

# Documento Análisis de condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad.



**USME**  
**2016**

## CONTENIDO

CONTENIDO .....	0
Introducción .....	12
Objetivo General .....	13
Objetivos Específicos .....	13
Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico .....	14
1.1 Contexto Territorial .....	14
1.2 Estructura Demográfica .....	17
1.2.1 Densidad de población .....	17
1.2.2 Aseguramiento .....	20
1.3 Dinámica demográfica .....	23
CAPÍTULO II: ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES) .....	33
2.1 Dimensión Ambiental .....	33
2.2. Dimensión social .....	36
2.3 Dimensión económica .....	38
2.4 Espacios de participación comunitaria .....	40
CAPÍTULO III: MORTALIDAD Y MORBILIDAD .....	43
3.1 Mortalidad .....	43
3.1.1 Mortalidad por grandes causas .....	43
3.1.2 Mortalidad subgrupos, Grandes Causas 6/67 .....	51
3.1.2.1 Mortalidad Enfermedades del sistema circulatorio. ....	51
3.1.2.2 Mortalidad por neoplasias .....	53
3.1.2.3 Mortalidad por causas externas .....	56
3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez: .....	57
3.1.3.1 Mortalidad en menor 1 año .....	57
3.1.3.2 Mortalidad en menores de 1 a 4 años .....	60
3.1.4 Mortalidad materno- infantil y en la niñez .....	62
3.1.4.1 Mortalidad Materno– Perinatal .....	63
3.1.4.2 Mortalidad Infantil .....	64
3.1.4.3 Mortalidad Menor de 5 años .....	64

3.2 Análisis estructura de morbilidad .....	66
3.2.1. Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general según los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Localidad Usme, años 2015 y 2016 .....	66
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 .....	71
3.2.3. Descripción de la Oferta .....	79
3.3 Eventos De Vigilancia En Salud Pública .....	80
3.3.1 Eventos individuales de interés en Salud Publica SIVIGILA .....	80
3.3.1.1 Vida Saludable y enfermedades transmisibles .....	82
3.3.1.2 Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos .....	83
3.3.1.3 Convivencia Social y Salud Mental .....	84
3.3.1.4 Salud Ambiental .....	85
3.3.1.5 Seguridad Alimentaria y Nutricional .....	85
3.3.1.6 Vida saludable y Condiciones No Transmisibles .....	86
3.3.2 Eventos colectivos de interés en Salud Publica (Brotos y morbilidad) ..	87
3.3.2.1 Salud Ambiental .....	88
3.3.2.2 Vida Saludable y enfermedades transmisibles .....	88
3.3.3 Eventos individuales de interés en Salud Publica SIVIGILA DC (SISVAN, VESPA, SIVELCE, SISVECOS, SIVIM, Discapacidad, SISVESO y SIVISTRA) .....	88
3.3.3.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional .....	90
3.3.3.2 Convivencia Social y Salud Mental .....	90
3.3.3.3 Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles .....	92
3.3.4 Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la salud pública (EEVV y VCSP) .....	92
3.4 Eventos precursores .....	93
3.5 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades de morbilidad	97
CAPÍTULO IV: POBLACIONES DIFERENCIALES .....	99
CAPÍTULO V: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA .....	99
5.1. Espacio de Vivienda .....	99

5.1.1. Caracterización del espacio, programa y proceso .....	99
5.1.2. Resultados .....	100
5.2. Espacio Educativo .....	102
5.3.1. Caracterización del espacio, programa o proceso .....	102
5.3.2. Resultados .....	104
5.3. Espacio Público .....	106
5.3.1. Caracterización del espacio, programa o proceso .....	106
5.3.2. Resultados .....	107
5.4. Espacio Trabajo .....	109
5.4.1. Caracterización del espacio, programa o proceso .....	109
5.4.2. Resultados .....	112
5.5. Vigilancia Sanitaria .....	119
5.5.1. Caracterización del espacio, programa y proceso .....	119
5.5.2. Resultados .....	122
5.6. Vigilancia en Salud Pública .....	124
5.6.1. Caracterización del espacio, programa o proceso .....	124
5.6.1.1 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual – SIVIM .....	125
5.6.1.2 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica para las Conductas Suicidas – SISVECOS .....	127
5.6.1.3 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Sustancias Psicoactivas – VESPA .....	132
5.6.1.4 Subsistema De Vigilancia Epidemiológica de las Lesiones de Causa Externa – SIVELCE .....	132
5.6.1.5 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los Trabajadores de la Economía Informal – SIVISTRA .....	136
5.6.1.6 Subsistema De Vigilancia Epidemiológica Para la Localización y Caracterización de la Población Con Discapacidad .....	137
5.6.1.7 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Materna / Infantil y Salud Sexual y Reproductiva – SMI - SSR .....	140
5.6.1.8 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Seguridad Alimentaria y Nutricional – SISVAN .....	141

5.1.6.9 Subsistema de vigilancia epidemiológica de la Gestión del Riesgo Para la Atención de Urgencias y Emergencias en Salud Pública .....	146
5.1.6.10 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral – SISVESO .....	148
5.1.6.11 Subsistema de Vigilancia de la Salud Pública Comunitaria – VSPC .....	150
5.7. Plan De Salud Pública De Intervenciones Colectivas (PSPIC) .....	154
5.7.1. Caracterización .....	154
5.7.2. Resultados .....	155
5.8. Gobernanza Componente 1 .....	163
5.8.1. Caracterización del espacio, programa y proceso .....	163
5.8.2. Resultados .....	169
CAPÍTULO VI: ANALISIS Y SINTENSIS .....	177
6.1 Agenda Local .....	177
6.2 Desigualdades .....	178
6.3 Estrategia de Abordaje Territorial y Configuración del Territorio .....	180
Conclusiones .....	186
Bibliografía .....	189
Anexo .....	190
Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Usme, localidad Usme, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, año 2016	190
Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Usme .....	190
Causas de morbilidad atendida en hospitalización USS Usme .....	192
Causas de morbilidad atendida en urgencias USS Usme .....	194

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según sexo, Localidad de Usme, 2016.....	19
Tabla 2 Población por momento de vida, Localidad de Usme, 2016.....	20
Tabla 3 Distribución por aseguramiento, Localidad de Usme, 2016. ....	21
Tabla 4 Distribución población rural, por momento de vida y sexo, localidad de Usme, 2013, 2014 y 2015. ....	21
Tabla 5 Distribución población rural, Localidad de Usme, 2013, 2014 y 2015. ....	22
Tabla 6 Indicadores Demográficos, Localidad de Usme, 2005 – 2010 – 2016. ....	23
Tabla 7. Indicadores de interés, Localidad de Usme, 2010 – 2016.....	25
Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos de edad, Localidad de Usme, 2016..	26
Tabla 9 Distribución variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, Localidad de Usme, 2012 – 2016. ....	28
Tabla 10 Distribución variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, Localidad de Usme, 2012 – 2016. ....	29
Tabla 11 Mortalidad por Grandes Causas 6/67 por edades quinquenales. Localidad Usme Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE. Año 2014.....	46
Tabla 12. Tendencia en la mortalidad de tasas crudas según sexo y total. Localidad Usme. 2012-2014.....	50
Tabla 13. Comparación de tasas ajustadas mortalidad general Subred Integrada de Servicios de Salud y sus localidades año 2014.....	50
Tabla 14 Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Enfermedades del sistema circulatorio por sexo, Localidad Usme, 2012-2014. ...	51
Tabla 15 Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la Localidad de Usme. 2012-2014.....	52
Tabla 16. Tendencia de tasas ajustadas, según sexo y total en Mortalidad Neoplasias por sexo, Localidad Usme, 2012-2014. ....	54
Tabla 17. Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad de Neoplasias comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la Localidad de Usme. 2012-2014.....	55
Tabla 18 Tendencia de tasas ajustadas por grupos específicos en mortalidad por causas externas comparativo entre la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE y la Localidad de Usme. 2012-2014.....	57



Tabla 19. Proporción número de muertes población menor de 1 año, Localidad de Usme. 2012-2014.....	58
Tabla 20. Tasa de mortalidad comparativa en población menor de 1 año Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades. Período 2012-2014. ....	59
Tabla 21. Proporción número de muertes población de 1-4 años, Localidad de Usme. 2012-2014.....	60
Tabla 22. Tasa de mortalidad comparativa en población de 1-4 años Subred Integrada de Servicios de Salud y localidades. Período 2012-2014.....	61
Tabla 23. Mortalidad Materno-Infantil. Localidad de Usme, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2010 -2015.....	62
Tabla 24 Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad Usme, Subred Sur, años 2015 y 2016. ....	66
Tabla 25 Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de hospitalización, localidad Usme, Subred Sur, años 2015 y 2016 .....	67
Tabla 26 Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad Usme, Subred Sur, años 2015 y 2016. ....	68
Tabla 27. Proporción grandes causas de morbilidad, por Servicio de Consultas según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016. ....	72
Tabla 28. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016 .....	72
Tabla 29. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016 .....	73
Tabla 30. Grandes causas de morbilidad, por Sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016. ....	73
Tabla 31 Grandes causas de morbilidad, por Sexo Mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016 .....	74
Gráfico 32. Proporción de grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad Usme, 2016 .....	75
Tabla 33. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016 .....	75
Tabla 34. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016 ...	76

Tabla 35. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016 .....	77
Tabla 36. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016 .....	78
Tabla 37. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016 .....	78
Tabla 38. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016 ...	79
Tabla 39 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016 .....	81
Tabla 40 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Usme, 2016.....	82
Tabla 41 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016 .....	87
Tabla 42 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Usme, 2016.....	87
Tabla 43 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 .....	89
Tabla 44 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Usme, 2016.....	89
Tabla 45 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.....	93
Tabla 46 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.....	94
Tabla 47 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.....	95
Tabla 48 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.....	96
Tabla 49. Distribución de notificación por localidad de Usme y Subred Sur, abril a julio 2017.....	125



Tabla 50. Número de casos caracterizados, localidad de Usme y Subred Sur, abril a julio 2017.....	125
Tabla 51. Número de casos caracterizados por violencia sexual Subred Sur, abril a julio 2017 .....	126
Tabla 52. Población con caracterización y priorizada para activación, Subred Sur, abril a julio 2017. ....	127
Tabla 53. Distribución de notificación por localidad y mes Subred Sur, abril a julio 2017. ....	128
Tabla 54. Distribución caracterizaciones de riesgo por localidad y mes Subred Sur, abril a julio 2017 .....	128
Tabla 55. Distribución de eventos caracterizados SISVECOS por mes y localidad Subred Sur, abril a julio 2017 .....	129
Tabla 56. Población con caracterización y priorizada para activación de ruta Subred Sur, abril a julio 2017.....	130
Tabla 57. Distribución de notificación por localidad Subred Sur, Abril a julio 2017 .....	132
Tabla 58. Número de casos de menores de 5 años con evento IEC por localidad Subred Sur, abril a julio 2017 .....	133
Tabla 59. Número de Casos para Mayores de 60 Años con Evento LCE por Localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. 2017 .....	133
Tabla 60. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo por Subred Integrad De Servicios De Salud Sur. 2017 .....	134
Tabla 61. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo Subred Integrad De Servicios De Salud Sur. 2017 .....	134
Tabla 62. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo Subred Integrad De Servicios De Salud Sur. 2017 .....	134
Tabla 63. Número De Eventos LCE De Mayor Incidencia Según Localidad Y Sexo Por Localidad Subred Integrad De Servicios De Salud Sur. 2017.....	135
Tabla 64. Población con caracterización y priorizada para activación de ruta. Subred integrad de servicios de salud sur. 2017 .....	135
Tabla 65. Respuestas desde vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores de la economía informal – SIVISTRA. Subred Integrad De Servicios De Salud Sur. 2017.....	136
Tabla 66. Resultados de las IEC desde vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores de la economía informal – SIVISTRA. Subred Integrad De Servicios De Salud Sur. 2017.....	137

Tabla 67. Población con discapacidad en la Sub Red Sur Abril-Julio 2017 (n=836)	138
Tabla 68. Población con discapacidad priorizada para activación de rutas. Localidad de Usme Abril-Julio 2017	139
Tabla 69. Eventos con intervención epidemiológica de campo SSR-SMI Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	140
Tabla 70. Consolidado de eventos con intervención epidemiológica de campo, SSR-SMI. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	140
Tabla 71. Número de casos notificados al sub sistema y el número de casos atendidos Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	143
Tabla 72. Total casos recién nacidos de bajo peso. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	143
Tabla 73. Eventos atendidos por localidad Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	147
Tabla 74. Distribución de eventos notificados al sistema de vigilancia de la salud oral subred integrada de servicios de salud sur. 2017	148
Tabla 75. Activación de rutas por localidad del sistema de vigilancia de la salud oral subred integrada de servicios de salud sur. 2017	149
Tabla 76. Distribución de investigaciones socio epidemiológicas de campo por localidad Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	151
Tabla 77. Diagnóstico de riesgos barriales Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	151
Tabla 78. Notificación problemáticas colectivas por localidad Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	152
Tabla 79. COVECOM. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	153
Tabla 80. Monitoreo participativo. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017	153
Tabla 81. Valoración de tensiones en salud. Usme. 2017.	163
Tabla 82. Estado actual de la implementación de la Estrategia Abordaje Territorial. Localidad Usme. 2017	164
Tabla 83. Matriz de Tensiones	177

## INDICE DE GRAFICAS

Gráfico 1 Población, Localidad Usme, Subred Sur E.S.E. años 2005 – 2016.....	17
Gráfico 2 Pirámide poblacional, Localidad de Usme, 2005, 2010 y 2016 .....	23
Gráfico 3. Total nacidos vivos, Localidad de Usme, 2010 –2016.....	27
Gráfico 4.Nacimientos según edad de la madre, Localidad Usme, 2010 – 2016. .	27
Gráfico 5 Tasa específica de fecundidad en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., 2010 – 2016. ....	31
Gráfico 6. Tasa específica de fecundidad en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., 2010 – 2016. ....	32
Gráfico 7. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad Usme, Subred Sur, 2012-2014. ....	59
Gráfico 8 Tasa de mortalidad población de 1-4 años por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad de Usme, 2012-2014. ....	61
Gráfico 9 Análisis comparativo entre volumen de notificación y cobertura efectiva por caracterización Subred Sur, abril a julio 2017 .....	125
Gráfico 10 Distribución de la notificación distrital VESPA a la Subred Sur, enero a julio 2017. ....	132

## INDICE DE MAPAS

Mapa 1. Localización y estructura territorial, Localidad Usme, Subred Sur E.S.E., 2016 .....	16
Mapa 2. Densidad poblacional, localidad Usme 2015.....	18
Mapa 3. Condiciones sociales y ambientales. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. 2016. ....	42
Mapa 4. Oferta de servicios de salud. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. 2016 .....	80
Mapa 5. Acciones Espacio Vivienda. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio de 2017.....	102
Mapa 6 Acciones Colegios priorizados, localidad Usme. Subred Sur, abril a julio de 2017 .....	105
Mapa 7. Acciones Espacio Público. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio de 2017. ....	109
Mapa 8. Unidades de Trabajo Informal intervenidas desde Espacio Trabajo. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio de 2017. ....	116
Mapa 9. Trabajadores infantiles y adolescentes intervenidos desde Espacio Trabajo. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio de 2017. ....	118
Mapa 10. Acciones Vigilancia Sanitaria y Ambiental. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio 2017.....	122
Mapa 11. Puntos de vacunación Programa Ampliado de Inmunización. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. 2016.....	161
Mapa 12. Acciones Gobernanza Componente 1. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio 2017.....	176
Mapa 13. Configuración del Territorio .....	182

## Introducción

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

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

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

## Objetivo General

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

## Objetivos Específicos

Realizar procesos análisis de tipo cuantitativo, cualitativo y espacial con diferentes actores, que contribuya al conocimiento de contexto territorial, demográfico, condiciones de vida y determinantes que inciden en la salud de la población de la localidad de Usme.

Identificar el comportamiento de la mortalidad general, mortalidad por grandes causas, mortalidad materno infantil y en la niñez; teniendo en cuenta las dimensiones del Plan Decenal de Salud y los momentos de curso de vida en la localidad de Usme.

Analizar el comportamiento de la morbilidad en la población de Tunjuelito a partir de la información relacionada con los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS; descripción de la Oferta de servicios de salud, eventos del sistema de Vigilancia con el fin de Establecer las principales prioridades en Salud.

Actualizar y priorizar condiciones y situaciones de calidad de vida, salud y enfermedad en las poblaciones diferenciales y de inclusión social de la localidad de Usme.

Dar a conocer las acciones en salud pública, a partir de la ubicación espacio-temporal en la localidad, la respuesta de intervención dada a situaciones o riesgos en salud, que inciden en la calidad de vida de la población de Usme.

Monitorear las desigualdades en salud en la Localidad de 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.



## **Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico**

### **1.1 Contexto Territorial**

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

Cuenta con un área total de 21.507 hectáreas convirtiéndola en la segunda localidad con mayor extensión del distrito capital, la localidad es primordialmente rural; el Plan de Ordenamiento Territorial POT señala que el uso de suelo es agrícola con una extensión de 19.394 hectáreas y 2.114 hectáreas de uso urbano y de expansión.

La localidad de Usme cuenta con 7 UPZ (Unidades de Planeación Zonal) y 2 UPR (Unidad de Planeación Rural) conformadas así: UPZ La Flora (52), Danubio (56), Gran Yomasa (57), Comuneros (58), Alfonso López (59), Usme Centro (61) y Parque Entrenubes (60), las UPR Río Tunjuelo (03) y Cerros Orientales (02).

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

Está conformado por la cuenca del río Tunjuelo (parte alta de la cuenca) y las subcuencas de los ríos Curubital, Chisacá, Lechoso y Mugroso. Los ríos que conforman el sistema hídrico son de la localidad son: el río Tunjuelito que tiene como nacimiento la localidad y es uno de los afluentes del río Bogotá; el río Chiguacita, La Taza, Fucha - Santa Helena, El Carraco de Agua Dulce, La Requilina, El Amoladero, El Piojo, Chuniza, Yomasa, Bolonia, Resaca, Los Cerritos, Curí o Santa Isabel, Santa Librada, El Ramo, Seca, La Chiguaza, Verejones, Morales, de Melo, Zuque, es importante mencionar que los afluentes hídricos anteriormente mencionado atraviesan el área urbana de la localidad; en cuanto al área rural se encuentran las quebradas Aguacilito, del Aguacil, Los Balcones, La Esmeralda, Calavera, La Mistela, Puente Piedra, Tunjuelito, Curubital, Chisacá. Las quebradas La Chiguaza, de Olarte, de Guanga, de Suata, La Aguadita, La Regadera, Piedragorda, Cacique, Los Salitres, La Regadera del Curubital, Seca, Blanca, Bocagrande, Jamaica, Curubital, Piedra Gorda, Los Alisos, La Lajita, La Mistela, Piedragrande, La Leona, Hoya Honda, Caliche Negra, del Oso, Los Tablones y Lechoso o Mugroso y los embalses de Chisacá y La Regadera.

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

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

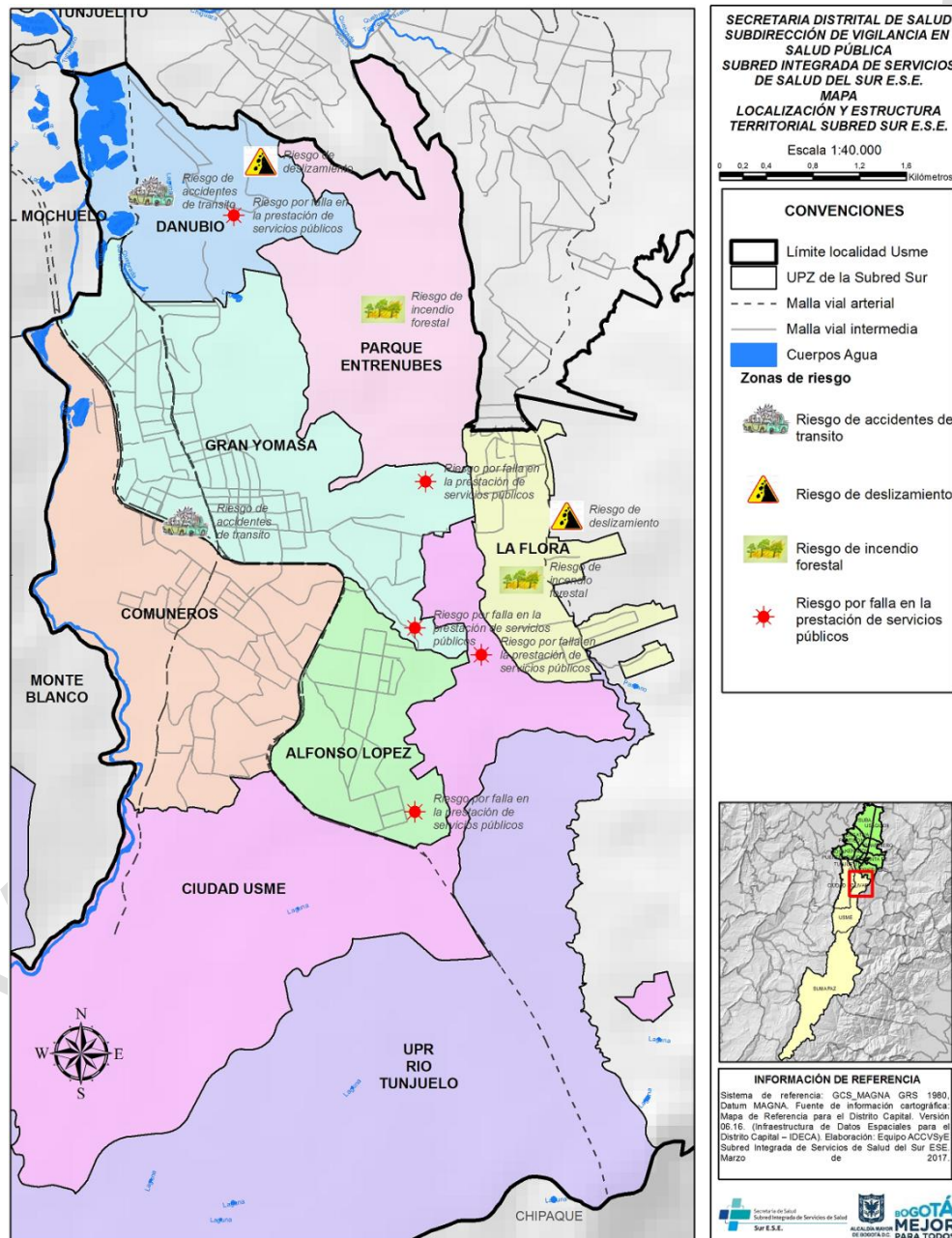
Los riesgos por inundaciones por desbordamiento se asocian a las zonas próximas al río Tunjuelito y sus afluentes; las UPZ con mayor riesgo son Comuneros (límites con el río Tunjuelo) y la UPZ Danubio y Gran Yomasa.

En cuanto a riesgos por incendios forestales las UPZ Parque Entrenubes y La flora son las que presentan mayor riesgo de incendio forestal, debido a que son UPZ mayoritariamente de cobertura vegetal, áreas de asentamientos no legalizados y además, por que limitan con el área rural de la localidad, la problemática se presenta mayoritariamente en los periodos en donde las temperaturas se aproximan a los 25°C en los meses de diciembre, enero y febrero, en donde la nubosidad en baja y las horas de sol son mayores. En cuanto a los incendios que se presentan en la zona rural de intervención antrópica, como consecuencia de quemas intencionadas debida a prácticas de adecuación de terrenos para uso agrícola y ganadero. Además se presentan quemas naturales debido a las condiciones extremas del clima

Riesgo por erosión del suelo se presenta en la UPZ 56 Danubio en los Barrios Alaska, Santa Marta, El Porvenir, Duitama y Barranquillita II, se presentan desprendimientos de roca y hundimiento de suelos, asociados a los procesos erosivos del suelo en las canteras, receberas y gravilleras. La extracción minera ilegal principalmente en la UPZ Gran Yomasa, La Flora y Danubio generan una alta vulnerabilidad de la población. Entre las zonas de alto riesgo no mitigable de la localidad por remoción en masa se encuentran 16 manzanas en la UPZ Danubio con un área de 15225 m<sup>2</sup> y 10 manzanas en la UPZ Gran Yomasa con un área de 741.88 m<sup>2</sup>. La localidad de Usme cuenta en el área rural con zonas de reserva definidas como bosques, quebradas, nacederos y páramo que son de importante cubrimiento en la región, sin embargo estas potencialidades ambientales presentan deterioro debido a situaciones graves como lo son: conflicto entre conservación del páramo y producción agropecuaria, la alteración hidráulica y fluvial por la explotación e invasión de rondas de ríos y quebradas; la obstrucción de los cauces por la disposición de los residuos sólidos, contaminación hídrica por vertimientos de aguas servidas, sistema combinado de alcantarillado, vertimientos líquidos industriales; manejo inadecuado de residuos sólidos y tenencia inadecuada de animales lo que genera alteración de la cobertura vegetal protectora y por los largos periodos de uso a los que esta es sometida. La Consecuencia de ello es la pérdida de fertilidad de los suelos

En cuanto Fallas o daños en servicios públicos para el periodo 2010 y junio de 2015 la localidad de Usme genero hasta 1500 reportes al SIRE (sistema de información y gestión del Riesgo), la concentración de fallas o daños se da en las UPZ Gran Yomasa, Alfonso López, Ciudad Usme y Danubio; en algunas zonas de la localidad ha habido ausencias en el servicio de recolección de basuras, como en la parte alta de la UPZ Alfonso

## Mapa 1. Localización y estructura territorial, Localidad Usme, Subred Sur E.S.E., 2016

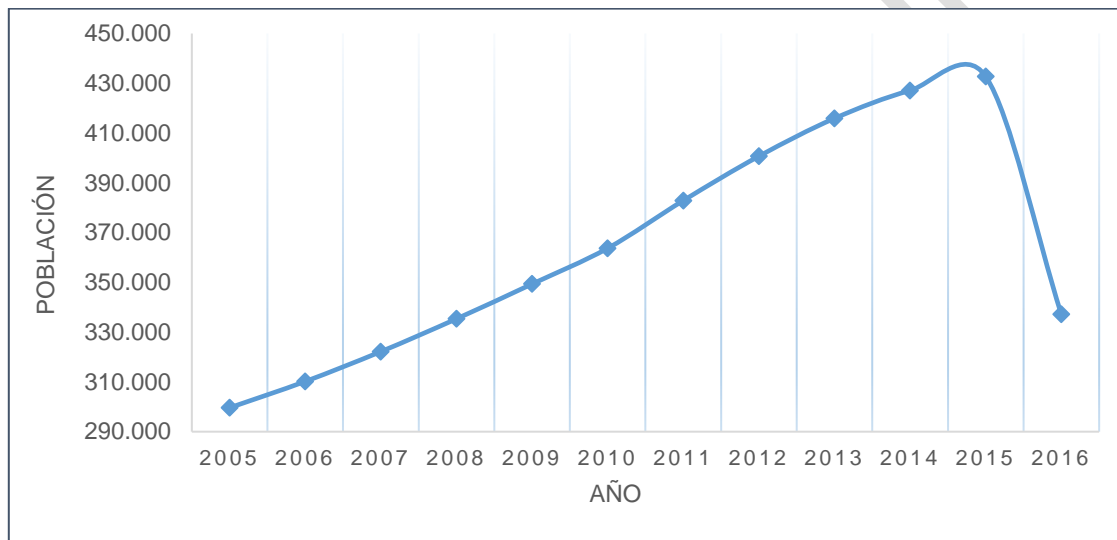


Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE- Censo 2005. Secretaria de Planeación Distrital.2015 – Bases de datos preliminares RUAF ND – Secretaria Distrital de Salud

## 1.2 Estructura Demográfica

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

**Gráfico 1 Población, Localidad Usme, Subred Sur E.S.E. años 2005 – 2016**



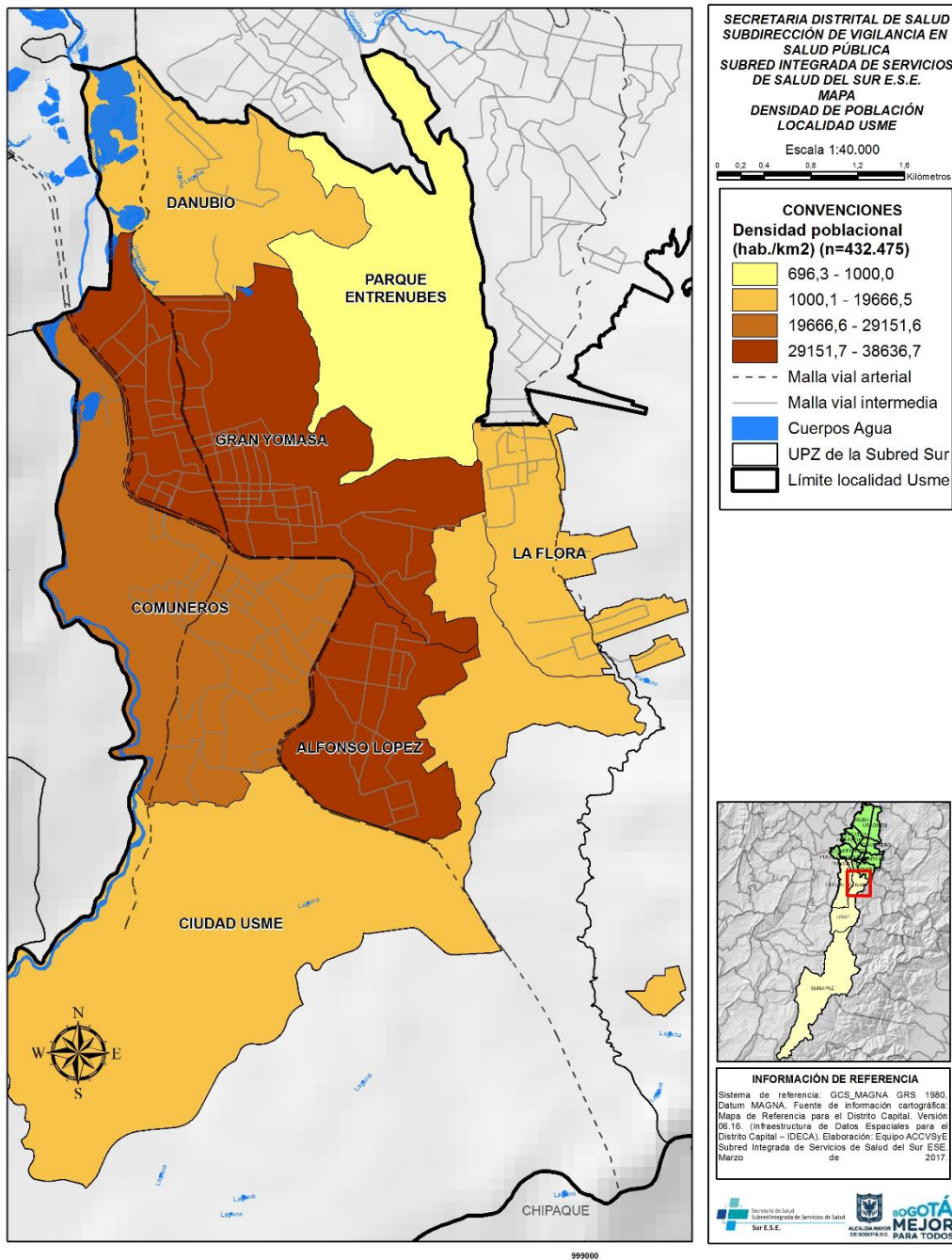
Fuente: Certificado de nacido vivo y defunción, Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales 2010 – 2016. 2015-2016 preliminar. Ajustado 19-01-2017 (Corte 13-01-2017). Secretaría Distrital De Salud Bogotá D.C, Dirección De Salud Pública - Área Vigilancia en Salud Pública, indicadores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

### 1.2.1 Densidad de población

La localidad de Usme cuenta con una extensión geográfica de 21.508 hectáreas, las cuales se encuentran diferenciadas en zona urbana y rural con datos distribuidos en 2.114 (9.8%) y 19394 (90.2%) hectáreas respectivamente. Para el año 2016 la población de estimada es de 337.152 habitantes, para una densidad poblacional para la localidad de 15,68 hab. /km<sup>2</sup>, este dato está relacionado con la inmensa mayoría de zona rural en la localidad.



**Mapa 2. Densidad poblacional, localidad Usme 2015.**



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, la información para el cálculo de la densidad poblacional que se toma corresponde a las proyecciones poblacionales del 2015, teniendo en cuenta que este es un factor determinante en la calidad de vida de la población, al incidir en las dinámicas de la movilidad, la vivienda, hacinamiento y los servicios públicos.

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

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

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

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



<b>Total</b>	<b>164937</b>	<b>48,9</b>	<b>172215</b>	<b>51,1</b>	<b>337152</b>	<b>100</b>
--------------	---------------	-------------	---------------	-------------	---------------	------------

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

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

**Tabla 2 Población por momento de vida, Localidad de Usme, 2016.**

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

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

### 1.2.2 Aseguramiento

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

Con relación a los encuestados SISBEN no afiliados las diferencias son menos marcadas entre lo local y el distrito, aunque el peso porcentual en Usme (0.9%) es levemente mayor al distrital (0.6%), pero se cuenta con un mayor porcentaje de personas potencialmente beneficiarios (90,5%) en contraste con el distrito (83.7%) con los no afiliados al régimen subsidiado.

**Tabla 3 Distribución por aseguramiento, Localidad de Usme, 2016.**

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

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.

Tomando como base la información registrada en el aplicativo APS (Atención Primaria en Salud), se cuenta con un estimado de 4.657 personas residentes de las zonas rurales de la localidad de Usme, las cuales fueron registradas entre los años 2013 a 2015, como una información aproximada con relación a dicha población.

En cuanto la distribución por momento de curso de vida, cerca de la mitad de la población se encuentra en adolescencia y adultez de manera equitativa, dato muy diferentes al visto en la zona urbana donde los 3 momentos de curso de vida que incluyen menores (infancia, primera infancia y adolescencia) tienen un comportamiento equitativo y adultez es por mucho, la de mayor peso en la localidad de Usme. Lo anterior puede sugerir una dinámica relacionada con la cercanía a la zonas urbanas, afectando el deseo de los jóvenes de no continuar con la vida rural, prefiriendo desplazarse a zonas urbanas en busca de empleo y diferentes oportunidades a las que brinda el campo, lo que explicaría el descenso marcado en población joven, quienes además afectan la cantidad de menores de las zonas I tener sus familias en lugares alejados de ruralidad.

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

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

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

<b>Población APS</b>	<b>1887</b>	<b>2749</b>	<b>21</b>	<b>4657</b>	<b>100</b>
----------------------	-------------	-------------	-----------	-------------	------------

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

Como se observa en la siguiente tabla, tan solo el 0.08% pertenece a alguna etnia, las poblaciones especiales igualmente aportan una baja proporción 1.9%. En cuanto el aseguramiento se observar una marcada diferencia con relación a la población residente en las zonas urbanas, donde la relación porcentual es cerca del 60% en régimen contributivo y 30% en subsidiado, según los datos de la ruralidad, la relación es inversa con una mayor cantidad de personas en el régimen subsidiado, posiblemente asociado a una labor relacionada con labores del campo, dificultando el trabajo formal. Cabe mencionar un 10% de personas no aseguradas, hecho que dificulta el acceso a los servicios de salud, en especial la atención preventiva, reduciendo la posibilidad de realizar detección temprana de enfermedades.

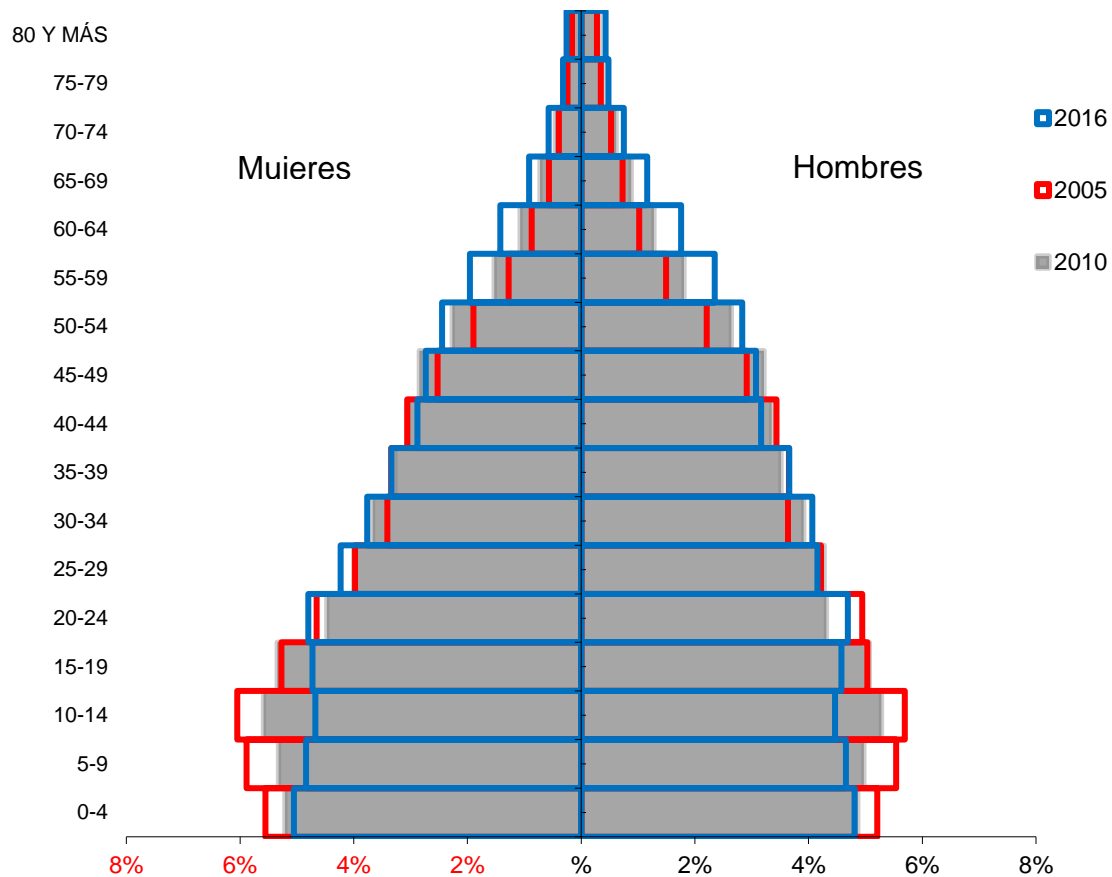
**Tabla 5 Distribución población rural, Localidad de Usme, 2013, 2014 y 2015.**

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

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

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

**Gráfico 2 Pirámide poblacional, Localidad de Usme, 2005, 2010 y 2016**



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

### 1.3 Dinámica demográfica

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

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

Índice Demográfico	Año		
	2005	2010	2016
Población total	299.621	363.707	337.152
Población Masculina	147.198	179.261	164.937

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

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

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

En cuando a los índices de infancia, juventud y vejez se observan importantes diferencias; en primera instancia en infancia evidencia una marcada reducción de 31 niños menores de 15 años en 2010 a 28 en 2016 con relación a cada 100 personas, confirmado la información registrada en la pirámide poblacional. En cuando a juventud es el único de los 4 indicadores mencionados que no presenta cambios en los últimos años, permaneciendo en 27 jóvenes de 15 a 29 años por cada 100 personas.

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

El índice de dependencia mide la necesidad de soporte social de la población adulta mayor y de la población infantil por parte de la población económicamente activa, evidenciándose una disminución consistente en los últimos años, pasando de 59,17 en 2005 a 50,11 en 2016; lo anterior indica que la localidad de Usme cuanta con una gran parte de población activamente económica que podría ser una ventana de oportunidad denominada bono demográfico, que aumenta la posibilidad de acumulación de capital y crecimiento económico.

El índice de friz para la localidad es de 141.66 lo que representa una población que ha venido madurando en los últimos años si se toma en cuenta que los datos para 2005 y 2010 fueron 170.36 y 155.22 respectivamente.

**Tabla 7. Indicadores de interés, Localidad de Usme, 2010 – 2016.**

Indicadores		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad		16,8	15,9	15,0	13,4	12,5	12,6	16,4
Tasa bruta de mortalidad		2,8	2,9	2,8	2,5	2,5	2,6	2,8
Tasa de crecimiento natural		14	13,3	12,2	10,6	9,6	10	13,6
Tasa general de fecundidad		47,2	44,9	42,5	38,2	45,7	36,3	47,1
Tasa global de fecundidad		2,0	1,8	1,7	1,6	1,5	1,5	1,9
Tasa específica de fecundidad por edades	10-14 años	2,2	2,1	1,7	1,4	1,5	1,4	2,3
	15-19 años	83,0	82,3	76,6	70,0	63,0	60,4	75,8
	20-24 años	125,1	121,5	112,1	97,5	93,5	93,1	110,7
	25-29 años	85,6	76,8	76,6	71,9	70,1	73,0	93,5
	30-34 años	52,7	51,5	49,4	43,2	40,4	45,1	59,1
	35-39 años	27,5	24,5	25,6	23,1	20,2	21,7	28,1
	40-44 años	10,3	7,9	6,3	7,0	6,2	6,9	8,4
	45-49 años	0,5	1,0	0,3	0,2	0,6	0,7	0,3
	50-54 años	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2

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

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

La tasa general de fecundidad presenta un comportamiento variable en los años analizados, con una disminución paulatina hasta el 2013, para el 2014 el dato se eleva considerablemente, relacionado posiblemente a la situación mencionada anteriormente, en cuanto a las proyecciones poblacionales, hecho que se presenta nuevamente para el año 2016.

Durante el año 2010 se contaba con un dato de 2 hijos por cada mujer, dato que fue disminuyendo año a año, hasta 2016 cuando los datos se incrementan nuevamente, lo anterior está relacionado, además de las dificultades mencionadas, al incremento en el número de nacidos vivos en los 2 últimos años según los datos revisados.

Los datos relacionados con la tasa específica de fecundidad en las diferentes edades, exceptuando los datos de 2016, donde los datos se incrementan



considerablemente, una disminución en todas las edades hasta el año 2014, exceptuando las mujeres entre 45 y 49 años, para el 2015 aunque algunas edades continúan disminuyendo sus datos, en las mujeres de 25 a 44 años los datos se incrementan, en especial hasta los 39 años.

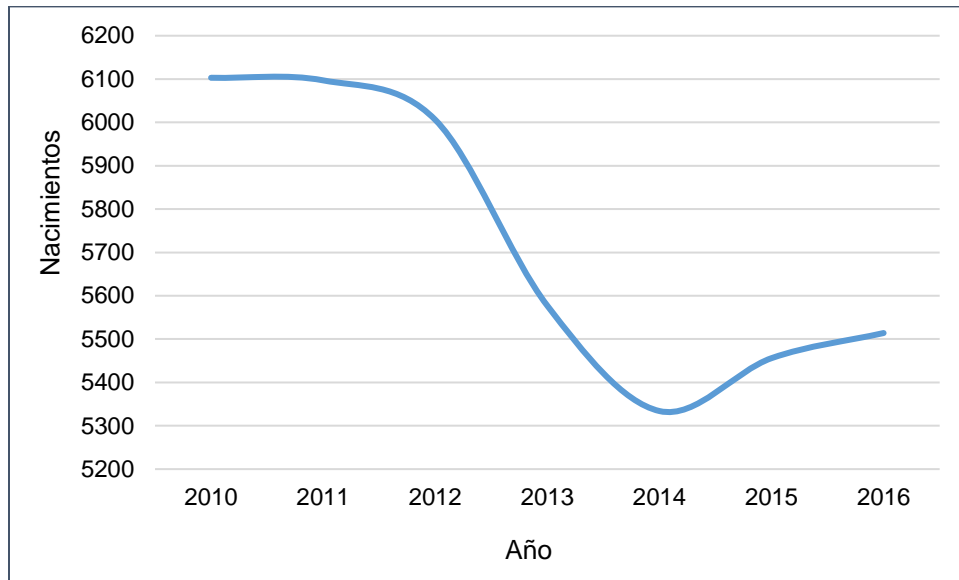
**Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos de edad, Localidad de Usme, 2016**

Quinquenios	Hombres	Mujeres	Índice de masculinidad
0-4	17038	16211	105,1
5-9	16306	15695	103,9
10-14	15767	15064	104,7
15-19	15926	15431	103,2
20-24	16186	15805	102,4
25-29	14271	14005	101,9
30-34	12687	13705	92,6
35-39	11247	12348	91,1
40-44	9719	10672	91,1
45-49	9211	10372	88,8
50-54	8244	9557	86,3
55-59	6592	7917	83,3
60-64	4791	5918	81,0
65-69	3092	3920	78,9
70-74	1920	2522	76,1
75-79	1079	1618	66,7
80 y mas	861	1455	59,2
<b>Total</b>	<b>164937</b>	<b>172215</b>	<b>95,8</b>

Fuente: Secretaria 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 general en la localidad de Usme se cuenta con cerca de 96 hombres por cada 100 mujeres en la localidad de Usme, este dato varia en las diferentes edades como se observa en la anterior tabla. En infancia la relación es mayor en hombres, es decir 105 hombres por cada 100 mujeres, dato relacionado con un mayor número de nacimientos en hombres, este dato baja levemente en los diferentes grupos de edad, hasta los 25 a 29 años, donde se la relación es muy similar. A partir de los 30 años se disminuye la relación de hombres y mujeres, relacionado con la mayor longevidad de las mujeres, mortalidad masculina más alta a lo largo del curso de vida por múltiples causas.

