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo, con el 2,3 % (n=220), la séptima causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 1,9 % (n=181), la octava causa es la gastritis, no especificada, con el 1,5 % (n=141), la novena causa es el lumbago, no especificado, con el 1,4 % (n=136), y la décima causa es la pulpitis, con el 1,4 % (n=135).

La mayor prevalencia está concentrada en diagnósticos relacionados con la atención del embarazo y del parto, seguidos de enfermedades infecciosas como la infección de vías urinarias, la diarrea y gastroenteritis y la amigdalitis aguda. El diagnóstico de gastritis ocupa el octavo lugar.

Primeras 10 causas de morbilidad por urgencias grupo etáreo de 29 a 59 años, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por urgencias, por diagnóstico de egreso, es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, la cual representa el 4,2 % (n=547), la segunda causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 3,5 % (n=451), la tercera causa es la pulpitis, con el 2,7 % (n=346), la cuarta causa es el lumbago no especificado, con el 2,1 % (n=272), la quinta causa son otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo múltiple, con el 2,0 % (n=255), la sexta causa es la gastritis, no especificada, con el 1,8 % (n=240), la séptima causa es la bronquitis aguda, no especificada, con el 1,8 % (n=232), la octava causa es la hipertensión esencial (primaria),

con el 1,6 % (n=209), la novena causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 1,3 % (n=174), y la décima causa es la hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada, con el 1,2 % (n=154).

La mayor prevalencia está concentrada en enfermedades infecciosas como la infección de vías urinarias, la diarrea y gastroenteritis y la amigdalitis aguda, seguidas de diagnósticos relacionados con la atención del embarazo y del parto. El diagnóstico de gastritis ocupa el sexto lugar.

Primeras 10 causas de morbilidad por urgencias grupo etáreo de 60 años o más, USS Tunjuelito, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por urgencias, por diagnóstico de egreso, es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada, la cual representa el 5,7 % (n=387), la segunda causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 4,8 % (n=322), la tercera causa es la hipertensión esencial (primaria), con el 4,6 % (n=313), la cuarta causa es enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, con el 4,0 % (n=272), la quinta causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 3,1 % (n=209), la sexta causa es la bronquitis aguda, no especificada, con el 2,9 % (n=196), la séptima causa es la insuficiencia cardíaca congestiva, con el 2,0 % (n=137), la octava causa es el lumbago no especificado, con el 1,8 % (n=123), la novena causa es la neumonía bacteriana, no especificada, con el 1,5 % (n=100), y la décima causa es la hiperlipidemia mixta, con el 1,5 (n=98).

Los diagnósticos relacionados con enfermedades crónicas como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión esencial (primaria), insuficiencia cardíaca congestiva e hiperlipidemia mixta, son los que presentan mayor prevalencia.

Metodología

Objetivo: Adoptar la metodología BIT PASE y PASE a la Equidad en Salud para la comprensión del territorio en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, a partir de las dimensiones del desarrollo poblacional, ambiental, social y económica para la integración de los análisis de condiciones calidad de vida salud y enfermedad.

Insumos requeridos:

1. Mapa de riesgos, información contexto territorial y demográfico (capítulo 1)
2. Matriz de determinantes sociales (capítulo 2)
3. Información de morbi-mortalidad (capítulo 3)
4. Recorridos de apropiación territorialAgendas locales
5. Estrategia de Abordaje Territorial
6. Matriz de indicadores 2016-2017
7. Mapa de acciones de los espacios

Metodología

Para lograr una comprensión integral del territorio se requiere de una construcción conjunta que permita realizar un dialogo de saberes, la conjunción de información técnica y de la experiencia local, apoyado en los indicadores en salud, en el reconocimiento de las condiciones poblacionales ambientales, sociales y económicas y el reconocimiento del territorio que permitan generar una configuración actual y deseada del territorio que permita un análisis integral y la síntesis de la información. Para esto, se plantean seguir un proceso que integre los análisis anteriores y permita generar una identificación de las condiciones del territorio, la comprensión del mismo y la generación de respuestas a las necesidades identificadas, a partir de un proceso que integre los siguientes elementos:

- Construcción de la configuración actual del territorio.
- Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio.
- Transformación esperada de ejes estructurantes y tensiones.
- Construcción de la configuración deseada.
- Construcción de estrategia.