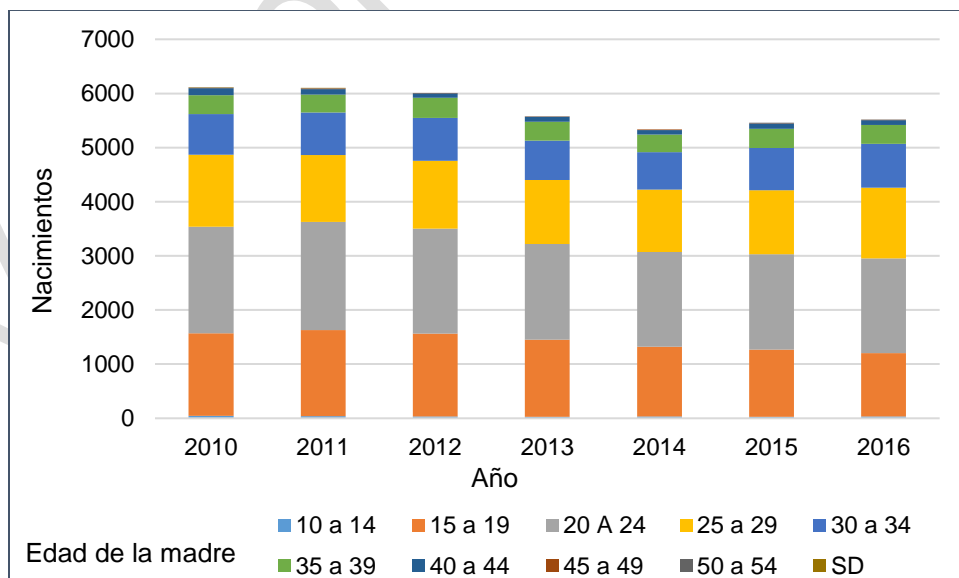
**Gráfico 3. Total nacidos vivos, Localidad de Usme, 2010 –2016.**



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

A partir del 2011 se observa una importante disminución en el número de nacidos vivos en la localidad de Usme, encontrando el punto más bajo para el año 2014, desde allí se ha incrementado levemente pero de manera consistente la cantidad de nacimientos en la localidad de Usme, con un incremento para el 2016 del 3.3% (177 casos). Lo que puede estar relacionado con la densificación urbana que está ocurriendo en la localidad especialmente en las UPZ Ciudad Usme, Gran Yomasa y Comuneros.

**Gráfico 4. Nacimientos según edad de la madre, Localidad Usme, 2010 – 2016.**



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

Como se puede observar en los datos anteriores el comportamiento de los nacidos vivos según edad de la madre no ha presentado grandes cambios, en cuanto los menores de 14 años los datos han variado levemente entre 0.5% y 0.7% de la totalidad de ocurrencia de casos de cada año, evidenciando dificultades para erradicar los embarazos en estas edades, más aun si se tiene en cuenta la que la mayoría de casos se consideran como consecuencia de algún tipo de violencia sexual.

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

Las edades de la madre de mayor peso en los diferentes años se dan entre los 20 y 24 años, cerca de 1 de cada 3 casos se presentan en estas edades, con porcentajes estables alrededor del 32% de manera consistente en los años observados.

Las mujeres entre 25 y 29 presentan un comportamiento estable en los últimos años presentando leves variaciones, caso diferente ocurre con las mujeres de 30 a 39 que, aunque en los primeros años de los datos observados presentaban un comportamiento estable, han incrementado su peso porcentual en los dos últimos años.

Como es de esperarse a partir de los 40 años la cantidad de casos se disminuye significativamente aportando las mujeres entre 40 y 44 años, datos entre 1.4% y 2.1%, siendo el dato más alto para el año 2010.

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

Nacimientos de mujeres de 10 a 14 años		2012	2013	2014	2015	2016
Etnias	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	1	0	0	0	1
	Ninguno de los anteriores	32	28	31	28	33
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>34</b>
Sexo	Hombres	10	14	20	12	16
	Mujeres	23	14	11	16	18
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>34</b>
Aseguramiento	Contributivo	14	7	12	16	17
	Subsidiado	16	16	16	10	16
	Excepción	1	0	2	1	0
	No asegurado	2	5	1	1	1
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>34</b>
Nivel Educativo	Preescolar	12	0	0	0	0
	Básica primaria	20	9	9	4	10
	Básica secundaria	1	17	21	22	22
	Media académica o clásica	0	2	0	0	2
	Media técnica	0	0	0	1	0
	Sin información	0	0	1	1	0
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>34</b>

<b>Estado Conyugal de la madre</b>	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	1	2	2	0	2
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	5	2	4	3	7
	Esta soltera	27	24	0	25	22
	Está separada, divorciada	0	0	25	0	0
	Sin información	0	0	0	0	3
	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>34</b>

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

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

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

Al observar el nivel educativo se observan 12 casos (7,8%) con nivel preescolar, aunque es importante mencionar que estos casos se registran en el año 2012, cerca de una tercera parte de casos (52 casos, 33,8%), cuentan con educación básica primaria, la educación básica secundaria aporta 83 casos (53,9%), es importante mencionar que los datos para el año 2012 siguen una modificación en la manera de establecer el registro de la información.

En cuanto la información relacionada con el estado conyugal de la madre, se debe tener en cuenta la corta edad de la madre, así como que una importante proporción de dichos casos se tipifican como violencia sexual. Teniendo en cuenta lo anterior y como es de esperarse la mayoría de casos se dan en menores solteras con un 63,6% (98 casos), otros 25 casos (16,2%) registran menores divorciadas, dato que llama la atención, ya todos los casos se encuentran registrados en el mismo año, adicionalmente 28 casos (18.1%) registran información de una relación de unión libre, hecho que teniendo en cuenta la edad de las menores, en la mayoría de los casos sería tipificado como un delito y debería contar con una notificación y seguimientos desde las entidades legales encargadas de dichos eventos.

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

Nacimientos de mujeres de 15 a 19 años		2012	2013	2014	2015	2016
<b>Etnias</b>	Indígena	1	1	2	1	0
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	8	13	7	4	7
	Ninguno de los anteriores	1521	1412	1283	1234	1163
	<b>Total</b>	<b>1530</b>	<b>1426</b>	<b>1292</b>	<b>1239</b>	<b>1170</b>
<b>Sexo</b>	Hombres	796	747	652	679	571

	Mujeres	734	679	640	560	599
	<b>Total</b>	<b>1530</b>	<b>1426</b>	<b>1292</b>	<b>1239</b>	<b>1170</b>
<b>Aseguramiento</b>	Contributivo	595	554	551	559	570
	Subsidiado	726	693	606	586	539
	Excepción	13	18	13	0	11
	Especial	0	0	0	11	0
	No asegurado	196	161	122	83	50
	<b>Total</b>	<b>1530</b>	<b>1426</b>	<b>1292</b>	<b>1239</b>	<b>1170</b>
<b>Nivel Educativo</b>	Preescolar	1	2	0	0	0
	Básica primaria	111	107	98	98	89
	Básica secundaria	597	552	493	492	455
	Media académica o clásica	739	676	628	567	534
	Media técnica	22	25	9	11	24
	Normalista	0	0	0	0	0
	Técnica Profesional	24	26	35	32	28
	Tecnológica	7	17	10	14	25
	Profesional	18	15	6	11	5
	Ninguno	3	1	0	1	1
	Sin información	8	5	13	13	9
	<b>Total</b>	<b>1530</b>	<b>1426</b>	<b>1292</b>	<b>1239</b>	<b>1170</b>
<b>Estado Conyugal de la madre</b>	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	412	386	351	331	340
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	486	490	418	409	394
	Está separada, divorciada	2	4	3	467	399
	Esta viuda	0	0	0	15	21
	Esta soltera	592	526	498	2	0
	Está casada	29	13	13	1	1
	Sin información	9	7	9	14	15
	<b>Total</b>	<b>1530</b>	<b>1426</b>	<b>1292</b>	<b>1239</b>	<b>1170</b>

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

Durante los años 2012 a 2016 se cuenta con 6657 nacimientos en madres entre los 15 y 19 años, lo que genera un promedio aproximado de 1331 al año, en dicho periodo se registran 5 casos en indígenas y 39 en negros, mulatos o afrocolombianos, lo que representa un 0,1% y 0,6% respectivamente. En cuanto al sexo, como se da en población general se observa una mayor proporción de nacimientos en hombres (3445, 51,8%) que en mujeres (3212, 48,2%).

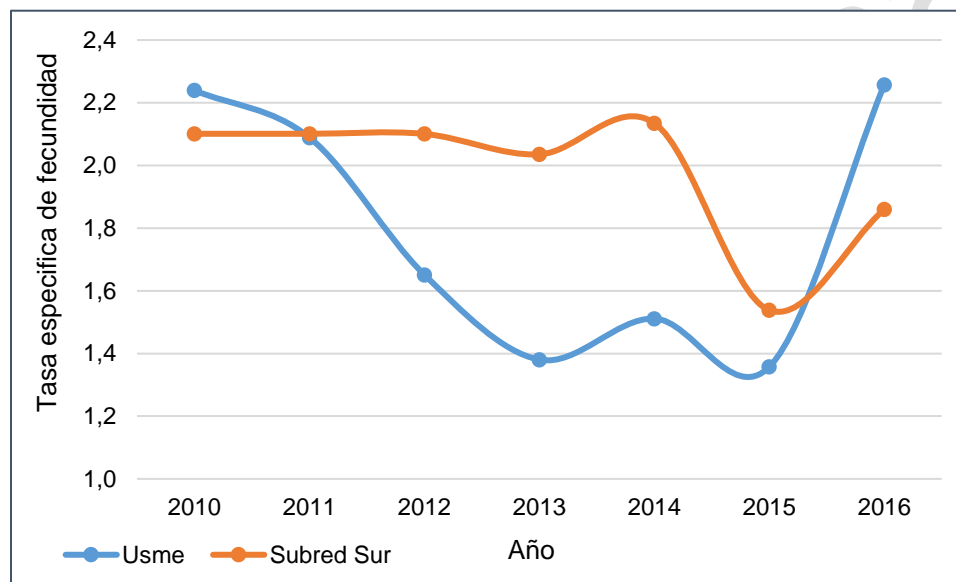
El cuanto el sistema general de seguridad social en salud, las mujeres en el régimen subsidiado (47,3%) y no asegurado (9,2%) aporta el 56,5% (3762 casos), en cuanto al régimen contributivo, se cuenta con un total de 2829 casos (42,5%), en último lugar se encuentran los registros de mujeres del régimen de excepción y especial con 55 (0,8%) y 11 (0,2%) casos respectivamente.

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

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

Con relación al estado conyugal de la madre se puede observar que la inmensa mayoría de casos se trata de mujeres en unión libre (4017 casos, 60,3%). En cuanto los datos relacionados con mujeres separadas y solteras se observan diferencias en cuanto el registro de la información ya que de los 875 casos, el 99% de los casos se registran únicamente en los años 2015 y 2016, caso similar ocurre con las solteras, donde de los 1618 registros el 99,9% se da entre los años 2012 a 2014.

**Gráfico 5 Tasa específica de fecundidad en nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., 2010 – 2016.**

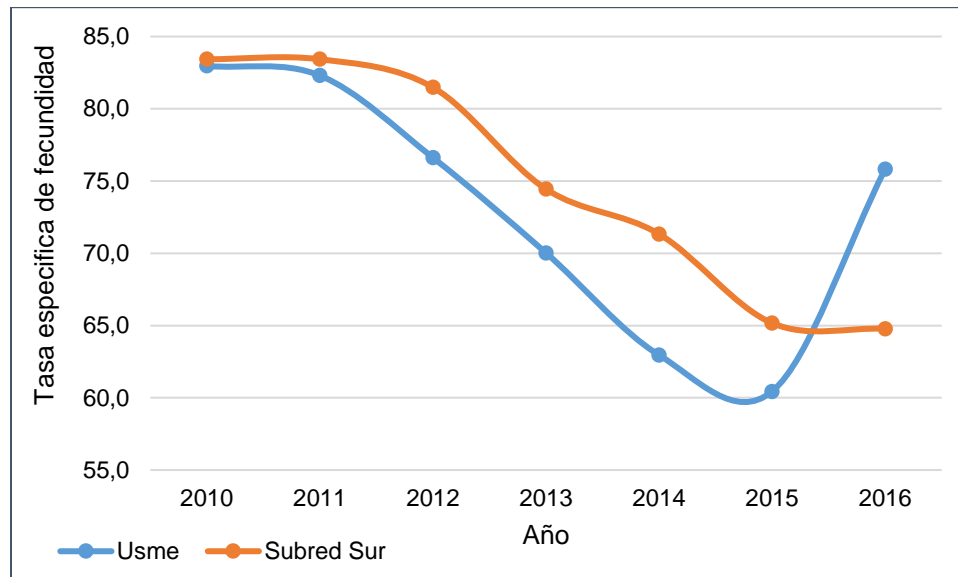


FUENTE POBLACION: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008. NV 2004-2007: Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2012. NV 2008-2013: Bases de datos DANE- RUAF ND. FINALES -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. El año 2012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

Como se puede observar en la anterior tabla el comportamiento de la localidad de Usme difiere al presentado en la Subred Sur, en especial en los años 2010 a 2013, donde la localidad inicia con una tasa mayor, pero en dichos años evidencia una disminución importante a diferencia de la subred que mantiene datos consistentes, para el año 2014 ambos datos incrementan levemente. En los dos últimos años aunque las tendencias han sido similares, nueva disminución para 2015 e incremento para 2016, la reducción es mucho más marcada en la subred Sur, mientras el incremento se ve con mayor fortaleza en localidad de Usme. Evidenciando un incremento en los embarazos en esta menores, hecho preocupante si se tiene en cuenta que la mayoría de estos casos se relacionan con algún tipo de violencia sexual, además de ser mujeres sin la madurez biología y psicología para la responsabilidad que conlleva un hijo.



**Gráfico 6. Tasa específica de fecundidad en nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años, localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., 2010 – 2016.**



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

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

## CAPÍTULO II: ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)

### 2.1 Dimensión Ambiental

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

Bogotá cuenta con 12 estaciones para el monitoreo de la calidad del aire las cuales permiten medir el nivel de concentración de partículas de polvo en 10 micras (PM10) sólidas o líquidas de cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento o polen dispersas en la atmósfera.

Según la Secretaría Distrital de Movilidad, las estaciones de monitoreo del suroccidente presentan los mayores niveles de contaminación por material particulado<sup>1</sup> en términos de (PM10), situación que afecta en especial a la población residente en de las localidades de Tunjuelito, Puente Aranda y Kennedy.

La Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá D.C. (RMCAB), cuenta con una estación de referencia, ubicada en la localidad de Tunjuelito que monitorean las concentraciones de material participado (PM10, PM2.5, PST), de gases contaminantes (SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, CO, O<sub>3</sub>) y los parámetros meteorológicos de precipitación, velocidad y dirección de viento, radiación solar y humedad relativa.

Durante el año 2015 la estación Tunal referente del comportamiento ambiental y meteorológico de la localidad mantuvo una representatividad de 44µg/m<sup>3</sup> en los datos suministrados, siendo los meses de febrero, marzo y octubre y noviembre los que tienen un promedio de superior de 40µg/m<sup>3</sup>. Lo anterior está relacionado con el aumento de los casos de infección respiratoria aguda en grupos vulnerables.

El 66% de los meses registraron datos superiores al 90% considerando una muy buena representatividad para el análisis de datos y los estados locales de contaminación de Aire por material participado PM10, el cual presenta un comportamiento favorable al estar por debajo de la norma nacional (100 µg/m<sup>3</sup> Resolución 610 de 2010 MADT - promedio 24 horas) y se encuentran levemente por debajo del estándar establecido por la OMS (50 µg/m).

La localidad de Usme percibe emisiones procedentes del parque minero, relleno de Doña Juana (producto de la descomposición de los residuos sólidos y la evaporación de los lixiviados), otra fuente contaminante son las vías principales, Av. Boyacá y Av. Caracas, por las cuales transitan vehículos particulares, servicio público y transporte de carga con alta emisiones atmosféricas (2). Actualmente se cuenta con 23 industrias extractivas establecidas en la localidad que contribuyen al

deterioro de la calidad del aire del área de influencia. Son emisiones de PM10 a PM 250  $\mu\text{m}$ , en cuanto a la emisión de gases se presentan 80 industrias potencialmente contaminantes las cuales se encuentran distribuidas al interior de la localidad (1). Es importante mencionar que los datos sobre emisiones atmosféricas (PM10, PM2.5, dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y monóxido de carbono) se obtienen de la red de monitores de calidad de aire para Bogotá (RMCAB), la estación que se encarga del monitoreo en la localidad de Usme se encuentra ubicada en la localidad de Tunjuelito (sector Tunal) que tiene un rango de acción de 3 Km lo que incide en una medida no tan exacta respecto a las emisiones.

## **Dimensión ambiental construida**

### **Movilidad**

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

La malla arterial principal (V1): Es la red de vías de mayor jerarquía que actúa como soporte de la movilidad y accesibilidad metropolitana y regional. La componen tres subsistemas:

El subsistema del centro tradicional y la Ciudad central

El subsistema metropolitano

El subsistema de integración ciudad – región

La malla arterial complementaria (V2): La malla arterial complementaria articula operacionalmente a la malla vial principal y la malla vial intermedia; permite la fluidez del tráfico interior de los sectores conformados por la malla vial principal y determina la dimensión y forma de la malla vial intermedia, la cual se desarrolla a su interior. Esta malla es de soporte básico para el transporte privado y para las rutas alimentadoras de los sistemas de transporte masivo.

La malla vial intermedia (V3): Está constituida por una serie de tramos viales que permean la retícula que conforma la malla arterial principal y complementaria, sirviendo como alternativa de circulación a éstas. Permite el acceso y la fluidez de la ciudad a escala zonal.

La malla vial local (V4): Está conformada por los tramos viales cuya principal función es la de permitir la accesibilidad a las unidades de vivienda.

Sistema vial en la localidad de Usme, según el DAPD, Plan de Ordenamiento Territorial, Decreto 619 del 2.000, Bogotá, D.C. refiere la siguiente oferta vial:

Tipo V1 incluyen la Avenida Boyacá, Avenida Caracas, Avenida Circunvalar Del Sur;

Tipo V2 incluyen la Avenida Dario Echandia, Avenida De Los Cerros Autopista Al Llano, Avenida Perimetreal De Usme

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

Según los datos del observatorio de movilidad de la cámara de comercio y la universidad de los Andes en su informe de movilidad del año 2015, publicado en agosto de 2016 se puede evidenciar que de los 14518 Km/Carril de extensión malla vial mixta (no incluye troncal), la localidad de Usme cuenta con el 5% representado en 724 Km/Carril, lo que lo ubica en la 9° puesto en la ciudad y 2° en la Subred Sur con una distribución en lo local de 119 Arterial, 144 Intermedia y 461 Local de Km/Carril

Según la base datos del informe de Bogotá como vamos para 2015 en cuanto a los diferentes tipos de malla vial, la calidad de las mismas varia, en la localidad de Usme las vías arteriales presentan datos negativos con un 39% en mal estado, ubicándola como la 2° en el distrito con peores resultados, muy por encima del 15% del dato general, el 49% de las vías se definieron como buenas y el restante 12% como regulares.

Caso contrario ocurre con las vías intermedias, las cuales ubican la localidad en el 7° lugar con mejor estado de estas vías con un 68%, similar al dato distrital del 61%, tan solo el 16% se registró estado malo, al igual que regular.

Por último, la vías locales ubican a Usme nuevamente como la localidad de peores vías de este tipo con un 74% en mal estado, dato muy por encima del 49% distrital, el restante 26% se distribuyen en vías regulares 18% y buenas tan solo un 8%

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

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

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

Al comparar tiempos de recorrido en los años 2014 y 2015, se observó un comportamiento diferente según el medio de transporte. Se registra un incremento

en el SIPT (1 minuto), automóvil (4 minutos) y en especial Transmilenio (7 minutos), el transporte público colectivo (TPC) se mantiene, por otra parte se evidencian reducciones en el uso de la Bicicleta (4 minutos), el servicio alimentador (2 minutos) y Motocicleta y Taxi (1 minuto c/u)

Según el índice de movilidad de Bogotá D.C., realizado por la secretaria de planeación en septiembre de 2013, que busca conocer el índice de movilidad por UPZ evidencia que la localidad de Usme cuenta con una movilidad muy baja en las UPZ Flora, Danubio, Comuneros, Alfonso López y Ciudad Usme, tan solo Gran Yomasa se ubica en movilidad Baja

Para dicho estudio se establecieron variables como población por UPZ, autos persona, motos personas, bicicletas personas, viajes públicos persona, discapacidades, tiempo viaje, ingreso UPZ

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

### **Espacio público efectivo por habitante**

El distrito evidencia una disminución general del espacio público efectivo por habitante pasando de 3.9 m<sup>2</sup> en 2012 a 3.69 en 2015, dato lejano de la norma distrital y nacional en el tema con 15 m<sup>2</sup> por habitante según el decreto 1504 de 1984, la localidad de Usme, con 3.93 m<sup>2</sup> se encuentra cercano al dato distrital, pero continua siendo insuficientes para los habitantes de la localidad

### **Espacio público verde por habitante**

El distrito evidencia una disminución general del espacio público efectivo por habitante pasando de 6.3 m<sup>2</sup> en 2012 a 6 en 2015, la localidad de Usme con 10.4 m<sup>2</sup>, presenta uno de los datos más altos, muy por encima del distrito, pero teniendo en cuenta que la mayor parte se trata de áreas de reserva forestal, no se da un goce real de dichos espacios ya que no cuentan con una infraestructura que permita su uso.

## **2.2. Dimensión social**

### **Infraestructura institucional**

#### **Educación**

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



En el año 2015 la localidad de Usme contaba con una población de 118.498 en edad escolar de los cuales 71.557 se encontraban vinculados a un establecimiento educativo (matrículas oficiales). La tasa de deserción de la localidad es de 2,3, lo que indica que abandonan el sistema escolar.

En cuanto a deserción escolar, se encuentra que una de las principales causas es la percepción e imaginarios con la edad escolar, en los casos de los estudiantes en extra edad, los costos educativos elevados o falta de dinero y el encargarse de otras personas del hogar (adultos mayores, personas en condición de discapacidad, cuidado de niños, etc.). Se encuentra una razón de equipamiento en educación 100.000 mil habitantes hay 28,7 establecimientos educativos. En cuanto a seguridad, se identifican problemáticas relacionadas con el consumo de SPA y las riñas callejeras.

## Salud

Usme cuenta con 85 instituciones de salud; en mayor concentración se encuentran los consultorios privados con el 70,6% (n=60); seguido de IPS privadas con el 15,3% (n=15,3%); mientras que las instituciones públicas de primer nivel se ubican con un 14,1% (n=12); esta localidad no cuenta con instituciones de II y III Nivel por lo que la población de realiza desplazamiento hacia Meissen y Tunal para acceder a servicios de salud de mayor complejidad.

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

En cuanto a las principales problemáticas de salud de la localidad, se encuentran las barreras de acceso geográficas, pues las USS locales prestan servicios de salud de primer nivel, generando que la comunidad deba trasladarse a otros puntos de la localidad para atención especializada.

Otra de las dificultades encontradas se relaciona con la afiliación al SGSSS, pues la localidad al ser una zona en la que se encuentra un número importante de proyectos de vivienda de interés social, es receptora de población de diferentes partes del país quienes no hacen cambio de aseguramiento.

Bienestar y protección social (jardines infantiles, casas de juventud, ancianatos, centros para personas en condiciones de vulnerabilidad, situación de desplazamiento, víctimas de la violencia, etc)

En la localidad de Usme se encuentra presencia de instituciones con oferta de bienestar y protección social. La vulnerabilidad de la población requiere que se tengan diferentes servicios para mitigar carencias de la población en términos de alimentación y protección, así como la atención específica de los diferentes momentos de cursos de vida. Aunque se encuentra con la oferta institucional, esta no es suficiente para las necesidades de la población, por lo cual en la localidad se encuentran diferentes acciones públicas, privadas y no gubernamentales que

buscan afectar positivamente las necesidades de la población de Usme. Con relación al acceso de servicios relacionado con el cuidado de la primera infancia, de acuerdo a la encuesta multipropósito del 2014, los niños y niñas menores de 5 años en la localidad de Usme acceden en un 47,2 % a alguna institución de atención integral a la primera infancia; sin embargo estos programas no cubren las necesidades de demanda de la población de primera infancia donde el 4,4% manifestaron barreras de acceso relacionadas con la falta de cupos.

### **Estrato socioeconómico**

De acuerdo con la base de datos de encuestados de SISBEN III (corte mayo 2015) en cuanto a la cantidad de unidades de vivienda por estrato, en la localidad de Usme predomina el estrato 2 con el 53,21% (42.399 viviendas) seguido del estrato 1 con el 46,66% (37.179 viviendas).

## **2.3 Dimensión económica**

### **Principales actividades económicas y desempleo**

Con relación a actividades económicas, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2016, se identificaron 281 unidades de trabajo informal (UTIS) en la localidad, de las cuales el 20,3% desempeñaban servicios de peluquería, 16,7% elaboración de productos de panadería, 15,3% expendio a la mesa de comidas preparadas, 7,8% mantenimiento y reparación de vehículos automotores, 6,4% elaboración de comidas y platos preparados, 5,7% fabricación de muebles, 5,7% mantenimiento y reparación especializado de productos elaborados en metal, 5,0% Fabricación de partes y piezas de madera, de carpintería y ebanistería para la construcción y para edificios, 4,6% Fabricación de productos metálicos para uso estructural, 2,5% mantenimiento y reparación de motocicletas y de sus partes y piezas, 2,1% recolección de desechos no peligrosos, 1,8% mantenimiento y reparación de otros tipos de equipos y sus componentes, 1,8% mantenimiento y reparación especializado de equipo de transporte, excepto los vehículos automotores, motocicletas y bicicletas, 1,1% Comercio al por mayor de desperdicios, desechos y chatarra, 0,7% actividades de apoyo a la agricultura, 0,7% actividades de otros servicios de comidas, actividades combinadas de apoyo a instalaciones, comercio al por menor de lubricantes (aceites, grasas), aditivos y productos de limpieza para vehículos automotores, expendio de comidas preparadas en cafeterías, fabricación de pinturas, barnices y revestimientos similares, tintas para impresión y masillas e Industrias básicas de hierro y de acero 0,4% respectivamente.

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

para los hombres (74,3%) que para las mujeres (54,5%). Para Bogotá La TGP distrital es del 64,2%, siendo 73,5% para los hombres y 55,0% en las mujeres.

Para el año 2011 la localidad de Usme era la tercera zona con mayor desempleo en el distrito capital con una tasa de desempleo del 11%, muy por encima del promedio distrital que está en 8,6%. En el año 2014 la tasa distrital de desempleo fue de 6,7%, con relación al sexo es mayor la tasa de las mujeres a la de los hombres (7,1% mujeres y 6,2% hombres), en la localidad la tasa fue de 8,1%, lo cual indica que ha disminuido respecto al año 2011 en 0,5 puntos porcentuales, con una tasa de desempleo para mujeres de 8,3% en relación a la de los hombres que es del 7,8%.

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

La tasa de dependencia total de la localidad (relación entre la población potencialmente productiva: población joven y adulta y la población dependiente: infancia y adulta mayor) fue del 57,6% por lo cual se puede inferir que en promedio 4 de cada 10 personas que residen en la localidad deben trabajar para sustentar económicamente a las 6 restantes. En cuanto al sexo la diferencia porcentual es de 1,6, con una tasa de 56,8% en las mujeres y 58,5% en los hombres. En Bogotá, la tasa general es del 52,8%, en ambos sexos.

### **Infraestructura de desarrollo económico Industrial o empresarial**

En la localidad Usme las actividades terciarias de comercio y servicios, representan el mayor porcentaje con el 85%, seguido de las industrias con el 15%, el cual se ubica principalmente en la UPZ Gran Yomasa. En cuanto a las actividades comerciales propias del sector terciario, la venta de ropa lidera el sector (228 establecimientos), seguida por los depósitos de materiales (88 establecimientos) y la venta de calzado (84 establecimientos)." El anterior escenario indica que la localidad presenta alta oferta de sectores económicos, a nivel de comercio y servicios, que fortalece la oferta laboral, principalmente para las personas que viven en la localidad, y así mismo, el ingreso económico de la población, lo cual incide en la disminución de la pobreza, comportándose de esta forma en un determinante positivo.

### **Coeficiente de GINI**

El Coeficiente de GINI es un indicador que permite medir la desigualdad del ingreso en una sociedad. La medición varía en una escala de 0 a 1: el valor de "0" indica una situación ideal, es decir una distribución equitativa del ingreso, en la que todos los individuos o familias de una sociedad adquieren el mismo ingreso; un valor de 1 indica que los ingresos se concentran en unos pocos hogares o individuos y refleja

una situación de inequidad. Para la interpretación del coeficiente existen 3 parámetros, entre (0 – 0,30) es el reflejo de una distribución equitativa del ingreso; entre (0,40 – 0,60) puede expresar situaciones de desigualdad y valores superiores a 0,60 expresan una distribución gravemente inequitativa del ingreso.

Para Bogotá el Coeficiente de GINI durante el año 2014 fue de 0.504 al comparar con el 2007 (0.511) se observa reducción para el último año analizado. En el año 2014 en la localidad Usme el coeficiente fue de 0,379 indicando una distribución equitativa del ingreso, al comparar con el distrito capital se observa que este indicador se ubicó por debajo del estimado para la ciudad, reflejando menos desigualdad que en el distrito, dado que las condiciones socioeconómicas son similares en toda la localidad. Es importante mencionar que la localidad de Usme la población se encuentra entre los estratos 1 y 2 lo cual puede incidir en que exista menos desigualdad.

### **Acceso a Canasta SAN**

La localidad tiene un porcentaje 40,4%, de hogares que presentan inseguridad alimentaria siendo mayor que el porcentaje reportado por Bogotá, lo cual se encuentra estrechamente relacionado, con los ingresos mensuales recibidos por las familias, de acuerdo al tipo de empleo que desempeñen, ya sea formal o informal.

El 31.7% de los jefes de hogar perciben una mejoría en las condiciones de alimentación de los miembros del hogar, en el año 2011 respecto del año 2007, debido al mejoramiento de los ingresos. El 11% de los jefes de hogar reportaron que las condiciones de alimentación de los miembros del hogar empeoraron, por la baja de ingresos o una pérdida económica importante, por el aumento de los precios de los bienes y servicios que consume el hogar."

Es así que el acceso a la canasta en la localidad se puede configurar como un determinante negativo, por el porcentaje en el que se encuentra la inseguridad alimentaria, relacionado así mismo, con el desplazamiento continuo de la población económicamente activa, de la zona rural, hacia las ciudades por la falta de fuentes de empleo estables, generando que la población no se emplee en el campo.

### **2.4 Espacios de participación comunitaria**

Los procesos de desarrollo social y de organización comunitaria son construidos desde la cotidianidad y el saber de los sujetos, con el fin de promover la transformación del territorio y mejorar las condiciones de vida de los habitantes.

Se cuenta con espacios de participación comunitaria con 172 Juntas de Acción y 4 consejos comunales, 1 Consejo Local de Planeación, Consejos Locales de Juventud, Mesa Local de Mujeres Jóvenes de Ciudad Bolívar, Consejo Local De Política Social (CLOPS); Consejo Local De Gobierno, Unidad técnica de apoyo (UAT), Comisión Local Intersectorial De Participación (CLIP), Consejo de Planeación Local (CPL), Consejo Educativo Local de Política Educativa, el foro educativo local, Consejo Local de Cultura (CLC), Consejos Tutelares (CT) Consejo Local de Deportes (CLD), Consejo Local de Discapacidad (CLD), Red Local del

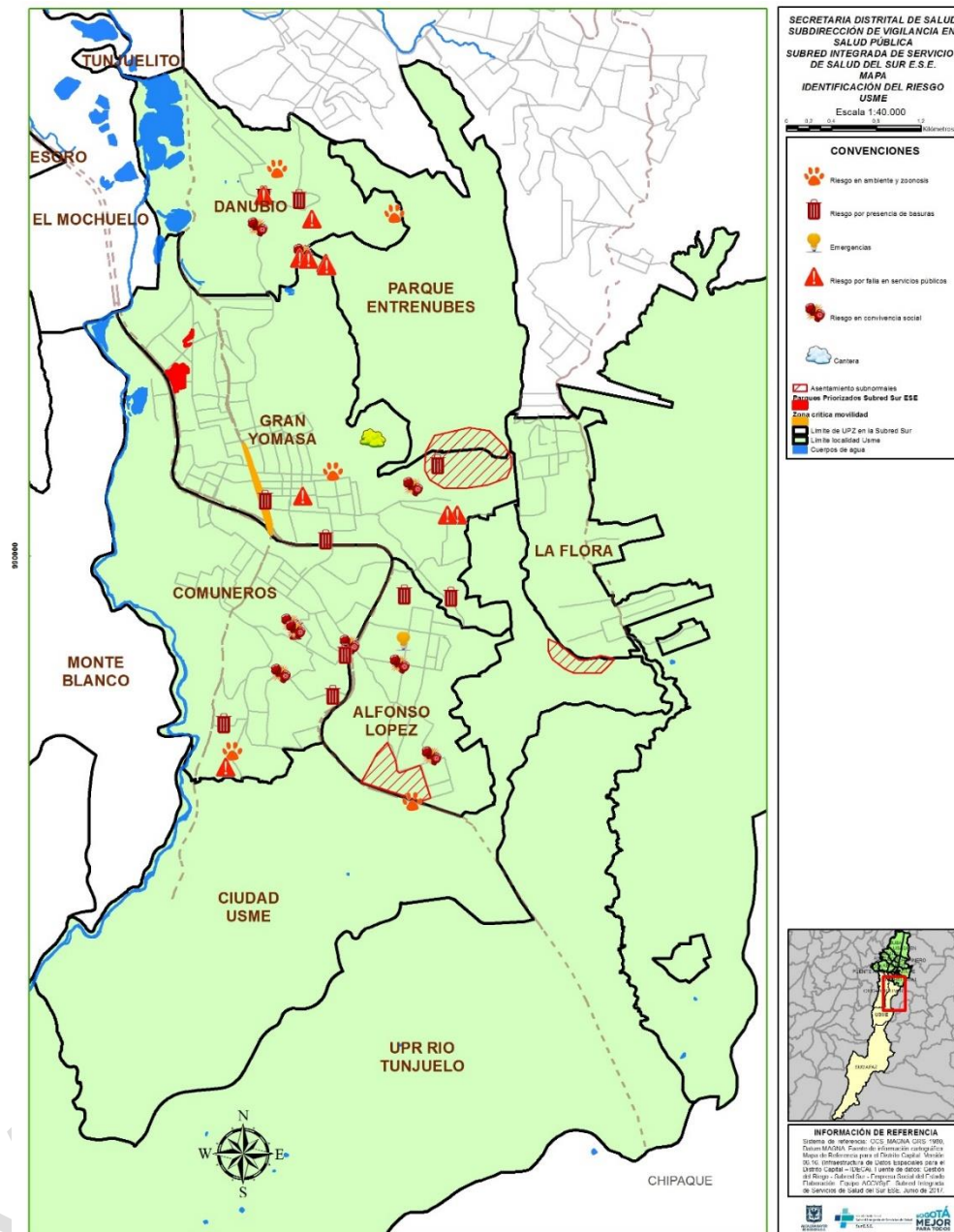
Buen Trato, Comité Local del Adulto Mayor, Comité de Derechos Humanos, Asociación de Juntas Comunales (ASOJUNTAS)

En el 2007 en Usme se identificaron 76 organizaciones de las cuales 21 son organizaciones privadas, No hay organizaciones públicas, 1 es organización mixta, 53 organizaciones pertenecen a un individuo, 23 organizaciones son con ánimo de lucro y 53 organizaciones sin ánimo de lucro.

Desde el sector salud se cuenta con espacios de participación como Asociación de Usuarios de las USS, COPACOS, en la Subred sur se identifican seis (6) Oficinas de Participación y Servicio a la Ciudadanía en Salud, Veintitrés (23) puntos de Atención al Usuario. Desde los diferentes espacios no se cuenta con información clara que permita reconocer como es la dinámica y participación de la comunidad en estos espacios.



### Mapa 3. Condiciones sociales y ambientales. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. 2016.



## CAPÍTULO III: MORTALIDAD Y MORBILIDAD

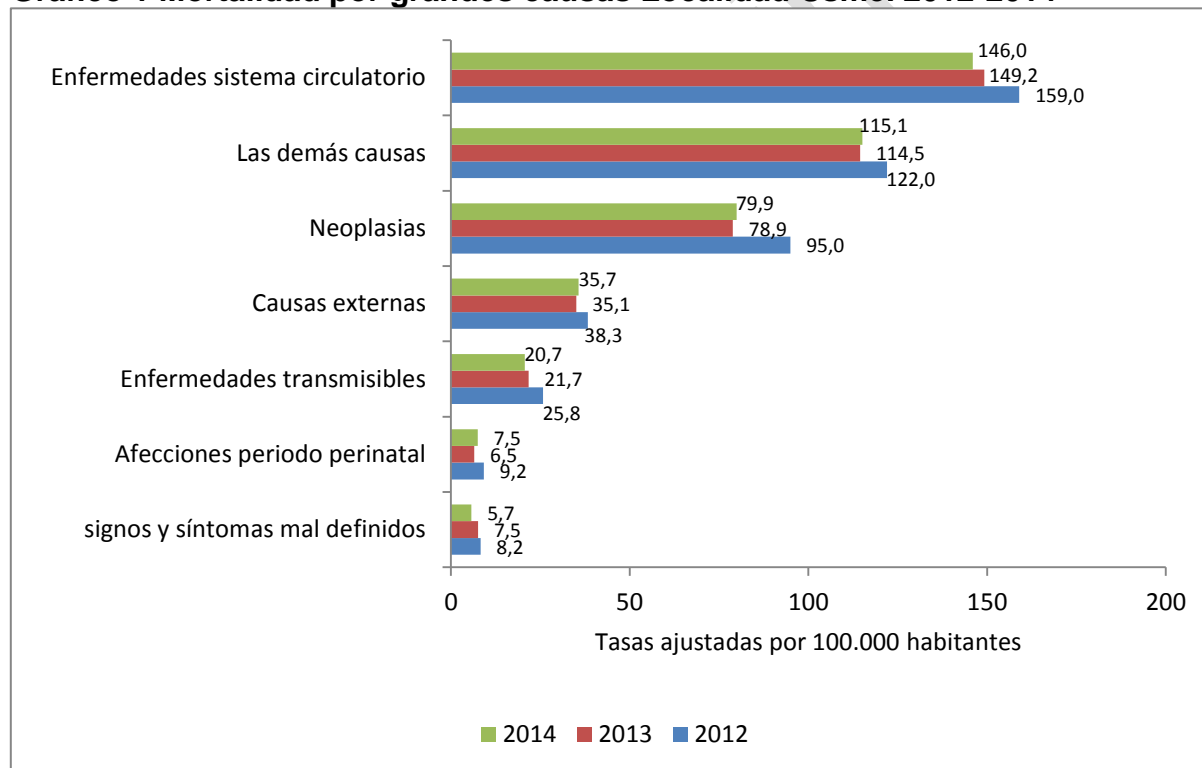
### 3.1 Mortalidad

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

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

#### 3.1.1 Mortalidad por grandes causas

**Gráfico 1 Mortalidad por grandes causas Localidad Usme. 2012-2014**



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

En la localidad de Usme para el periodo 2012-2014 ocurrieron 3.244 mortalidades; la mortalidad se comporta de manera ascendente, en el año 2012 se presentaron 1106 defunciones (34,1%), en el año 2013 acontecieron 1050 fallecimientos (32,4%) y para el 2014 el aporte fue del 33,5% (2.142) del total de las defunciones para la localidad, de acuerdo al grupo de edad por quinquenios para este periodo se observa que el grupo más afectado corresponde al de 80 y más años con el 24,2% (263), seguido del grupo de 75 a 79 años con el 9,7% (106), en tercer lugar, el grupo de 70 a 74 años con el 9,5% (103), en cuarto lugar al grupo de 65 a 69 años con el 8,3% (90) y en quinto lugar el grupo de 60 a 64 años con el 8,1% (88).

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

Las dos principales enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón (162) y la enfermedad cerebrovascular o ictus (84), que en conjunto producen el 73,2% de toda la mortalidad cardiovascular y se concentran en la población mayor de 60 años. La incidencia de la enfermedad cerebrovascular, se aumenta con la edad y se asocia a la presencia de factores de riesgo tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, dislipidemias, obesidad, tabaquismo y sedentarismo entre otros(1).

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

Las tres principales causas son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (73), resto de enfermedades del sistema digestivo (41) y diabetes mellitus (37), las cuales aportan en un 54,9% al total de las enfermedades del grupo.

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

El cáncer es una enfermedad multifactorial, las causas 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*.(2)

La cuarta causa de mortalidad correspondió a causas externas, presenta una tendencia decreciente en los periodos analizados. En el 2014 se presentaron 136 (12,5%) fallecimientos. La principal causa son las agresiones (homicidios) 49,3%, seguido de los accidentes de transporte terrestre 18,4%. 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.(3)

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

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

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, presenta un comportamiento

descendente en la tasa ajustada para la edad pasando de 25,8 a 20,7 por 100.000 habitantes. En el 2014 se presentaron 63 defunciones aportando al 5,8% del total de la mortalidad en la localidad. La principal causa se relaciona con infecciones respiratorias agudas (55,6%) seguido de enfermedad por VIH (SIDA) (23,8%). En relación a las afecciones del periodo perinatal en el año 2014 se presentaron 35 mortalidades; y la principal causa fueron los trastornos respiratorios específicos del período perinatal con 40%. Para el año 2014 el grupo de edad con mayor afectación corresponde al de 65 a 69 años con el (14,2%), seguido del grupo de 55 a 59 años (12,6%) y de 80 y más años (12,6%).

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

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

**Tabla 11 Mortalidad por Grandes Causas 6/67 por edades quinquenales. Localidad Usme Subred Integrada de Servicio de Salud Sur ESE. Año 2014**

Grandes Causas 6/67	Transmisibles			Neoplasias			Enfermedades del Sistema Circulatorio			Afecciones del Periodo Perinatal		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
De 0 a 4 años	14,2% (4)	5,7% (2)	9,5% (6)	2,6% (3)	0%	1,3% (3)	1,1% (2)	1,8% (3)	1,4% (5)	100% (11)	100% (24)	100% (35)
De 5 a 9 años	3,5% (1)	0%	1,5% (1)	0	0	0	0,5% (1)	0%	0,2% (1)	0%	0%	0%
De 10 a 14 años	0%	2,8% (1)	1,5% (1)	1,7% (2)	0,9% (1)	1,3% (3)	0	0	0	0%	0	0
De 15 a 19 años	3,5% (1)	0	1,5% (1)	0	3,6% (4)	1,77% (4)	0	0,6% (1)	0,2% (1)	0%	0%	0%
De 20 a 24 años	3,5% (1)	2,8% (1)	3,1% (2)	0,8% (1)	2,7% (3)	1,7% (4)	0	0	0	0%	0%	0%
De 25 a 29 años	0	2,8% (1)	1,5% (1)	0,8% (1)	0,9% (1)	0,8% (2)	0	0,6% (1)	0,2% (1)	0%	0%	0%



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

Grandes Causas 6/67	Causas Externas			Todas las demás causas			Signos y síntomas mal definidos		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
De 0 a 4 años	0	0,9% (1)	0,7% (1)	4,5% (7)	9,0% (11)	6,5% (18)	25% (2)	16,6% (2)	20% (4)
De 5 a 9 años	0%	0%	0%	1,9% (3)	0	1,0% (3)	0%	0%	0%
De 10 a 14 años	0%	0,9% (1)	0,7% (1)	0,6% (1)	3,2% (4)	1,8% (5)	0	0	0
De 15 a 19 años	3,8% (1)	11,8% (13)	10,2% (14)	0,6% (1)	0,8% (1)	0,7% (2)	12,5% (1)	0%	5% (1)
De 20 a 24 años	11,5% (3)	16,3% (18)	15,4% (21)	1,9% (3)	0	1,0% (3)	0	8,3% (1)	5% (1)
De 25 a 29 años	19,2% (5)	18,1% (20)	18,3% (25)	0	2,4% (3)	1,0% (3)	0	8,3% (1)	5% (1)
De 30 a 34 años	11,5% (3)	10,9% (12)	11,0% (15)	0,6% (1)	1,6% (2)	1,0% (3)	0%	0	0
De 35 a 39 años	7,6% (2)	12,7% (14)	11,7% (16)	2,6% (4)	0,8% (1)	1,8% (5)	0	0	0

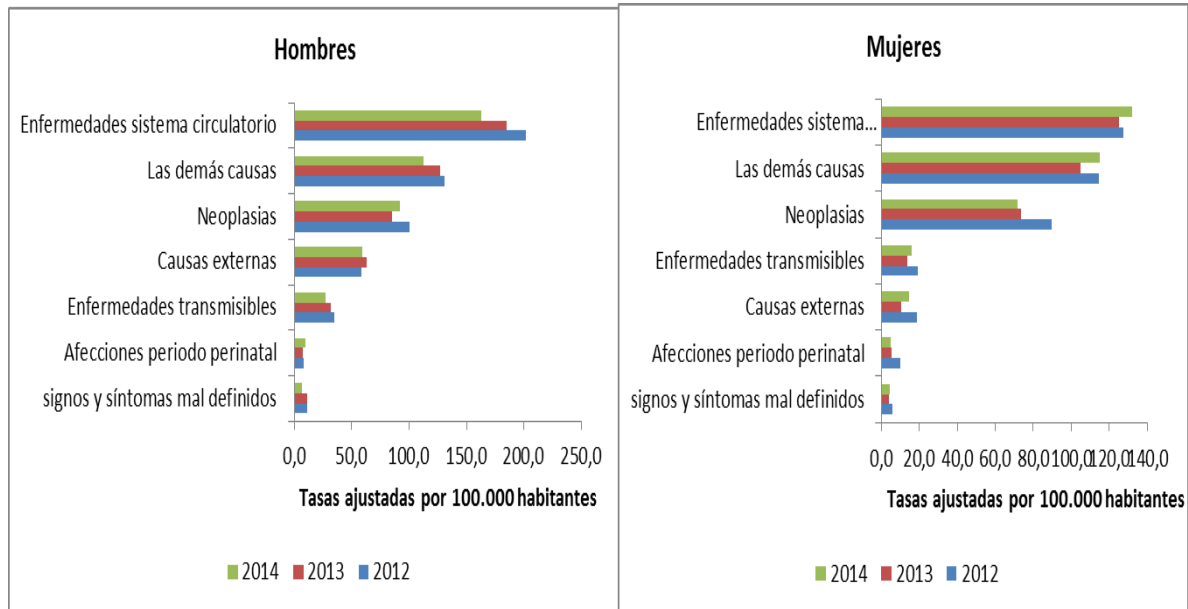


<b>De 40 a 44 años</b>	3,8% (1)	3,6% (4)	3,6% (5)	0	1,6% (2)	0,7% (2)	0	8,3% (1)	5% (1)
<b>De 45 a 49 años</b>	0%	6,3% (7)	5,1% (7)	3,2% (5)	3,2% (4)	3,2% (9)	12,5% (1)	16,6% (2)	15% (3)
<b>De 50 a 54 años</b>	3,8% (1)	2,7% (3)	2,9% (4)	3,2% (5)	4,0% (5)	3,6% (10)	0	8,3% (1)	5% (1)
<b>De 55 a 59 años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

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

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

**Gráfico 2 Tasas ajustadas por agrupación y sexo. Localidad de Usme 2012-2014**



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

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

El comportamiento de la mortalidad por sexo en relación a las tasa crudas de mortalidad, en mujeres es decreciente para los grupos de enfermedades por neoplasias y afecciones perinatales; mientras que en las enfermedades transmisibles, signos y síntomas mal definido, las demás causas y causas externas se comporta de manera irregular presenta las mayores tasas en el año 2014.

Las enfermedades del sistema circulatorio tiene un comportamiento acreciente y sostenido entre los años analizados, por lo cual se puede inferir que las afecciones cardiovasculares han sido el mayor factor de riesgo en la mortalidad de las mujeres que residen en Usme a través de los años. Con relación a los hombres las enfermedades del sistema circulatorio mantiene un comportamiento de descenso

en la mortalidad; mientras que para los demás grupos de enfermedades se comportan de forma irregular.

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

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

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

En cuanto a la magnitud de acuerdo al comportamiento en las tasa crudas las mujeres tienen mayor riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio y Neoplasias. Los factores de riesgo cardiovascular presente en las mujeres están relacionados con hipertensión, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, estrés, dislipidemias y obesidad. Otros factores predisponentes en la mujer son los relacionados con la menopausia, los anticonceptivos y la preeclampsia que duplican el riesgo de enfermedades del sistema circulatorio (4)

En hombres la causa directa son las lesiones de causa externa, en el 2014 en Usme por cada mujer que falleció con este diagnóstico, hubo cuatro hombres que murieron por la misma causa. Los homicidios son más comunes en los hombres que en las mujeres, particularmente entre los jóvenes entre 15 y 44 años, tal como lo sugiere la literatura sobre violencia y actividades criminales, lo cual incide negativamente en la estructura demográfica poblacional y en los procesos económicos del país y de las familias. (5)

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

<b>Las demás causas</b>	126,5	133,4	115,1	124,6
<b>signos y síntomas mal definidos</b>	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 Enfermedades del sistema circulatorio.

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

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

	Hombres			Tendencia hombres		Mujeres			Tendencia Mujeres		Total			Tendencia	
Usme	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Fiebre reumática aguda	0,7	1,7	1,2	↗	↘	0	0	0	-	-	0,3	0,6	0,5	↗	↘
Enfermedades hipertensivas	20,9	14,9	12	↘	↘	16,2	14,4	18,3	↘	↗	18,2	14,5	16	↘	↗
Enfermedades isquémicas del corazón	116	109	95,0	↘	↘	64,9	63	53,4	↘	↘	86,6	82	71,3	↘	↘
Enfermedad cardiopulmonar	10,6	11,4	13,0	↗	↗	8,5	8,6	9,5	↗	↗	9,6	9,7	10,9	↗	↗
Paro cardíaco	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-
Insuficiencia cardíaca	8,6	3,4	0,5	↘	↘	2,4	1	3,4	↘	↗	4,8	2	2,3	↘	↗
Enfermedades cerebrovasculares	35,9	36,4	31	↗	↘	27,4	33,9	38,8	↗	↗	31	34,6	35,7	↗	↗
Aterosclerosis	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-
Las demás enfermedades del	9,2	8,7	10,4	↘	↗	7,9	4,2	8,7	↘	↗	8,5	5,9	9,4	↘	↗

sistema  
circulatorio

\*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)

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

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

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

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

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

La tendencia comparativa de la mortalidad del sistema circulatorio por grupos específicos; se observa en acrecentamiento constante en el tiempo enfermedad cardiopulmonar, y enfermedades cerebrovasculares en Usme; mientras que en la

Subred es decreciente. Las enfermedades isquémicas del corazón presentan descenso en la tendencia con una reducción en la tasa del 7,6% en la Subred Sur y del 17,6% en la Localidad de Usme entre el 2012 y 2014. La Subred y Usme muestran una tendencia decreciente e irregular para enfermedades hipertensivas, insuficiencia cardiaca y fiebre reumática aguda en para el periodo analizado.

### **3.1.2.2 Mortalidad por neoplasias**

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

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

En los servicios de salud se cuenta un programa de detección temprana de las alteraciones del adulto, a pesar de tener la opción de acceder a la consulta y realizarse las pruebas diagnósticas en la detección oportuna del cáncer de próstata, no todos los hombres acceden a ella. La decisión está mediada por factores culturales como: la susceptibilidad de padecer la enfermedad, la percepción de la severidad del problema o de lo que puede significar la realización del examen (beneficios que pueden obtenerse con el examen). Los hombres buscan el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. La identidad masculina está culturalmente vinculada a la desvalorización del autocuidado y a la poca preocupación con la salud. Los largos tiempos de espera y los dispendiosos trámites para conseguir la consulta especializada alejan a los hombres del sistema de salud(6).

Con relación a la mujer el tumor maligno de mama representa la cuarta causa en la mortalidad. No existe una sola y única causa sino un grupo de factores cuyos efectos actúan sinérgicamente y predisponen al cáncer de mama. Sin embargo el tener uno o más factores de riesgo no significa desarrollar el cáncer de mama. Existen factores o condiciones inherentes que pesan más sobre el riesgo que no se puede cambiar como el sexo y el envejecimiento. En los servicios de salud se cuenta con programas de detección oportuna en la detección del cáncer de mama; sin embargo las mujeres no acuden oportunamente a los servicios de salud que permita el diagnóstico precoz de la enfermedad, asociado a ello el desconocimiento de la mujer de prácticas protectoras como el autoexamen de mama.



Las elevadas razones de incidencia/mortalidad para los principales cánceres indican un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del diagnóstico o falta de eficacia en el tratamiento. En el caso de cáncer de mama, la información disponible sobre el estadio clínico en el diagnóstico de los cánceres son identificados en estados avanzados. Respecto a esto, se han encontrado importantes problemas en la oportunidad de la atención del cáncer de mama. En Bogotá, más del 50% de las mujeres sintomáticas se demoran más de tres meses entre la primera consulta y el inicio del tratamiento para el cáncer de mama, lo cual constituye una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad.(7)

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

Grupos Específicos	Tasa Hombres			Tendencia		Tasa Mujeres			Tendencia		Total			Tendencia	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	30,8	20,0	31,6	↘	↗	17,6	7,8	9,1	↘	↗	23,3	13,4	18,3	↘	↗
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	7,0	1,8	8,8	↘	↗	1,7	6,1	4,2	↗	↘	4,1	4,2	6,1	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	6,7	14,5	8,0	↗	↘	20,4	12,0	11,8	↘	↘	15,0	13,2	10,3	↘	↘
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3,9	5,9	6,7	↗	↗	3,3	2,8	3,5	↘	↗	4,1	5,0	5,0	↗	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,6	0,0	2,1	↘	↗	0,8	0,5	1,4	↘	↗	0,7	0,3	1,7	↘	↗
Tumor maligno de la mama de la mujer	0,0	0,0	0,0	-	-	10,5	7,4	7,5	↘	↗	5,8	4,1	4,2	↘	↗
Tumor maligno del cuello del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	5,9	6,9	4,5	↗	↘	3,3	4,0	2,5	↗	↘
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,0	-	-	1,4	0,0	0,5	↘	↗	0,8	0,0	0,3	↘	↗
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	1,2	0,9	↗	↘	0,0	0,7	0,5	↗	↘
Tumor maligno de la próstata	9,9	5,9	9,0	↘	↗	0,0	0,0	0,0	-	-	4,3	2,5	3,7	↘	↗

Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	6,7	2,1	3,6	↘	↗	5,2	5,5	5,5	↗	↗	5,8	4,0	4,8	↘	↗
Leucemia	4,8	1,7	4,3	↘	↗	1,4	3,1	3,8	↗	↗	3,0	2,4	4,2	↘	↗
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	7,1	5,0	3,4	↘	↘	6,7	2,2	3,4	↘	↗	6,9	3,6	3,3	↘	↘
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	16,0	19,1	10,6	↗	↘	11,1	11,4	9,0	↗	↘	13,2	14,9	9,6	↗	↘
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	7,3	9,5	3,8	↗	↘	3,4	6,6	6,4	↗	↘	5,0	7,7	5,3	↗	↘

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

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

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

Grupos Específicos	Tasa Subred sur			Priorización Subred Sur		Tasa Usme			Priorización Usme	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
Tumor maligno del estómago	17,6	14,9	15,3	↘	↗	23,3	13,4	18,3	↘	↗
Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea	4,9	5,3	6,6	↗	↗	4,1	4,2	6,1	↗	↗
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15,2	15,6	13,7	↗	↘	15	13,2	10,3	↘	↘
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	6,2	7,5	7,5	↗	-	4,1	5	5	↗	-
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	1,3	0,7	1,2	↘	↗	0,7	0,3	1,7	↘	↗

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

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

### 3.1.2.3 Mortalidad por causas externas

La mortalidad por Causa Externa fue la cuarta causa de muerte en la localidad de Usme en el 2014, de acuerdo al grupo específico la principal causa fueron las agresiones con una tasa de mortalidad 16,2 por 100.000 habitantes, dato sobrepasa la tasa de la Subred (tasa 11,2 por 100.000 habitantes) para el mismo año. La segunda causa se relaciona con accidentes de Transporte, presenta una tendencia decreciente del 45,5% para la tasa ajustada para la edad de 11, a 6,3 por 100.000 habitantes.

La mortalidad por causas externas en los hombres está determinada por las agresiones (homicidios) y accidentes de transporte, con una tasa de mortalidad de 31,6 y 8,5 por cada 100.000 respectivamente. En las mujeres está determinada principalmente por los accidentes de transporte terrestre con una tasa de 5,2 por cada 100.000 mujeres; como segunda causa se encuentra las agresiones con una tasa de 3,7 por cada 100.000 mujeres

La magnitud de la mortalidad por causa externas y grupos específicos para la Subred Sur y la localidad de Usme respecto al comportamiento en las tasas

ajustadas para la edad en el año 2014; en Usme se presentaron un comportamiento por debajo de registrado en las tasas de la Subred. Al evaluar la tendencia de los grupos específicos Ahogamiento y sumersión accidentales presentan una tendencia decreciente y constante para la Subred y la localidad; frente a los demás grupos específicos el comportamiento es irregular para las dos.

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

Grupos específicos	Tasa Subred sur			Tendencia Subred sur		Tasa Usme			Tendencia Usme	
	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2013	2014
<b>Accidentes de transporte terrestre</b>	10,2	8,5	11,2	↘	↗	11,6	7,6	6,3	↘	↘
<b>Los demás accidentes de transporte y los no especificados</b>	0,1	0,0	0,1	↘	↗	0,2	0,0	0,0	↘	-
<b>Caídas</b>	3,6	4,0	4,0	↗	↘	3,3	2,7	1,5	↘	↘
<b>Accidentes por disparo de arma de fuego</b>	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-
<b>Ahogamiento y sumersión accidentales</b>	0,7	0,4	0,2	↘	↘	0,8	0,4	0,2	↘	↘
<b>Accidentes que obstruyen la respiración</b>	0,5	0,6	0,8	↗	↗	1,0	0,0	1,0	↘	↗
<b>Exposición a la corriente eléctrica</b>	0,5	0,1	0,5	↘	↗	0,8	0,0	0,7	↘	↗
<b>Exposición al humo, fuego y llamas</b>	0,0	0,1	0,1	↗	↗	0,0	0,2	0,0	↗	↘
<b>Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas</b>	0,5	0,2	0,2	↘	↗	0,2	0,2	0,0	↘	↘
<b>Los demás accidentes</b>	0,5	1,1	1,2	↗	↗	1,0	1,7	0,9	↗	↘
<b>Lesiones autoinflingida intencionalmente (suicidios)</b>	2,6	3,6	3,7	↗	↗	2,5	3,9	2,8	↗	↘
<b>Agresiones (homicidios)</b>	18,8	18,5	20,0	↘	↗	12,6	12,6	16,2	↗	↗
<b>Eventos de intención no determinada</b>	5,9	5,7	4,6	↘	↘	4,3	4,8	4,3	↗	↘
<b>Las demás causas externas</b>	0,9	0,3	0,6	↘	↗	0,0	0,3	1,0	↗	↗

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

### 3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez:

#### 3.1.3.1 Mortalidad en menor 1 año

En Usme entre el periodo 2012-2014, se presentaron 127 defunciones en niños-niñas menores de 1 año; en cuanto al sexo un 63,8% (81) ocurrió en niños y el 36,2 (46) en niñas. Para el año 2014 la proporción de mortalidad infantil fue 28,3 (36 casos). La principal causa de muerte según lista de tabulación, fue ciertas

afecciones originadas en el periodo perinatal, seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y Enfermedades del sistema respiratorio.

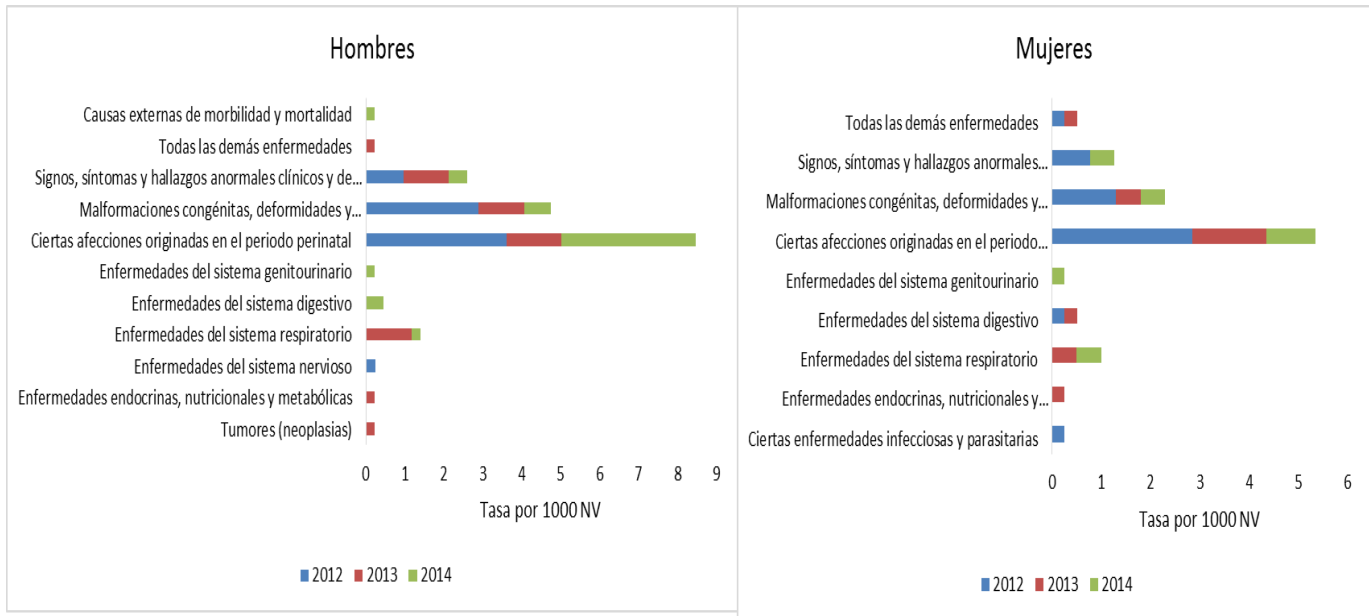
**Tabla 19. Proporción número de muertes población menor de 1 año, Localidad de Usme. 2012-2014**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	1	1,9	0	0,0	0	0,0
<b>Tumores (neoplasias)</b>	0	0,0	1	2,7	0	0,0
<b>Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</b>	0	0,0	2	5,4	0	0,0
<b>Enfermedades del sistema nervioso</b>	1	1,9	0	0,0	0	0,0
<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>	0	0,0	7	18,9	3	8,3
<b>Enfermedades del sistema digestivo</b>	1	1,9	1	2,7	2	5,6
<b>Enfermedades del sistema genitourinario</b>	0	0,0	0	0,0	2	5,6
<b>Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal</b>	26	48,1	12	32,4	19	52,8
<b>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</b>	17	31,5	7	18,9	5	13,9
<b>Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio</b>	7	13,0	5	13,5	4	11,1
<b>Todas las demás enfermedades</b>	1	1,9	2	5,4	0	0,0
<b>Causas externas de morbilidad y mortalidad</b>	0	0,0	0	0,0	1	2,8
<b>Total</b>	54	100	37	100	36	100

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

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

## Gráfico 7. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad Usme, Subred Sur, 2012-2014.



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

La segunda causa son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, presenta un comportamiento decreciente en la tasa pasando de 2016 a 0,6 por 1.000 nacidos vivos. Son los hombres quienes presentan mayor comportamiento de la tasa (0,7 por 1000 NV) en relación a las mujeres (0,5 por 1000 NV). Es decir por cada niña, hay dos niños que mueren por la misma causa.

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

Causa de muerte	Ciudad Bolívar			Tunjuelito			Usme			Sumapaz		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
<b>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tumores (neoplasias)</b>	0,07	0,07	0,00	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos</b>	0,00	0,00	0,07	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</b>	0,07	0,15	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Enfermedades del sistema nervioso</b>	0,07	0,15	0,00	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>	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	0,0	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	0,0	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	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	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	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	0,0

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

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

### 3.1.3.2 Mortalidad en menores de 1 a 4 años

Entre el periodo 2012-2014, se presentaron 23 defunciones en niños- niñas de 1-4 años; el 52,2% de las defunciones se presentaron en niñas y el 47,8% en niños. Para el año 2014 la proporción de mortalidad en la niñez fue 13% (3 casos). La principal causa de muerte según lista de tabulación son Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, seguido de tumores (neoplasias).

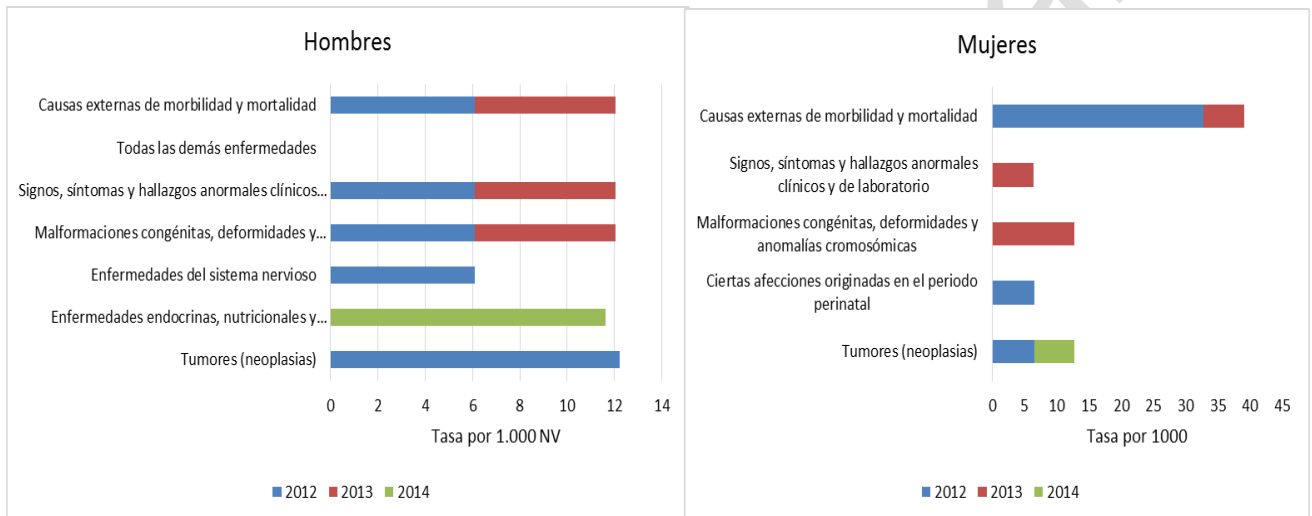
**Tabla 21. Proporción número de muertes población de 1-4 años, Localidad de Usme. 2012-2014.**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%
Tumores (neoplasias)	3	23,1	0	0,0	1	33,3
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0	0,0	0	0,0	2	66,7
Enfermedades del sistema nervioso	1	7,7	0	0,0	0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1	7,7	0	0,0	0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	7,7	3	42,9	0	0,0

<b>Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio</b>	1	7,7	2	28,6	0	0,0
<b>Causas externas de morbilidad y mortalidad</b>	6	46,2	2	28,6	0	0,0
<b>Total</b>	13	100,0	7	100,0	3	100,0

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)

### Gráfico 8 Tasa de mortalidad población de 1-4 años por sexo, según lista de tabulación MSPS, Localidad de Usme, 2012-2014.



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

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

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

Causa de muerte	Ciudad Bolívar			Tunjuelito			Usme			Sumapaz		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
<b>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	1,9	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tumores (neoplasias)</b>	7,6	1,9	1,9	0,0	0,0	8,1	9,5	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0
<b>Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos</b>	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	0,0

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

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

### 3.1.4 Mortalidad materno- infantil y en la niñez

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

**Tabla 23. Mortalidad Materno-Infantil. Localidad de Usme, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2010 -2015**

Causa de muerte	Referencia Bogotá. 2016	Referencia Localidad Usme. 2016	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016

Razón de mortalidad materna	24,50	18,10	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad perinatal	13,20	13,10	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,10	9,80	↗	↗	↘	-	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	17,50	18,90	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4,00	9,00	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por 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	27,10	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗

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

### 3.1.4.1 Mortalidad Materno– Perinatal

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

En Usme para el año 2016 se presentó un (1) caso mortalidad materna, con una razón de 18,1 por 100.000 nacidos vivos, corresponde a una mujer de 37 años, residente en la UPZ 57, afiliada al régimen subsidiado, la causa básica de muerte fue embarazo ectópico, no especificado que lleva a choque hipovolémico.

La mortalidad perinatal, en la Subred Sur presenta un comportamiento decreciente a través del tiempo, en el año 2013 presenta la menor tasa de mortalidad del 12,06 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos más fetales, que corresponde al 20% de las defunciones perinatales en Bogotá durante el mismo período. 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 Usme aportó con 26,5% (n=73 casos) del total de las defunciones, la tasa de mortalidad perinatal fue de 13,1 por 1000 nacidos vivos, la distribución de los eventos asociados a la mortalidad perinatal a escala de UPZ permite identificar

que Comuneros y Parque Entrenubes, presentan una tasa superior a la meta distrital.

### **3.1.4.2 Mortalidad Infantil**

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

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

### **3.1.4.3 Mortalidad Menor de 5 años**

La mortalidad en menores de cinco años para la Subred Sur presenta una tendencia decreciente en los últimos años, la tasa más baja se presentó en el 2015. Para el año 2016, ocurrieron 232 defunciones en la Subred con una tasa de 13,4 por 100.000 menores de cinco años. Para el año 2016, Usme aporó 36 casos de mortalidad con una tasa de 18,9 por 100.000 menores de cinco años, dato que supera a la referencia de Bogotá (17,5 por 100.000 menores de cinco años).

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

El indicador de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menor de 5 años en la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, es decreciente en los últimos años, 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. En la localidad de Usme para el 2016 no se presentó ningún caso de mortalidad por desnutrición.

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

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

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

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

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

Es importante mencionar que gran parte de estos determinantes, además de ser estructurales y por ende de difícil modificación, pertenece a otros sectores diferentes a salud, disminuyendo la capacidad de afectarlos desde las acciones desarrolladas



específicamente por el sector salud, especialmente vistos desde la prevención y las mejoras necesarias en las condiciones de vida de los menores y sus familias.

### 3.2 Análisis estructura de morbilidad

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

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

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

##### Consulta Externa

En la localidad Usme en el servicio de consulta externa, las tres primeras causas de consulta para los años 2015 y 2016, son las mismas, de la siguiente forma: la primera fue la caries de la dentina, la segunda fue hipertensión esencial primaria, y la tercera causa fue la rinofaringitis aguda, con respecto a la Subred. La cuarta causa de consulta en el año 2016 fue el lumbago no especificado, comparado con el año 2015 donde fue el dolor en articulación, con respecto a la Subred. La quinta causa en el año 2016 es el hipotiroidismo no especificado, en comparación con el año 2015 donde fue la gingivitis crónica, con respecto a la consulta de la Subred. La décima causa de consulta para el año 2015 y 2016, es la misma, obesidad no especificada.

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

Causas	2015			2016		
	Usme	%	Subred Sur	Usme	%	Subred Sur
Caries de la Dentina	10.869	22,0	49.457	7.732	29,1	26.604
Hipertensión Esencial (primaria)	7.354	23,5	31.321	5.204	34,8	14.948
Rinofaringitis Aguda	2.272	18,0	12.652	1.691	21,2	7.970
Lumbago no especificado	1.461	18,0	8.138	1.136	23,8	4.765
Hipotiroidismo; no especificado	1.337	21,0	6.360	1.047	26,1	4.018
Dolor en Articulación	1.771	23,7	7.470	1.044	25,1	4.164
Gingivitis Crónica	1.713	7,7	22.261	954	16,7	5.725
Astigmatismo	1.031	11,9	8.668	937	27,9	3.358
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	1.287	16,9	7.625	914	19,8	4.610
Obesidad; no especificada	944	25,2	3.753	798	33,0	2.416

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

## Hospitalización

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

**Tabla 25 Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de hospitalización, localidad Usme, Subred Sur, años 2015 y 2016**

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

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

## Urgencias

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

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

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

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

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

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

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

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

Subred (296) y el décimo diagnóstico es la rinitis alérgica con 296 consultas, el 100% de la consulta de la Subred (296).

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

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

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

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

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron en los registros de las primeras diez causas 2840 niños y niñas entre 1 y 5 años, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: caries de la dentina con 35,1%, rinofaringitis aguda (27,7%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios; no clasificadas en otra parte (7,0%), bronquiolitis aguda no especificada (6,7%), amigdalitis aguda no especificada (5,4%), dermatitis atópica no especificada (3,9%), deformidad congénita de la cadera no especificada (3,8%), otras deformidades congénitas de la cadera (3,6%), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,5%) y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

(3,3%). Teniendo en cuenta lo anterior, las enfermedades respiratorias afectan frecuentemente a esta población (46,8%), sin embargo en comparación con los menores de un año la afectación ocurre en una menor proporción; es importante mencionar que en este curso de vida se observa que un porcentaje importante de niños presentaron caries de la dentina. En relación al año 2015 en la localidad (3764 niños y niñas) y al año 2016 en la subred (12808 niños y niñas), se observó que coinciden nuevas causas, a excepción de rinitis alérgica, el cual fue una causa que solo se identificó en la localidad para el año 2015 y deformidad congénita de la cadera no especificada presentada en 2016.

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

En relación al momento de curso de vida adolescencia, 2074 adolescentes, siendo la caries de la dentina, la causa más frecuente con 43,4%, seguido se ubican: anomalías de la posición del diente (9,5%), parasitosis intestinal sin otra especificación (8,9%), gingivitis crónica (7,3%), rinofaringitis aguda (6,7%), rinitis alérgica no especificada (5,9%), astigmatismo (5,1%), dolor en articulación (5,1%), infección de vías urinarias sitio no especificado (4,3%) y por último miopía (3,8%). Con relación a lo 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 lugar, es importante mencionar que existen coincidencias en la mayoría de los primeros diez diagnósticos, a excepción de la miopía, 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 3194 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en consulta externa, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: caries de la dentina (42,1%), seguido se ubican: dientes incluidos (8,0%), gingivitis crónica (7,6%), infección de vías urinarias sitio no especificado (7,4%), anomalías de la posición del diente (7,0%), astigmatismo (6,9%), %, lumbago no especificado (5,9%), rinofaringitis aguda (4,5%) y gastritis



no especificada (4,2%). En el análisis comparativo con el año 2015, 2016 y Subred Sur 2016 se evidencio que es la caries la patología más frecuente.

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

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

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

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

### **Consultas**

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

**Tabla 27. Proporción grandes causas de morbilidad, por Servicio de Consultas según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016.**

Consultas	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	36	1,9	1882	75	5,6	1346	142	7,9	1802	128	17,6	728	138	28,2	489
Cáncer	428	7,0	6121	660	19,7	3351	1344	17,2	7794	1157	28	4136	1024	42,5	2411
Causas externas	42	15,1	278	64	28,3	226	64	9,7	660	78	17	459	64	36,2	177
Enfermedades Cardiovasculares	7413	16,2	45704	4249	16,9	25188	10057	19,2	52502	8933	23,1	38646	6462	32,6	19851
Enfermedades transmisibles	13117	21,0	62573	6879	24,8	27754	12843	19,3	66480	8236	19,1	43187	5193	21,5	24126
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	39579	21,1	187360	30590	28,5	107331	51497	21,5	239233	40925	24	170616	45558	42,7	106613
Todas las demás enfermedades	50977	17,0	299156	37020	23,4	157902	61071	16,4	371284	49990	19,1	261405	38538	24,1	159711

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

## Hospitalizaciones

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

**Tabla 28. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016**

Hospitalizaciones	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	2	0,2	1104	34	5,2	650	0	0	790	2	0,6	342	1	0,5	214
Cáncer	2	0,3	650	42	10,9	384	0	0	635	0	0	147	0	0	70
Causas externas	6	12,2	49	7	17,9	39	1	4,3	23	1	4,3	23	3	15	20
Enfermedades Cardiovasculares	47	2,6	1804	112	12,7	880	39	2,6	1482	9	1,8	508	10	4,6	216
Enfermedades transmisibles	196	4,9	3984	299	12,2	2456	313	9,4	3332	194	11,7	1661	154	16,1	959
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	133	13,2	1011	202	17,8	1138	195	6,6	2968	81	7,6	1064	65	10,2	639
Todas las demás enfermedades	847	3,9	21576	1397	10,6	13177	488	2,7	17877	262	3,1	8475	271	5,5	4904

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

## Urgencias

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

**Tabla 29. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016**

Urgencias	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur	Usme		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	17	1,3	1356	12	1,6	764	15	2	737	9	4,3	207	3	3,4	89
Cáncer	6	1,6	371	6	2,6	232	9	2,8	321	1	0,5	198	1	0,7	135
Causas externas	32	11,8	271	36	18,3	197	29	8,9	327	16	4,4	361	19	8,3	230
Enfermedades Cardiovasculares	393	11,0	3563	225	11,7	1928	535	15,3	3496	228	12,4	1843	141	16,4	859
Enfermedades transmisibles	2631	11,0	23911	2302	13,8	16694	4699	20,4	23040	2044	14,4	14224	1260	13,8	9151
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	4526	13,6	33185	2981	12,5	23811	5852	18,8	31097	3254	21,4	15200	2868	25,4	11312
Todas las demás enfermedades	10758	15,8	68255	7229	16,1	44953	12613	18,8	66942	7340	18,1	40617	4250	15,4	27523

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

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

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

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

**Tabla 30. Grandes causas de morbilidad, por Sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016.**

de la nota 6/67, localidad Caima, Subred Sur, periodo 2012 a 2016																
Hombre	Usme		Subred Sur		Usme		Subred Sur		Usme		Subred Sur		Usme		Subred Sur	
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016	

<b>Afecciones originadas en período perinatal</b>	24	1,64609	1458	58	5,5	1051	81	6,5	1252	64	13,3	483	73	24,1	303
<b>Cáncer</b>	123	7,66355	1605	216	20,3	1063	378	17	2219	326	27,5	1184	274	39,4	695
<b>Causas externas</b>	39	15,5378	251	57	28,5	200	47	12,1	387	45	13	347	35	19,7	178
<b>Enfermedades Cardiovasculares</b>	2395	15,2141	15742	1581	17,3	9121	3349	17,8	18853	2892	21,8	13276	2359	32,5	7259
<b>Enfermedades transmisibles</b>	6788	18,264	37166	4099	20,5	19986	7269	18,8	38694	4340	18	24136	2851	20,2	14104
<b>Síntomas, signos y afecciones mal definidas</b>	15777	21,9659	71825	12531	28,8	43477	20011	21,6	92741	15429	24,7	62470	17511	44,9	39035
<b>Todas las demás enfermedades</b>	22439	17,0245	131804	17509	23,2	75452	27365	16,4	166852	21701	18,9	114755	16483	23,6	69944

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 Usme, en el sexo mujer, son todas las demás enfermedades, la segunda causa son síntomas, signos y afecciones mal definidas, y la tercera causa son las enfermedades transmisibles.

**Tabla 31 Grandes causas de morbilidad, por Sexo Mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016**

Mujer	Usme		Subred Sur		Usme		Subred Sur		Usme		Subred Sur		Usme		Subred Sur	
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016	
Afecciones originadas en período perinatal	29	1,83428	1581	61	6,2	986	76	5,7	1327	72	16,1	446	66	24,6	268	
Cáncer	311	6,2689	4961	491	18,4	2675	976	16	6101	831	27	3077	751	41,5	1809	
Causas externas	34	12,6866	268	39	19,3	202	42	7,4	571	45	10,5	430	45	21,3	211	
Enfermedades Cardiovasculares	5293	16,3951	32284	2911	16,5	17673	7020	19,4	36176	6169	23,5	26281	4385	32,8	13388	
Enfermedades transmisibles	8412	18,5806	45273	4898	21,3	22942	9290	19,4	48005	5578	17,9	31169	3456	18,9	18303	
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	26819	19,73	135930	20336	25,7	79268	35249	21,2	166550	27892	23,5	118703	30098	39,4	76446	
Todas las demás enfermedades	35007	16,7176	209402	25110	21,8	115226	41304	16,7	247029	33164	19,2	172622	25381	22,8	111199	

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.

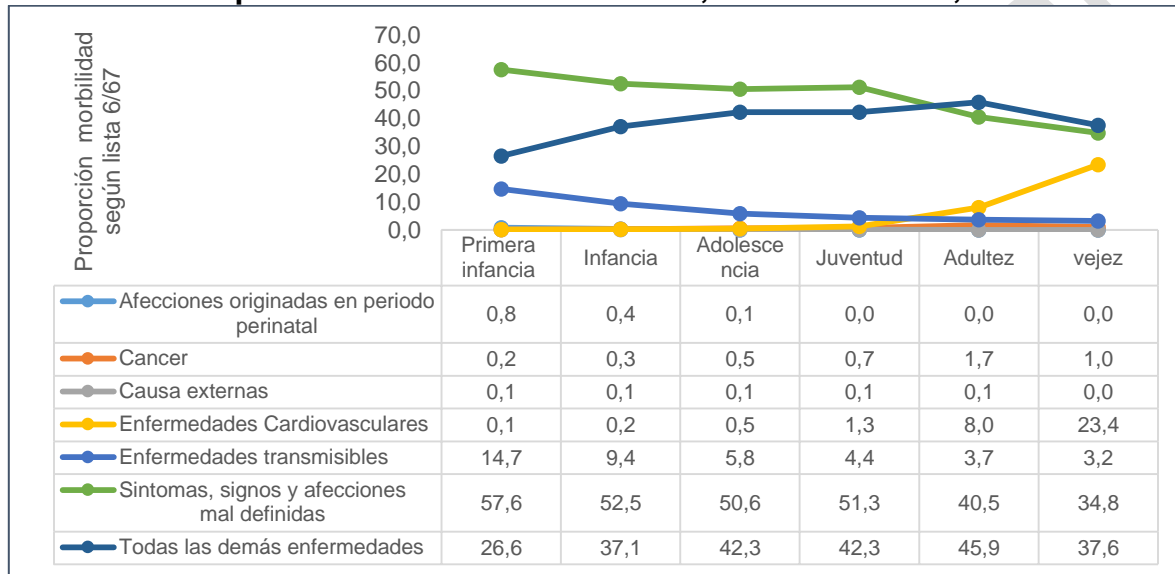
### Descripción de la morbilidad por momento de curso de vida, según agrupación 6/67, Localidad Usme

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

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

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

**Gráfico 32. Proporción de grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad Usme, 2016**



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

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

**Tabla 33. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016**

Causas según agrupación 6/67		Usme					Subred Sur				
		2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,8	2,6	2,3	2,1	0,9	8,5	8,6	7,8	4,4	11,5
	Cáncer	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1



	Causa externas	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Enfermedades Cardiovasculares	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
	Enfermedades transmisibles	30,4	28,2	24,3	19,4	34,7	30,4	28,4	24,2	24,1	33,7
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	45,7	45,1	52,4	57,4	42,3	34,7	37,1	47,3	52,0	30,6
	Todas las demás enfermedades	22,9	23,9	20,8	20,7	22,1	26,0	25,5	20,4	19,2	24,0
De 1 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,1	0,2	0,2	0,2	0,8	0,2	0,4	0,3	0,1	0,4
	Cáncer	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
	Causa externas	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades transmisibles	23,4	20,7	21,8	16,9	14,4	24,8	24,4	21,8	19,5	21,4
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	45,3	45,9	47,3	50,9	57,8	40,9	41,7	44,2	47,2	45,2
	Todas las demás enfermedades	30,9	32,9	30,4	31,7	26,6	33,5	33,0	33,3	32,9	32,6
De 0 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,2	0,6	0,5	0,6	0,8	2,2	2,5	1,8	0,9	1,1
	Cáncer	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Causa externas	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades transmisibles	24,7	22,1	22,3	17,4	14,7	26,1	25,4	22,3	20,3	22,2
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	45,4	45,8	48,2	52,2	57,6	39,5	40,6	44,8	48,0	44,3
	Todas las demás enfermedades	29,4	31,2	28,7	29,5	26,6	31,8	31,1	30,7	30,4	32,1

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

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

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

**Tabla 34. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016**

Causas según agrupación 6/67	Usme					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Cáncer	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Enfermedades Cardiovasculares	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2
Enfermedades transmisibles	16,0	12,7	15,4	12,1	9,4	17,0	15,6	14,3	12,3	13,8
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	40,6	41,4	41,6	42,2	52,5	35,7	36,8	36,5	36,5	38,0
Todas las demás enfermedades	43,0	45,3	42,4	45,0	37,1	46,5	46,9	48,5	50,6	47,3

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

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

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

**Tabla 35. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 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	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4
Causa externas	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Enfermedades Cardiovasculares	0,6	0,7	0,7	0,5	0,5	0,9	0,6	0,6	0,5	0,4
Enfermedades transmisibles	11,8	9,1	10,5	7,8	5,8	11,4	9,6	9,4	8,6	8,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	38,8	41,6	41,5	42,9	50,6	34,0	36,5	36,1	36,5	37,4
Todas las demás enfermedades	48,4	47,9	46,8	48,2	42,3	53,1	52,6	53,2	53,9	53,0

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

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

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

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

Causas según agrupación 6/67	Usme					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Cáncer	0,3	0,5	0,5	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4
Causa externas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	1,0	1,0	1,1	1,1	1,3	1,5	1,2	1,1	0,9	1,1
Enfermedades transmisibles	8,2	6,9	7,4	6,7	4,4	8,4	7,3	8,0	7,8	6,7
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	39,0	40,7	42,6	43,3	51,3	35,0	36,7	36,0	37,0	38,1
Todas las demás enfermedades	51,4	50,8	48,2	48,2	42,3	54,3	54,1	54,2	53,5	53,5

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

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

**Tabla 37. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016**

Causas según agrupación 6/67	Usme					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,7	1,5	1,7	1,8	1,7	1,8	1,7	1,8	1,4	1,2
Causa externas	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	8,1	6,2	8,5	8,8	8,0	9,3	8,4	8,1	8,2	7,1
Enfermedades transmisibles	8,2	6,3	7,3	5,8	3,7	7,6	6,5	7,5	7,2	6,0
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	27,6	30,3	29,3	29,3	40,5	24,6	26,1	25,4	25,0	27,2
Todas las demás enfermedades	55,3	55,5	53,1	54,2	45,9	56,7	57,0	57,1	58,0	58,2

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

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

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

**Tabla 38. Grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Usme, Subred Sur, período 2012 a 2016**

Causas según agrupación 6/67	Usme					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,3	1,2	1,1	1,1	1,0	1,3	1,6	1,4	0,9	0,8
Causa externas	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	31,4	27,2	33,4	34,9	23,4	29,2	29,7	29,5	32,7	20,8
Enfermedades transmisibles	6,3	4,6	5,5	3,8	3,2	5,1	3,9	4,7	4,9	4,5
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	18,5	22,8	19,9	19,4	34,8	17,3	18,0	17,1	16,1	22,8
Todas las demás enfermedades	43,4	44,1	40,0	40,8	37,6	47,0	46,7	47,2	45,4	51,0

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

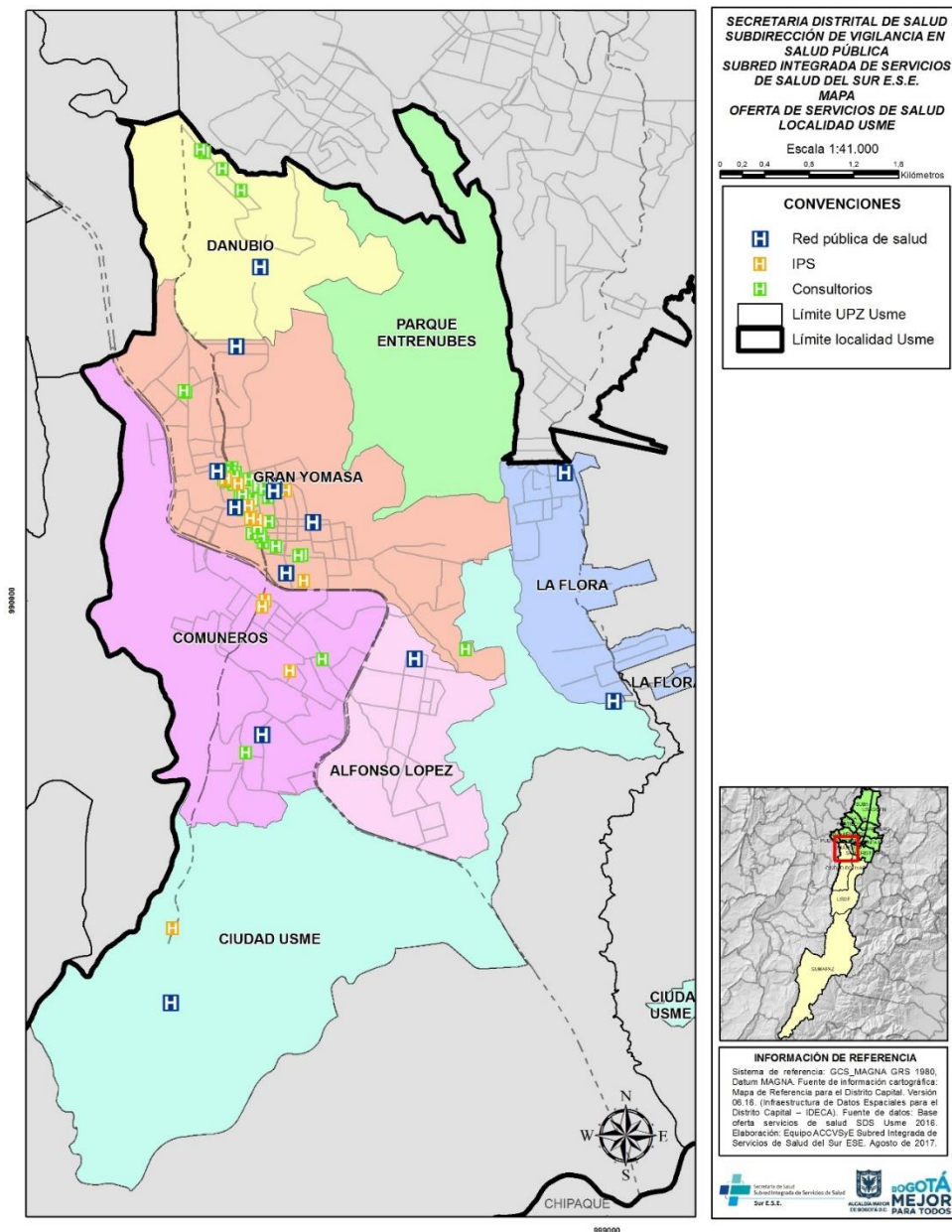
En relación el momento de curso de vida vejez, se identificó que 68461 adultos fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. En el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que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

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

### 3.2.3. Descripción de la Oferta

La localidad de Usme cuenta con 87 centros de atención en salud (mapa 4), de las cuales el 69,0% (n=60) son consultorios, el 14,9% (n=13) corresponde a instituciones de salud privadas y el 16,1% (n=14) son Unidades de Servicios de Salud de la red pública. Del total de centros de atención en salud de la localidad de Usme el 78,2% (n=68) se concentra en la UPZ Gran Yomasa; de estos, el 76,5% (n=52) son consultorios y el 11,8% (n=8) son IPS privadas y centros de atención en salud de la red pública, respectivamente. Los centros de atención en salud de la red pública del Distrito están presentes en cada UPZ del territorio de la localidad, concentrando en la UPZ Gran Yomasa el 57,1% de las USS; las IPS y los consultorios de concentran geográficamente en los barrios Santa Librada, La Andrea, Marichuela y Gran Yomasa.