1. A partir de los insumos de los procesos de análisis de los componentes de Gobernanza, así como de Gestión del Riesgo en Salud, se Identificarán los vínculos presentes en el territorio para asociarlos a las tensiones o eventos en salud identificados previamente en las Agendas Locales, y complementado para la Subred Sur con las tensiones identificadas en las mesas estratégicas a partir del Plan Decenal de Salud Pública.
2. Empleando los mapas de riesgos realizados en el capítulo 1, e integrando los procesos de análisis, se ubican geográficamente las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas y se asocian a las tensiones identificadas previamente.
3. Se identifican los puntos de concentración de las tensiones en el territorio, definiendo los nodos o racimos, realizando un análisis de los generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones compartidos y su precedencia en el tiempo.
4. Con el ejercicio anterior de identificación de tensiones se realiza un análisis de la localización de las tensiones y condiciones identificadas, partiendo de que cada una de las tensiones presenta una localización definida y/o aunque se presente en muchos sectores, tiene predominancia o se concentra con mayor fuerza en ciertas zonas de la localidad, lo cual permite identificar particularidades y patrones presentes en el territorio.
5. Con el análisis realizado se construyen los ejes estructurantes a partir de los nodos o racimos. Los ejes estructurantes pueden referirse a procesos económicos, sociales, ambientales o institucionales de nivel macro inherentes a la forma como está constituida la organización social, económica y política de la localidad o del Distrito Capital y en particular a aquellos elementos que se reiteran y su afectación en la salud de la población.
6. La construcción de la configuración actual, surge de la forma como se relacionan unos y otros elementos en el territorio. Cuando se identifican los ejes estructurantes, se logra identificar que el mapa va tomando ciertas características que pueden asociarse a una imagen compartida. Teniendo en cuenta las condiciones del PASE y las particularidades históricas y culturales del territorio, se asigna una imagen a la configuración del territorio.

7. A partir de la imagen, las condiciones identificadas en el territorio y de los ejes estructurantes, se construye una metáfora que se constituye en un acercamiento o aproximación al territorio, la cual de forma narrativa integra las condiciones particulares y la configuración actual. La imagen y la metáfora permiten una apropiación del territorio, generando una síntesis de la situación actual del mismo y de sus particularidades, integrando los procesos de análisis desarrollados por los equipos locales. Esto permite integrar la información y procesos realizados en la Subred y contar con la integración de análisis y síntesis.
8. A partir de la configuración actual del territorio, se desarrollan procesos de análisis con que integre las acciones del componente 1 de Gobernanza, los Espacios de Vida Cotidiana, GPAISP y los diferentes componentes de Gestión del Riesgo, que permitan identificar las acciones realizadas y territorializarlas, aportando al desarrollo del capítulo 5, a la respuesta brindada sectorial e intersectorialmente y a la Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio. Para esto se emplean los mapas de acciones de los diferentes componentes, y se realiza trabajo conjunto de territorialización de las acciones en la cartografía de las localidades.
9. A partir de los análisis realizados con los diferentes componentes, se realizan ejercicios en los cuales se plantea la transformación esperada de los ejes estructurantes y de las tensiones territorializadas a partir de las acciones identificadas y de las acciones a realizar a futuro, lo cual permite la apropiación de la configuración actual y el análisis de la respuesta brindada, con el fin de generar propuestas para la transformación de los ejes estructurantes.
10. Teniendo en cuenta los resultados del proceso, la territorialización de las acciones y el planteamiento de transformación de los ejes estructurantes, se procede a construir la imagen y la metáfora para generar la configuración deseada del territorio.
11. La identificación de la configuración deseada, permitirá la planeación y construcción de estrategias de intervención en las localidades que generen una transformación del territorio a partir de acciones sectoriales e intersectoriales, así como integrar la información y la configuración del territorio como proceso de análisis y síntesis.