## **Mapa 4. Oferta de servicios de salud. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. 2016**



Fuente: Base oferta servicios de salud SDS Usme 2016.

### **3.3 Eventos De Vigilancia En Salud Pública**

#### **3.3.1 Eventos individuales de interés en Salud Publica SIVIGILA**

Para el año 2016 el componente de Vigilancia Epidemiológica en Salud Publica, a través del aplicativo SIVIGILA, herramienta alimentada por las diferentes UPGD adscritas al distrito capital en la totalidad de las localidades, realizó un registro de 110.674 casos de diferentes subsistemas (Transmisibles, Salud Sexual y



Reproductiva, Crónicos, SISVAN, SISVECOS, SISVESO y SIVELCE), registrando información en 60 eventos de interés en residentes del distrito capital.

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

**Tabla 39 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	65001	58,7	10282	54,4	5523	51,0	3276	60,0	1465	57,2	18	48,6
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	12056	10,9	1855	9,8	938	8,7	569	10,4	341	13,3	7	18,9
Convivencia Social y Salud Mental	19147	17,3	4756	25,2	3342	30,8	1021	18,7	393	15,3	0	0
Salud Ambiental	7901	7,1	721	3,8	316	2,9	193	3,5	200	7,8	12	32,4
Seguridad Alimentaria y Nutricional	5011	4,5	1027	5,4	593	5,5	302	5,5	132	5,2	0	0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1558	1,4	260	1,4	128	1,2	102	1,9	30	1,2	0	0
<b>Total</b>	<b>110674</b>	<b>100</b>	<b>18901</b>	<b>100</b>	<b>10840</b>	<b>100</b>	<b>5463</b>	<b>100</b>	<b>2561</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

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

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

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

Al realizar la comparación con la Subred Sur se puede evidenciar que la principal diferencia se da en la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (Consumo de SPA, Intenso Suicida, Lesiones de causa externa, lesiones por artefactos explosivos y violencia de género), dicha diferencia se observa especialmente al contrastar con la localidad de Ciudad Bolívar la cual cuenta con la mayor densidad poblacional, así como una oferta institucional en cuanto centros de educación y centros de atención médica más amplia, generando una mayor notificación de casos, sumado a mayores dificultades socioeconómicas o de violencia intrafamiliar,



como los principales factores que afectan la salud mental en contraste con la localidad de Usme y otras zonas más aventajadas de la ciudad. Adicionalmente se observa una mayor incidencia porcentual de eventos relacionados con la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles en la localidad de Usme, en especial en eventos relacionados con enfermedades respiratorias.

**Tabla 40 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Usme, 2016**

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

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

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

### 3.3.1.1 Vida Saludable y enfermedades transmisibles

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

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

Los eventos que presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos general del 5.04% son: la Mortalidad por IRA, Enfermedad Diarreica Aguda y la Rubeola, con datos entre el 10% y 11%. Los dos primeros eventos pueden estar relacionados con factores ambientales como la cercanía al paramo, zonas montañosas, calidad del aire, contaminación, características de las UPZ Flora, Danubio y parte periférica de las UPZ Comuneros y Gran Yomasa, sectores donde se presentaron dichos casos; Adicional a esto se observan factores socioculturales como condiciones higiénico sanitarias deficientes, hábitos y acceso a alimentos, ubicación de zonas de invasión, nivel educativo, además de difíciles condiciones económicas. En cuanto a la Rubeola no se identifica un factor relacionado con la mayor notificación de casos en esta localidad.

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

### **3.3.1.2 Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos**

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

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

Los eventos que presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos general del 4.72% son: La sífilis congénita con 12 de los 125 del distrito

(12%) y la mortalidad Materna con 5 de los 36 eventos registrado (13.9%) en el año 2016.

Con relación al Sífilis congénita al igual que la gestacional, se pueden observar según las investigaciones epidemiológicas de campo y análisis realizados, que existen factores relacionados como el inicio tardío de controles prenatales, problemas de aseguramiento, traslados, tratamiento inadecuado por falta de adherencia, reinfección por el no tratamiento a parejas, asociado al temor de su reacción, machismo, violencia intrafamiliar, entre otros motivos. En cuanto la distribución de dichos eventos por las UPZ, se puede observar que los eventos de sífilis congénita presentan una mayor proporción en la UPZ Alfonso López con el 40%, dicho sector presenta dificultades de acceso y movilidad, baja oferta institucional, presencia de asentamientos no legalizados, factores que combinados pueden relacionarse con los altos incidencia de estos eventos en el sector

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

### **3.3.1.3 Convivencia Social y Salud Mental**

En esta dimensión se observan 5 eventos muy diversos relacionados con salud mental, donde se incluyen: Consumo de Sustancias Psicoactivas Inyectadas, Intento de Suicidio, Lesiones de Causa Externa, Lesiones por Artefactos Explosivos (Pólvora y Minas Antipersonal) y Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género. Es importante mencionar que tanto el tema de violencias como 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 5.33% de los eventos registrados en el distrito y el 21.47% de la Subred Sur, este último dato, por debajo del esperado, según el cálculo porcentual de la población de la localidad.

Con relación a los eventos incluidos en esta dimensión, sobresalen los 235 casos de intento suicida, lo que representa el 7.4% de los 3175 casos del distrito. La

vigilancia en salud pública de las violencias de género en la localidad de Usme registra 786 casos de los 15724 del distrito, lo que representa el 5%. Lo anterior evidencia nuevamente factores socioculturales y económicos relacionados con estos eventos como la violencia intrafamiliar, las necesidades básicas insatisfechas, pobreza, desempleo, débiles estrategias de afrontamiento y/o resolución de 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.

### **3.3.1.4 Salud Ambiental**

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

Dichos eventos presentan un comportamiento diferencial en cuanto la frecuencia de casos, las intoxicaciones en la localidad de Usme representan tan solo el 3.22% (179 eventos) de los 5.555 casos registrados en la ciudad, Por su parte las ETA aportan aún menos registros, teniendo en cuenta que de los 2346 eventos presentados en 2016, tan solo se registran 14 casos (0.60%) en residentes de la localidad, dato posiblemente relacionado a un subregistro del evento, debido a factores como el desplazamiento de los residentes de la localidad, en especial del régimen contributivo al contar con los centros de salud lejos de su residencia, prefieren no consultar y dar manejo en casa del evento.

### **3.3.1.5 Seguridad Alimentaria y Nutricional**

Los eventos relacionados con esta dimensión incluyen Bajo Peso al Nacer, Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años y Mortalidad Por y Asociada a Desnutrición, Dichos eventos registrados en la localidad, aportan el 6.03% del dato distrital (5011) con 302 casos, sienta la segunda dimensión con mayor peso de eventos de la localidad de Usme, hecho relacionado posiblemente a los factores económicos de la zona, más los hábitos alimentarios y condiciones socioculturales.

La distribución del evento al interior de las UPZ de la localidad presenta un comportamiento diferente al esperado según las proyecciones poblacionales, al menos en las zonas urbanas, evidenciando a Ciudad Usme muy por debajo del dato

esperado, caso contrario ocurre en Danubio, dichos porcentajes no pueden ser considerados como definitivos, al estar muy relacionados con la consulta, sumado a posibles subregistro del evento Desnutrición Aguda en Menores de 5 Años, además posibles fallas en las proyecciones poblacionales.

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

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

### **3.3.1.6 Vida saludable y Condiciones No Transmisibles**

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

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

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

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

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



### 3.3.2 Eventos colectivos de interés en Salud Pública (Brote 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 41 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, 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
<b>Total</b>	<b>1613</b>	<b>100</b>	<b>427</b>	<b>100</b>	<b>243</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

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

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

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

Tabla 42 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (Brote de ETA y varicela y morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Usme, 2016

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



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

### **3.3.2.1 Salud Ambiental**

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

### **3.3.2.2 Vida Saludable y enfermedades transmisibles**

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

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

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

### **3.3.3 Eventos individuales de interés en Salud 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 DC vía web, por su parte el proceso de Discapacidad utiliza el aplicativo en línea para la localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), para finalizar, SISVESO y SIVISTRA manejan ACCES, pero adicionalmente este último subsistema utiliza el aplicativo de EXCEL.

**Tabla 43 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**

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

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

Los eventos de interés registrados en herramientas diferentes al SIVIGILA con relación a evento de seguridad alimentaria y nutricional, salud mental, discapacidad, salud oral y salud laboral, reportan 247.117 registros en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 18.81% (46.486 casos) corresponden a la Subred Sur. Específicamente la localidad de Usme aporta 14.384 casos, lo que corresponde al 5.82% del distrito y al 30.94% de la subred Sur.

**Tabla 44 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Usme, 2016**

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

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

### **3.3.3.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional**

En cuanto la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional relacionada con el subsistema SISVAN (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional), se toman los eventos relacionados con la desnutrición y exceso de peso de la información de menores, gestantes y escolares de 5 a 17 años, así como el bajo peso al nacer, en general dichos eventos aportan el 3.75% del dato distrital, específicamente la desnutrición y exceso de peso aportan datos cercanos al general con 3.61% y 3.71%, en cuanto el bajo peso al nacer la localidad de Usme aporta el 5.07% (216 menores) de los 4258 casos registrados. Lo anterior se relaciona con factores ya mencionados como lo económicos y socioculturales, asociado a deficientes hábitos alimenticio.

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

### **3.3.3.2 Convivencia Social y Salud Mental**

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

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

La violencia intrafamiliar registra 11123 y el maltrato infantil 14627 casos en el distrito, de los cuales la localidad de Usme aporta 775 (6.97%) y 1390 (9.50%) casos respectivamente. El peso de estos eventos frente a la Subred Sur es mucho mayor en el maltrato infantil, teniendo en cuenta que de los 3.840 aporta el 36.20%, mientras que de los 2.588 casos de la violencia intrafamiliar el peso es de 29.95%

Lo anterior refleja, al menos en parte, las dificultades que se presentan a nivel intrafamiliar en la comunidad residente en Usme, factores ya mencionados como el hacinamiento, pautas de crianza, nivel educativo, estrategias de afrontamiento, intolerancia, sumado a dificultades económicas, necesidades básicas insatisfechas, así como factores socioculturales, como machismos, de proyecto de vida, no uso

de métodos de regulación de la fecundidad, así como las características de la localidad que pueden incidir en los niveles de estrés, entre otros, se relaciona de una u otra manera con la alta incidencia de este tipo de eventos, problemática que se incrementa al tener en cuenta las dificultades para el acceso a atención psicológica en atención preventiva y resolutive.

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

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

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

Las lesiones intencionales, relacionadas principalmente con la riñas y delincuencia común, aportan el 28.37% (9.801 casos) de la totalidad de las lesiones en la ciudad, lo que evidencia los peligros que enfrenta la localidad relacionado con factores como intolerancia, necesidades básicas insatisfechas, ausencia de proyecto de vida entre otros factores, hecho que preocupa aún más si se tiene en cuenta que la localidad de Usme registra 1.053 casos, el 10.74% del dato distrital y el 42.10% de la Subred Sur

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

Por último, el sistema relacionado con el registro de personas con uso abusivo de sustancias psicoactivas VESPA (Sistema de vigilancia epidemiológica al consumo de sustancias psicoactivas), registra 2479 casos en el distrito, de los cuales 82 (3.30%) residen en la localidad, hecho que posiblemente no refleja la situación real

del evento, ya que solo se registra los casos que acceden a una institución de atención especializada en este tipo de eventos.

### **3.3.3.3 Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles**

Por último, en esta dimensión se incluye el registro de personas con discapacidad, salud oral y laboral, registrando 68.525 casos en el distrito, de los cuales Usme aporta 4122 lo que representa el 6.02% frente al distrito y el 27.35% en la subred

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

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

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

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

### **3.3.4 Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la salud pública (EEVV 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 generar una alta carga en la morbilidad y mortalidad.

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

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

**Tabla 45 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 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
<b>Total No insulino dependiente</b>		<b>894.548</b>	



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
<b>Total Insulinodependiente</b>		<b>582.101</b>	
<b>Total atenciones</b>		<b>1.476.649</b>	

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 46 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 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

<b>Total</b>	<b>665.902</b>	<b>45,1</b>		<b>810.747</b>	<b>54,9</b>		<b>1.476.649</b>
--------------	----------------	-------------	--	----------------	-------------	--	------------------

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

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

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

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

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

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

Al analizar el comportamiento puntual de las atenciones realizadas en los centros de atención en salud ubicados en la localidad de Usme, se puede observar comportamientos similares a los datos distritales en cuanto su distribución, pero es de aclarar que la información obtenida, teniendo en cuenta que la localidad cuenta con un limitada oferta institucional en salud, en especial del sector privado, sumado a que cerca del 60% de la población residente en la localidad se encuentra adscrita al régimen contributivo, afecta los datos, reflejado en una baja proporción de atenciones y casos registrados para Usme del evento de diabetes mellitus.

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

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

mayor peso en adultez, lo que reflejaría posiblemente una mayor prevalencia de este evento en este grupo de edad en los residentes de la localidad de Usme.

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

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

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

#### **¿Cuáles son las principales causas de morbilidad general?**

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

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

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

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

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

Respecto a las enfermedades respiratorias y a la morbilidad general, se encuentran factores de riesgo como la exposición a la contaminación del aire, la cual es causada

por fuentes móviles con un alto porcentaje de PM10, PM25, Óxidos de Nitrógeno (NO), Óxidos de Azufre (SO), Monóxido de Carbono (CO) y Dióxido de Carbono (CO2). Las fuentes fijas aportan un material particulado con una concentración de PM10, compuestos orgánicos volátiles y otra serie de sustancias nocivas para la salud. Las fuentes que más impactan la salud de la comunidad de la localidad son los ejes viales de las Avenidas Caracas, Boyacá, Usme y la vía al Llano. Las principales emisiones son producidas por el flujo de vehículos. La localidad también está expuesta a la contaminación del parque minero industrial del Tunjuelo y del relleno sanitario “Doña Juana” de la localidad de Ciudad Bolívar. Actualmente existen 23 industrias extractivas establecidas en la localidad con tecnología obsoleta, que contribuyen al deterioro de la calidad del aire del área de influencia. Así mismo, las condiciones habitacionales y de la vivienda, el hacinamiento y el bajo nivel socioeconómico inciden en las condiciones de salud de la población, encontrando que la Pobreza Multidimensional afecta aproximadamente el 20% de los hogares en la localidad.

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

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

Usme cuenta con problemas de movilidad de transporte, debido a la baja oferta de rutas de transporte y la gran cantidad de personas. Esto ha dificultado que las personas en condición de discapacidad se le dificulten el traslado a otras localidades a citas médicas y a terapias esto debido a la baja oferta de instituciones prestadoras de salud especializadas.

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

La demanda de servicios de salud encuentra, aproximadamente, en un 61,6% (207.582 personas) concentradas en la población afiliada al régimen contributivo; el régimen subsidiado concentra, aproximadamente, 30,9% (104.340) de la población y el régimen de excepción 1,1% (3.709). En cuanto a personas SISBEN No Afiliados, el 0,8% (2.678) son potenciales beneficiarios y el 0,1% (280) son personas no afiliables al régimen subsidiado.

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



## **CAPÍTULO IV: POBLACIONES DIFERENCIALES**

Ver documento anexo de poblaciones diferenciales año 2016

## **CAPÍTULO V: 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 abril - junio de 2017 por parte de los espacios, programas y componentes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

En un primer momento, se realiza la caracterización de los espacios, programas o procesos, se da a conocer las acciones realizadas y los criterios de inclusión o intervención de las personas, esto se construye a partir de la información facilitada por los equipos de los espacios.

El segundo momento, se exponen las respuestas y logros que cada espacio ha dado en el marco de su accionar, así como las propuestas que surgen por parte de los mismos frente a la operación para la siguiente vigencia.

La información registrada en este capítulo surge de los procesos de articulación entre el equipo de ACCVSyE y los equipos de los espacios, componentes y procesos, en donde se realiza análisis colectivos frente al accionar de los procesos y su repercusión en la calidad de vida salud de la población.

El proceso de caracterización de los espacios, programas y procesos se realizó a través de la articulación entre el equipo de ACCVSyE y los líderes de los diferentes espacios. Así mismo, las actividades y solicitudes de información realizadas contaron con el aval y revisión de la líder de Vigilancia en Salud Pública y la Coordinación de Salud Pública de la Subred.

Para el primer momento se elaboró matriz de caracterización, el cual se envió a los líderes, en la matriz se indaga sobre las acciones a realizar, avances y logros de los procesos que se realizan en la subred sur. A partir de este insumo se construyó la operación en general de cada proceso y así mismo se elaboró el mapa por espacio, el cual da cuenta de la distribución geográfica de las diferentes acciones realizadas.

### **5.1. Espacio de Vivienda**

#### **5.1.1. Caracterización del espacio, programa y proceso**

El propósito del espacio es la identificación de riesgos, para generar procesos de transformación a partir del diálogo de saberes, en relación con la disminución de mortalidades, prevención de enfermedades, mitigación de riesgo psicosocial, y aumento de hábitos de vida saludables.

Lo anterior se logra a partir de implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud familiar, generando una transformación integral en las familias de las UPZ priorizadas en la Subred Sur, a partir de un enfoque sistémico



que reconoce las particularidades individuales y familiares 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, aportando a la disminución de morbilidad infantil y materna.

Las acciones del Espacio Vivienda se desarrollan en todas las UPZ de las localidades que conforman la subred sur, teniendo como punto de partida los criterios de intervención, la base de eventos de vigilancia epidemiológica y, para el componente de gestión del riesgo, se hace de acuerdo a la base de afiliados a Capital Salud, es decir, la intervención se desarrolla de acuerdo a los datos de dirección reportados en base de afiliados a Capital Salud.

Para la intervención de las familias se tiene en cuenta los eventos de interés en Salud Pública, que aplica para las 3 localidades, niños y niñas con bajo peso al nacer, niños y niñas con desnutrición aguda severa, conducta suicida en menores de 14 años y gestantes, conducta suicida reincidente en menores de 14 años, suicidio consumado, violencia sexual y económica en menores de 5 años y gestantes, morbilidad materna extrema, morbilidad neonatal extrema, menores de un año con diagnóstico de malformaciones congénitas mayores incluyendo: malformaciones del sistema respiratorio (CIE10 Q30 a Q34), malformaciones de labio, boca y paladar (CIE10 Q35 a Q38), malformaciones congénitas del esófago (CIE10 Q39 – Q40), malformaciones congénitas del oído (CIE10 Q16-Q17), malformaciones del sistema circulatorio (CIE 10 Q20 – Q28), anomalías cromosómicas (CIE 10 Q90 – Q99).

Además se tiene en cuenta, sífilis gestacional, VIH Gestacional, Hepatitis B gestacional, embarazo en Adolescente, Gestante de bajo peso, Caries cavitacional en menores de 5 años, gestantes con enfermedad periodontal y Gingivitis, desnutrición en personas mayores, familias con alerta alta remitidas por el gestor del riesgo en salud, criterio demográfico: está relacionado con la estabilidad de las familias en el domicilio, ubicación en un área determinada, la accesibilidad geográfica, el desplazamiento y la distancia que media entre la vivienda y el servicio de salud, personas con discapacidad, mayor de 45 años que requiere ayuda permanente para todas o la mayoría de las actividades de la vida diaria, menor de 5 años con origen de la discapacidad de alteración genética o hereditaria, con alteraciones permanentes en sistema nervioso y dificultades permanentes para relacionarse con las demás personas y el entorno, con origen de la discapacidad enfermedad general y dificultad para desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón.

### **5.1.2. Resultados**

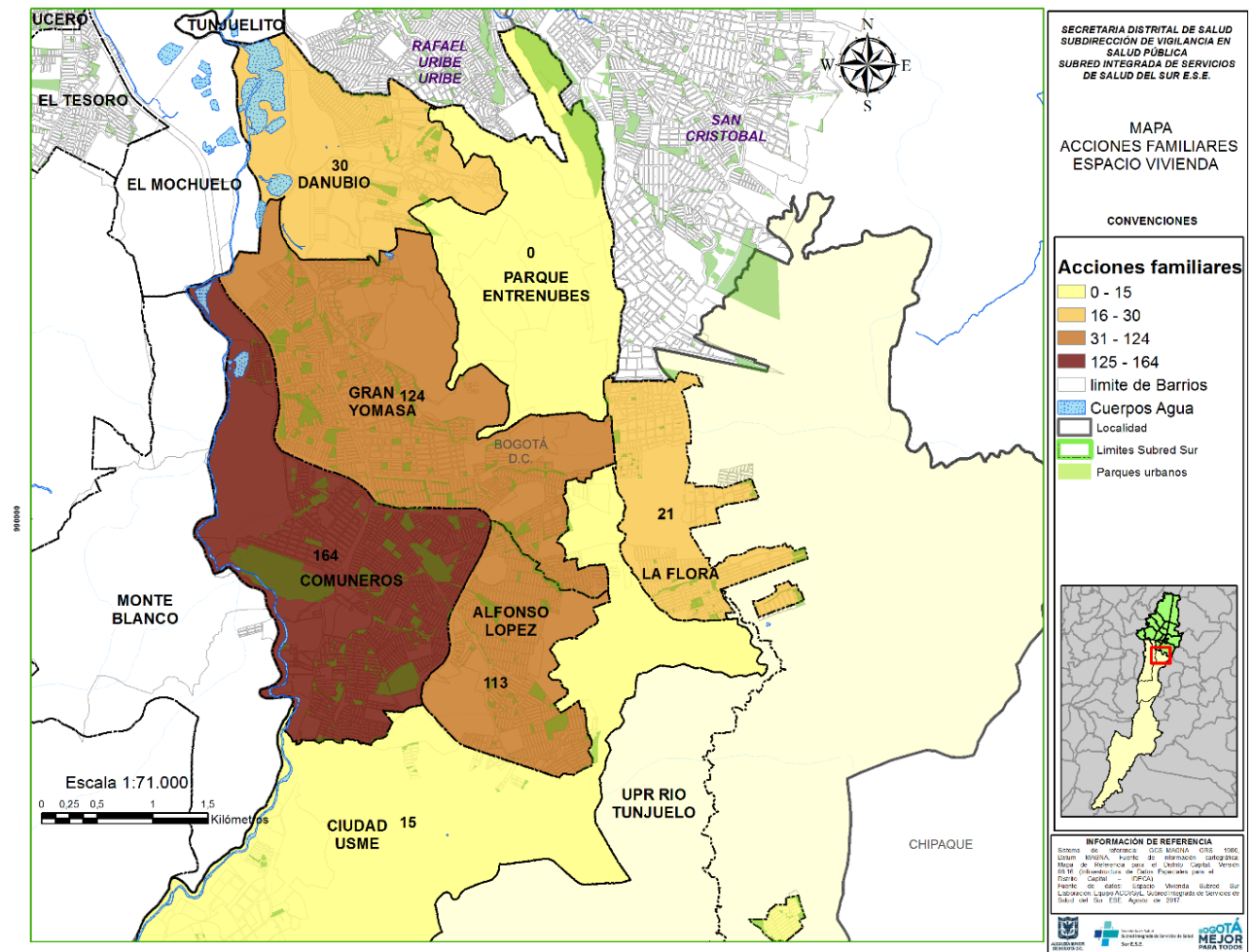
En el periodo Abril – Junio de 2017 en la localidad Usme se ha logrado desde el espacio Vivienda el desarrollo de potencialidades y capacidades en las familias y cuidadores, con lo que se busca promover y proteger la salud, contribuyendo a disminuir los riesgos en las viviendas y en las instituciones a partir de las acciones propuestas en los diferentes componentes de las acciones integradas.

**Componente Familiar:** En este componente, los profesionales realizan la gestión de riesgo combinando, altas y medias, mediante el desarrollo de acciones preventivas y con estrategias de información, educación y comunicación para la salud para la modificación de factores de riesgo y reforzar los factores protectores, logrando intervenciones en el periodo en 874 familias caracterizadas y en seguimiento por parte de profesionales de enfermería, psicología, nutrición, odontología, terapeutas y técnicos ambientales. La oportunidad en la asignación de citas a programas y acciones de protección específica dentro de las 72 horas desde la visita, es del 9%.

**Componente HCB:** Este componente se desarrolla, en los Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), se operativiza a través de la implementación de la estrategia AIEPI Comunitario, capacitando a las madres comunitarias, que son responsables de estos hogares, para que identifiquen signos de alarma oportunamente en los menores y adquieran el conocimiento para la promoción y prevención en salud de los niños y sus cuidadores.

En el periodo se ha logrado la caracterización de 31 HCB, estas instituciones cuentan con el 100% de caracterización social y ambiental y plan formulado y el desarrollo de este plan ya se inició en hogares. 18 HCB recibieron los módulos 1 y 2 de AIEPI. Cuidado para las personas, familias y cuidadores de las instituciones: Esta intervención se inició en el mes de junio, logrando la caracterización de 2 instituciones de personas mayores de las localidades de Usme.

**Mapa 5. Acciones Espacio Vivienda. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio de 2017.**



**Fuente:** Bases pautas de crianza y vivienda 1 y 2 - Espacio Vivienda.

## 5.2. Espacio Educativo

### 5.3.1. Caracterización del espacio, programa o proceso

El espacio Educativo tiene como propósito fomentar la salud y el bienestar en niños, niñas, adolescentes favoreciendo prácticas cotidianas, entornos y estilos de vida saludables en el espacio educativo, a través de la implementación de Sintonizarte como acción integrada de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo individual y colectivo en 22 Instituciones Educativas priorizadas.

Desde el Espacio se espera intervenir situaciones o riesgos a las cuales se enfrentan los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en su entorno escolar, permitió la identificación, análisis y priorización de las diferentes problemáticas las cuales son intervenidas por 5 componentes que se describirán a continuación:

**Componente Acompañarte:** se centra en actividades de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, Bullying, desconocimiento de límites y falta de apoyo por parte de padres y madres de familia, disminución de conflictos entre estudiante, conducta suicida, Insatisfacción de necesidades afectivas y falta afianzar la comunicación asertiva (docentes-padres-estudiantes), fortaleciendo redes.

**Componente Amarte** se enfoca en prevenir embarazos en adolescentes, debilidades en la prevención de abuso sexual, desconocimiento de la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos, principalmente en el género femenino, métodos de planificación y su aplicabilidad y del cuidado del Cuerpo y toma de decisiones

**Componente Cuidarte** orienta sus actividades en la prevención los inadecuados hábitos en salud oral, consumo excesivo de dulces, presencia de caries a temprana edad, falta de higiene oral y falta de sensibilización de padres y estudiantes de primaria sobre el cuidado de la salud oral y su importancia del autocuidado.

**Componente Disfrutarte** se centra en actividades para prevención de los inadecuados hábitos alimentarios, consumo de alimentos no saludables que se adquieren dentro y fuera del colegio, insuficiencia nutricional en casa, venta de alimentos no saludables en la tienda escolar o compra de alimentos no saludables en la entrada del colegio, dietas inapropiadas, falta de acompañamiento de padres y madres en hábitos de alimentación saludable, pocas jornadas para la promoción de la actividad física, debilidades en la promoción de hábitos saludables para la prevención de enfermedades sedentarismo y la necesidad de promover pausas activas

**Componente Explorarte** orienta sus acciones en los punto critico exterior- por no manejo de residuos, mal manejo de reciclaje en la comunidad educativa en general, no articulación para encontrar retribución del material reciclado por la institución - oportunidades que benefician a los estudiantes, falta de apropiación de cultura ambiental de los grados inferiores al 11°, falta cultura ciudadana frente al cuidado del ambiente dentro del colegio, de apropiación de territorio aledaño y recuperación de huertas verticales

Las intervenciones realizadas por el Espacio se centran en los 22 colegios priorizados ubicados en las UPZ La Flora, Gran Yomasa, Danubio, Comuneros, Alfonso López, de la localidad y están orientadas, a incidir en las dinámicas de la comunidad educativa con el fin de lograr transformaciones en las percepciones y en las prácticas que inciden en las condiciones de vida y salud de la población vinculada a el escenario colegios, teniendo como centro del accionar los siguientes actores: Docentes y directivos, padres y madres de familia y estudiantes.

Así mismo los momentos para la implementación de dicha estrategia, se basa con la identificación y priorización de las problemáticas teniendo como base los componentes Acompañarte, Amarte, Cuidarte, Disfrutarte y Explorarte mencionados anteriormente, es pertinente aclarar que para esta actividad se asume la priorización realizada en articulación entre Secretaría Distrital de Salud y

Secretaría Distrital de Educación, para abordar las acciones en las Instituciones Educativas.

Para la recolección de información los diferentes procesos realizados tienen los soportes específicos que permiten dar cuenta de los detalles de cada componente, actividades específicas, recursos requeridos, talento humano que realiza la recolección de la información, de acuerdo a los dos ejes:

**Eje Estratégico: Gestión de la Salud para el Mejoramiento de Entornos Escolares:** Comprende ejercicios de planeación y gestión participativa con los diferentes sectores integrando a la comunidad educativa, con el fin de dar respuesta a las necesidades identificadas. (Secretaría Distrital de Educación, Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Gobierno, Policía Nacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la participación activa de la comunidad educativa y las organizaciones sociales y comunitarias de base requerida para garantizar un entorno seguro y saludable).

**Eje Estratégico: Promoción de Vida Saludable:** Definido como un conjunto de acciones de tipo reflexivo, conversacional, artístico, comunicativo y lúdico-pedagógico que en el espacio educativo generan procesos de resignificación y apropiación de formas de entender y desarrollar prácticas favorables a la salud y la calidad de vida en la cotidianidad en la comunidad educativa.

### 5.3.2. Resultados

Las acciones realizadas por el espacio educativo para el periodo abril a junio 2017, se centraron en la concertación del plan de acción en las 22 Instituciones Educativas priorizadas contando con la participación de 45 directivos. Sin embargo, esta actividad se vio afectada por el paro de maestros, dificultando el ingreso a los colegios. Los avances y/o logros por cada componente, se ven reflejados en cuanto al número de estudiantes y colegios cubiertos por el Espacio.

Acompañarte, en este componente se reflejan las acciones por parte del perfil de psicología, en la actualidad se encuentra en proceso de concertación e implementación de las acciones. Se ha tenido un avance con 8 Colegios y 122 estudiantes en la conformación de los grupos promotores.

Amarte: se encuentra en un avance en 7 colegios donde el perfil de enfermería ha realizado el proceso de articulación con el Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.

En cuanto a la aplicación de pre-test sobre los derechos sexuales y reproductivos se ha logrado un avance con 294 estudiantes a los cuales se les ha realizado el pre test y aún no han terminado el proceso por lo tanto no permite medir el indicador.

Disfrutarte, Para la estrategia se ha tenido un avance con 289 estudiantes a los cuales se les ha realizado el pre test.



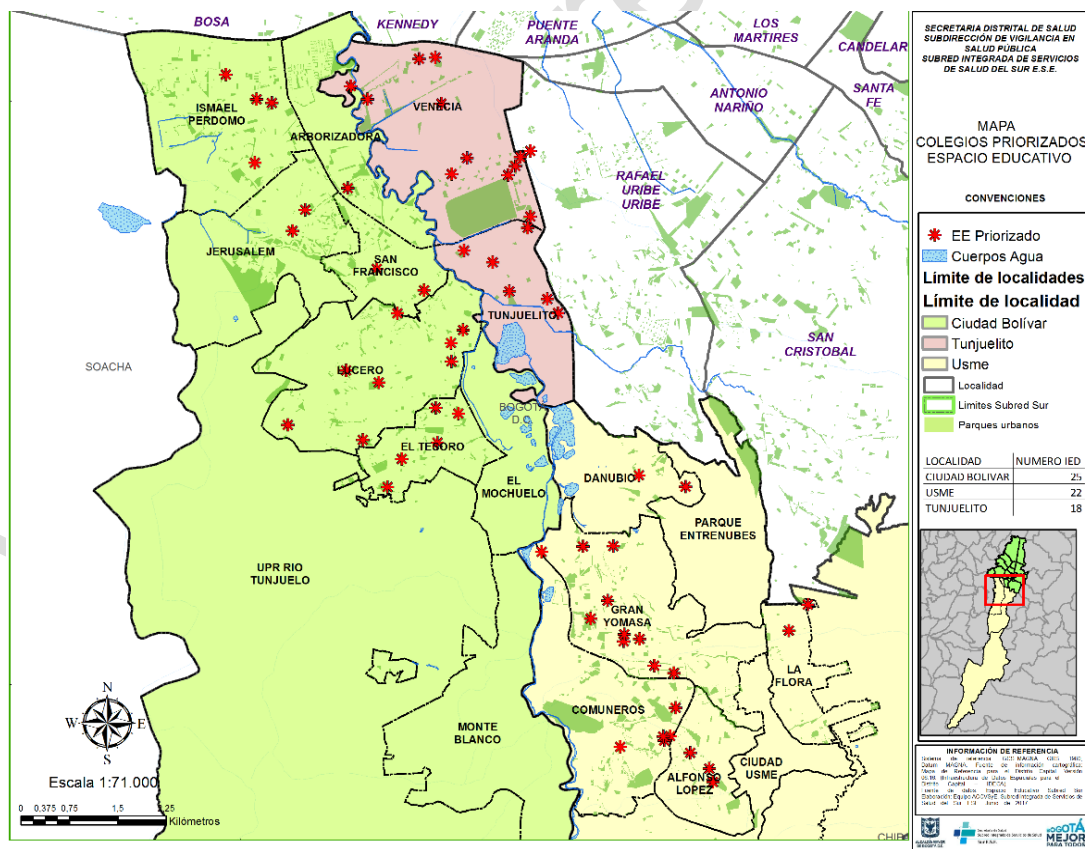
Cuidarte, la estrategia tiene un avance con 306 niños. No obstante, la estrategia termina cuando se evidencie que los participantes reconozcan la técnica de higiene de manos. 286 niños que iniciaron las prácticas en salud oral en 1 Colegio, el proceso termina cuando los niños inician la clasificación y terminan con el 2 monitoreo.

Explorarte, las acciones del componente se desarrollan en 10 Colegios y se cumple cuando se termina la 6 sesión. Se tiene un avance de 158 niños que iniciaron la primera sesión, el proceso termina cuando se cumple con la última sesión donde se evidencie que cuentan con mejores prácticas y hábitos en salud ambiental.

## Experiencia exitosa

La experiencia significativa desde el Espacio educativo se da en el componente Explorarte, la estrategia tiene gran impacto y acogida en el Colegio Tenerife Granada Sur de la Jornada de la Tarde debido a que cuentan con un PRAE muy fortalecido entorno al cuidado del agua tienen un grupo de estudiantes comprometidos con las actividades y se está creando una página en donde se suben videos, información de interés y los niños están diseñando el logo y el nombre del proyecto.

## Mapa 6 Acciones Colegios priorizados, localidad Usme. Subred Sur, abril a julio de 2017



### 5.3. Espacio Público

#### 5.3.1. Caracterización del espacio, programa o proceso

Desde el espacio público se desarrollarán intervenciones en salud en escenarios para la movilidad, la recreación y el esparcimiento y establecimientos públicos, haciendo énfasis en los riesgos colectivos e individuales para las condiciones crónicas, (alimentación no saludable, consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo y contaminación ambiental), salud mental, sexualidad y derechos reproductivos.

A continuación se relacionan los riesgos identificados en la localidad de Usme, en los cuales se van a desarrollar acciones desde el espacio público.

- Riesgos en salud mental: se evidencian diversas condiciones de riesgo en la población como son la presencia de violencias entre jóvenes, consumo de sustancias psicoactivas, inadecuado manejo del tiempo libre por adolescentes y jóvenes.
- Riesgos en Salud Ambiental: Contaminación de las fuentes hídricas de la localidad, inadecuada disposición de residuos en zonas verdes y parques, contaminación por ladrilleras cercanas a zonas residenciales, contaminación generada por el Relleno Sanitario Doña Juana en zonas aledañas.
- Riesgos en salud: Barreras de acceso a los servicios de salud, desconocimiento de los derechos en salud, inadecuados hábitos de cuidado cotidiano.
- Riesgos asociados al espacio público: categoría de movilidad –riesgos de accidentabilidad en las avenidas principales como son AV Caracas, AV Boyacá debido a imprudencias entre peatones y conductores.

En la UPZ Alfonso López fueron intervenidos los barrios el Progreso mediante servicios de acogida y Cuídate Sé Feliz, Reforma mediante iniciativas comunitarias RCB y Salud Oral; Alfonso López y Chapinerito con iniciativas comunitarias de habitante de calle.

En la UPZ Comuneros fueron intervenidos los barrios Comuneros mediante iniciativas comunitarias en salud sexual y reproductiva; Virrey, mediante iniciativas LGBTI e iniciativas comunitarias en Ciudadano Habitante de Calle (CHC); Chicó Sur mediante Servicios de Acogida, Cuídate Sé Feliz e Iniciativas Comunitarias en personas Crónicas y Persona Mayor; Salud Ambiental; Tenerife, mediante iniciativas comunitarias en salud ambiental y CHC y Brillante, Sucre, Valles de Cafam bajo iniciativas comunitarias en CHC.

En la UPZ Gran Yomasa se realizaron caracterizaciones barriales en los barrios La Andrea, Betania II, Arizona, Altos del Pino, Altos de Betania III, Almirante Padilla, Barranquillita, Brasilia Sur, Benjamin Uribe, Bulevar del Sur, Casa Loma I, Casa Loma II, Casa Rey, Santa Librada, San Juan Bautista, Miravalle, Gran Yomasa, Cortijo, Betania, Marichuela. En Fortaleza se hicieron acciones mediante iniciativas comunitarias en salud oral; en Santa Librada se implementaron Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU); en los barrios La Andrea, Santa Librada, Marichuela,

La Aurora I y II, Barranquillita, San Luis, San Juan Bautista con iniciativas comunitarias en LGBTI. Y nuevamente en los barrios La Andrea, Aurora, Bolonia, Yomasa, Marichuela, La Cabaña, Santa Librada, Barranquillita mediante iniciativas comunitarias en CHC.

En la UPZ Flora, en el barrio Flora fueron implementadas acciones en Cuídate Sé Feliz, Servicios de Acogida e Iniciativas Comunitarias en Juventud. En la UPZ Usme Centro, en el barrio Usme Centro, se implementan en Cuídate Sé Feliz; Iniciativas Comunitarias Juventud; Salud Mental, LGBTI y CHC. En la UPZ Fiscala, en el barrio Danubio se implementaron acciones mediante iniciativas comunitarias en persona mayor, en Seguridad Alimentaria y Nutricional y en Salud Mental.

Las UPZ de Alfonso López y la Flora son priorizadas desde SDS, ante el consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo a los resultados del Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. 2016, es por esto que se instalan puntos de servicios de acogida para el abordaje de la población con dicha problemática.

UPZ Gran Yomasa se prioriza para llevar a cabo el proceso de caracterización barrial el cual está articulado con las acciones de vigilancia comunitaria.

Desde el proceso de iniciativas comunitarias se realizó la búsqueda activa de grupos y organizaciones comunitarias, de acuerdo a las diferentes estrategias de intervención, es así que se conformaron iniciativas en las 6 UPZ, esto con el fin de generar el empoderamiento de la comunidad acorde a sus necesidades propias del entorno.

### **5.3.2. Resultados**

El programa de espacio público llevó a cabo las siguientes acciones:

- Caracterización y monitoreo del riesgo en salud: Se programaron 21 acciones y fueron ejecutadas 20.
- Acciones Itinerantes en el Espacio Público: Se programaron 24 acciones y todas fueron ejecutadas.
- Puntos Cuídate Sé feliz implementados: Fueron programadas 5 acciones y 1 fue ejecutada.
- Jornadas Distritales de promoción de la salud en el Espacio Público: Fueron programadas 3 acciones y fueron ejecutadas completamente.
- Gestión, seguimiento y monitoreo para la implementación de las acciones integradas: No fueron programadas acciones.
- Implementación de la estrategia de Servicios de orientación a jóvenes SOJU: No fueron programadas acciones.
- Servicios de Acogida: Fue programada y ejecutada 1 acción.
- Grupos con iniciativas comunitarias en salud: Fueron programadas 27 acciones y fueron ejecutadas 22.

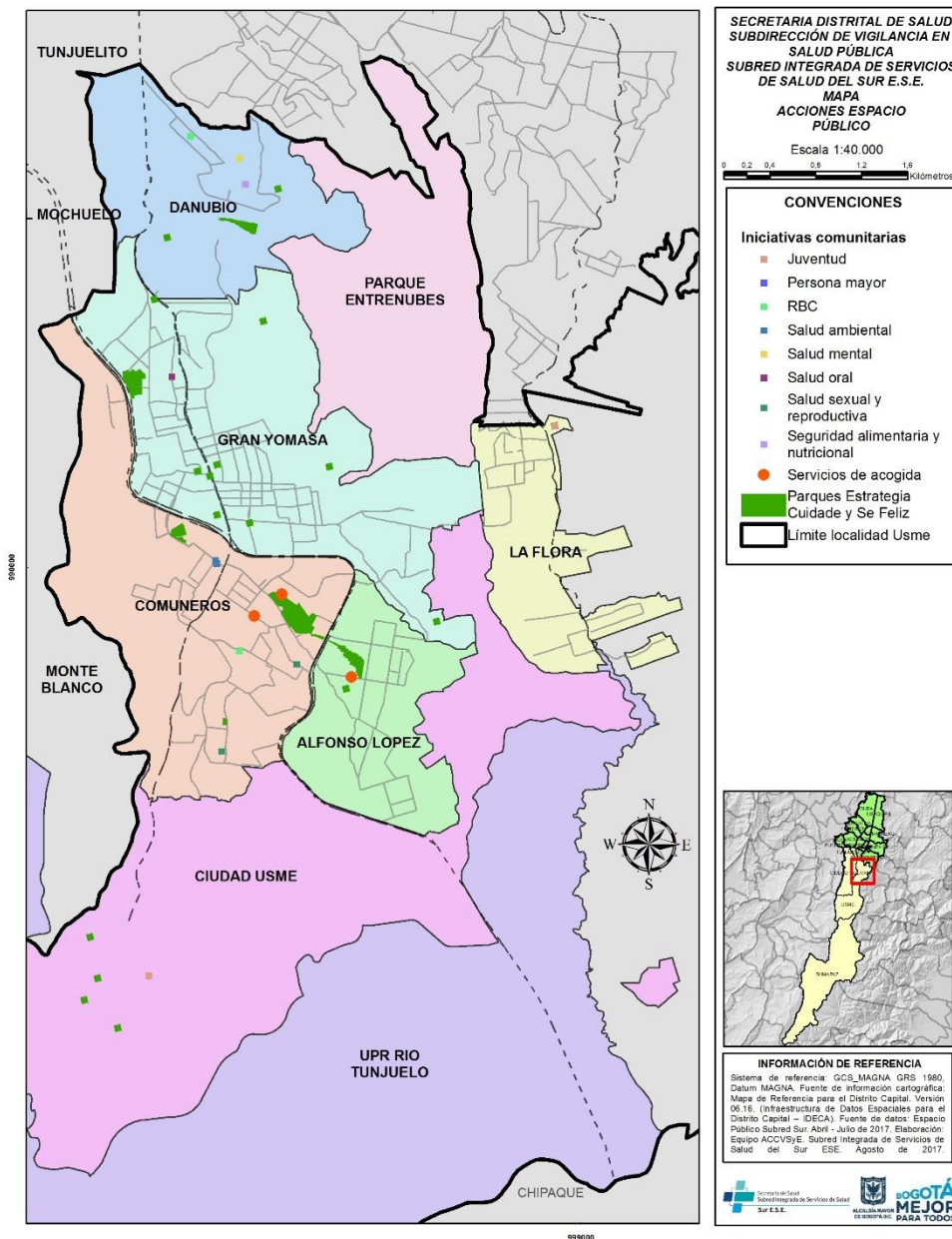
- Equipo técnico con fortalecimiento de capacidades: Fueron programadas 0.3 acciones y no fue ejecutada.

Los indicadores examinados por este espacio fueron:

- Barrios con riesgo alto para intervenciones en salud en el Espacio Público: El indicador se encuentra a un 89%.
- Implementación de intervenciones en Salud en el espacio público, en barrios de alto riesgo caracterizados: El indicador se encuentra a un 29%.
- Porcentaje de población en riesgo alto y medio de consumo de SPA: El indicador se encuentra al 90%. En el servicio de acogida se evidencia que la población tiene varias adicciones (policonsumidora), generando mayores factores de riesgo ante el consumo de spa.
- Porcentaje de canalizaciones efectivas: El indicador figura al 12%. Frente a la efectividad se evidencia que se ha brindado atención a casos que se han canalizado a sectores como Secretaría de Integración Social.
- Porcentaje de superación de consumo: No hay medición debido a que en el mes de julio se realizó el cierre del proceso.
- Participación comunitaria en iniciativas comunitarias en salud: Indicador al 100%.
- Estrategias con iniciativas comunitarias: Este indicador se encuentra al 60%.
- Porcentaje de adherencia a las iniciativas comunitarias en salud: El indicador se encuentra al 70%.
- Porcentaje de representantes de los diversos grupos poblaciones en las iniciativas comunitarias: El indicador se encuentra al 10%. Corresponde a persona con discapacidad.

Por parte de canalizaciones y activaciones de ruta realizadas a nivel intersectorial, sectorial y en los espacios se llevaron a cabo 100 activaciones intersectoriales; actividades sectoriales 21 por aseguramiento y 2 por pos. No se realizaron activaciones por espacio de vida.

**Mapa 7. Acciones Espacio Público. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio de 2017.**



Fuente: Espacio Público Subred Sur. Abril – Julio de 2017.

## 5.4. Espacio Trabajo

### 5.4.1. Caracterización del espacio, programa o proceso

El propósito del proceso desarrollado en el espacio de trabajo obedece a contribuir a 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. Además busca la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en la población trabajadora.

Las situaciones dentro de las que se espera intervenir corresponden a trabajadores expuestos a diferentes riesgos como químicos por 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 generando riesgos relacionados con posturas mantenidas y prolongadas, movimientos repetitivos, cambios bruscos de temperatura, ausencia de mantenimiento de máquinas, no uso de elementos de protección personal y cambios bruscos de temperatura. Los riesgos mencionados anteriormente sumados a radiación no ionizante 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.

Las zonas y sitios en donde se desarrollan las intervenciones del espacio de trabajo en localidad de Usme corresponde a:

**Acción integradora: Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud.**

**Actividades desarrolladas:** Unidades de Trabajo Informal de alto y mediano impacto, grupos organizados de trabajadores informales, centros de escucha y personas en ejercicio de la prostitución.

#### **UPZ 56 Danubio**

Zona de alta concentración comercial con trabajadores informales expuestos a riesgos y sin intervención.

#### **UPZ 57 Gran Yomasa**

Barrios Santa Librada, Marichuela, Cortijo, La Aurora, Barranquillita, Santa Marta: Zona de alta concentración comercial con presencia de trabajadores informales.

#### **UPZ 58 Comuneros**

Barrios Monteblando, Tenerife, Virrey, Comuneros, Chuniza. Concentración alta de trabajadores informales expuestos a riesgos ocupacionales.

#### **UPZ 59 Alfonso López**

Alta concentración comercial y presencia de NNA trabajadores

**Acción integradora: Desvinculación progresiva de los niños, niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”**

**Actividades desarrolladas:** Niñas y niños trabajadores, adolescente trabajadores y acciones colectivas.

**UPZ 57 Gran Yomasa**

**Barrios La Aurora, Salazar.** Presencia de NNA trabajadores sin intervención

**UPZ 59 Alfonso López**

Alta concentración comercial y presencia de NNA trabajadores

**UPZ 61 Ciudad Usme**

Alta zona comercial con gran afluencia de NNA trabajadores.

Para el despliegue de las dos acciones integradoras se desarrolla la metodología de recolección de la información:

**Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud:**

- Búsqueda activa de la población objeto (trabajadoras y trabajadores informales en unidades de trabajo tanto de alto como mediano impacto y sitios en ejercicio de prostitución) se despliega la estrategia y motiva la participación de la población.
- Diligenciamiento de la caracterización de condiciones de salud y trabajo en Ficha de caracterización Unidades de trabajo informal – Espacio Trabajo.
- Activación de ruta o canalización de acuerdo a la necesidad del caso
- Observación de procesos productivos para la identificación de riesgos y medidas de intervención como insumo para la concertación del plan de trabajo
- Despliegue del plan de trabajo a través de IEC estableciendo compromisos y recomendaciones. Estas acciones se desarrollan a través de 3 acompañamientos y una visita de monitoreo o seguimiento.
- 4 sesiones en un mes para los grupos organizados de trabajadores informales.

Para el desarrollo de acciones relacionadas con Centros de Escucha para personas en ejercicio de prostitución:

- Identificación de la ubicación de los sitios de prostitución en la localidad

- Contactar al dueño o administrador de cita para el despliegue de estrategia explicado cada una de las actividades.
- Se inicia las siguientes actividades en el marco de 40 horas por cada centro de escucha:  
Recorridos de Calle, Escucha activa, Acciones Lúdicas Pedagógicas, Asesorías psicosociales, Tamizaje de VIH y sífilis, Activación de ruta a casos positivos, Seguimientos a casos, Fortalecimiento de redes.
- Diligenciamiento de formatos de según necesidad.

#### **Desvinculación progresiva de los niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil. “Ruta para alejarse del trabajo infantil”:**

- Búsqueda activa de la población objeto (niños, niñas, adolescentes trabajadores tanto en unidades de trabajo como en zonas de riesgo como plazas de mercado y semáforos se despliegue la estrategia y se concerta para la implementación de la misma.
- Diligenciamiento de la caracterización de condiciones de salud y trabajo en Ficha de caracterización Trabajo Infantil – Espacio Trabajo.
- Activación de ruta o canalización de acuerdo a la necesidad del caso
- Despliegue del plan de trabajo en el marco de 10 habilidades para la vida a través de 3 acompañamientos y una visita de monitoreo o seguimiento.
- 1 sola sesión en el caso de las acciones colectivas donde se caracteriza el grupo y desarrolla temática.

#### **5.4.2. Resultados**

En relación a las respuestas brindadas a la localidad se realiza 30 cierres de procesos de unidades de trabajo informal de alto impacto con una ejecución del 8%, de las cuales 21 mejoran sus condiciones de trabajo y 9 implementan recomendaciones parcialmente relacionadas con uso de elementos de protección personal, hojas de seguridad. Además se cuenta con la apertura de 80 unidades de trabajo de las cuales 69 han avanzado en el tercer acompañamiento, 10 en el segundo acompañamiento y 1 solo con primer acompañamiento. Para unidades de trabajo de mediano impacto no se cierran procesos pero se realiza apertura de 249 unidades de las cuales 79 cuentan con tercer acompañamiento, 105 con segundo acompañamiento y 57 con primer acompañamiento.

En relación a GOTIS se avanza en el 25% de la meta signada para la vigencia realizando implementación de acciones educativas para la identificación y control de riesgos, hábitos saludables en 20 trabajadores. En relación a centros de escucha para personas en ejercicio de prostitución se ha avanzado en el 33% en relación a la meta programada con un cubrimiento de 246 personas en ejercicio de prostitución

educadas en percepción de salud. Se ha logrado cerrar 12 casos de niños, niñas y adolescentes trabajadores con desvinculación de 5 niños de las peores formas de trabajo infantil, además se ha avanzado en la apertura de 129 casos de niños y niñas de los cuales 73 cuentan con tercer acompañamiento, 38 con segundo acompañamiento y 18 con primer acompañamiento, logrado avance en el cumplimiento de la meta del 3% en relación a lo programado para la vigencia.

En relación a los casos de adolescentes no se realiza cierres, sin embargo se logra la apertura de 55 casos de los cuales 26 cuentan con tercer acompañamiento, 11 con segundo acompañamiento y 18 con primer acompañamiento para la implementación de temas enfocados a 10 habilidades para la vida enfocando a los padres de familia o acudientes. De 18 colectivos para aportar a la desvinculación se encuentra un cumplimiento a la ejecución del 22% impactando las zonas de riesgo de trabajo infantil como plazas de mercado, semáforos e instituciones como Secretaria de integración social “Estrategia PRINTI” dedicada al trabajo con niños y adolescentes trabajadores.

Los resultados obtenidos durante el proceso a través de las acciones realizadas en el espacio trabajo se encontró que durante la vigencia informada se logro se caracterizó 351 unidades de trabajo de las cuales el 83% equivalente a 293 unidades, se encuentra con exposición a riesgos cuyos niveles de daño y exposición son altos afectando en mayor proporción a sus trabajadores. Por lo tanto se desarrolló acciones enfocadas a disminuir e impacto en salud generado por el desarrollo de dichas actividades y mejorar los entornos de trabajo a través del despliegue de acciones de promoción y prevención.

En relación al número de trabajadores informales caracterizados con afectación por las condiciones de trabajo en las UTIS / Número total de trabajadores caracterizados en las UTIS, se encontró que de los 482 trabajadores caracterizados, el 16% correspondiente a 78 trabajadores se encuentran afectados por condiciones de trabajo relacionados con la manipulación de sustancias químicas derivadas de las actividades económicas que dentro de su proceso productivo usan sustancias cancerígenas generando fibras, polvos, humos u otros riesgos como falta de iluminación, ruido, temperaturas extremas. Por lo tanto se desarrolla acciones educativas para la implementación de acciones que contribuyen a minimizar la exposición y consecuencias en salud de los trabajadores informales.

### **Número de UTIS que desarrollan el decálogo de entornos de trabajo saludable que participan en GOTIS / Número total de UTIS que participan en GOTIS.**

Se desarrolló 2 Grupos organizados de trabajadores informales con abordaje de 20 trabajadores y desplegando el proceso avanzando en la sensibilización en temas de afiliación a seguridad social, reconocimiento de procesos de autogestión, estilos de vida saludables, espacios de trabajo con mejora en las condiciones de trabajo, orden y aseo, reconocimiento de riesgos de acuerdo a espacios, disminución de accidentes laborales.

### **De acuerdo al número de UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables / Número total de UTIS caracterizadas**

De 351 unidades de trabajo con apertura se logró cerrar el 8% correspondiente a 30 unidades de alto impacto, logrando en 21 de ellas el mejoramiento de las condiciones de trabajo a través de la implementación por parte de los trabajadores del 100% de las recomendaciones establecidas y solo 9 de estas unidades culminan el proceso con plan de mejoramiento quedando pendiente recomendaciones relacionadas con uso continuo de elementos de protección personal, lectura de hojas de seguridad.

**Número de personas con prueba positiva y con activación de ruta efectiva / Número total de personas con prueba realizada y resultado positivo para VIH y Sífilis.**

En la ejecución de las actividades de los Centros de Escucha con personas en ejercicio de prostitución se ha logrado aplicar 60 pruebas rápidas de VIH y 30 pruebas rápidas de sífilis, encontrando 2 casos positivos de sífilis con activación de ruta, uno de ellos a la prueba confirmatoria sale negativa y el otro caso al llamado telefónico para el agentamiento de cita no responde al teléfono suministrado por la misma usuaria. Además se encuentra una prueba rápida de VIH a quien no se activó ruta, sin embargo se orientó en el proceso, quien refirió que asistía a la cita, sin embargo o al pasar los días no asistió y al seguimiento firmo un disentimiento informado.

**Número de personas en ejercicio de prostitución que modifican la percepción del riesgo relacionada con su salud / Número de personas que participan en las acciones de centros de escucha.**

En la ejecución de los centros de escucha se ha abordado 246 personas que ejercen la prostitución realizando el abordaje de temáticas relacionadas con el fortalecimiento de habilidades para la sana convivencia, rompiendo mitos e imaginarios en la salud, fortalecimiento en temas relacionados con la salud como salud sexual reproductiva, infecciones de transmisión sexual, uso adecuado de preservativo, hábitos saludables, se realiza entrega de 1294 preservativos. Todo esto con el fin de permitir que esta población modifique la percepción del riesgo en relación a la salud.

**Trabajo infantil y Trabajo adolescente**

De acuerdo con el número de Niños y niñas trabajadores con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil / Número total de Niños y Niñas trabajadores caracterizados, de los 141 casos de niños y niñas trabajadores con aperturas se cierra al mes de julio 12 casos de los cuales 5 se logra la desvinculación laboral aportando al ejercicio de los derechos de los niños y niñas, mejorando sus procesos escolares y fortaleciendo habilidades para la vida. Además se logran vincular a la estrategia PRINTI como parte de la desvinculación. Los 7 casos que no se logra desvincular se dejan recomendaciones relacionadas con prevención de vulneración de derechos, temas de 10 habilidades para la vida, desarrollo de actividades propias para la edad de los niños y que fomenten un adecuado desarrollo integral.

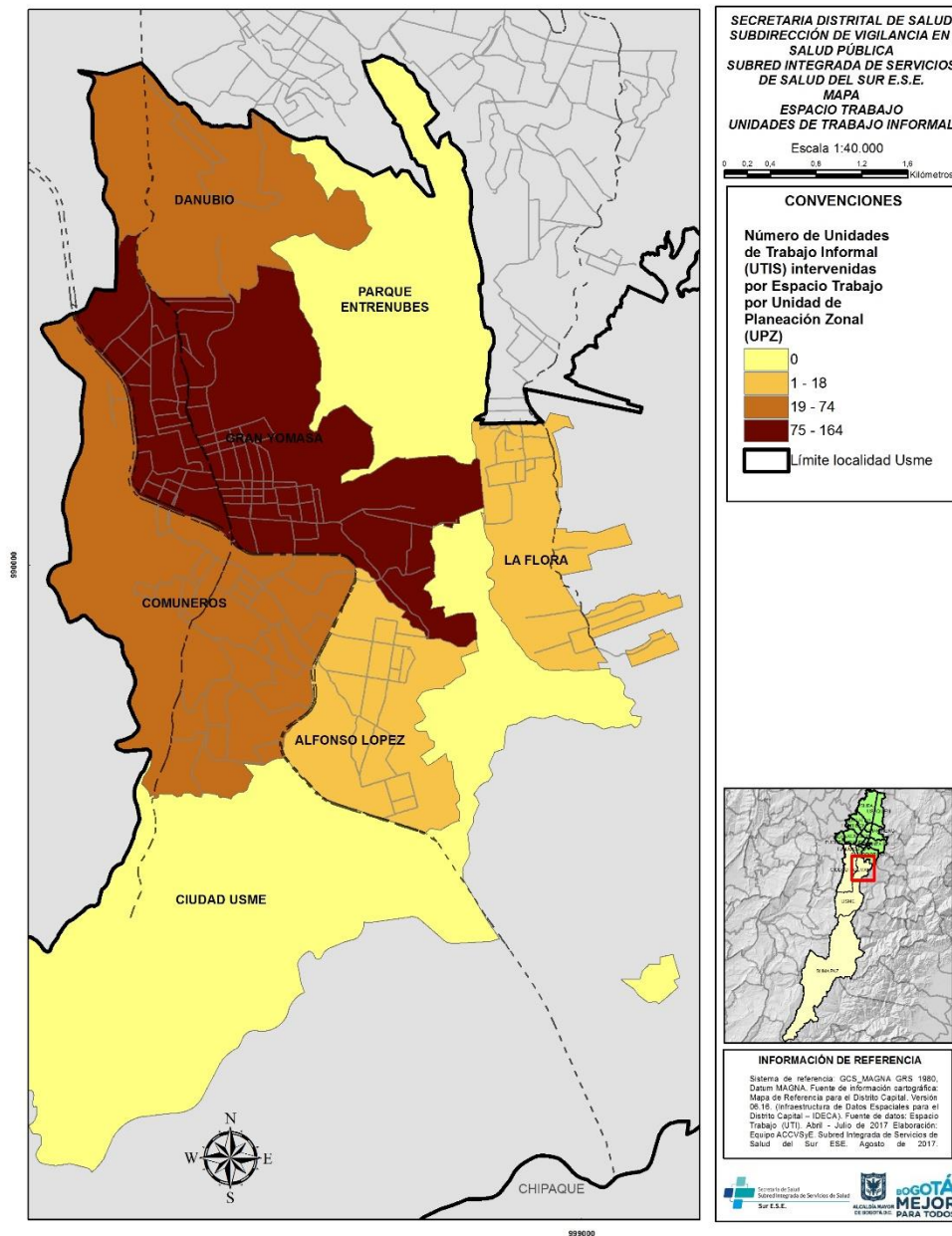


## **Número de Adolescentes con promoción de trabajo protegido / Número Total de adolescentes trabajadores caracterizados.**

De los 55 casos que se inició proceso en la vigencia se evidencia exposición a diferentes riesgos que afectan su salud y desarrollo integral, no siendo posible culminar los procesos de acuerdo a la periodicidad establecida de SDS; manteniendo en CERO el indicador. Por lo tanto se avanza en el despliegue de plan de trabajo para cada uno de los casos relacionado con 10 habilidades para la vida, proyecto de vida, hábitos saludables, salud sexual y reproductiva y prevención y control de riesgos, normatividad. Esto con el fin de lograr adolescentes con condiciones de trabajo protegido.

En la activación de ruta se ha realizado 70 activaciones de trabajadores Durante la vigencia informada, siendo necesaria activar 5 trabajadores a otras instituciones, 56 trabajadores a servicios de salud por síntomas de alarma relacionados con exposición a sustancias cancerígenas como amoníaco, asbesto, sílice entre otros y 9 activaciones de ruta para gestión por aseguramiento. En relación a niños, niñas y adolescentes trabajadores se realiza 125 activaciones de ruta siendo 111 intersectoriales, 9 para aseguramiento y 5 para atención por salud relacionada con condiciones crónicas.

**Mapa 8. Unidades de Trabajo Informal intervenidas desde Espacio Trabajo. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio de 2017.**



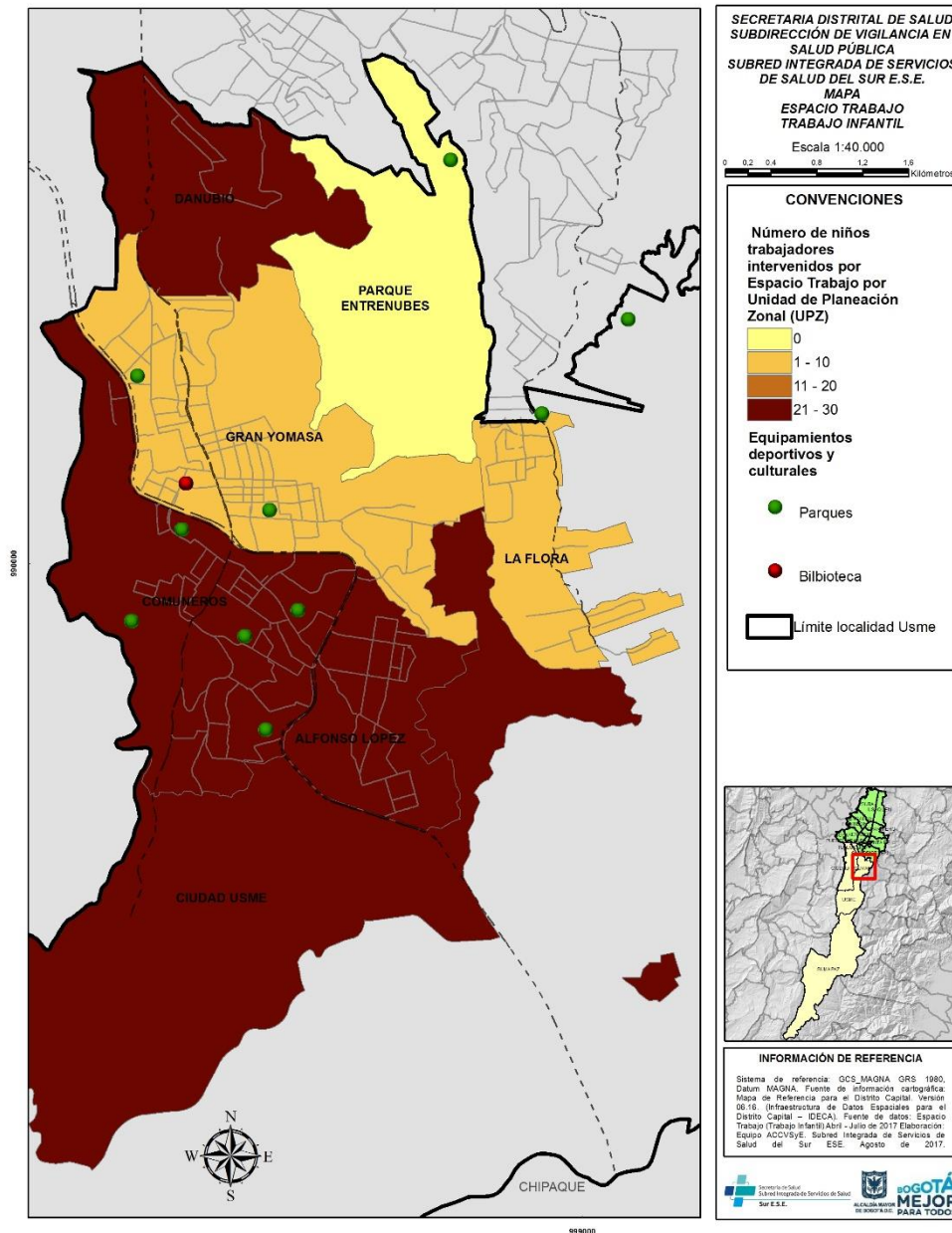
Fuente: Espacio Trabajo (UTI). Abril – Julio de 2017.

Se visibiliza en el mapa la descripción de las zonas más relevantes en relación a la ubicación de las unidades de trabajo informal intervenidas en las 3 localidades urbanas de la subred SUR en el periodo abril – julio de 2017. Las acciones desarrolladas en cada una de las unidades de trabajo informal obedecen a una búsqueda activa, caracterización en condiciones de salud y trabajo que permite evidenciar los riesgos de exposición y las medidas de intervención a desarrollar para el control y mitigación de dichos riesgos, posteriormente se realiza la

implementación de las acciones acordes a las medidas de intervención propuestas con el fin de mejorar las condiciones de salud y trabajo de la población identificada a través de actividades educativas y correctivas.

Para la localidad de Usme se evidencia un abordaje de 338 unidades de trabajo informal, encontrado que la mayor concentración se relaciona en la UPZ 57 abordado 181 correspondiente al 53% de las unidades de trabajo caracterizadas, siendo YOMASA un sector reconocido como zona de alta concentración comercial donde sus las actividades económicas desempeñadas por la población trabajadora informal expuesta a diferentes condiciones de riesgo obedece vidrierías, ferreterías, restaurantes, panaderías, peluquerías, comidas rápidas, cafeterías, talleres de mecánica y veta de pinturas. Otra zona de concentración de las intervenciones de unidades de trabajo informal corresponde a la UPZ 56 con 75 unidades de trabajo caracterizadas correspondiente al 20% unidades de trabajo caracterizadas siendo también una zona de alta concentración comercial relacionada con talleres de mecánica, carpinterías, peluquerías, ferreterías y depósitos, vidrierías, ventas de comida entre otras con gran exposición a riesgos de las y los trabajadores que se encuentran en la informalidad y expuestos a diferentes riesgos y siendo abordados por la subred con el fin de lograr mejorar las condiciones de salud y trabajo.

## **Mapa 9. Trabajadores infantiles y adolescentes intervenidos desde Espacio Trabajo. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio de 2017.**



Fuente: Espacio Trabajo (Trabajo Infantil). Abril – Julio de 2017.

Se puede evidenciar en el mapa las zonas más relevantes en relación a la ubicación de los casos de niños, niñas y adolescentes trabajadores intervenidos en las 3 localidades urbanas de la subred SUR en el periodo abril – julio de 2017. Dichas acciones desarrolladas con cada uno de los casos corresponde a una búsqueda activa, caracterización en condiciones de salud y trabajo evidenciando a través de ello situaciones que afectan la calidad de vida y salud de los niños, niñas y

adolescentes además de la vulneración de derechos y sus redes de apoyo, posteriormente se realiza la implementación de un plan de trabajo enfocado en temas de 10 habilidades para la vida involucrando tanto a padres como cuidadores, son dichas acciones se pretende lograr la desvinculación laboral y así impactar positivamente en la salud y bienestar de dicha población.

Para la localidad de Usme se aborda 147 casos de niños, niñas y adolescentes con mayor concentración en la UPZ 61 con 74 casos donde el 50% de los casos abordados, siendo esta zona de gran afluencia comercial donde los niños, niñas y adolescentes desarrollan actividades laborales ya sea con sus padres o con otras personas, la gran mayoría no reciben un salario desarrollado dichas actividades como ayuda al grupo familiar o a cambio de otros servicios como ropa o alimentación.

## **5.5. Vigilancia Sanitaria**

### **5.5.1. Caracterización del espacio, programa y proceso**

La Vigilancia Sanitaria se orienta a la caracterización e identificación de factores de riesgo, asesoría y asistencia técnica, levantamiento de planes de mejoramiento, aplicación de medidas sanitarias, promoción de buenas prácticas e investigación epidemiológica de campo de eventos mórbidos relacionados con determinantes ambientales.

A su vez la Vigilancia Ambiental se enfoca en el monitoreo y control permanente a diferentes factores de deterioro ambiental, contaminación atmosférica, contaminación hídrica, contaminación auditiva, electro-polución y contaminación visual que pueden afectar los recursos naturales y su funcionalidad, y consecuentemente a la salud de la población.

En este sentido la vigilancia de la salud ambiental, tiene como propósito impactar positivamente los determinantes sociales de la salud<sup>1</sup>, a través de la ejecución de acciones desarrolladas en el marco de las normas sanitarias internacionales y nacionales establecidas para dicho fin, documentos CONPES, acciones de Promoción de la Salud y de Gestión del Riesgo, la atención primaria en salud –APS- y las metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública.

Los resultados de Vigilancia sanitaria, se enmarcan en las acciones que se realizan desde este componente. Línea de Alimentos Sanos y Seguros: esta línea busca identificar factores de riesgo relacionados con la presencia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA). Esto se realiza mediante seguimiento sanitario a establecimientos en los cuales se preparan y comercializan alimentos, con el fin de lograr la eliminación de factores de riesgo relacionados con la presentación de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS).

---

<sup>1</sup> Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)



Los principales eventos mórbidos y mortales cuya prevención contribuye esta línea, son los casos individuales o brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA y priorizar la inspección de vehículos con enfoque de riesgo.

**Línea de Seguridad Química:** Esta línea busca verificar el adecuado uso, manejo, expendio y almacenamiento de las sustancias químicas que con ocasión del desarrollo de las actividades que las emplean, pueden implicar riesgos para la salud pública y la contaminación del ambiente, a través de las visitas de inspección, vigilancia y control. También se vigila los eventos en salud derivados de la exposición a sustancias químicas (intoxicaciones agudas y crónicas), la gestión de riesgos relacionados con el manejo de las mismas y la gestión de residuos generados en los espacios de vida cotidiana (educativo, público, vivienda, trabajo).

Esa línea se desarrolla mediante estrategias de información y comunicación, enfocadas a mejorar el conocimiento sobre normatividad sanitaria, factores de riesgo, efectos en salud y gestión de riesgo químico; dirigidos a trabajadores y a comunidad en general. **Línea de Medicamentos Seguros:** Mediante visitas de Inspección, Vigilancia y Control a actividades educativas se contribuye a la defensa de los derechos de las personas a que le sean suministrados medicamentos, dispositivos médicos y productos farmacéuticos, de calidad, gestionándolos integralmente en procura de un ambiente sano y previniendo y mitigando los riesgos que produce su inadecuado manejo.

**Línea de Aire, Ruido y REM:** En los operativos de control de espacios 100% libres de humo, se busca minimizar y controlar los riesgos debido a la exposición del humo del cigarrillo, como factor contaminante del aire.

**Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico:** Mejorar las condiciones higiénicas y sanitarias en viviendas y establecimientos abiertos al público, con el fin minimizar y controlar los riesgos sanitarios que afectan a la población.

**Línea de Eventos transmisibles de origen zoonótico:** Prevenir en un 100% la presencia de casos de rabia humana autóctonos en el Distrito. Prevenir la transmisión de zoonosis mediante la generación de hábitos y competencias en las personas para una sana convivencia con animales.

Las actividades de Inspección Vigilancia y Control (IVC), se realiza a todos los establecimientos abiertos al público, en las diferentes UPZ de la localidad, además se incluye intervención de IVC a fábricas en la línea de seguridad química de acuerdo a lo ofertado con Secretaría Distrital de Salud.

Las actividades de la línea de enfermedades de origen Zoonotico como es el Control de vectores se realizan por solicitud de la comunidad y de acuerdo a lineamientos dados por la Secretaria Distrital de Salud; además se realiza la atención al seguimiento de agresión por animal mordedor centrada en prevención de la rabia por notificación de UPGDS privadas y públicas, la vacunación canina y felina se está realizando por barrido casa a casa, jornadas y puntos fijos en los CAPS los días viernes, la esterilización canina se realiza de acuerdo a programación de la empresa que lleva el proceso y por solicitud de la comunidad. También se

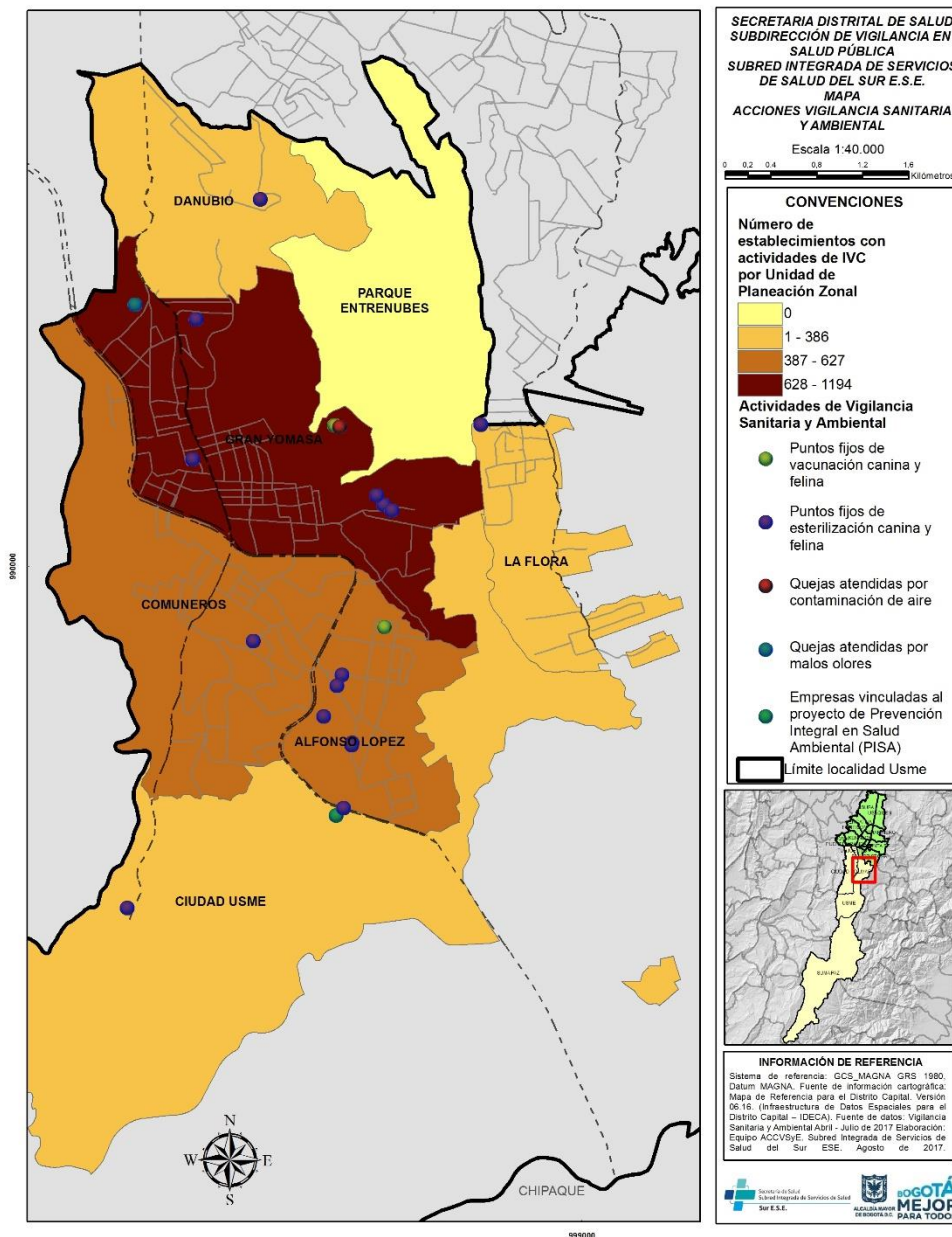
atienden las solicitudes, quejas, y derechos de petición especialmente aquellos relacionados con la tenencia inadecuada de animales y de las demás instituciones locales y distritales.

Las actividades de la línea de aire se adelantan de acuerdo a las solicitudes, quejas o por diagnóstico de la UPZ o institución priorizadas para aplicar encuestas y hacer el análisis de la información recolectada o suministrada por la comunidad con el fin de identificar la problemática en salud ambiental.

La recolección de la información se realiza mediante el diligenciamiento de instrumentos dispuestos para cada una de las líneas de acción y puntos críticos. Esta información se almacena en un sistema denominado SISA, mediante el cual se hace seguimiento a la ejecución mensual de metas y también al cumplimiento presupuestal de las mismas.

Además se cuenta con el Sistema de Vigilancia en Salud SIVIGILA. Sistema de información que permite “la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.”

**Mapa 10. Acciones Vigilancia Sanitaria y Ambiental. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio 2017.**



### 5.5.2. Resultados

Para el periodo abril – julio de 2017 según lo programado por la SDS y lo ejecutado por el equipo de técnicos y profesionales del componente se cuenta con un porcentaje de ejecución del 89,7% (n=48146) de las 53624 actividades programadas. Se realizaron 9229 visitas a establecimientos institucionales, industriales y comerciales de las cuatro localidades de la sub red sur por cada línea de intervención definidas en la política de salud ambiental para Bogotá D.C 2011 – 2023 y en cumplimiento de las normas sanitarias del Distrito.

El mayor número de visitas de inspección vigilancia y control es la línea de alimentos sanos y seguros con el 47,1% (n=4354), seguida de la línea de calidad de agua y saneamiento básico con el 25,3% (n= 2337). La línea de Seguridad Química realizó 2066 visitas a establecimientos dando cumplimiento al 100% de la programación. La localidad de Ciudad Bolívar desarrolla el mayor número de actividades, seguida de la localidad de Usme esto se tiene en cuenta por la densidad poblacional y de establecimientos abiertos al público.

En las cuatro localidades de la subred sur se han realizado 87 inspecciones a viviendas en el periodo de abril a julio de 2017 en respuesta a solicitudes por parte de la comunidad en tenencia inadecuada de animales el 56,3 % (n= 49), visita integral de vectores el 25,2% (n= 22) y viviendas en alto riesgo el 60% (n=16).

La localidad de Usme ha dado cumplimiento del plan programático ocupando el primer lugar con 45 visitas, donde se ha logrado sensibilizar a la comunidad en la tenencia adecuada de mascotas y su responsabilidad frente al cuidado del animal. En los meses de abril a julio de 2017 se capacitaron 1787 personas, las líneas con mayor número de personas sensibilizadas en su orden son: Alimentos Sanos y Seguros con 1501 personas donde se ha logrado realizar un proceso de formación en temáticas sobre el manejo higiénico de alimentos y bebidas; prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos y la línea de seguridad química con 257 personas logrando capacitar a la comunidad en legislación sanitaria y ambiental y de salud ocupacional, seguridad industrial, manejo seguro de sustancias químicas y manejo de residuos peligrosos.

En los meses de abril a julio de 2017 se logró realizar un total de 7972 esterilizaciones gratuitas teniendo la mayor cobertura en el mes de mayo con 3386 y julio con 2213, la localidad que ha realizado mayor número de esterilizaciones es la localidad de Usme con 4068

De abril a julio 2017 se vacunó un total de 31026 animales de los cuales el 68,6% (n= 21302) fueron caninos y el 31,4% (n=9724) felinos. Las localidades que han vacunado el mayor número de animales son la localidad de Usme y Ciudad Bolívar teniendo en cuenta que estas localidades tienen el mayor número de población canina y felina en la sub red.

Como experiencia exitosa, se cita acciones de la línea de Enfermedades Transmitidas de Origen Zoonótico es la que ha tenido mayor impacto social, en lo relacionado con vacunación de felinos y caninos, la cual moviliza estrategias que permiten cubrir gran parte de los barrios de la subred sur, los colaboradores se desplazan diariamente hasta los diferentes barrios de la localidad, haciendo búsqueda activa casa a casa en búsqueda de mascotas que puedan ser inmunizados contra la rabia, contribuyendo a mantener en un 70% la cobertura de vacunación en la localidad.

## 5.6. Vigilancia en Salud Pública

### 5.6.1. Caracterización del espacio, programa o proceso

La Vigilancia de la Salud Pública es un proceso de monitoreo crítico de los determinantes y condiciones de la salud colectiva que permite fundamentar la evaluación de las acciones emprendidas, implica que su abordaje contemple la vigilancia demográfica, (estructura y dinámica poblacional), vigilancia epidemiológica (condiciones de salud), servicios de salud (respuesta a estas condiciones de salud) y la relación de las condiciones ambientales y la salud (vigilancia sanitaria y ambiental).

El desarrollo de este abordaje a través de diferentes métodos y estrategias (vigilancia pasiva, activa, rutinaria, intensificada, centinela), implica tres acciones integradas entre sí, para el logro de su propósito:

Gestión de la información para la VSP

Intervenciones individuales y colectivas en la VSP

Análisis y retroalimentación de la información de la VSP

Bajo este contexto, se estructura la operación y desarrollo de la VSP desde el Plan de Intervenciones Colectivas para el Periodo abril de 2017 a febrero de 2018, teniendo en cuenta para ello el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública del nivel nacional "SIVIGILA" y el "SIVIGILA DC". Fluirá a través de ocho (8) componentes, en armonía con las DIMENSIONES PRIORITARIAS abordadas en el Plan decenal de Salud Pública PDSP 2012 - 2021:

- 1) Vigilancia de la Salud Ambiental.
- 2) Vigilancia Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles.
- 3) Vigilancia Convivencia Social y Salud Mental.
- 4) Vigilancia Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- 5) Vigilancia Salud materna/infantil y Salud sexual y Reproductiva.
- 6) Vigilancia de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.
- 7) Gestión del riesgo para la atención de Urgencias y Emergencias en Salud Pública.
- 8) Vigilancia comunitaria para el abordaje de la Salud Pública.

La Vigilancia en Salud Pública Distrital, incorpora el monitoreo de eventos que son de gran impacto en la salud de la población de la ciudad y que aún no están considerados en el sistema nacional de Vigilancia de la salud pública. Tener la capacidad de vigilar estos eventos que superan el modelo nacional, implica una estructuración de procesos y la creación de sistemas de informáticos, denominando la completa operación integrada de los mismos "Gestión de la Información para la VSP"



### 5.6.1.1 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual – SIVIM

**Tabla 49. Distribución de notificación por localidad de Usme y Subred Sur, abril a julio 2017.**

Mes	Usme	Total Subred
Abril	100	298
Mayo	256	885
Junio	170	480
Julio	179	716
<b>Total</b>	<b>705</b>	<b>2379</b>

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

La localidad que mayor número de notificaciones en los meses de abril a julio de 2017 fue Ciudad Bolívar con n= (1449) reportes, seguida por la localidad de Usme con n= (705) reportes, en tercer lugar Tunjuelito con n= (224) notificaciones.

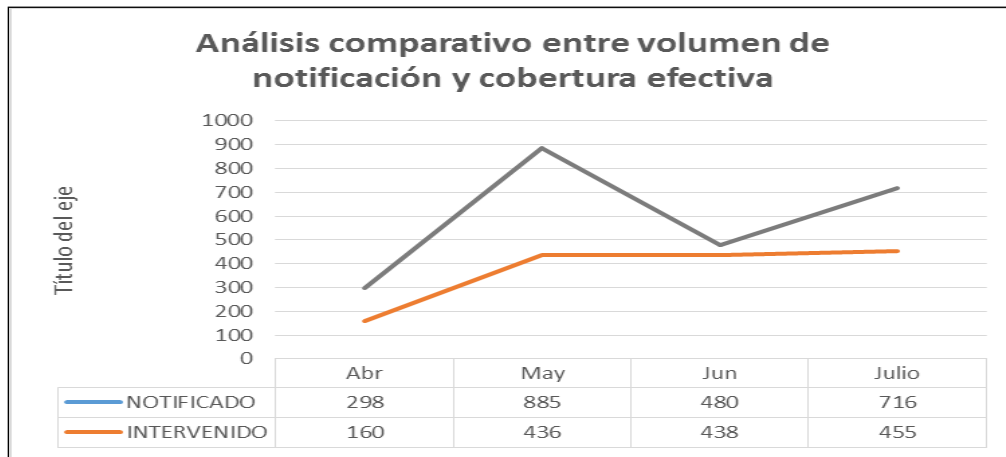
**Tabla 50. Número de casos caracterizados, localidad de Usme y Subred Sur, abril a julio 2017.**

Mes	Usme	Total Subred
Abril	39	160
Mayo	167	436
Junio	122	438
Julio	111	455
<b>Total</b>	<b>439</b>	<b>1489</b>

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

En la tabla se identifica que la localidad con la mayor cobertura frente a caracterizaciones esta Ciudad Bolívar con n= (949), seguida por la localidad de Usme con n= (439) caracterizaciones y Tunjuelito con n= (101) eventos abordados.

**Gráfico 9 Análisis comparativo entre volumen de notificación y cobertura efectiva por caracterización Subred Sur, abril a julio 2017**



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

Para el mes de abril se presentó un volumen de notificación de  $n = (298)$  reportes, con una oportunidad en la efectividad de cobertura de  $n = (160)$  caracterizaciones, para el mes de mayo un volumen de notificación de  $n = (885)$  reportes, para una efectividad en cobertura de  $n = (436)$  caracterizaciones. Para el mes de junio un volumen de notificación de  $n = (480)$  reportes, para una efectividad en cobertura de  $n = (438)$ , y en el mes de julio  $n$  volumen de notificación de  $n = (716)$  casos, para una efectividad en cobertura de  $n = (455)$ .

Frente a estos datos se identifica el Subsistema de Vigilancia SIVIM presenta una inoportunidad en la cobertura de las caracterizaciones, en relación alto volumen de notificaciones, esto relacionado con las condiciones de alta densidad poblacional por la cual está conformada la subred Sur, en especial por las localidades de Ciudad Bolívar y Usme. En segunda instancia el trabajo sostenido y sistemático que se realiza en el mantenimiento de UPGD y Unidades Informadoras como fuentes de notificación continúa. Y en tercer lugar una incidencia socio-cultural de familias multi-problemáticas asociados a factores de predisposición de sus historias de vida (alcoholismo, desplazamiento, vulnerabilidad económica y hacinamiento entre otros).

**Tabla 51. Número de casos caracterizados por violencia sexual Subred Sur, abril a julio 2017**

Violencia	Mes	Usme	Total Subred
Sexual	Abril	13	26
	Mayo	16	54
	Junio	14	48
	Julio	18	71
	<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>199</b>

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

Los meses de abril a julio de 2017 la localidad que mayor incidencia de eventos de violencia sexual con caracterizaciones efectivas fue Ciudad Bolívar con un  $n = (122)$ , seguida por la localidad de Usme con  $n = (61)$  atenciones y en tercer lugar Tunjuelito con  $n = (16)$  casos caracterizados.

Los resultados evidenciados en la tabla ratifican que la localidad de mayor riesgo frente a la violencia sexual es Ciudad Bolívar, tendencia que se mantiene en otras violencias, siendo determinante su densidad poblacional como factor predisponente.

**Tabla 52. Población con caracterización y priorizada para activación, Subred Sur, abril a julio 2017.**

Mes	Usme	Total Subred
Abril	0	0
Mayo	20	45
Junio	20	75
Julio	20	85
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>205</b>

Fuente: Informe de Gestión Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E Abril – Julio 2017

El periodo Abril a Julio de 2017 desde el Subsistema de Vigilancia SIVIM realiza reporte de activación de ruta en la población caracterizada, según sus necesidades identificadas y población con eventos especiales.

Para tal fin se genera el diligenciamiento de formatos de activación de rutas para prioridades altas o se generan articulaciones con los COIS (Centros de orientación e Información en salud) de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito con el fin de direccionar los usuarios en quienes se identifiquen dificultades en accesibilidad.

Dentro de las poblaciones priorizadas para reporte a espacio vivienda, se estableció desde nivel central todos los menores de 5 años con evento asociado a violencia sexual, violencia económica y población gestante con cualquier tipo de violencia.

#### **5.6.1.2 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica para las Conductas Suicidas – SISVECOS**

La disminución de la notificación durante el mes de Abril se analiza por variable administrativa estructural asociada a la contratación de talento humano, estipulada para el inicio de vigencia para el Plan de Intervenciones Colectivas Abril 2017 a Febrero 2018, durante el mes de Junio se presenta variable estructural asociada al paro de maestros distrital y nacional, el cual se mantuvo aproximadamente un mes. Es de aclarar, que se encuentra mayor prevalencias para la identificación y notificación de eventos para las instituciones educativas para los eventos asociados a ideación suicida y amenaza suicida. En comparación al evento de Intento Suicida, donde la mayor prevalencia se presenta para el Intento Suicida.

**Tabla 53. Distribución de notificación por localidad y mes Subred Sur, abril a julio 2017.**

Mes	Usme	Total Subred
Abril	46	150
Mayo	154	314
Junio	61	203
Julio	116	324
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>991</b>

Fuente: Tablero de seguimiento SISVECOS SDS Abril 2017

Se identifica que a partir del cumplimiento del decreto 641 de 2016, la Localidad de Usme, presenta un incremento en la notificación, en relación a la localidad de ciudad bolívar, la cual presenta disminución significativa, a razones puede encontrarse la no cobertura a partir de asistencias técnicas y adaptabilidad de talento humano, e inicio de identificación y análisis con miradas holísticas para cuatro dinámicas locales particulares.

**Tabla 54. Distribución caracterizaciones de riesgo por localidad y mes Subred Sur, abril a julio 2017**

Mes	Usme	Total Subred
Abril	21	71
Mayo	138	260
Junio	77	220
Julio	80	241
<b>Total</b>	<b>316</b>	<b>792</b>

Fuente: Informe de Gestión Abril 2017 – Julio 2017

El comportamiento en relación a las caracterizaciones de riesgo (IEC), se encuentran sujetas a dos variables 1. Talento Humano contratado regido por tiempos y movimientos equivalentes a 4.5 Horas por caso, el cual incluye caracterización del evento y seguimiento y 2. Antecedente y actual comportamiento de la notificación de los eventos SISVECOS. Es de informar que la transición de cambio administración trae consigo disminución de recurso económico por lo tanto influye en las dinámicas de contratación de talento humano y en la ejecución de la IEC, esta última asociada a la disminución de tiempos de ejecución de las IEC en 1.5 Horas.

Administrativamente se encuentra una cobertura a partir de las caracterizaciones de riesgo por SISVECOS del 80% (n=792), frente a lo notificado. Actualmente se encuentra establecido para SISVECOS subred Integrada de Servicios en Salud cumplimiento de acuerdo a la dinámica de la notificación.

Importante resaltar que durante la vigencia Septiembre 2016 – Marzo 2017, la notificación era superior a lo que se lograba caracterizar, de acuerdo a lo negociado por nivel central. Por lo cual, la notificación no abordada, fue objeto de priorización

para esta vigencia, lo cual es otro punto a tener en cuenta frente al comportamiento de la notificación SISVECOS.

Durante el periodo Abril–Julio 2017, se generaron un total 57 casos fallido para la facturación de seis (6) casos. Esto de acuerdo a lo estipulado por nivel central donde, por cada tres casos fallidos se factura un caso, con el cumplimiento de tres de cinco criterios como: Llamada telefónica, Desplazamiento al lugar de reporte de dirección, no aceptar visita, verificación por Plan Ampliado de Inmunizaciones o Comunicación con EAPB.

**Tabla 55. Distribución de eventos caracterizados SISVECOS por mes y localidad Subred Sur, abril a julio 2017**

Evento	Usme Abril		Evento
	Hombre	Mujer	
Ideación Suicida	5	9	Ideación Suicida
Amenaza Suicida	0	1	Amenaza Suicida
Intento Suicida	0	6	Intento Suicida
Suicidio Consumado	0	0	Suicidio Consumado
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>Total</b>
Evento	Usme Mayo		Evento
	Hombre	Mujer	
Ideación Suicida	43	56	Ideación Suicida
Amenaza Suicida	3	9	Amenaza Suicida
Intento Suicida	10	17	Intento Suicida
Suicidio Consumado	0	0	Suicidio Consumado
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>82</b>	<b>Total</b>
Evento	Usme Junio		Evento
	Hombre	Mujer	
Ideación Suicida	17	23	Ideación Suicida
Amenaza Suicida	1	11	Amenaza Suicida
Intento Suicida	10	11	Intento Suicida
Suicidio Consumado	0	0	Suicidio Consumado
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>45</b>	<b>Total</b>
Evento	Usme Julio		Evento
	Hombre	Mujer	
Ideación Suicida	17	30	Ideación Suicida



Amenaza Suicida	9	13	Amenaza Suicida
Intento Suicida	2	9	Intento Suicida
Suicidio Consumado	0	0	Suicidio Consumado
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>52</b>	<b>Total</b>

Fuente Base de trabajo Interna SISVECOS Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E. Enero – Julio 2017

Los evento con mayor prevalencia en SISVECOS caracterizados durante el periodo Abril – Julio 2017, es la Ideación Suicida correspondiente al 60% (473), Intento suicida 32% (249) y la Amenaza Suicida 8%, (n=63). Durante este periodo se presentaron casos de conducta suicida asociado al Juego la Ballena Azul, sin ninguna identificación o notificación con resultado fatal para las localidades de la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E, dicha práctica fue mantenida e incrementada por el mal uso de los medios de comunicación frente al manejo en temas relacionados en Salud Mental. Lamentablemente no se contó con un diagnostico en relación a dicha problemática presentada, a su vez no se evidencia una respuesta integrada desde los diferentes sectores que a consideración deben ser parte de la respuesta.

Un aspecto, identificado es que a nivel intersectorial se le atribuye una única respuesta a las conductas suicidas al sector salud, lo cual se sugiere ser reconstruido, y el cual ha sido abordado desde la mesa institucional de salud mental en el cual se ha iniciado con la sensibilización de los participantes en dicha mensa así como la construcción de estrategias para promover acciones intersectoriales

**Tabla 56. Población con caracterización y priorizada para activación de ruta Subred Sur, abril a julio 2017**

Mes	Usme	Total Subred
Abril	0	0
Mayo	20	45
Junio	40	95
Julio	30	95
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>235</b>

Fuente: Informe de Gestión Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E Abril – Julio 2017

Durante el periodo Abril – Junio 2017, se estableció desde nivel central el cumplimiento para el reporte de a espacio vivienda donde casos de gestantes con cualquier topología de conducta presentada, Suicidios consumados en cualquier curso de vida, intento suicida en menores de 14 años, casos con riesgo severo, a partir del diligenciamiento de matriz en Excel en la cual el profesional que realizó la caracterización relacionará el plan de acción generado en conjunto con el usuario/ o cuidador cuando sea requerido. De acuerdo al seguimiento generado por el Espacio Vivienda vía correo electrónico durante el Periodo Abril – Julio se identifica para la Localidad de Usme 21 casos con seguimiento y 11 Casos sin seguimiento

con justificación asociada a Dirección Errada (n=5), rechazo de la visita (n=3) y no vive en la dirección reportada (n=3). Localidad Ciudad Bolívar casos con seguimiento (n=24) y 12 casos sin seguimiento con justificación dirección errada (n=8), no vive en la dirección reportada (n=2), y rechazo de la visita (n=2). Para la Localidad de Tunjuelito se encuentran 5 casos con seguimiento.

Para las generadas por SISVECOS a activaciones de ruta de prioridades altas, no se cuenta con base para verificación, de respuesta frente a estado de caso activado.

Frente al procedimiento de activación de ruta, es importante su evaluación a raíz de las siguientes falencias identificadas:

1. Se identifica actualmente dos mecanismos para la activación de rutas. Lo cual se presta para malinterpretaciones (mala calidad e inoportunidad). Es de aclarar que esto se encuentra establecido desde nivel central a partir del lineamiento. Existe para SISVECOS 2 formatos para activar una Ruta.
2. Se sugiere el fortalecimiento técnico al equipo asistencial y del plan de intervenciones colectivas frente a la utilización del formato. A su vez, es fundamental delimitar funciones asociadas al seguimiento de lo que se active o se genere reporte de ruta. Actualmente no se cuenta con portafolio de servicios intersectoriales, por tal motivo la activación a lo intersectorial no cuenta con una incidencia significativa.

Durante la vigencia Septiembre 2016 a la fecha la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E generó el fortalecimiento de la mesa en Salud Mental a partir de la estrategia de Modelo Integral de Salud PIC – POS, con la participación de la referente de Salud Mental de la Subred Sur (POS), Líder de Vigilancia en Salud Pública del componente de Salud Mental (SIVIM, SISVECOS, SIVELCE Y VESPA) y Profesional GPAISP – Salud Mental, con el fin de difundir las acciones que se ejecutan, los hallazgos identificados y las acciones a trabajar para lograr incidir en los siguientes aspectos 1. Documentar y afianzar a partir de la experiencia (resultados) la ruta preliminar en salud Mental para la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E 2. Incidir de manera oportuna en la identificación de riesgo que requiera de atenciones integrales desde lo asistencial y 3. Proveer información oportuna y con calidad, entre lo asistencial y el plan de intervenciones colectivas que permitan generar oferta de servicios acordes a las dinámicas locales identificadas

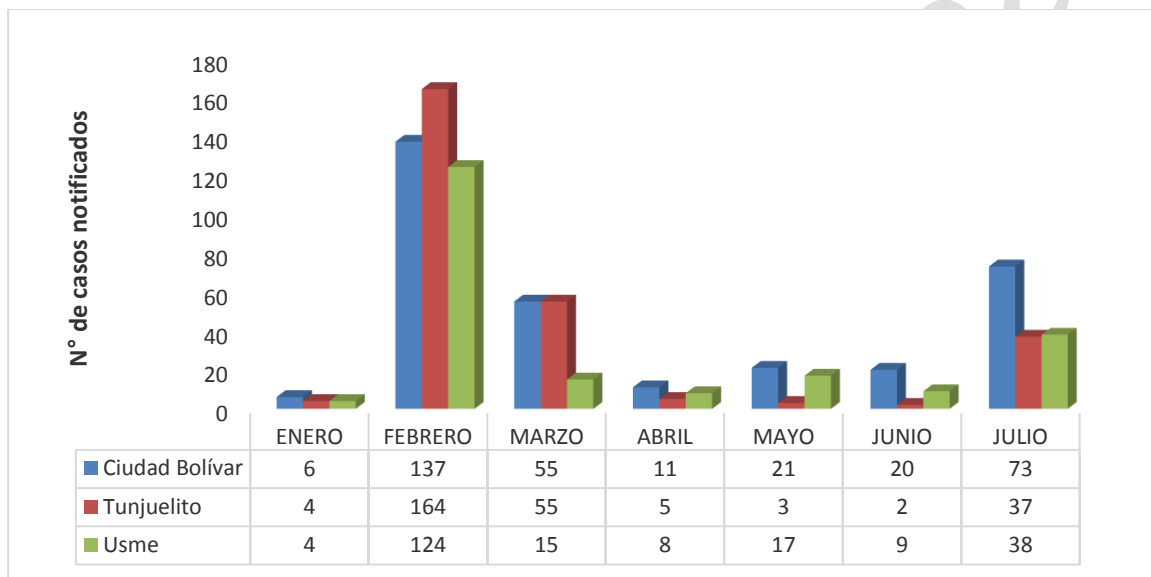
Como acciones a implementar es realizar de manera sistemática la documentación de los casos en los cuales se ha iniciado el trabajo desde la identificación del riesgo, lo asistencial y lo intersectorial.

Otro aspecto a implementar, es la captura de variables que permitan el análisis de variables como imaginarios en conductas suicidas, percepción de riesgo no atribuida por lo institucional si no por el usuario y verificar alternativas de capturas de narrativas diferentes a las actualmente identificadas “narrativa del daño”

### 5.6.1.3 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Sustancias Psicoactivas – VESPA

Para el periodo Enero – Julio 2017, se cuenta con una notificación de 810 eventos correspondientes a la subred Sur, de las UPGD caracterizadas a nivel distrital. Para los meses de Febrero y Marzo se idéntica un incremento en la notificación atribuido a los CAMAD puestos desde el espacio Público, durante los siguientes meses la notificación solo corresponde a la UPGD Tunjuelito la cual es la única con la que se cuenta para la subred sur y el incremento en julio corresponde a la notificación originada desde los centros de acogida del espacio público.

**Gráfico 10 Distribución de la notificación distrital VESPA a la Subred Sur, enero a julio 2017.**



Fuente: Base VESPA distrital. Enero – Julio 2017

### 5.6.1.4 Subsistema De Vigilancia Epidemiológica de las Lesiones de Causa Externa – SIVELCE

**Tabla 57. Distribución de notificación por localidad Subred Sur, Abril a julio 2017**

Mes	Usme	Total Subred
Abril	110	204
Mayo	233	321
Junio	229	347
Julio	148	240
<b>Total</b>	<b>720</b>	<b>1117</b>

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

La localidad que mayor número de notificaciones en los meses de abril a julio de 2017 fue Usme con  $n= (720)$  reportes a pesar que el número de UPGD caracterizadas para SIVELCE en esta localidad es menor, (2 UPGD) por lo contrario para la localidad de Ciudad Bolívar genero  $n= (326)$  reportes estando por debajo a pesar de su mayor numero de UPGD. (5 UPGD).

Se aclara que el volumen de notificaciones por LCE generadas de forma mensual no será concordantes con el volumen de caracterizaciones efectivas realizadas ante la priorización de los eventos según línea técnica SIVELCE, para lo cual se prioriza únicamente eventos de LCE en menor de 5 años y mayor de 60 años, lesiones por explosivos, pólvora o pirotecnia y lesiones por acido o corrosivos.

Tabla 58. Número de casos de menores de 5 años con evento IEC por localidad Subred Sur, abril a julio 2017

MES	Usme	Total
<b>ABRIL</b>	7	14
<b>MAYO</b>	14	19
<b>JUNIO</b>	16	24
<b>JULIO</b>	18	26
<b>Total</b>	55	83

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

En la tabla se aprecia que la localidad con la mayor cobertura frente a caracterizaciones esta Usme con  $n= (55)$ , seguida por la localidad de Ciudad Bolívar con  $n= (26)$  caracterizaciones, y Tunjuelito con  $n= (2)$  eventos abordados. Frente a estos datos se identifica que hay una correlación del aumento del volumen de notificación en la localidad de USME y la mayor cobertura en caracterizaciones.

Tabla 59. Número de Casos para Mayores de 60 Años con Evento LCE por Localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. 2017

MES	Usme	Total
<b>ABRIL</b>	10	18
<b>MAYO</b>	20	25
<b>JUNIO</b>	18	24
<b>JULIO</b>	14	18
<b>Total</b>	62	85

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

En la tabla se aprecia que la localidad con la mayor cobertura frente a caracterizaciones esta Usme con  $n= (62)$ , seguida por la localidad de Ciudad Bolívar con  $n= (19)$  caracterizaciones, y Tunjuelito con  $n= (4)$  eventos abordados.

**Tabla 60. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo por Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

EVENTOS	ARMA DE FUEGO		ARMA CORTOPUNZANTE		ARMA CONTUNDENTE	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
USME	2	1	21	3	13	5
TOTAL	6	1	54	8	23	14

Fuente: Base SIVELCE subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaría Distrital de Salud 2017.

En la tabla se aprecia que el sexo hombre es la población de mayor vulnerabilidad a sufrir LCE en todas las localidades en donde las lesiones por arma cortopunzante presenta la mayor incidencia con  $n= (54)$  lesiones, en segundo lugar el evento por arma contundente con  $n= (23)$  eventos y en tercer lugar por arma de fuego con  $n= (6)$  lesionados. Para las mujeres la mayor incidencia de LCE se dio por lesiones de arma contundente con  $n= (14)$  casos, superando la incidencia en lesiones en Ciudad Bolívar con  $n= (9)$  casos por encima al hombre.

**Tabla 61. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

EVENTOS	ARMA CORTOPUNZANTE		ARMA CONTUNDENTE		CAIDA DE SU PROPIA ALTURA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
USME	69	13	26	10	12	4
TOTAL	93	26	34	14	51	38

Fuente: Base SIVELCE subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaría Distrital de Salud 2017.

Frente a los resultados para el mes de mayo se mantiene la tendencia de mayor LCE en los hombres, encabezando las lesiones por arma cortopunzante con  $n= (93)$  casos, lesiones por caída de su propia altura con  $n= (51)$  casos y arma contundente con  $n= (34)$  casos. Para la localidad de Tunjuelito la mujer presento mayor incidencia en lesión de arma cortopunzante superando al hombre con  $n= (3)$  casos.

**Tabla 62. Número de eventos LCE de mayor incidencia según localidad y sexo Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

EVENTOS	ARMA CORTOPUNZANTE		ARMA CONTUNDENTE		CAIDA DE SU PROPIA ALTURA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
USME	52	12	23	6	42	29
TOTAL	103	25	30	16	49	30



Fuente: Base SIVELCE subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaría Distrital de Salud 2017.

Para el mes de Junio se mantiene la tendencia de mayor LCE en los hombres, encabezando las lesiones por arma cortopunzante con  $n= (103)$  casos, lesiones por caída de su propia altura con  $n= (49)$  casos y arma contundente con  $n= (30)$  casos. Para la localidad de Ciudad Bolívar la mujer presento mayor incidencia en lesión de arma contundente superando al hombre con  $n= (10)$  casos, a  $n= (7)$  casos para hombres.

**Tabla 63. Número De Eventos LCE De Mayor Incidencia Según Localidad Y Sexo Por Localidad Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

EVENTOS LOCALIDAD/SEXO	ARMA CORTOPUNZANTE		ARMA CONTUNDENTE		CAIDA DE SU PROPIA ALTURA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
USME	44	0	7	4	21	28
TOTAL	76	10	21	4	35	29

Fuente: Base SIVELCE subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaría Distrital de Salud 2017.

En la tabla del mes de julio se aprecia que el sexo hombre es la población de mayor vulnerabilidad a sufrir LCE en casi todas las localidades exceptuando la localidad de Usme en Lesiones por caída de su propia altura donde la incidencia de la mujer fue mayor con  $n= (28)$  casos, en comparación al hombre que presento  $n= (21)$  eventos.

El sexo hombre encabeza LCE por arma cortopunzante con  $n= (76)$  casos, en segundo lugar el total de los eventos de lesiones por caída de su propia altura con un  $n= (35)$  casos y en tercer lugar lesiones por arma contundente con  $n= (21)$  eventos.

La población priorizada en la respuesta de activación de ruta por localidad, la cual se evidencia un bajo volumen teniendo en cuenta que dichas activaciones depende de necesidades identificadas en el momento de la caracterización, para lo cual no se evidenciaron factores de riesgo en los usuarios que ameritaran dicho proceso.

**Tabla 64. Población con caracterización y priorizada para activación de ruta. Subred integrada de servicios de salud sur. 2017**

Mes	Usme	Total
ABRIL	0	0
MAYO	0	0
JUNIO	1	1
JULIO	3	3

Total	4	4
-------	---	---

Fuente: Informe de Gestión Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E Abril – Julio 2017

Para el periodo Abril a Julio de 2017 desde el Subsistema de Vigilancia SIVELCE realizo un total de n= (4) activaciones de rutas, distribuidas con n= (1) para junio y n= (3) para el mes de julio.

#### 5.6.1.5 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los Trabajadores de la Economía Informal – SIVISTRA

Proveer información de forma permanente, sistemática y oportuna para la generación de indicadores que permitan definir el perfil epidemiológico derivado de las condiciones de trabajo en el sector informal de la economía del distrito capital, como insumo para la generación o fortalecimiento de políticas orientadas a promover la restitución de derechos y garantías sociales inherentes al trabajo y prevenir daños a la vida y la salud de los trabajadores.

- Accidentes, enfermedades y manifestaciones clínicas, que puedan estar relacionados con la ocupación de los trabajadores de la economía informal.
- Caracterización y valoración de los riesgos: químico, biomecánico y psicosocial; presentes en las unidades de trabajo de la economía informal que representen una amenaza inminente para la salud de los trabajadores expuestos.

**Tabla 65. Respuestas desde vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores de la economía informal – SIVISTRA. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES DE LA ECONOMIA INFORMAL - SIVISTRA	ACCIÓN INTEGRADA	ACTIVIDADES / GESTIÓN INTEGRADA	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Caracterización, asesoría, asistencia técnica y seguimiento a UPGD y UI.	2	12	20	23
		Gestión informática para la vigilancia en salud pública: Recepción, análisis crítico, depuración, consolidación y realimentación de la información	1	1	1	1
	INTERVENCIONES PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Investigación Epidemiológica de Campo (Alto impacto): Eventos en salud asociados con el trabajo (accidente - enfermedad)	10	70	80	80
		Investigación Epidemiológica de Campo (Control). Eventos asociados con riesgo psicosocial.	0	0	40	23
		Articulación con ECV, programas y procesos (VSP). Reuniones con la transversalidad de trabajo y con otros dos espacios	3	3	3	3
	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD PARA LA	COVE temática No Transmisibles por localidad[1]	0	3	0	1
		Capítulo Componente No Transmisibles en SP para el anuario de VSP 2016	0	0	1	0

	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Capítulo para Boletín epidemiológico de VSP (primer semestre 2017)	0	0	0	0
		Matrices de Seguimiento a Indicadores de VSP trimestral por localidad Producto Trimestral	0	0	0	1

De acuerdo a la proyección anterior de actividades para el subsistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores SIVISTRA, cumplió el 100 % de las durante el periodo correspondiente entre Abril-julio 2017.

**Tabla 66. Resultados de las IEC desde vigilancia epidemiológica ocupacional de los trabajadores de la economía informal – SIVISTRA. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

Evento	Total
<b>Accidentes</b>	37
<b>Enfermedad</b>	90
<b>Condición Peligrosa</b>	176
<b>Sesiones UPDG</b>	57

- Las actividades económicas abordadas con mayor frecuencia fueron: carpinteros, Peluqueros, Ornamentadores, mecánicos.
- Los síntomas más predominantes para enfermedad fueron: Dificultad para respirar, Dolor, inflamación y/o adormecimiento mano, cambios aparentes en la piel.
- En el caso de accidente las principales lesiones abordadas corresponden a heridas ocasionadas con máquinas y herramientas en los dedos de las manos.
- Respecto a eventos de enfermedad se dio prioridad a las patologías que pudieran estar relacionadas con riesgo químico presente en la unidad de trabajo, para efectos de accidente se investigaron eventos considerados moderados o graves, identificados en las unidades de trabajo abordadas.
- Las IEC por condición de riesgo se desarrollaron principalmente en carpinterías y talleres de metalmecánica, donde el riesgo frecuentemente identificado corresponde al nivel crítico pues existen deficientes medidas de prevención y control.
- Los principales químicos identificados fueron: Pintura inflamable, thinner, varsol, piezas de fricción con asbesto y humos metálicos.
- Las principales recomendaciones generadas corresponden a implementar mecanismos de ventilación, métodos húmedos, uso de elementos de protección individual acordes a la actividad económica.

#### **5.1.6.6 Subsistema De Vigilancia Epidemiológica Para la Localización y Caracterización de la Población Con Discapacidad**

El Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la discapacidad, está orientado a la localización y caracterización de personas con discapacidad y la interacción con

la estrategia con RBC en los niveles individual y social, favoreciendo la inclusión y la equidad en este grupo poblacional.

Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

**Tabla 67. Población con discapacidad en la Sub Red Sur Abril-Julio 2017 (n=836)**

MES	USME	TOTAL
ABRIL	30	90
MAYO	93	277
JUNIO	88	249
JULIO	76	220
<b>TOTAL</b>	<b>287</b>	<b>836</b>

Fuente: Descarga aplicativo Distrital, 2017 (Preliminar)

En la tabla se aprecia que la localidad que mayor número de registros realizó en los meses abril-Julio de 2017 fue Ciudad Bolívar con el 45% (n=375), seguido de Usme con 34% (n=287), Tunjuelito con el 20% (n=171) y Sumapaz con el 0,35% (n=3). El mes de mayo se evidencia que se realizó el mayor número de registros con el 33%(n=277).

7. Cuántas y cuáles canalizaciones y activaciones de ruta fueron realizadas a nivel intersectorial, sectorial y en los espacios.

Durante el periodo abril a julio de 2017 desde la VSP Discapacidad se realiza el reporte para la activación de rutas en la población con Discapacidad de casos individuales priorizados mensualmente y según necesidad; a través de la información del registro de discapacidad se identificaron riesgos y necesidades de casos individuales de población con discapacidad.

Para los meses de Mayo y Julio se realizó articulación con COIS (Centros de orientación e Información en salud) de Tunjuelito, Usme, Ciudad Bolívar, con el fin de direccionar los usuarios en quienes se identifiquen barreras de atención en salud y población no afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud que deben ser canalizadas a la respectiva EAPB.

No se han identificado casos de Movilidad ni gestantes identificadas con discapacidad.

Mensualmente se ha priorizado población con discapacidad según riesgo, de acuerdo con los siguientes criterios y ha sido enviada a espacio de Vivienda:

**Alta dependencia:** Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas que requiere ayuda permanente para Todas o la mayoría de las actividades de la vida diaria, entre los 18 y 59 años y que su última actividad realizada es incapacitado permanente para trabajar sin pensión.

**Población menor de 5 años que tiene por origen de la discapacidad la alteración genética o hereditaria:** Población con Discapacidad en las UPZ Menor de 5 años (según edad actual), con origen de la discapacidad de alteración genética o hereditaria

**Población no afiliada:** Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas no afiliadas al SGSSS.

**Población con posible asociación de condiciones crónicas:** Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas con origen de la discapacidad enfermedad general y dificultad para desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón, entre los 45 y 74 años.

**Población con afectación psicosocial:** Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas con alteraciones permanentes en sistema nervioso y dificultades permanentes para relacionarse con las demás personas y el entorno, en el curso de vida adolescencia y juventud

A continuación se relacionan las tablas de población con discapacidad priorizada por Localidad:

**Tabla 68. Población con discapacidad priorizada para activación de rutas. Localidad de Usme Abril-Julio 2017**

USME	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Alta Dependencia	5	14	6	6
Población menor de 5 años que tiene por origen de la discapacidad la alteración genética o hereditaria	2	3	2	2
Población no afiliada	0	0	1	0
Población con posible asociación de condiciones crónicas	2	4	5	6
Población con afectación psicosocial	2	4	4	1
Total	11	25	18	15

Fuente: Descarga aplicativo Distrital, Abril-Julio 2017 (Preliminar)



### 5.1.6.7 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Materna / Infantil y Salud Sexual y Reproductiva – SMI - SSR

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) de los eventos en salud sexual y reproductiva (SSR) y salud materna e infantil (SMI) comprende los procesos de identificación de casos, recolección de datos, análisis de la información, formulación de recomendaciones, desarrollo de acciones y evaluación de resultados. El desarrollo secuencial de estos procesos favorecerá la definición, implementación y evaluación de estrategias, programas y políticas de promoción de la salud y prevención de complicaciones y orientará la toma de decisiones.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir son el embarazo a temprana edad, defectos congénitos, morbilidad materna y neonatal extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal e infecciones de transmisión sexual Sífilis gestacional, Sífilis Congénita, Hepatitis B, C y VIH).

La metodología de recolección de la información tiene en cuenta como fuentes de información disponibles y oficiales por el nivel Nacional y Distrital, tales como: SIVIGILA, RUAF, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna basada en la Web -SVEMMBW-, Base de la Estrategia de Transmisión Materno Infantil de ITS y SIVIGILA D.C

**Tabla 69. Eventos con intervención epidemiológica de campo SSR-SMI Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

LOCALIDAD	EVENTO	IEC EFECTIVA				IEC FALLIDA			
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
USME	SIFILIS GESTACIONAL	2	5	4	4	0	0	1	1
	SIFILIS CONGENITA	1	1	1	2	0	0	0	0
	MORTALIDAD PERINATAL	6	8	9	2	2	0	1	0
	MORTALIDAD MATERNA	1	0	0	0	0	0	0	0
	HEPATITIS B GESTANTES	0	2	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Se realiza el 100% de los eventos de Interés en salud Pública que son notificados y que cumplen el criterio según los protocolos, del total de eventos recibidos el 17% son fallidas en la Subred integrada de salud Sur y la localidad que más presenta fallidas es la localidad de Tunjuelito; se evidencia información errada frente a las direcciones o cambio de residencia.

**Tabla 70. Consolidado de eventos con intervención epidemiológica de campo, SSR-SMI. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

RED	EVENTO	IEC EFECTIVA				IEC FALLIDA			
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO

RED SUR	SIFILIS GESTACIONAL	8	15	17	13	1	3	5	4
	SIFILIS CONGENITA	5	6	3	6	2	0	0	1
	MORTALIDAD PERINATAL	9	25	23	10	2	1	4	3
	MORTALIDAD MATERNA	1	0	1	2	0	0	0	0
	HEPATITIS B GESTANTES	0	3	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	23	49	44	31	5	4	9	8

Desde el proceso SSR-SMI no se realiza por lineamiento activación de ruta, sin embargo todas las semanas los viernes se envían las bases de eventos priorizados que incluyen; Morbilidad Materna Extrema, Sífilis Gestacional y Congénita, Mortalidad Perinatal y Materna, al espacio vivienda, Promoción y Detección y se realiza articulación mensual con el fin de realizar el seguimiento a las intervenciones que realizan, se han enviado un total de 861 registros abril-julio de 2017.

Adicionalmente desde el mes de Julio se envía la base de defectos congénitos al Subsistema de la Vigilancia Epidemiológica discapacidad, aun no se ha realizado articulación.

#### 5.1.6.8 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Seguridad Alimentaria y Nutricional – SISVAN

Mediante el establecimiento de acciones ordenadas y coherentes de recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información de situación alimentaria y nutricional por espacio de vida cotidiana y curso de vida, de forma tal que permita la detección de riesgos y la orientación de las respuestas integrales ante la problemática de la malnutrición y la inseguridad alimentaria de la subred integrada de servicios de salud sur.

“La desnutricion como enfermedad de origen social es la expresion última de la situacion de inseguridad alimentaria y nutricional de una poblacion y afecta principalmente a los niños y a las niñas. Se caracteriza por deterioro de la composicion corporal y alteracion sistémica de las funciones orgánicas y psicosociales. Dichas alteraciones dependen de la edad de iniciación del déficit y de la calidad de la dieta consumida, que puede ser insuficiente en energia y nutrientes, o aportar mayor cantidad de energia pero ser deficiente en proteina y demás nutrientes”. (Proteccion, 2015)

Los casos de desnutricion aguda se presentan con mayor frecuencia en poblaciones afectadas por la pobreza, bajo acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento básico. Situaciones que aumentan el riesgo de muerte por desnutricion, especialmente en los niños y niñas más pequeños.

Teniendo en cuenta que la desnutricion es una problemática multicausal que se presenta de manera importante en las localidades que hacen parte de sub red sur; se avanza en la generacion de estrategias que permitan la identificación oportuna de los casos desde la búsqueda activa tanto insitucional como comunitaria y con

ello lograr la intervencion con acciones educativas y de gestion intra e intersectorial tendientes a mitigar la problemática.

Aunque se desarrollan actividades de informacion, educacion y comunicaci3n nutricional con el fin de difundir de manera masiva dentro de las comunidades la importancia la adecuada alimentacion durante la infancia teniendo en cuenta que las consecuencias de la desnutricion son irreversibles y pueden conducir a los ni1os mas peque1os y vulnerables a la muerte; se requiere potenciar los recursos para el desarrollo de acciones contundentes que se reflejen en la modificacion de los indicadores nutricionales, teniendo 4% de prevalencia de desnutricion aguda para la localidad de Ciudad Bolivar durante el segundo trimestre y el 3% para Usme que se ubican por encima del promedio distrital.

Se requiere el trabajo conjunto a partir del posicionamiento de la existencia de la problematica y la abogacia y la entre las diferentes entidades publicas y privadas para poner en marcha estrategias de articulacion intersectorial y con ello mitigar las condiciones sociales que perpetuan las situaciones de inseguridad alimentaria y nutricional asociadas a las caracteristicas economicas, sociales y culturales que se relacionan con el desarrollo de la desnutricion como enfermedad infantil.

### **Situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir.**

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir son los Casos de malnutrici3n por d3ficit y por exceso en ni1os y ni1as menores de 18 a1os, gestantes y personas mayores.

Vigilancia epidemiol3gica intensificada de la mortalidad por o asociada a desnutrici3n en menores de cinco a1os, la desnutrici3n en ni1as y ni1os menores de 5 a1os y los reci3n nacidos a t3rmino con bajo peso

Unidades Centinela para la vigilancia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en escolares.

Se requiere generar estrategias de trabajo articulado, continuo y complementario entre los diferentes planes de beneficio del sistema de salud que permitan un abordaje integral e integrado frente a la problemática, involucrando los diferentes prestadores que hacen parte del actual modelo de prestacion de servicios; complementario entre las diferentes disciplinas que permitan el manejo integral de la desnutricion como patologia social y de salud en el ser humano.

### **Respuesta**

Con relaci3n a las intervenciones desarrolladas directamente por el subsistema se encuentran las visitas de investigaci3n epidemiol3gica de campo a la poblaci3n menor de 5 a1os con desnutrici3n moderada y severa, as3 como tambi3n a los casos de reci3n nacidos a t3rmino con bajo peso; frente a lo anterior se evidencia un n3mero importante de casos que se notifican al subsistema de manera permanente que no se logran intervenir porque no se cuenta con suficiente talento humano para realizar la intervenci3n prevista por el lineamiento contratado desde el Plan de Salud P3blica de Intervenciones Colectivas de la Secretaria Distrital de Salud; el cual tiene

como principal objetivo para el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional la detección de riesgos y la orientación de las respuestas integrales ante la problemática de la malnutrición y la inseguridad alimentaria en la ciudad, así como la realización de la IEC y consejería, nutricional especializada para desnutrición severa y reporte al componente de Programas del PIC para la gestión de la hospitalización o atención médica especializada (Ruta Intersectorial de Atención Integral a la Desnutrición Aguda Severa –RIA DNT Aguda)

A continuación se presenta el resultado durante el segundo trimestre de 2017

**Tabla 71. Número de casos notificados al sub sistema y el número de casos atendidos Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

LOCALIDAD	TOTAL CASOS DNT AGUDA NOTIFICADOS		
	Casos Reportados SIVIGILA	Casos reportados UPGD	Casos Intervenido
05. USME	25	93	34
<b>TOTAL SUBRED SUR</b>	<b>90</b>	<b>351</b>	<b>108</b>

**Tabla 72. Total casos recién nacidos de bajo peso. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

LOCALIDAD	TOTAL CASOS RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO	
	Casos Reportados SIVIGILA	Casos Intervenido
05. USME	36	58
<b>TOTAL SUBRED SUR</b>	<b>118</b>	<b>154</b>

Frente a lo anterior se propone un flujograma para organizar la atención nutricional en los casos de la población menor de 5 años identificada con desnutrición aguda moderada y severa el cual está conformado por tres momentos que suceden de manera consecutiva entre sí y que integran los diferentes prestadores del sistema de salud, los cuales se describen a continuación: El primero se relaciona con la identificación de los menores con desnutrición y está a cargo del sistema de vigilancia alimentario y nutricional SISVAN.

### **MOMENTO 1: IDENTIFICACION DE MENORES CON DESNUTRICION**

**Actividad 1.** El primer paso dentro de la ruta corresponde con la identificación de los casos de niños menores de 5 años identificados ( notificados) con desnutrición aguda moderada o severa la cual está a cargo del subsistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN) del componente de vigilancia en salud pública (VSP) al cual ingresa información desde:

- La consulta externa o los servicios de urgencias y Hospitalización de la población residente en la sub red sur a través de la notificación al SIVIGILA en los formatos utilizados según el procedimiento definido para tal fin.

- Atención de jornadas extramurales.
- Demanda espontanea

**Actividad 2:** El siguiente paso posterior a la notificación se desarrolla a partir de la realización de:

- Evaluación clínica y clasificación nutricional domiciliaria: la cual será realizada por los profesionales de nutrición que hacen parte de los equipos de SISVAN, utilizando el formato de
- ficha IEC definido por el lineamiento distrital del proceso y adicionalmente se realiza reporte de la información en el sistema de información de Historias Clínicas de la subred Sur “Dinámica” con los siguientes parámetros

**Actividad 3:** Se define un plan de manejo nutricional

- Se realiza atención nutricional ambulatoria o domiciliaria según los lineamientos
- Seguimiento en la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud según lo contemplado en la resolución 5406 de 2015 para el manejo extramural de la desnutrición aguda

El siguiente componente corresponde con la atención institucional de los casos identificados, la cual se desarrolla inicialmente de manera piloto en el Hospital de Meissen y se desarrolla por un equipo interdisciplinario capacitados en el manejo de la resolución 5406 de 2015 compuesto por médico pediatra nutricionista, trabajador social, y psicólogo quienes definen plan de intervención de manera conjunta.

## **MOMENTO 2: ATENCION INSTITUCIONAL**

**Referir a la estrategia institucional “Clínica de recuperación nutricional de la Subred sur”** La estrategia se contempla la valoración integral del caso a partir de la conformación de un equipo integral con conocimiento y manejo de la resolución 5406 de 2015 los lineamientos para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa que incluye plan de manejo e intervención por las siguientes disciplinas: Trabajador social, psicólogo y nutricionista quienes generaran plan de manejo integral para cada caso, el cual tendrá un componente de manejo institucional, así como el seguimiento al plan implementado a nivel domiciliario.

**Valoración por pediatría** Frente a lo cual se establece una agenda inicial de consulta en el hospital de Meissen de tres día a la semana, momento en el cual se realizara la prueba de apetito y se definirá el manejo médico del caso y según los resultados obtenidos se definirá si el paciente Requiere manejo institucional o si se continua con el manejo extramural por parte de los equipos de gestión del riesgo en salud.



**Estabilizar médica y nutricionalmente** en caso de que se requiera y aplicar los criterios para decidir si el manejo del caso de desnutrición aguda puede realizarse en el hogar o debe ser manejado a nivel intrahospitalario remitiendo el caso a los Hospitales de la subred sur con servicio de pediatría Hospital de Meissen o y Hospital el Tunal, teniendo muy presente que la calidad, oportunidad y efectividad del tratamiento de los niños y niñas con desnutrición aguda, y la consecuente reducción de la morbilidad relacionada con la desnutrición, depende de la aplicación rigurosa de los criterios de inclusión para definir si los niños y las niñas se pueden tratar a nivel domiciliario o deben ser manejados a nivel hospitalario.

**Manejo intrahospitalario de la desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones:** Los niños y niñas de 6 a 59 meses con prueba de apetito negativa y/o evidencia de complicaciones médicas o nutricionales; y, los niños y niñas menores de 6 meses o mayores de 6 meses con menos de 4 kg, deben hospitalizarse para atención pediátrica.

Se genera un formato de registro para el proceso de atención que permita al equipo de salud y a su familia contar con un seguimiento frente a la evolución nutricional de los usuarios de la ruta de intervención que entran al proceso de atención en la estrategia “CLINICA DE RECUPERACION NUTRICIONAL DE LA SUB RED SUR”

Para lo cual se genera el siguiente carnet como instrumento para seguimiento al programa institucional.

### **MOMENTO 3: ACCIONES DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO**

La tercera parte de la ruta consiste en las acciones de seguimiento domiciliario a los casos de desnutrición aguda moderada y severa que sean dados de alta en el nivel hospitalario o que sean de manejo en casa, así como la realimentación de acciones realizadas a vigilancia en salud pública, a partir del desarrollo de las siguientes actividades:

**Egreso a casa con seguimiento por los equipos de gestión de riesgo del espacio de vivienda y realimentación de las acciones realizadas,** se activa el seguimiento por parte del equipo interdisciplinario del espacio de vivienda, con el fin de evaluar el progreso del plan de intervención propuesto y activar la ruta de intervención de las acciones intersectoriales requeridas. El desarrollo de las actividades de seguimiento domiciliario se desarrolla hasta el cuarto mes de intervención del caso y se prevé el siguiente alcance:

Explicar a la madre o cuidador el manejo de la formula terapéutica -LC, y la administración de los medicamentos entregados y las prácticas de higiene, generación de seguimiento nutricional permanente para evaluar evolución del tratamiento y en caso de requerirse por alguna complicación medica remitir a los servicios de urgencias de la sub red, informar a la madre o cuidador acerca de los signos de alarma y de cómo comunicarse con el hospital o el equipo extramural de salud cuando estos se presenten generando mecanismos efectivos de comunicación que faciliten el seguimiento del caso.

## **Canalización a programas intersectoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional: con el fin de garantizar la**

La complementación alimentaria es un componente básico en la prevención y el tratamiento de la desnutrición aguda. Esta consiste en el suministro de una canasta básica de alimentos fortificados y de alto valor nutricional que complementen la alimentación familiar. Esta intervención es pertinente en familias con alta vulnerabilidad alimentaria y nutricional y debe estar acompañada de estrategias sostenibles de mejoramiento de capacidades de las Familias en la garantía del derecho a la alimentación de todos sus integrantes, en especial, de los niños, niñas, madres gestantes y en periodo de lactancia.

La complementación alimentaria como parte del manejo integrado de la desnutrición aguda debe considerarse a partir de la transición entre el suministro de la fórmula terapéutica –LC en forma exclusiva y la alimentación familiar, cuando la valoración médica y nutricional evidencie franca mejoría del estado de salud y nutrición de los niños y niñas; se requieren del apoyo de las instituciones y los programas de complementación alimentaria del sector social presentes en las diferentes localidades que hacen parte de la sub red Sur, para el mejoramiento de las condiciones nutricionales afectadas. Estas acciones están a cargo del equipo de gobernanza de la seguridad alimentaria y nutricional que hacen parte del componente de gestión del riesgo de la salud.

En la implementación de la estrategia piloto se han desarrollado 3 jornadas con atención de 15 casos, identificados con desnutrición de los cuales dos han requerido manejo intrahospitalario y frente a los otros 13 se han clasificado para manejo domiciliario para aplicar las acciones antes descritas para el manejo integrado de la desnutrición.

### **5.1.6.9 Subsistema de vigilancia epidemiológica de la Gestión del Riesgo Para la Atención de Urgencias y Emergencias en Salud Pública**

Las urgencias y emergencias en salud pública se refieren a todo evento extraordinario con aparición en forma súbita que genera o con potencialidad de generar, un aumento de la morbi-mortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir incluye todos los eventos en salud pública de interés internacional-ESPII definidos por el Reglamento Sanitario Internacional (cólera, peste, ébola, fiebre amarilla, entre otros), eventos de origen tecnológico (incendios, intoxicaciones por sustancias químicas, fugas de elementos químicos, encharcamientos y similares) y los relacionados con salubridad de los alimentos y del agua (ETA), zoonosis y todo brote sospechoso de alcance epidémico.

El logro más representativo constituye la atención del 100% de los eventos notificados en cada una de las localidades que conforman la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur. Para los meses comprendidos de abril a julio, se registraron los eventos atendidos por parte del Equipo de Respuesta Inmediata - ERI, los cuales se relaciona en la siguiente tabla.

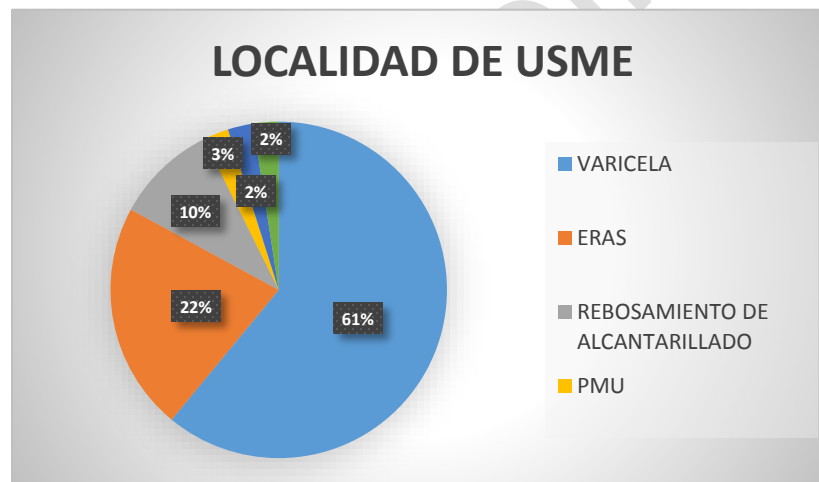
**Tabla 73. Eventos atendidos por localidad Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

MES	USME	CIUDAD BOLIVAR	TUNJUELITO	TOTAL SUBRED
ABRIL	10	8	0	18
MAYO	14	17	5	36
JUNIO	13	6	0	19
JULIO	4	16	5	25
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>47</b>	<b>10</b>	<b>98</b>

Fuente: Subred Integrada en Servicios de Salud Sur. Equipo ERI, 2017.

En la Localidad de Usme entre los meses de abril a julio se registraron un total de 41 eventos notificados y atendidos, disgregados de la siguiente manera, las varicelas corresponden a 25 brotes, Enfermedades Respiratorias Agudas a 9 brotes, Rebosamientos de alcantarillado 4 eventos, Puesto de Manado Unificado 1 participación, Intoxicaciones por Sustancias Químicas 1 brote y Eventos No Especificados 1 evento.

**Gráfica 1. Tipo de eventos atendidos en la localidad de Usme Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**



Fuente: Subred Integrada en Servicios de Salud Sur. ERI, 2017.

En este sentido, a nivel general de la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur, se evidencia que el 63% de los eventos atendidos por el Equipo de Respuesta Inmediata a nivel general de la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur corresponden a brotes de varicela; patología recurrente de las localidades debido a su fácil y rápida transmisión, dadas las condiciones como compartir elementos y espacios comunes, permanencia del virus en pisos, paredes y techos, inadecuados procesos de limpieza y desinfección, susceptibilidad y exposición a personas sintomáticas, falta de higiene y lavado de manos adecuado lo cual aumenta el factor de riesgo y la cadena de contagio.

Sin embargo, a nivel general de las demás patologías atendidas como brotes se resalta como logro que en las Investigaciones Epidemiológicas de Campo se brindó

información sobre medidas de prevención y control de factores de riesgo en la intensificación de la frecuencia de limpieza y desinfección, aislamiento de enfermos, refuerzo de lavado de manos, separación de elementos, creación de rutas alternas para evitar contaminación cruzada, uso de EPP (Elementos de Protección Personal) y demás prácticas de higiene para evitar el aumento de casos y/o afectaciones graves. En cada evento se realizó el seguimiento respectivo, según su comportamiento y aparición de nuevos casos, la Investigación Epidemiológica de Campo se fortaleció con estrategias de capacitación a padres de familia mediante capacitaciones, seguimiento telefónico permanente y entrega de folletos sobre varicela en donde se relaciona información puntual sobre la descripción de la patología, cuidados en casa que se deben tener las personas que contraen la enfermedad, signos y síntomas, métodos de transmisión y riesgo de desarrollar complicaciones entre otros.

Durante el periodo en mención, se realizó canalización al Componente de SIVIM de 3 casos priorizados y que se relacionan con dos brotes atendidos por el Equipo de Respuesta Inmediata.

En contexto a la Ley 1523 de 2012 el Sistema Distrital de Gestión del Riesgo de Desastres, ha intensificado las acciones desde el nivel local, de tal forma que en el Marco de Actuación de los Consejos Locales de Gestión del Riesgo y Cambio Climático se han adelantado iniciativas que convergen en la identificación de los escenarios de riesgos de las diferentes localidades que conforman la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur.

En concordancia, la participación del Equipo de Respuesta Inmediata constituye una experiencia exitosa catalogada como valor agregado frente a la construcción de los diferentes Planes Locales de Gestión de Riesgos.

#### **5.1.6.10 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral – SISVESO**

La Vigilancia en salud Pública de la Salud Oral se entiende como un proceso de monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en salud oral; que por su alta prevalencia y magnitud, son de interés en la Salud Pública.

Eventos como la caries dental cavitacional, la caries dental no cavitacional definida como lesión de mancha blanca y café, la fluorosis dental, la enfermedad gingival y periodontal, entre otras patologías que afectan la cavidad oral.

**Tabla 74. Distribución de eventos notificados al sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017**

Evento	Usme
<b>Gingivitis</b>	417
<b>Periodontitis</b>	9
<b>Alerta epidemiológica componente cariado</b>	152

Alerta epidemiológica componente perdido por caries	67
Lesión en mancha blanca	53
Lesión en mancha café	59
Fluorosis	92

Las activaciones de ruta se envían durante los primeros días mes vencido al espacio vivienda, otros subsistemas de la Vigilancia Epidemiológica como SIVIM y discapacidad; posterior a la intervención realizada se recibe realimentación del espacio vivienda, además se realiza reunión mensual con los odontólogos del espacio como parte de la dinámica.

**Tabla 75. Activación de rutas por localidad del sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017**

	Usme	
	Programado	Ejecutado
Activaciones de ruta o canalizaciones	164	120

Experiencia exitosa en el marco de sus acciones.

**Situación epidemiológica:** El labio y paladar hendido es una de las malformaciones congénitas más comunes, representa el 2-3%. Es considerada la anomalía craneofacial más frecuente. El labio y paladar hendido pueden ocurrir juntos o separados. El labio hendido con o sin paladar hendido ocurre en 1:1,000 nacidos. El paladar hendido sólo ocurre en aproximadamente 1:2,500 nacidos. El labio hendido (con o sin paladar hendido) es más común en el sexo masculino mientras el paladar hendido es más común en el sexo femenino. Según el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) se presentó una prevalencia del 0,07% en el país, la experiencia de hendidura palatina se encuentra en 0.09% del total de la población incluida en el ENSAB IV, de las cuales, es más frecuente en mujeres (0.13%) que en hombres (0.04%), estos últimos identificados en tratamiento mientras que un 0.05% de las mujeres se encuentra sin tratamiento con el 0.06%. Según otras investigaciones con base en las historias clínicas en algunas ciudades Colombianas, se encuentran el realizado por el Hospital Universitario de Cartagena, mediante la revisión de 4.226 historias clínicas durante un periodo de 7 años y se encontraron 248 pacientes con diagnóstico de fisura labio palatina, en segundo lugar, en la población atendida en el Hospital Infantil Clínica Noel de Medellín, entre 1985 y 2003, se evaluaron 919 historias clínicas y el 3,4% presentó labio hendido, el 12,4% presentó defecto de paladar duro fisurado, y el 12,8% presentó paladar blando hendido.

Se realizó la **Intervención Epidemiológica de Campo** mediante una notificación de la Vigilancia Centinela (VC) de la Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) USS Casa de Teja de la localidad Ciudad Bolívar, niña de 4 años de edad, eventos alerta epidemiológica por sangrado gingival, componente cariado y fisura de paladar blando.



**Características familiares:** La niña vive con su mamá, un hermano de 5 años de edad, tres tíos con sus respectivas parejas sentimentales, siete primos y los dos abuelos maternos.

**Características de la vivienda:**

Ubicada en el barrio Minuto de María de la Localidad de Ciudad Bolívar, se observan condiciones de hacinamiento dado que la vivienda es tipo casa y consta de tres habitaciones para las 17 personas que habitan en ella. Vías de acceso en regulares condiciones debido a que es un callejón de aproximadamente tres cuadras de fondo por dos metros de ancho, estrato socioeconómico 1, nivel socioeconómico bajo, en general se observan regulares condiciones higiénico sanitarias, sus ingresos provienen de la gallería o crianza y apuesta de peleas de gallos.

La abuela materna es la encargada de la preparación de los alimentos sin los cuidados básicos para su manipulación.

**Percepción de la salud oral:**

Primer consulta por odontología a los cuatro años de edad, la mamá refiere “la atención fue muy buena porque le explicaron todo”, los hábitos de higiene oral los realizan los menores solos sin el acompañamiento y/o supervisión de un adulto y los cepillos se observan sin las medidas adecuadas de bioseguridad, no uso de seda dental.

Durante la caracterización del riesgo participan varios integrantes de la familia como la abuela materna, la mamá y una tía de la menor, quienes definen que una boca sana es “Ir al odontólogo y cepillarse los dientes”, la abuela afirma que “anteriormente nadie les decía que cuidar la boca era tan importante”, creen que la caries dental son bacterias que dañan los dientes.

La mamá de la niña presenta una condición igual a la de la menor, lo cual dificulta la comunicación y asume que es una condición normal para su hija.

Se evidencia que los hábitos de alimentación no son saludables, ni adecuados para la etapa de crecimiento de los menores que viven en la casa.

De la caracterización de riesgo identificada por SISVESO se deriva la gestión del riesgo, generando notificación al subsistema SIVIM, activación de ruta con el prestador tanto de primer nivel como de segundo nivel, con la aseguradora y el programa de salud oral, quienes participan activamente en el seguimiento del caso desde la competencia de cada uno; además se realizó la motivación y compromiso para la consulta y adherencia al tratamiento de todos los integrantes de la familia y la educación en salud oral, enfatizando en los hábitos de higiene oral y alimentación adecuados.

#### **5.1.6.11 Subsistema de Vigilancia de la Salud Pública Comunitaria – VSPC**

La Vigilancia en Salud Pública comunitaria (VSPC) promueve en la comunidad la identificación y notificación de problemáticas colectivas (PCO) que afectan la salud y calidad de vida, para su posterior análisis y gestión de la respuesta. Es así como se vincula y hace partícipe de actividades que fomenten la promoción y prevención, generando un empoderamiento que permita identificar condiciones asociadas a los determinantes sociales de la salud desde el enfoque de salud urbana y gestión del riesgo colectivo específicamente en los barrios.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir se relacionan con problemas colectivos que afectan la salud y calidad de vida de las comunidades haciendo énfasis en las UPZ priorizadas con un enfoque de salud urbana con participación social y ciudadana.

Se busca captar e identificar situaciones o problemáticas colectivas para su caracterización, análisis, canalización, investigación socio epidemiológica de campo y orientar la intervención en articulación con Espacios, Salud Colectiva, VSA, VSP, Aseguramiento y otras instancias.

### Investigaciones Socio Epidemiológicas De Campo (ISEC)

**Tabla 76. Distribución de investigaciones socio epidemiológicas de campo por localidad Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

Mes	Usme	Total
Enero	0	1
Febrero	0	1
Marzo	0	0
Abril	0	0
Mayo	0	4
Junio	1	2
Julio	1	2
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>11</b>

Fuente: Base de datos VCSP 2017

En cuanto a las investigaciones socios epidemiológicos de campo se han realizado en las localidades urbanas de la subred sur, dentro de lo que se han abordado la problemática:

- Plaza los Luceros.
- Las basuras en Sierra Morena II.
- El comportamiento de los afrodescendientes en el barrio Marandú,
- Tenencia inadecuada de mascotas en propiedad horizontal en la ciudadela XIE.
- Problemas de salud ambiental con el establecimiento ARA del barrio Perdomo.
- Atención en salud a la población venezolana en la sub red sur, entre otros.

**Tabla 77. Diagnóstico de riesgos barriales Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

Mes	Usme	Total
-----	------	-------

<b>Enero</b>		<b>9</b>
<b>Febrero</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Marzo</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Abril</b>		
<b>Mayo</b>		<b>11</b>
<b>Junio</b>		<b>10</b>
<b>Julio</b>		<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>64</b>

Fuente: Base de datos VCSP 2017

Con el objetivo de identificar los determinantes que llevan a la enfermedad en la población de las UPZ priorizadas desde secretaria se adelanta un recorrido por los barrios que permite la identificación de los riesgos a nivel de servicios públicos, emergencias y desastres, barreras físicas para la movilidad de las personas en el barrio, riesgo de violencia o agresión interpersonal, tenencia inadecuada de mascotas, riesgos de zoonosis y manejo de residuos sólidos.

**Tabla 78. Notificación problemáticas colectivas por localidad Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

<b>Mes</b>	<b>Usme</b>	<b>Total</b>
<b>Enero</b>	<b>6</b>	<b>27</b>
<b>Febrero</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
<b>Marzo</b>	<b>8</b>	<b>15</b>
<b>Abril</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Mayo</b>	<b>5</b>	<b>25</b>
<b>Junio</b>	<b>2</b>	<b>12</b>
<b>Julio</b>		
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>95</b>

Fuente: Base de datos VCSP 2017

El comportamiento de las notificaciones para la Sub red sur deja ver una mayor notificación para la localidad de Ciudad Bolívar, seguida de Usme, Tunjuelito y Sumapaz, lo que esta explicado por el nivel de actividad de las unidades informadoras y el número de asistencias técnicas propuestas para cada localidad. Las problemáticas con mayor notificación son de tipo ambiental por tenencia

inadecuada de mascotas, manejo de residuos, en otras categorías se halla venta y consumo de spa.

**Tabla 79. COVECOM. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

Mes	Usme	Total
Enero	1	2
Febrero	1	2
Marzo		
Abril		1
Mayo		
Junio		1
Julio	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

Fuente: Base de datos VCSP 2017

El COVECOM a partir del mes de marzo lleva una frecuencia cuatrimestral por localidad y el tema priorizado por la presentación de problemáticas fue los Juegos de ciber-inducción e inducción al daño físico.

**Tabla 80. Monitoreo participativo. Subred Integrada De Servicios De Salud Sur. 2017**

Mes	Usme	Total
Enero		2
Febrero	0	1
Marzo		2
Abril		
Mayo		4
Junio		5
Julio		4
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>18</b>

Fuente: Base de datos VCSP 2017

El monitoreo participativo es una experiencia investigativa con la comunidad, siendo para la vigencia anterior un estudio comparativo de los determinantes de las condiciones de vida y salud de las personas mayores de las cuatro localidades, que finalizo en el mes de Marzo. A partir de mayo se inicia un nuevo ejercicio de

investigación en la localidad de Ciudad Bolívar con la Fundación Identidad de Ser Humano.

## **5.7. Plan De Salud Pública De Intervenciones Colectivas (PSPIC)**

### **5.7.1. Caracterización**

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) como en otras localidades de la Subred se propone realizar asistencia técnica y seguimiento a la implementación de las estrategias, planes y programas de acciones de Interés en Salud Pública, a partir de las personas, familia y comunidad en su curso de vida, al interior de las IPS (Públicas y Privadas) y espacios de vida cotidiana, en el marco de la Gestión de la Salud Pública (GSP) en Bogotá.

En Usme para el programa de infancia y el programa de seguridad alimentaria y nutricional, se espera intervenir en las IPS Públicas y privadas de la localidad 05, con el fin de fortalecer al talento humano encargado de la atención infantil. Para que de esta forma se brinde una atención integral al menor, que permita identificar oportunamente las enfermedades prevalentes en la infancia y su tratamiento; por otro lado se busca reforzar a nivel institucional estrategias de atención en enfermedad respiratoria aguda, instituciones amigas de la lactancia, y salas amigas de la familia lactante.

En derechos sexuales y reproductivos se identifican riesgos en transmisión materna infantil de VIH y sífilis congénita; personas viviendo con VIH; en abortos ilegales; en transmisión materna infantil de VIH.

Para el programa de cáncer se logra identificar que el programa de cáncer de cuello uterino presenta debilidades en el proceso de seguimiento a las usuarias con resultados positivos; las usuarias con reporte positivo de la EAPB Capital salud son enviadas a Ginesalud para la realización de biopsia y colposcopia, las usuarias de FFDS son enviadas a hospital de Meissen para la realización del proceso de biopsia y colposcopia y diagnóstico. Para Cáncer de mama existe convenio para las usuarias de capital salud accedan al servicios de mamografía de tamizaje en hospital San Blas, facilitando a las usuarias el proceso de asignación de cita, procesos de autorización y traslado de las usuarias con ruta de la salud para que sean atendidas. En este programa se logra evidenciar que no todos los profesionales de medicina general que realizan la consulta se encuentran capacitados en examen clínico de mama para la realización del tamizaje. Se evidencia que para cáncer infantil no se realiza proceso de identificación de usuarios con cáncer infantil y los profesionales no están capacitados en AIEPI para cáncer infantil en primeros niveles de atención. Se realiza proceso de tamizaje a hombres durante la consulta para identificación de cáncer de próstata.

En salud mental se tienen como situaciones para intervenir la capacitación al talento humano en temas de normatividad asociada a Violencia sexual en población general y víctimas del conflicto armada, el Fortalecimiento Técnico al talento humano en cuanto a conocimiento, manejo y difusión de las Líneas 106 y Psicoactiva, así mismo el conocimiento y adopción de la RIAS de SPA. Igualmente se establecen



algunas oportunidades de mejora en la identificación y notificación de eventos de interés en Salud Mental en SIVIM y SISIVECOS.

Desde el programa de tuberculosis y de la enfermedad de Hansen, en el programa de transmisibles, se realizaron y se continuará realizando fortalecimiento a las capacidades del talento humano de las diferentes IPS de la Sub Red Sur, tanto públicas como privadas a través de visitas de asesoría y asistencia técnica, capacitaciones donde los temas básicos a tratados o a tratar son: 1. Diagnóstico. 2. Normatividad. 3. Mecanismo de transmisión de estas dos patologías. 4. Estrategias de los programas. 5. Tratamientos para tuberculosis sensible, para farmacoresistencia. 6. Tratamientos para la enfermedad de Hansen teniendo en cuenta si son casos de paucibacilares, casos de multibacilares. 7. Sistema de información.

Desde el programa de Enfermedades transmitida por vectores se espera orientar y fortalecer a las IPS en el manejo de enfermedades transmitida por vectores como son Leishmaniasis, Chagas, Malaria, Dengue, Zika Chikunguña de igual manera en las rutas de solicitud de tratamientos, realizar sesiones de sensibilización a la comunidad que incentiven a prácticas de cuidado de salud individual y colectiva, promoción del autocuidado para viajeros en ETV.

Lo anterior teniendo en cuenta que se presentan casos y debido a que son muy pocos muchas veces desde la parte asistencial se tiene desconocimiento frente al manejo de pacientes que presentan enfermedades transmitida por vectores anteriormente mencionadas, lo cual nos permite evitar mortalidades.

Frente a la gestión de insumos, biológicos y medicamentos durante el trimestre abril a julio se ha realizado la verificación de documentación individual para entrega de medicamento para Enfermedades Transmitidas por Vectores que incluye la formulación con los 5 correctos (dosis, medicamento, vía correcta, horario correcto y paciente correcto). En la localidad 6 se cuenta con stock de medicamentos para ETV distribuidos en 1 IPS de la red (USS Santa Librada).

### **5.7.2. Resultados**

Se realizan acciones de identificación del programa de seguridad alimentaria y nutricional en 16 IPS de la localidad, se avanza en la construcción de la ruta de atención a la desnutrición para la subred Sur, se gestionan el acceso a los servicios de salud a casos provenientes del proceso de activación de rutas y canalizaciones de otros sectores.

Para incrementar, a 2020, a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los menores de seis meses se realizan acciones de identificación de la estrategia IAMI y SAFL en 16 IPS de la localidad.

Para reducir la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos- Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020 se realizan acciones de identificación en la implementación de la estrategia AIEPI, en 16 IPS de la localidad. Se generan planes de fortalecimiento para las IPS, con el fin

de mejorar la atención a la población infantil que acude a los servicios de las unidades de salud de la subred.

Se realizan acciones de identificación en la implementación de la estrategia ERA, en 16 IPS de la localidad. Se generan planes de fortalecimiento para las IPS, con el fin de mejorar el proceso de atención y seguimiento a los menores con ERA que asisten a los servicios de la subred Sur.

En salud sexual y reproductiva Se realizan asistencias técnicas en la IPS con el fin de realizar la identificación cuanto a la prestación del servicio para la mujeres gestantes identificación de barreras de acceso, se asiste a la red materno perinatal en el cual espacio de que permite revisar la situación en salud materno perinatal, se realiza seguimiento a SIRC según los casos reportados

También se realizan asistencias técnicas en la IPS con el fin de realizar la identificación cuanto a la prestación del servicio a jóvenes y adolescentes en el cual se identifica que no existen servicios amigables para jóvenes, se oferta consulta del joven y planificación familiar, se asiste asistencia técnica en SDS para prevención de embarazos en adolescentes, se realiza cualificación del talento humano en cuanto a la Métodos modernos de planificación aplicación de pre y pos test.

Asimismo, se realizan asistencias técnicas en la IPS con el fin de realizar la identificación cuanto a la prestación en cuanto a la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y de la sífilis congénita se evidencia que se debe enfatizar en el seguimiento a las gestantes que presenta esta condición, además de la notificación al Sivigila y ficha de la estrategia, se realiza capacitación a todos los profesionales (Médicos, Enfermeras, auxiliares y psicólogos) en cuanto Asesoría en Prueba Voluntaria de VIH y Sífilis que integran los temas de algoritmo diagnóstico, se realiza revisión de bases de datos de vigilancia epidemiológica con el fin de identificar en cuales USS de la sub red se presenta casos para ser priorizada y abordadas se encuentra entre estas la USS de: Sífilis gestacional: Isla del sol, Materno infantil del Carmen y Tunal, sífilis congénita: Unidad materno infantil el Carmen y Tunal.

Por otra partes, se realizan asistencias técnicas en la IPS con el fin de realizar la identificación cuanto a la prestación paciente diagnosticado y entrega a programa especial en el cual se evidencia que no existen una entrega adecuada de los pacientes lo cual limita el seguimiento y tratamiento oportuno, se , se realiza capacitación a todos los profesionales (Médicos, Enfermeras, auxiliares y psicólogos) en cuanto Asesoría en Prueba Voluntaria de VIH y Sífilis que integran los temas de algoritmo diagnóstico población general, se realiza seguimiento a casos reportados por el programa de transmisibles.

Adicionalmente, se realizan asistencias técnicas en la IPS con el fin de realizar la identificación cuanto a la prestación en cuanto a la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y de la sífilis congénita se evidencia que se debe enfatizar en el seguimiento a las gestantes que presenta esta condición, además de la notificación al Sivigila se realiza revisión de bases de datos de vigilancia epidemiológica con el fin de identificar en cuales USS de la sub red se

presenta caos para ser priorizada y abordadas se encuentra que no hay casos en la localidad

Finalmente, se realizan asistencias técnicas en la IPS con el fin de realizar la identificación cuanto a la prestación del servicio para la mujeres que solicitan la IVE, identificación de la ruta para acceso al servicio, se realizan acciones como en el acompañamiento a espacios en donde se evidencie la socialización de la sentencia C-355, se participa en el jornada de socialización de programa de prevención de maternidad y paternidad en donde se recibe asistencia técnica sobre IVE, se realiza cualificación del talento humano en cuanto a la sentencia aplicación de pre y pos test.

Para el programa de crónicos y cáncer se realizaron las siguientes acciones:

- Articulación con PyD en reunión de Equipo para socialización de Resolución 4505/2012 y RIPS.
- Articulación con líderes Infancia y SAN equipo gobernanza, Líder salas ERA Subred Sur, Gobernanza Política de Adultez y CHC, Líder de PyD para Crónicos, CCU y mama; Crónico VSP, Líder de Espacios de Vida Cotidiana.
- Se participa en reunión de Salud Pública.
- Reunión Gestión Documental.
- Participación en ULC, como estrategia de la Política de Seguridad del Paciente.
- A nivel Intersectorial en COLMYEG para posicionamiento de oferta de servicios del Programa Crónicos y CCU.
- Se realiza articulación con atención al ciudadano con el fin de realiza un reconocimiento en lo relacionado con rutas de atención para ciudadano habitante de calle.
- Se participó en los espacios de asistencias técnicas programadas desde el nivel central para el fortalecimiento de la gestión del programa de salud oral, y “Estrategia Soy generación más Sonriente” y acuerdos para el desarrollo de las próximas jornadas teniendo en cuenta el anexo técnico.
- Durante los meses de abril a julio 2017 se realiza proceso de acompañamiento en campo y asistencia técnica a espacios de vida cotidiana en temas relacionados con la ruta de atención programa crónico y cáncer así como el proceso de identificación oportuna de signos y síntomas para su respectiva intervención con proceso de información, educación y comunicación.
- Para el proceso de asistencia técnicas con IPS en la elaboración de planes de acción se propone trabajar: Socialización Resolución 4003 / 2008; Socialización y entrega manual AIEPI Detección oportuna de ca Infantil; Asistencia técnica Guía toma de muestra de citología; Sensibilización en

torno a la importancia de realizar procesos de demanda inducida en toma de mamografía; Sensibilización en torno a la importancia de realizar procesos de demanda inducida en tamizaje de próstata; Evaluar la interiorización de las temáticas trabajadas durante las asistencias técnicas en la IPS. (POSTEST); Socialización de resultados del proceso Asistencia técnica; guías de práctica clínica de pacientes crónicos.

Por el programa de salud oral Se realizó asistencia técnica a 17 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con definición de diagnóstico a través de aplicación de listas de chequeo, estableciendo oportunidades de mejora en el proceso de atención en salud mental.

De acuerdo a la prestación de servicio en torno a los principales eventos de salud mental se logró establecer con activación de la ruta de atención en salud mental a 14 personas (3 por violencia sexual, 4 por signos de alarma de trastorno mental 7 por violencia intrafamiliar o maltrato infantil.

Se desarrolló gestión de identificación y seguimiento a los casos generados desde articulación Sectorial e Intersectorialidad para la prestación de servicios y obtención de respuestas a diversos eventos identificados de salud mental, con respuesta oportuna y acciones integrales.

Se realizó asistencia técnica con aplicación de listas de chequeo a 17 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), identificando que en 11 de estas se conoce y socializa la línea 106.

## **Jornadas**

### **A. Jornada de Buen Trato:**

La jornada se desarrolló durante los días 22, 27 y 28 de abril de 2017 en articulación con Gobernanza y los espacios de educación y espacio público, potenciando las actividades con las jornadas de PAI y de Salud oral el día 22 de abril con el equipo de GPAISP, el 27 de abril a cargo de espacio público y el 28 de abril con espacio educación. Con el fin de dar respuesta a las necesidades de la comunidad, también se apoyó con las jornadas intersectoriales el día 30 de abril.

Desde el Equipo GPAISP; Se desarrolló la jornada del buen trato articulada con la jornada de PAI, Salud Oral, en las diferentes Unidades Prestadoras de servicios de salud de las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme, así como articulación con IPS privadas para la orientación en la demanda inducida para la aplicación del barniz de flúor.

Se desarrollaron acciones de Información, Educación y Capacitación cuyo tema central fue el promover medidas educativas encaminadas a la erradicación del castigo físico, humillante y denigrante en contra de los niños, niñas y adolescentes de la Subred Sur, las acciones fueron guiadas a la promoción de prácticas protectoras que propendan por la participación de los niños, niñas en ejercicio de sus derechos.

Esta actividad se genera en los puntos de atención de Usme en la USS Marichuela mediante aplicación de barniz de fluor para la población captada con la Subred y de la EAPB capital salud; para lo cual en los centros se encontraba el equipo de salud en disposición para brindar atención a sus usuarios.

Al finalizar se entregó un material informativo a las familias con el fin de brindar mensajes claves acerca de la importancia del buen trato, así como los Tips del Buen Trato.

Para el programa de salud oral en la subred sur en la localidad de usme durante los meses de abril a julio se realizó proceso de diagnóstico, reconocimiento para la construcción de línea de base mediante la aplicación de listas de chequeo a 13 IPS públicas y 2 privadas las cuales ofertan el servicio de odontología, se realiza lectura y apropiación de anexos técnicos y lineamientos para el cumplimiento de los productos según dinámicas propias.

En cada una de las IPS se realiza identificación de la oferta del programa de salud oral y hallazgos a fortalecer mediante la aplicación del instrumento de lista de chequeo, para el cumplimiento en temas de Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Cumplimiento a indicadores de la Resolución 4505/2012 en articulación con P y D, fortalecimiento en metas del Plan decenal de Salud Pública y metas diferenciales del Plan territorial de Salud y actividades de demanda inducida para el cumplimiento de metas.

Se desarrollan espacios de articulación PIC-POS, SISVESO Política y programa de salud oral para la identificación del reporte de las alertas epidemiológicas, oferta del servicio, cumplimiento a metas, espacios de posicionamiento a nivel local, para la generación de estrategias de intervención por cada uno de los componentes que permitan mostrar resultados en el cumplimiento de indicadores en salud oral y efectividad en la prestación del servicio.

Frente a la respuesta para el programa de salud oral se presentan 16 IPS priorizadas en la localidad de Usme de las cuales 15 ofertan el servicio de odontología 2 son privadas, 9 con de las cuales seguimiento, 4 IPS con conocimiento de población asignada para la IPS y 9 con implementación de acciones para aumentar cobertura de atención, 9 IPS con estrategias para el desarrollo de la jornada de aplicación de barniz de flúor estas corresponden a las cuales se les ha realizado el seguimiento.

Frente a la gestión de casos reportados 10 casos reportados gestantes y menores de 5 años a las EAPB y a otros sectores.se presentan 2 casos efectivos, 3 programados, 3 sin asignar y 2 sin respuesta de las EAPB sanitas y compensar.

En las jornadas de salud oral (22 de abril y 29 de julio de 2017), bajo la estrategia 'Soy generación más sonriente, se realizó en las Unidades Prestadoras de servicios de salud Usme e IPS con la demanda inducida para la aplicación del barniz de flúor.

Se realizaron articulaciones y acuerdos de trabajo con la coordinación POS de salud oral y profesionales especializados de apoyo administrativo de la sub red sur, para la implementación de acciones de Gestión del Riesgo Individual; (Aplicación de



Barniz de Flúor), con el equipo extramural se trabajó en la demanda inducida, actividades de promoción y prevención, derechos y deberes, prácticas de alimentación saludable.

Por parte de transmisibles se efectuaron acciones de gestión del riesgo y de gestión en salud pública para mitigar y controlar el impacto de las enfermedades transmisibles en la localidad de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito mediante actividades: Aplicación de lista de chequeo, Visitas de Asesoría y Asistencia Técnica, de captación, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de los casos de Tuberculosis, enfermedad de Hansen con la articulación de las IPS públicas y privadas y diferentes EAPB. Se hizo distribución de medicamentos de acuerdo a la solicitud de las IPS, así como insumos como: folletos educativos, vasos para toma de muestras de esputo. Visitas de seguimientos a pacientes y ex pacientes de tuberculosis y enfermedad de Hansen y reporte al Sistema de Información.

Se realizó en forma semanal el reporte de casos de tuberculosis en el aplicativo 001 establecidos por la circular 0007 del 2015 vía Dropbox. También se realizó en forma semanal la articulación de la referente del SIVIGILA, para la verificación de los eventos notificados y los casos en el programa, de tuberculosis, lepra.

Aplicación de lista de chequeo: 13 IPS públicas y 4 a IPS privadas. Visitas de asesorías y asistencia técnica 14 para el programa de tuberculosis y 14 para Hansen. Entrega de medicamentos: Entrega de medicamentos: 6955 tabletas para tratamiento antituberculosos. Seguimientos telefónicos para verificar adherencia al tratamiento, búsqueda de contactos sintomáticos respiratorios: 78. Realización de visitas de seguimientos a pacientes y ex pacientes de tuberculosis: 26. Realización de visitas de seguimientos a pacientes y ex pacientes de Hansen: 1. Sintomáticos respiratorios (SR) examinados: 277. Con una meta de captación 49% Baciloscopias realizadas: 797 y cultivos realizados: 266 y un éxito del tratamiento a la segunda cohorte del 2016 de: 75,6%.

En el programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores -ETV: se realizaron las siguientes acciones en el periodo de abril a julio:

Desde el programa de Enfermedades transmitida por vectores se espera orientar y fortalecer a las IPS en el manejo de enfermedades transmitida por vectores como son Leishmaniasis, Chagas, Malaria, Dengue, Zika Chikunguña de igual manera en las rutas de solicitud de tratamientos, realizar sesiones de sensibilización a la comunidad que incentiven a prácticas de cuidado de salud individual y colectiva, promoción del autocuidado para viajeros en ETV.

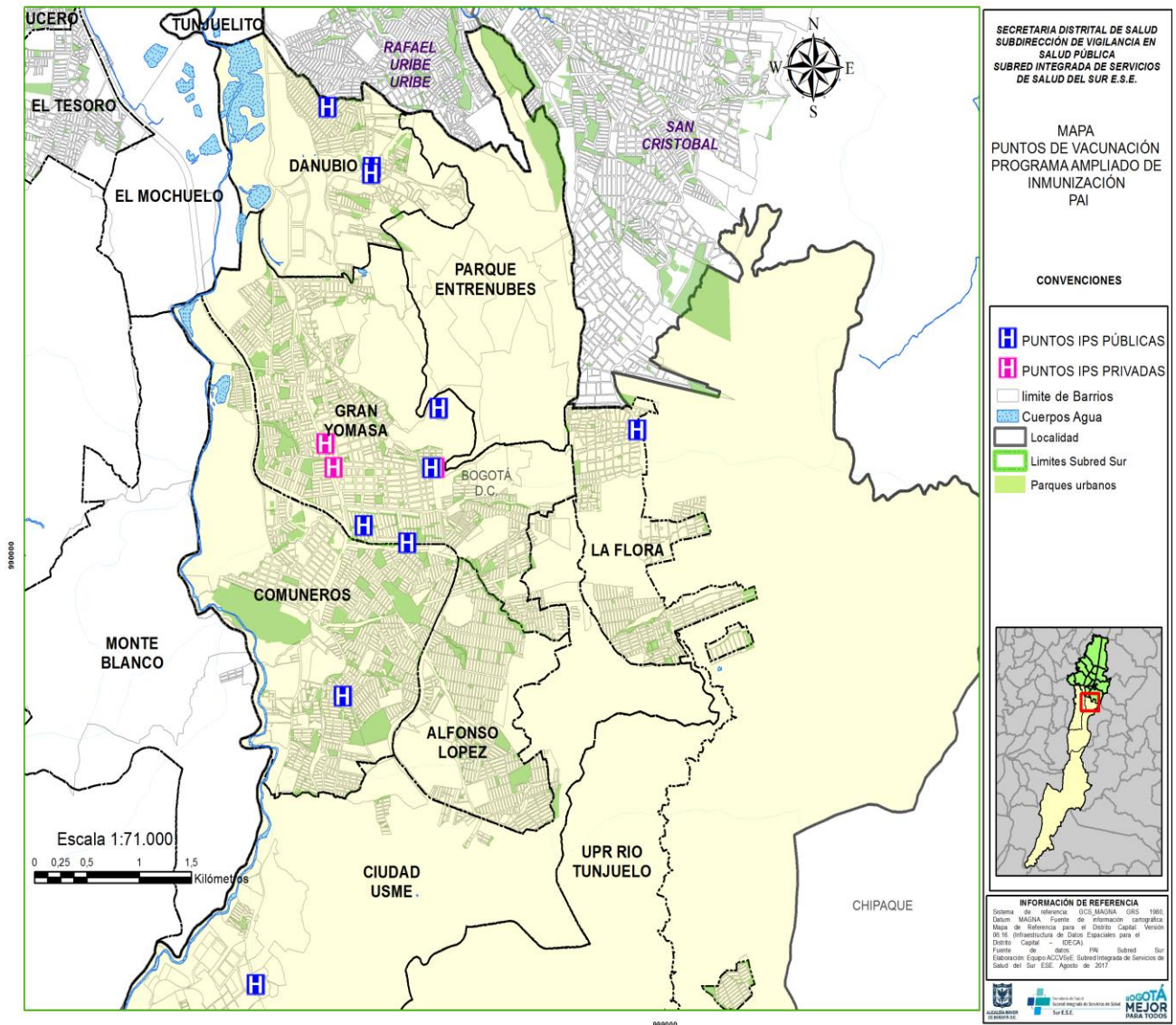
Además el espacio halló:

- Una IPS priorizadas para malaria con stock de medicamentos malaria.
- 16 Asistencia técnica a IPS aplicación listas de chequeo.
- Una IPS con gestión de información malaria y Leishmaniasis.
- 2 pacientes malaria con verificación de seguimiento al tratamiento,

- 0 pacientes Leishmaniasis con verificación de seguimiento al tratamiento,
- 1 pacientes Chagas crónico caso probable y/o confirmado en seguimiento con EAPB, 5 actividades de información para ETV,
- 120 personas que participan en las actividades de información,
- 0 casos ETV georreferenciados a otros departamentos,
- 0 casos canalizados a las aseguradoras,
- 16 con visita de asistencia técnica para Enfermedades transmitidas por vectores, 0 Pacientes de dengue con signos de alarma,
- 0 tienen atención hospitalaria en las IPS visitadas,
- Pacientes malaria 2 con instauración oportuna de tratamiento en las IPS,
- 2 Pacientes malaria 2 con seguimiento al tratamiento por la IPS.
- 0 Pacientes Leishmaniasis con indicación de tratamiento sistémico 0 recibieron tratamiento,
- 0 Pacientes Leishmaniasis 0 tienen seguimiento al tratamiento por la IPS.  
1 Pacientes Chagas crónico con atención inicial.

Por PAI se hicieron seguimiento a cohortes (8.500 mensuales), evaluación diaria de la producción de los 44 puntos de vacunación de la subred sur, seguimiento a metas con evaluación diaria de tableros de control, asistencia técnica individual y colectiva tanto a vacunadores como a profesionales de los centros de atención. Dos jornadas de vacunación con el fin de promocionar y fortalecer el posicionamiento del programa.

Mapa 11. Puntos de vacunación Programa Ampliado de Inmunización. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. 2016.



Fuente: Programa ampliado de inmunización PAI

## 5.8. Gobernanza Componente 1

### 5.8.1. Caracterización del espacio, programa y proceso

El posicionamiento de las Políticas Públicas permite que el sector salud tenga la orientación y concertación de las agendas locales con los diferentes actores y sectores en los espacios de coordinación intersectorial y de toma de decisiones, para favorecer la intervención de las situaciones y condiciones que mejoran la vida y la salud de las poblaciones. De acuerdo a esta visión el componente de Gobernanza se plantea como el ordenador operativo con sus tres componentes claves que a su vez contiene la agrupación de actividades que aportan al desarrollo y consecución de los productos.

Los riesgos o situaciones que interviene el equipo de Gobernanza son los derivados del ejercicio realizado para la definición de la Agenda Sectorial Local. Se desarrolla la toda la identificación de estas situaciones por medio de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud y por momento o curso de vida de la siguiente manera:

*Paso 1:* Se realiza una identificación de tensiones por momento o curso de vida y posteriormente se realiza una priorización y de acuerdo a los valores proporcionados se definen las tensiones a trabajar. Para la localidad de Usme el resultado del paso uno es el siguiente:

Tabla 81. Valoración de tensiones en salud. Usme. 2017.

Momento de curso de vida	Número de la tensión	Tensión	Valoración 1	Valoración 2	Valoración final
1-Niñez-adolescencia	2	Mortalidades por Neumonía en menores de 5 años	11,0	1,0	10,0
1-Niñez-adolescencia	3	Maltrato Infantil	11,0	1,5	9,5
1-Niñez-adolescencia	6	Desnutrición Global y Crónica	12,0	1,0	11,0
1-Niñez-adolescencia	7	Conducta Suicida en Adolescencia	12,0	1,0	11,0
1-Niñez-adolescencia	8	Embarazo en Adolescentes	12,0	1,5	10,5

Con el ejercicio que se hace en la localidad, se trabaja para que cada una de las políticas públicas trabaje de manera articulada a nivel intersectorial en el posicionamiento de las mismas con sus propuestas de abordaje.

La estrategia de abordaje territorial es liderada por la Secretaría de Integración Social en la localidad en donde el sector salud ejerce una participación activa durante el abordaje en recorridos o mesas territoriales y se articula para dar respuestas integrales a la comunidad en compañía de los diferentes sectores.

Para la localidad de Usme de acuerdo a la participación en las Mesas Territoriales y la Unidad de Apoyo Técnico UAT de la localidad, en el marco de la Estrategia de Abordaje Territorial, se da a conocer el estado actual de la implementación de la Estrategia, por cada uno de los cinco micro territorios priorizados, considerando los aspectos más relevantes articulación con la Asociación Nacional de Empresarios de

Colombia (ANDI), diagnóstico territorial (Resultado de los recorridos y los aportes de información del sector Salud e Integración Social principalmente), el abordaje por sub mesas temáticas y las acciones propuestas acorde al plan de Desarrollo local.

Al indagar con Subdirección Local de Integración Social reconoció que se adelantó un estudio en articulación con Alcaldía Local para la priorización de tres cinco territorios para intervenir durante la vigencia de 2017, los cuales fueron: Ciudadela Bolonia, Ciudadela Usme, Usme Rural, La Flora y Alfonso López.

Tabla 82. Estado actual de la implementación de la Estrategia Abordaje Territorial. Localidad Usme. 2017

TERRITORIO	DIAGNÓSTICO TERRITORIO	MESA TEMATICA	PROPUESTA ACCIONES
<b>CIUDEL A BOLONIA</b>	Jardín Social Bolonia. 300 NN  Jardín Casa Loma 91 NN. De estos el 40% son hijos de mujeres u hombres cabeza de familia Terreno para Centro integrado de Desarrollo (Jardín Infantil, CDC, Canchas deportivas y parque- 48.000 m2 aproximadamente)	Primera Infancia - Convivencia Ciudadana.	Dotación  Construcción de un Parque bio-saludable temático
	Procesos de satélite en confección	Generación de ingresos	Generar una Asociación de mujeres para la confección y dotación de empresas.  Alianzas Productivas  Activación de circuitos comerciales locales
	Fragilidad en el tejido social, problemas de convivencia, falta de espacios recreo-deportivos	Convivencia	Escuela de Formación Deportiva y Artística, apoyo con implementos y equipamientos, procesos de formación.  Proceso Desarrollo de Capacidades  Prevención del consumo de SPA y otras sustancias  Prevención Reclutamiento armado



<b>CIUDADEL A USME</b>	<p>2 Jardines infantiles. Usme Centro (80 NN) y OASIS (81 NN)</p> <p>Terreno para construcción de jardín</p> <p>Paternidad y maternidad temprana</p>	Primera Infancia	<p>Dotación jardín infantil.</p> <p>Diplomado para cualificar en derechos sexuales y reproductivos al talento humano de la SLIS Usme</p> <p>Caracterización de conocimiento actitudes y prácticas sobre el acceso a métodos de regulación de la fecundidad para la prevención de embarazos tempranos y subsecuentes</p> <p>Promoción y desarrollo del cuidado infantil</p>
	<p>Conflictos entre vecinos, problemas ambientales, malas prácticas de convivencia</p>	Convivencia ciudadana	<p>Escuela de Formación Deportiva y Artística, apoyo con implementos y equipamientos, procesos de formación.</p> <p>Equipamiento casa de la cultura Usme centro. Espacios para talleres.</p> <p>Encuentros Interculturales</p> <p>Proceso Desarrollo de Capacidades</p> <p>Prevención del consumo de SPA y otras sustancias</p> <p>Prevención Reclutamiento armado</p> <p>Remodelación parque</p>
<b>ALFONSO LÓPEZ</b>	<p>3 Jardines Infantiles: Acunar Francesco Tonucci, (59 NN), Puerta Al Llano (87) NN, CIPRES (300 NN)</p> <p>Paternidad y maternidad temprana</p>	Primera Infancia	Dotación Jardín Infantil

	<p>Familias en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Altos niveles de inseguridad y microtráfico.</p> <p>Zonas con riesgo de remoción en masa</p> <p>Problemas de convivencia.</p> <p>Violencia Intrafamiliar y violencia sexual</p> <p>Pandillismo y consumo SPA</p> <p>Población víctima de conflicto armado, excombatientes y madres cabeza de familia.</p>	<p>Convivencia Ciudadana</p>	<p>Adecuación Cancha Fútbol</p> <p>Jornadas embellecimiento de fachadas</p> <p>Escuela de Formación Deportiva y Artística, apoyo con implementos y equipamientos, procesos de formación.</p> <p>Encuentros Interculturales</p> <p>Proceso Desarrollo de Capacidades.</p> <p>Prevención del consumo de SPA y otras sustancias</p> <p>Prevención Reclutamiento armado</p>
	<p>Falta de oferta laboral para jóvenes</p>	<p>Generación de ingresos</p>	<p>Alianzas Productivas</p> <p>Activación de circuitos comerciales locales</p> <p>Generación de empleabilidad directa</p>
<p><b>RURALIDAD USME</b></p>	<p>CDIFR</p> <p>Paternidad y maternidad temprana</p> <p>Violencia sexual y violencia Intrafamiliar</p> <p>Madres cabeza de familia</p>	<p>Primera Infancia</p>	<p>Dotación Jardín Infantil.</p> <p>Diplomado para cualificar en derechos sexuales y reproductivos al talento humano de la SLIS Usme</p> <p>Caracterización de conocimiento actitudes y prácticas sobre el acceso a métodos de regulación de la fecundidad para la prevención de embarazos tempranos y subsecuentes.</p> <p>Promoción y desarrollo del cuidado infantil</p>

	<p>Familias en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Falta de espacios para actividades culturales de recreación y deporte.</p> <p>Falta de Equipamientos Institucionales y comunales</p>	Convivencia Ciudadana	<p>Construcción de un Parque bio-saludable temático.</p> <p>Adecuación Cancha Futbol Predio el Tesoro</p> <p>Escuela de Formación Deportiva y Artística.</p> <p>Apoyo con implementos y equipamientos, procesos de formación.</p> <p>Espacios para talleres.</p> <p>Encuentros Interculturales</p> <p>Proceso Desarrollo de Capacidades</p> <p>Construcción de canchas de fútbol y parques en las Veredas Requilina y Soches.</p> <p>Adecuación Salón comunal de Soches, Campamento (Vereda Margaritas)</p>
	<p>Falta de oferta laboral para la población campesina.</p> <p>Proyectos agro turísticos en la localidad.</p> <p>Producción orgánica</p> <p>Transformación de productos lácteos</p>	Generación de Ingresos Encadenamientos Inclusivos	<p>Proyectos productivos de personas con discapacidad y cuidadores.</p> <p>Cursos prácticos de mercadeo para la comercialización de productos</p> <p>Productos mermelada, derivados de la leche</p> <p>Aromáticas, mermeladas, derivados de la leche</p>
		Compras inclusivas	<p>Generar una Asociación de mujeres para la confección y dotación de empresas</p> <p>Productos mermelada, derivados de la leche</p> <p>Activación de circuitos comerciales locales</p>

		Agroturismo	<p>Activación de circuitos comerciales locales</p> <p>Tienda Social Ubicada Usme</p> <p>Aprovechar la capacidad instalada en las veredas</p> <p>Guía turística Usme vincula con el instituto cultural de turismo operada por una organización campesina del territorio.</p> <p>Fortalecimiento de ferias y mercados campesinos en el sector urbano y rural</p>
<b>FLORA</b>	Quebrada arrallanes Zona de riesgo elvaciones aledañas en zona de quebradas Consumo Sustancias Psicoactivas Inseguridad	Primera Infancia - Convivencia Ciudadana.	Por confirmar
		Convivencia	
		Generación de ingresos	

Desde la Sub Red Sur se cuenta con una priorización de Unidades de Planeación Zonal y barrios por parte del Equipo de análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad; que justifican las problemáticas identificadas y priorizadas en la localidad de Usme.

El fenómeno de asentamientos subnormales o ilegales en el territorio de la Subred Sur ESE se expresa por conflictos de orden económico, político, social, físico – espacial e, incluso, ideológico – cultural, principalmente en las zonas periurbanas de las UPZ. Es relevante el porcentaje de área invadida por este tipo de asentamientos en las UPZ Jerusalén, Ismael Perdomo, El Mochuelo, Danubio y Parque Entre nubes, en donde el déficit de vivienda, la calidad en la técnica y materiales para la construcción y el nivel de ingresos son factores determinantes en las condiciones de habitabilidad adecuadas para la protección de la salud y de la calidad de vida; además, la baja cobertura de servicios públicos y la falta de legalización de los asentamientos recientes limitan las condiciones para el saneamiento básico y el establecimiento de equipamientos de salud y sociales.

Por otro lado, el tema de convivencia ciudadana se caracteriza por dinámicas delincuenciales y de consumo de SPA, en donde el débil tejido social, la falta de oportunidades educativas y laborales por ausencia de equipamientos próximos a sus entornos de vivienda y redes de apoyo familiar no constituidas; estos mismos determinantes impactan en el comportamiento en aumento de la mortalidad perinatal, de la mortalidad materna y de la mortalidad en niñez e infantil.

Desde el análisis y los indicadores trazadores de salud se realizara el posicionamiento de las mismas en las próximas UAT para aportar al avance de la estrategia de abordaje territorial para la localidad de Usme.

La intervención de la Estrategia de Abordaje Territorial tiene priorizados los sectores de la siguiente manera: (recordando que esta priorización se realiza en conjunto con los diferentes entidades que participan en los Consejos Locales de Gobierno en cada una de las Localidades) de acuerdo a las problemáticas identificadas por cada una de las entidades y por lo que arrojan los diagnósticos locales de cada uno: Ciudadela Usme, Ciudadela Bolonia, La Flora, Alfonso López y Ruralidad.

La recolección de información se llevó a cabo a través de las metodologías propuestas desde la Secretaría de la Mujer, los ejercicios realizados con el equipo de ACCVSyE y la estrategia PASE a la Equidad en Salud; adicional, se revisan las fuentes de información y base de datos disponibles en la Subred Sur producto de la prestación de servicios, donde se encuentra la información requerida para el análisis y la intervención.

### **5.8.2. Resultados**

*Componente 1. Posicionamiento de las políticas públicas que favorezcan la salud y la vida*

Subcomponente 1: Agenciamiento en las instancias locales

A. Agenda Local.

Durante los meses de mayo y junio de 2017 se ha desarrollado la estrategia participativa denominada Agendas Locales, la cual se fundamenta en la agenda social, proceso mediante el cual las demandas de varios grupos de la población se transforman en asuntos que compiten por alcanzar la atención seria de las autoridades públicas, en este caso el sector salud favorece el posicionamiento de estas demandas, que han sido identificadas por el propio sector o por actores sociales y comunitarios presentes en los diferentes espacios y procesos transversales del PIC.

Se construye desde el trabajo conjunto entre las comunidades e instituciones, determinando las problemáticas y constituyéndose como una legítima expresión de los aportes y consensos alcanzados por distintos sectores de la sociedad. En este sentido y con el fin de lograr el análisis y priorización de tensión con un carácter riguroso, se realizan sesiones por temas. A continuación se describen las fases de este proceso.

En un primer momento, se realizó el alistamiento del ejercicio, para lo cual se envió la matriz de priorización de tensiones (tabla tensiones), con el objetivo que los Espacios de Vida Cotidiana y Vigilancia en Salud Pública priorizaran los eventos en salud pública y los calificaran cuantitativamente en cuanto al nivel de afectación en la población. Como resultado de este primer ejercicio se relacionaron por componente, los siguientes eventos o situaciones indeseables, a saber:

- Componente Salud Oral: gingivitis y caries cavitacional.



- Componente Vigilancia de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles: mortalidad por IRA, mortalidad por tuberculosis y morbilidad por IRA.
- Componente Gestión del Riesgo para la Atención de Urgencias y Emergencias en Salud Pública: fenómenos de remoción en masa, inundaciones y encharcamientos, ocupaciones ilegales, olores ofensivos, proliferación de vectores, acumulación de residuos en vía pública, incidentes con materiales peligrosos.
- Componente Vigilancia Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles: Dificultad en el desplazamiento de las personas con limitación del movimiento y personas con discapacidad donde prevalece la limitación del Sistema Nervioso.
- Componente Vigilancia Convivencia Social y Salud Mental: Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar, Femicidios, Violencia Sexual, Ideación Suicida, Intento Suicida, Suicidio Consumado, Mortalidad (Homicidios), Accidentes de Tránsito y Consumo de SPA.
- Componente SIVISTRA: Falta de caracterización de la población trabajadora por sector formal e informal de acuerdo a los sectores de la economía y presencia de NNA trabajadores.
- Componente Vigilancia Salud Materno Infantil y Salud Sexual y Reproductiva: Mortalidad Materna, Sífilis Gestacional, Embarazo en Adolescentes, VIH y Morbilidad Materna Extrema.

En un segundo momento, los espacios de vida cotidiana y el componente de gobernanza 1 y 2, realizaron la priorización de las tensiones y las propuestas de intervención a las mismas, a partir de los eventos o situaciones indeseables y por curso de vida, de la siguiente forma:

- Niñez - Adolescencia: Bajo Peso al Nacer.
- Niñez - Adolescencia: Maltrato Infantil.
- Niñez - Adolescencia: Desnutrición Crónica y Global.
- Niñez - Adolescencia: Embarazo en Adolescentes.

Paralelamente a este ejercicio, se gestionaron y planearon mesas estratégicas a nivel institucional, en las cuales se analizan y discuten con los profesionales de cada componente y espacio del PIC y del POS, cada una de las tensiones y problemáticas, el por qué se presenta dicha situación y los factores que favorecen la resolución o agudización de las mismas.

A la fecha se han realizado 2 sesiones de las mesas estratégicas, en las cuales en un primer momento se diligencia la matriz PASE a la equidad en salud y en un segundo momento, se analiza la población afectada y el territorio con el fin de describir la tensión priorizada para posteriormente generar una propuesta de intervención.

De acuerdo a la generación y aprobación de las propuestas de intervención se avanzara en el proceso de posicionamiento de la misma y de esta manera realizar ajustes a los que haya al lugar posterior al proceso de socialización.

B. Participación en las instancias locales de coordinación de las políticas públicas para la implementación de los planes de acción local

- Participación en Espacios locales: En la subred sur se ha hecho la participación en espacios locales de participación en el cuales se ha hecho además del posicionamiento del modelo integral de atención de la Subred Sur, la participación en la construcción de los planes de acción de cada uno de los comités así como en la identificación de las diferentes problemáticas por cada uno de los sectores priorizados, participación en el ejercicio de cartografía social para ubicación de las mismas y realizar el aporte desde Salud al plan de política pública.
- Seguimiento mensual a los acuerdos establecidos con los sectores: este producto se ha desarrollado de acuerdo a los compromisos que se adquieren en cada una de las instancias de participación por parte del equipo de Gobernanza componente 1, con los cuales se realiza la implementación a los planes de acción en cada uno de los espacios y en la localidad. Estos acuerdos se realizan entre los diferentes sectores que participan en cada uno de los comités o mesas locales el cual puede ser un punto de encuentro en donde los sectores confluyen para dar respuestas y soluciones integrales a las problemáticas o necesidades identificadas en la comunidad por cada uno de los momentos de curso de vida, poblaciones diferenciales o en respuesta con acciones transversales.

Para la Subred Sur los acuerdos se adquieren mensualmente en la localidad y se da cumplimiento en un plazo no mayor a tres meses en donde se da respuesta como sector salud a los mismos en términos de política pública.

Para el proceso de acuerdos en el trimestre abril – junio 2017 se realizan en su gran mayoría de acuerdo a la construcción del plan de acción de política pública en cada uno de los espacios.

C. Orientar técnicamente la estructuración de las actividades a desarrollar en el marco de las jornadas locales programadas por el espacio público con base en la línea técnica distrital

Para el trimestre abril – junio de 2017 se da la línea técnica de acuerdo a los lineamientos entregados por SDS para la realización de las jornadas de acuerdo a las programaciones a nivel distrital y local.

En el mes de abril de 2017 se desarrolla la campaña del buen trato para la Subred Sur ESE, con la participación de cuatro localidades (Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz), de acuerdo con DANE, se cuenta con aproximadamente 1.327.155 personas; de estas el 10% (n=132.716) conforman la primera infancia, el

9% (n=119:444) conforman la población con curso de vida de infancia y de adolescencia el 18% (n=238.888).

Seguido a esto se identificó que una de las principales problemáticas que afecta el desarrollo integral de este curso de vida está relacionado directamente con los diferentes tipos de violencia, la infancia se considera el curso de vida más vulnerable ya que en esta etapa no se reconoce a los y las niñas como sujetos de derechos y seres autónomos con capacidad de libre expresión.

De esta identificación de problemáticas y la necesidad de ser garantes de derechos para el curso de vida infancia se desarrolló la “CAMPAÑA DISTRITAL DEL BUEN TRATO Y LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES” de la Subred Sur ESE, gracias a la articulación lograda con SDIS, IDRD, ICBF, Alcaldía Local, entre otras entidades. Se logró el desarrollo de cinco días de jornada en escenarios públicos y en espacios educativos con el objetivo de la erradicación del castigo físico, humillante y denigrante en contra de los niños, niñas y adolescentes de Bogotá y las localidades. En esta vía, las acciones estaban encaminadas a la promoción de prácticas protectoras que propendan por la participación de los niños, niñas y adolescentes en ejercicio de sus derechos en el marco acuerdo 485 del 2011.

Estas jornadas fueron desarrolladas en diferentes escenarios en las localidades y estos escenarios estaban relacionados con el desarrollo integral de estos menores como lo fueron el Parque 14 de mayo, Parque la Andrea y Parque Illimani, en las USS Perdomo, Marichuela CAPS Tunjuelito, en el Polideportivo de Candelaria, Parque el Tunal, Colegio Ofelia Uribe de Acosta sede A y Gimnasio Comercial Los Andes y Centro Comercial Tunal.

La actividad Programada cumplió con las expectativas de la población participante logrando la participación de 1.666 personas entre menores de edad y cuidadores distribuidos de la siguiente forma:

Según la gráfica se evidencia mayor participación del sexo femenino con una participación de 1026 mujeres equivalentes al 61.58% de la población.

Desde los profesionales de gobernanza y de Espacio Público se logró que a la comunidad le generara inquietud y reflexión frente a las prácticas de riesgo que conlleva el consumo de tabaco, así como la sensibilización en general de la importancia de espacios libres de humo.

En el mes de junio de 2017 y en conjunto con los referentes de política de trabajo y salud y política de infancia de la Subred Sur se llevó a cabo la “Jornada del día mundial contra el trabajo infantil”, orientada a la erradicación del trabajo infantil; logrando buena participación de población de padres y cuidadores. Se desarrolló a través de información de deberes y derechos de los niños, seguido de actividad lúdica, utilizando marcadores, papel, colores y la creatividad de los participantes.

Desde los profesionales de gobernanza, se logró concientizar a los padres y cuidadores, sobre la problemática del trabajo infantil y la importancia de hacer respetar los derechos y deberes de los niños en el mundo.

Para el desarrollo de la jornada de SPA se priorizó la localidad Ciudad Bolívar, teniendo en cuenta que allí se evidencia un alto consumo de sustancias psicoactivas, así mismo factores de riesgo asociados al consumo en la población, es por esto que se define un punto en el Barrio Marichuela.

Las actividades que se desarrollaron en la jornada fueron de tipo lúdico pedagógicas con el fin de orientar a los asistentes en temas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y como estas inciden en el ser humano a nivel físico, psicológico, emocional y social. De la misma forma se enfatiza en la importancia de reconocer los factores de riesgos, protectores y las diferentes estrategias con el fin de disminuir el consumo y mitigar el daño. Los juegos utilizados son bolos, tiro al blanco/ Boli rana y ruleta.

Subcomponente 2: Respuestas territoriales en el marco de planes locales e intersectoriales

A. Construcción del plan estratégico del proceso transversal de gobernanza con seguimiento cuali y cuantitativo en un informe presentado por subred

El plan estratégico para la vigencia Abril 2017 – Febrero 2018 se constituye en la carta de navegación para el proceso de Gobernanza por cada uno de los componentes y subcomponentes en donde se tienen el paso a paso por cada una de las actividades a desarrollar a nivel intersectorial y sectorial el cual ha permitido organizar la operación de las acciones que favorecen a su vez el análisis de condiciones de vida y salud para que se contribuya en la implementación de las políticas públicas mejorando la calidad de vida y salud de la población.

Se realiza la construcción de este plan en 4 fases la primera el del componente 1 Posicionamiento de las políticas públicas que favorezcan la salud y vida, componente 2 Gestión del conocimiento, componente 3 La estrategia de articulación de las intervenciones de información en salud, educación y comunicación para la salud; además del subcomponente 3 Gestión de rutas intersectoriales.

El seguimiento al mismo plan se realiza de manera trimestral que incluye una semaforización de las actividades de acuerdo al cronograma establecido, de acuerdo a los avances y al seguimiento del mismo por cada uno de los componentes.

B. Participación en la sesión y actividades de fortalecimiento de capacidades

El equipo ha venido participando en las jornadas que se realizan mensualmente por parte de SDS de acuerdo a cada una de las programaciones para los referentes de las políticas.

C. Conformación de cuatro equipos funcionales por momento de curso de vida al interior de la subred, que integre a representantes de espacios, procesos y otras dependencias de prestación de servicios pertinentes que generen acuerdos técnicos y operativos definidos para la operación de las acciones del sector salud en las localidades.

Para la Subred sur se realiza la conformación de los cuatro grupos funcionales por curso de vida quienes se reúnen mensualmente y en los cuales participan integrantes de cada uno de los espacios de vida cotidiana, procesos transversales, líderes asistenciales en los cuales se está adelantando la priorización de problemáticas para definir las respuestas que se harán de acuerdo con el PIC y POS y las articulaciones que se puedan hacer con el abordaje territorial.

D. Construcción del componente sectorial de salud y la propuesta de acciones que desde otros sectores, se deben desarrollar en los planes de acción de las políticas públicas

El plan de acción de políticas por cada una de las mismas se encuentra en este momento en construcción el cual únicamente se ha radicado un avance por cada una de las políticas en donde se evidencia que en los espacios se ha hecho una identificación de las problemáticas, una cartografía social para determinar en donde se identifican las mismas y se ha hecho un aporte con los diagnósticos locales que se tienen para la vigencia y con la información de los indicadores de acuerdo a cada uno de los enfoques diferenciales.

El avance de la construcción del plan de políticas permite identificar los avances en la localidad teniendo en cuenta la secretaría técnica de los mismos comités; el cual nos permite evidenciar que los planes de acción que tienen un avance significativo en su construcción son los de Integración Social y los que las secretaría técnicas se tienen a cargo para Salud. El Seguimiento y monitoreo de la implementación de los planes de acción de las políticas actividad que se tiene proyectada para realizar a partir del tercer trimestre del año.

E. Gestión sectorial para favorecer la implementación de la estrategia de abordaje territorial en las localidades

La Estrategia de Abordaje Territorial para la localidad se encuentra en su fase de alistamiento e identificación de los problemas sociales presentes en el territorio, para buscar respuestas articuladas a los mismos entre los diferentes actores o sectores participantes además se realiza para la comunidad la oferta de servicios de Salud articulada con el PIC y el POS.

Se realizan recorridos por los sectores priorizados en la localidad: La Flora, Alfonso López, Bolonia, Ciudadela Usme y Usme Rural.

La preparación de la estrategia se inicia realizando aprestamiento conceptual y operativo, con el reconocimiento de los equipos locales intersectoriales, revisión y análisis respecto a las problemáticas identificadas en la Estrategia de Abordaje Territorial (EAT); y posterior a esto se realizan los recorridos en los territorios que se encuentran priorizados en la localidad.

F. Actualización de mapas de actores sociales e institucionales en coordinación con el equipo de espacio público y vigilancia comunitaria.

La actualización del mapa de actores se realiza en el trimestre comprendido entre abril –junio de 2017 cuyo objetivo fue el de presentar la actualización y análisis del



Mapa de actores (con su respectivo directorio), para la localidad, de acuerdo a las relaciones sociales identificadas por cada una de las poblaciones y políticas de acuerdo al rol que desempeñan y contribución a la resolución de las problemáticas priorizadas, además de las posibles alianzas y redes que son factibles de consolidar en el ejercicio de accionar intersectorial.

Se realizaron reuniones con VCSP y el referente de Espacio público, en las cuales se intercambiaron experiencias de vigencias anteriores en la recolección de la información, se presentó el Documento de orientación técnica y metodológica para la actualización de del Mapeo de Actores por localidad y finalmente se entregaron las bases de datos realizadas desde los diferentes espacios al equipo de gobernanza.

G. Estructurar e implementar acciones y un plan de trabajo conjunto con los equipos de las subredes territoriales de la Dirección de Participación Social, Gestión territorial y transectorialidad.

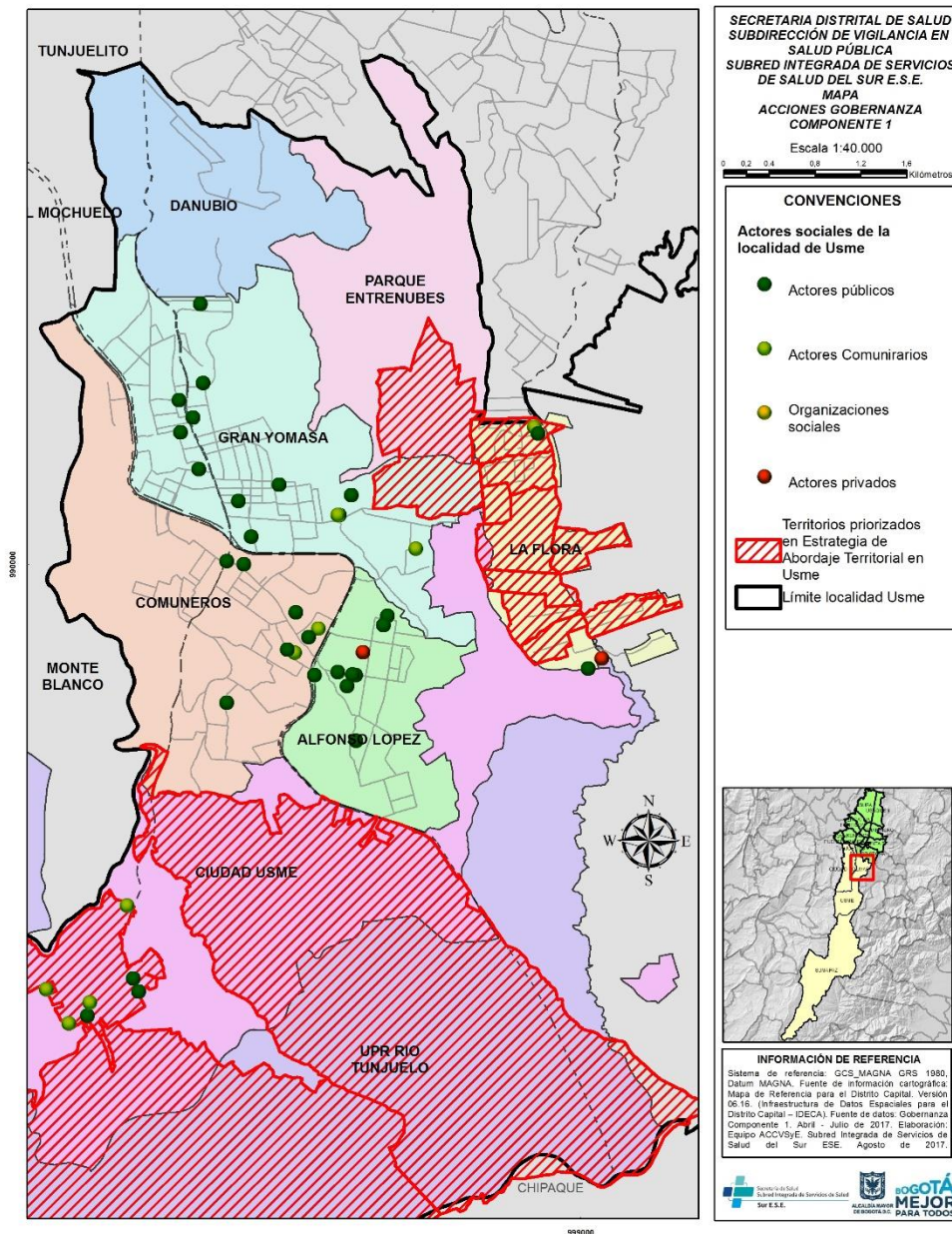
Se estructura un plan de trabajo conjunto con participación social, en donde se definía la participación en cada uno de estos y el seguimiento que se les debe hacer de manera mensual para el establecimiento de acuerdos y actividades dentro de la parte local e intersectorial.

La participación se realiza de acuerdo a las convocatorias que se realizan de manera mensual o de acuerdo a las dinámicas en cada una de las localidades con respecto a los avances en los acuerdos y compromisos por cada uno de ellos, además de realizar el seguimiento a los planes de acción de cada uno de los espacios.

Como experiencia exitosa se socializa acción de Gestión Ambiental y se describe a continuación.

En articulación de entidades como la ULATA, Subred Sur, Corporación Campo Limpio, Juntas de Acción Comunal del sector rural, se logró llevar a cabo la jornada de recolección de envases y embalajes provenientes de las actividades agrícolas, para esto se organizaron dos recorridos alternos uno se realizó en las veredas bajas de la localidad con el camión que dispuso campo limpio, el otro en las veredas altas y medias con camioneta que la alcaldía colocó, con el fin de realizar recolección en las 14 veredas de la localidad estipulando puntos de entrega, donde a los agricultores se les realizaba entrega de la certificación especificando el nombre, identificación, finca y cantidad de residuos entregados entre otros. Como resultado se obtuvo la recolección de 1.010 kilogramos de envases y embalajes.

Mapa 12. Acciones Gobernanza Componente 1. Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, localidad Usme. Abril – julio 2017.



## CAPÍTULO VI: ANALISIS Y SINTENSIS

### 6.1 Agenda Local

Tabla 83. Matriz de Tensiones

Momento de curso de vida	Número de la tensión	Tensión	Valoración 1	Valoración 2	Valoración final	Valoración final – Conf.
1-Niñez-adolescencia	1	Caries	10,0	1,5	8,5	1
1-Niñez-adolescencia	2	Mortalidades por Neumonía en menores de 5 años	11,0	1,0	10,0	2
1-Niñez-adolescencia	3	Maltrato Infantil	11,0	1,5	9,5	3
1-Niñez-adolescencia	4	Trabajo Infantil	9,0	1,5	7,5	4
1-Niñez-adolescencia	5	Mortalidad Perinatal	8,0	1,0	7,0	5
1-Niñez-adolescencia	6	Desnutrición Global y Crónica	12,0	1,0	11,0	6
1-Niñez-adolescencia	7	Conducta Suicida en Adolescencia	12,0	1,0	11,0	7
1-Niñez-adolescencia	8	Embarazo en Adolescentes	12,0	1,5	10,5	8
1-Niñez-adolescencia	9	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	9,0	2,0	7,0	9
1-Niñez-adolescencia	10	Adolescente Trabajador en Condiciones No Seguras	8,0	1,0	7,0	10
2-Juventud	1	Violencia de Género	9,0	1,0	8,0	11
2-Juventud	2	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	9,0	2,5	6,5	
2-Juventud	3	Trabajo Informal en Condiciones No Seguras	11,0	2,0	9,0	12
2-Juventud	4	Delincuencia Común. LCE intencionales, asociadas a riñas y asaltos	7,0	1,0	6,0	13
3-Adultez	1	Trabajo Informal en Condiciones No Seguras	11,0	2,0	9,0	
3-Adultez	2	Delincuencia Común. LCE intencionales, asociadas a riñas y asaltos	7,0	1,5	5,5	
3-Adultez	3	Condiciones Crónicas	9,0	2,0	7,0	14
4-Vejez	1	Violencia hacia la persona mayor	8,0	1,5	6,5	15
4-Vejez	2	Condiciones Crónicas	9,0	2,0	7,0	
Asentamientos Informales						16
Riesgo Psicosocial						17

Fuente: Subred sur, Equipo ACCVSyE, Tabla resumen Tensiones Usme. 2017

## 6.2 Desigualdades

En la ciudad de Bogotá, se presentan desigualdades entre las localidades que la componen en términos de condiciones de vida, lo cual representa inequidades que pueden ser identificadas en variables como la acumulación de capital humano, social, así como la acumulación individual y colectiva de bienes. Se tienen en cuenta también estratificadores sociales como la asistencia escolar de personas entre 18 y 25 años y el ingreso per cápita. 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.

A partir del índice de condiciones de vida, respecto a la *acumulación de capital humano*, se tienen en cuenta las variables de 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. En este sentido, para las tasas de cobertura de educación en la localidad de Usme, se tuvo en cuenta la relación entre población en edad escolar y las matrículas de la localidad, entendiendo la tasa de cobertura como "...la relación entre la matrícula total,...matricula del sector oficial más la matricula del sector privado y la población en edad escolar PEE de Bogotá, con un rango de edad comprendido entre 5 y 16 años". Para los niveles de escolaridad se definió un rango de edad apropiado a los respectivos niveles, preescolar (5 años), primaria (6 a 10 años), secundaria (11 a 14 años) y media vocacional (15 y 16 años). En la localidad de Usme se presentan tasas de cobertura de 83,8% para preescolar, 89,8% básica primaria, 89,1% para básica secundaria y 62,2% de media vocacional (1)

Se puede evidenciar una tasa de cobertura menor para las edades entre 15 y 16 años que corresponden a media vocacional, lo cual puede estar relacionado con deserción escolar, falta de interés en la culminación de estudios secundarios y dedicación de los adolescentes a actividades diferentes al estudio como actividades productivas.

La tasa de cobertura bruta de educación para la localidad de Usme en el año 2014 fue de 83,2% obteniendo un resultado menos favorable con respecto a Bogotá, la cual tiene una tasa de cobertura del 97% y ocupando la posición 15 entre 20 localidades. Así mismo la tasa de deserción en educación pública para el año 2013 fue de 3,5%, estando por encima de la media distrital de 2,6% (2).

Con relación al acceso de servicios relacionado con el cuidado de la primera infancia, de acuerdo a la encuesta multipropósito del 2014, los niños y niñas menores de 5 años en la localidad de Usme acceden en un 47,2 % a alguna institución de atención integral a la primera infancia; sin embargo estos programas no cubren las necesidades de demanda de la población de primera infancia donde el 4,4% manifestaron barreras de acceso relacionadas con la falta de cupos.

La tasa de asistencia escolar en personas entre 18-25 se encuentra en un 23,8%, siendo la menor tasa para Bogotá en el año 2014, lo cual contrasta con las



localidades aventajadas las cuales presentan porcentajes entre el 50% y el 70%. Respecto al ingreso a la educación superior, medida por la tasa de absorción, se tiene que la localidad de Usme presenta uno de los menores porcentajes, con un 42%, al igual que las localidades de Suba y Engativá, y solo por encima de la localidad de Sumapaz con 24% y Ciudad Bolívar con 36%.

En cuanto al *capital social básico*, el cual se mide por la composición del hogar y se tienen en cuenta como variables la proporción que representan los niños menores de 6 años en la conformación del hogar y la relación de personas por cuartos disponibles. Respecto a la composición del hogar y de acuerdo a los resultados de la EMB 2014, de los 119,713 hogares encuestados en la localidad de Usme, el 47% de los hogares están compuestos por 4 o más miembros, el 24% por 3 miembros, 15% 2 miembros y el 11% por hogares unipersonales. De acuerdo con los resultados de la encuesta SISBEN III, un 14,26% de los hogares presentaban hacinamiento en las viviendas, lo cual significa un promedio de tres o más personas por cuarto(2)

En cuanto a la *acumulación colectiva de bienes*, se hace referencia a la infraestructura de servicios públicos y 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. Respecto a la cobertura de Hogares con servicios públicos domiciliarios para el año 2014 en la localidad de Usme, el 96,6% cuentan con acueducto; con alcantarillado un 99,3%; frente a la recolección de basuras 99,4%, gas natural 93,3% y energía eléctrica 99,7% (3). De acuerdo al informe de Bogotá Como Vamos 2014, en cuanto a servicios como telefonía fija, se tiene una cobertura de 46.9%, la cual se encuentra por debajo del promedio distrital de 63,1%, la conexión a internet tiene una cobertura de 36,6%, el cual es menor al promedio distrital de 57,9%

En cuanto a la *acumulación individual de bienes materiales*, el cual 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. Frente al índice de calidad de vivienda urbana la localidad de Usme se ubica entre las la categoría de peores condiciones en relación a las dimensiones de materiales de la construcción, acceso a estaciones de transporte público y acceso a zonas de recreación; las UPZ de mayor riesgo son Alfonso López, La Flora y Parque Entrenubes(3)

Con relación a los tipos de vivienda predominan casa o apartamento con un 78%; seguido de cuarto con 22% “definidos como una unidad de vivienda, que hace parte de una edificación y que dispone de uno o más espacios y carece de servicio sanitario y cocina en su interior, o sólo dispone en forma exclusiva de uno de estos dos servicios y otro tipo de vivienda con el 0,01%(4).

En cuanto al ingreso per cápita o renta per cápita, se tiene en cuenta la variable económica que indica la relación que existe entre el Producto Bruto Interno (PBI) y la cantidad de habitantes. Para el año 2014 la localidad de Usme es la que presenta menos ingreso per cápita en la ciudad de Bogotá, teniendo un ingreso promedio de 428.000 pesos mensuales, lo cual representa menos de un salario mínimo; esto



contrasta con el ingreso en localidades aventajadas donde el ingreso per cápita promedia entre el 1`200.000 y los 4`000.000 de pesos mensuales.

A partir de los indicadores de condiciones de vida y los estratificadores sociales, se encuentra que la localidad de Usme se encuentra por debajo del promedio distrital en todos los aspectos evaluados, esto la sitúa como localidad desaventajada respecto a las localidades de Bogotá, presentando menores niveles en cuanto a coberturas de educación y acceso a educación superior, mayores niveles de hacinamiento en las viviendas, menor tenencia de vivienda propia y más en arriendo, menor calidad en materiales de las viviendas y un menor ingreso per cápita. Estos factores inciden directamente en la calidad de vida de la población de la localidad, lo cual puede incidir en menores condiciones para una salud adecuada en la población y sitúan a Usme como una localidad desaventajada respecto al distrito.

## **6.3 Estrategia de Abordaje Territorial y Configuración del Territorio**

### **6.3.1 Estrategia de Abordaje Territorial**

La estrategia de abordaje territorial en la localidad quinta de Usme, tiene como líderes la Secretaría de Integración Social que ha desarrollado la priorización de territorios que son Mochuelo bajo, Ismael Perdomo/tres reyes, Lucero/paraíso, Tesoro/divino niño, Lucero/Alpes, Lucero/lucero bajo, Jerusalén/potosí. La implementación de la estrategia se ha realizado en conjunto con el componente 1 de Gobernanza y sus resultados a la fecha se encuentran en el informe de seguimiento.

### **6.3.2 Configuración del Territorio**

El equipo de ACCVSyE de la subred sur en la vigencia actual, adapta la metodología PASE tomando sus elementos básicos e incluyendo elementos del BIT- PASE, Ambiente, Social, Económica y Población para los análisis de las condiciones de calidad de vida y salud. Esta metodología es una herramienta útil para estudiar las tensiones según áreas de observación ubicándolas geográficamente en zonas que afectan y relacionándolas con eventos de interés en salud pública.

El proceso inicia con el diseño y diligenciamiento de matriz para la configuración de tensiones en la cual se realiza descripción, en qué consiste, se identifica polo A y B, factores reforzadores y/o liberadores que tienden a agudizarla o mitigarla; con esta también se definen los escenarios o espacios en los cuales las tensiones definidas se plasman y se relacionan según afectación poblacional.

La matriz de tensiones se diligenció en las mesas estratégicas que se desarrollan al interior de la ESE; espacio que permitió analizar con las y los profesionales de los diferentes programas, espacios y componentes de la subred la afectación de estas y su impacto en la comunidad. De este escenario, se puede indicar que en la localidad se han priorizado las siguientes tensiones.

Para la etapa de curso de vida niñez se prioriza mortalidades por Neumonía en menores de 5 años, maltrato infantil y desnutrición, para el curso de vida adolescencia se prioriza conducta suicida y embarazo en adolescentes. Esta priorización de tensiones permite que en las mesas estratégicas se aborde y se profundice en la situación, buscando estrategias de abordaje y solución. Sin embargo, estas tensiones no son de abordaje simplemente del sector salud sino que implican la articulación intersectorial.

El mapa de ubicación espacial de tensiones se realizó a partir de sesiones de análisis y discusión con el equipo de ACCVSYE de la subred, contando con la experiencia y conocimiento que se tiene del territorio, lo que permitió de alguna forma reconocer las situaciones en las localidades.

De la ubicación de tensiones resultó la clasificación de 6 ejes estructurantes, los cuales permiten agrupar las tensiones en territorios y así analizar el impacto en el mismo. No obstante, se debe tener en cuenta que a pesar de ubicarse la tensión en un punto específico, esto no quiere decir que no afecte al resto de la localidad.

### **Primer eje estructurante: bajos niveles socioeconómicos y bajo nivel educativo**

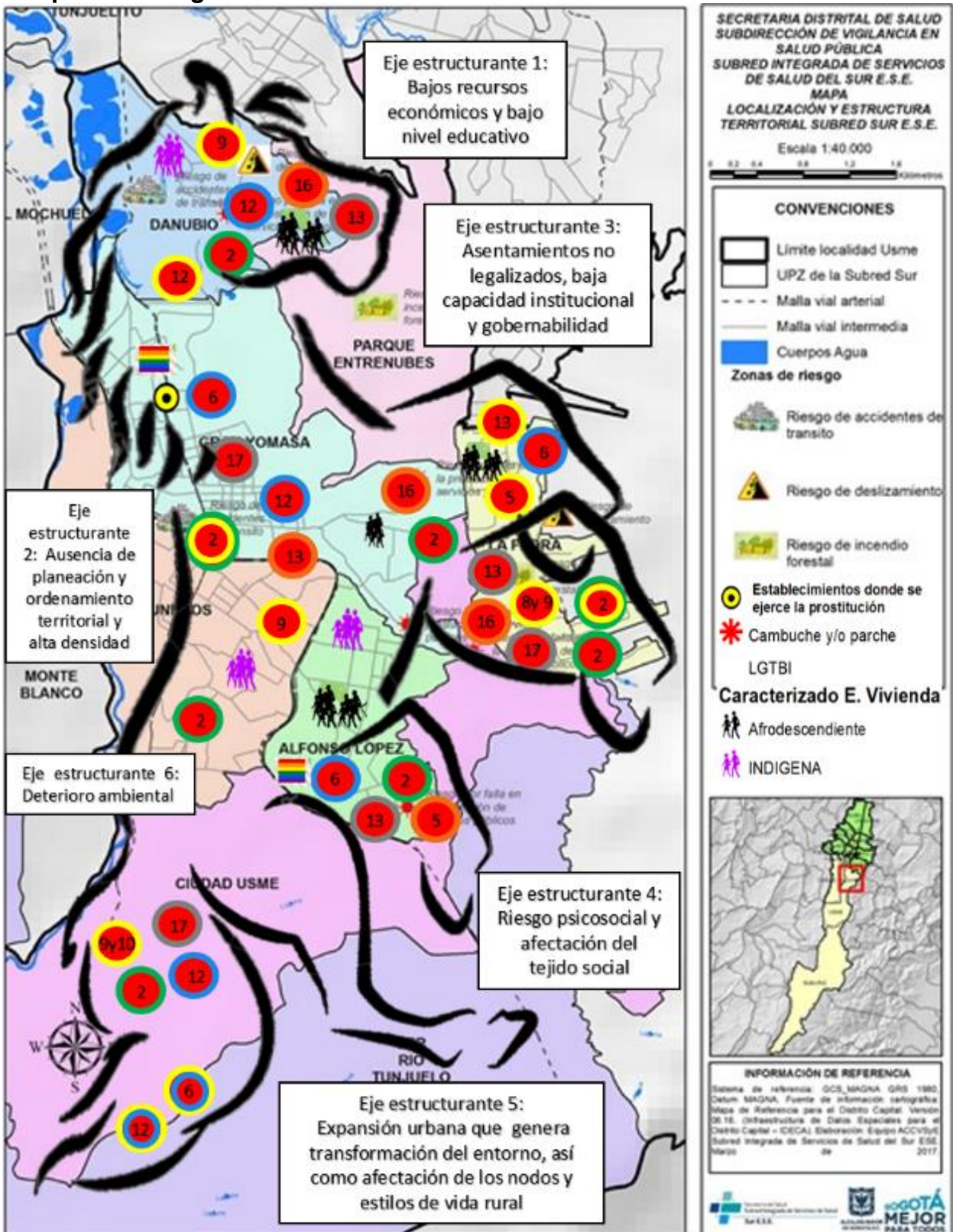
En la localidad de Usme se ha encontrado 1.982 ocupaciones ilegales en asentamientos informales ubicados en las UPZ Danubio, La Flora, Gran Yomasa, Comuneros, Entre Nubes y Alfonso López, los cuales se han conformado por procesos de desplazamiento interno dirigidos a las grandes ciudades a causa de las condiciones económicas, sociales y políticas del país.

El contexto de la localidad, caracterizado por desempleo, trabajo informal en condiciones no seguras, particularmente en el momento de curso de vida Juventud, donde la tasa de informalidad general para Usme es de 47,2% en el año 2014; refuerza las inadecuadas condiciones económicas, sociales y educativas de la población que se asienta en la localidad, lo cual aumenta el riesgo de embarazo en adolescentes, consumo de SPA y lesiones de causa externa.

Al realizar un análisis de los factores que inciden en estas situaciones se encuentra déficit de acompañamiento por parte de los padres y/o cuidadores, falta de equipamiento institucional para la ocupación del tiempo libre, interacción con pares negativos y el modelo educativo no acorde a las necesidades de la población que refuerza las desigualdades sociales.

Respecto a la dimensión ambiental, se identifica que en la localidad hay presencia de industrias extractivas, dedicadas a la producción de ladrillos y tejas, principalmente en la UPZ Danubio y en la UPZ Gran Yomasa, esta labor aumenta el material particulado, afectando la calidad del aire, lo cual está relacionado con la morbilidad por enfermedad respiratoria (neumonía) en especial en los momentos de curso de vida infancia y vejez.

Mapa 13. Configuración del Territorio



Fuente: Subred Sur, Equipo ACCVSyE.



## **Segundo eje estructurante: Ausencia de planeación, ordenamiento territorial y alta densidad poblacional**

El crecimiento urbano del sur de la ciudad caracterizado por procesos de autoconstrucción ha promovido condiciones deficientes de habitabilidad y espacio público, elementos que aunque son transversales a toda la localidad se evidencian particularmente en la UPZ Gran Yomasa, donde se observa concentración de bares, plazas de mercado y una alta presencia vehicular que congestiona las vías e invade el espacio público.

La presencia de bares favorece la venta y consumo de SPA, así mismo las lesiones de causa externa como consecuencia de riñas y asaltos es una problemática identificada. La invasión al espacio público por situaciones de trabajo informal en condiciones no seguras en zonas ocupadas por ventas de víveres y otros artículos; de la misma forma la presencia de transporte pesado y buses intermunicipales congestiona las vías ya que se estacionan en puntos no aptos para el proceso de cargue y descargue de pasajeros.

En vista de lo anterior, se ha identificado que las infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de cinco años, están relacionadas con la contaminación generada por fuentes móviles, reforzado por las características estructurales y habitacionales (hacinamiento) de las viviendas las cuales no presentan adecuadas condiciones de ventilación e iluminación agudizadas por las malas prácticas de aseo en algunas familias.

Revisando la situación socio-económica de la localidad, el 29.1 % de la población es pobre<sup>2</sup>, lo que está relacionado con la insatisfacción de las necesidades básicas, el acceso, disponibilidad y calidad deficiente en la canasta básica repercute en las condiciones nutricionales de la población infantil en conjunto con las prácticas alimentarias de la población (no consumo de algunos grupos de alimentos: frutas y verduras y/o su inadecuada preparación) contribuye a que se presente desnutrición<sup>3</sup> por consiguiente constituye un riesgo ante la presencia de IRA y EDA. Un agravante de esta situación es la débil presencia institucional como comedores comunitarios y escolares que junto con la baja cobertura de bonos alimentarios profundiza la situación de desnutrición de la localidad.

## **Tercer eje estructurante: asentamientos no legalizados, baja capacidad institucional e ingobernabilidad**

Este eje se configura a partir de los asentamientos presentes en la zona alta de la UPZ Gran Yomasa, La Flora y el Parque Entrenubes, donde se encuentran zonas de invasión sin acceso adecuado a servicios públicos, transporte ni oferta institucional. En la UPZ Gran Yomasa y Ciudad Usme se encuentra la construcción de urbanizaciones legales para vivienda de interés social y conjuntos de vivienda para venta general, sin embargo no se cuenta con una oferta institucional adecuada

---

<sup>2</sup> DANE SDP EMP 2014

<sup>3</sup> Desnutrición global 5.2 prevalencia.

que permita suplir las necesidades de la población generando conflictos sociales e ingobernabilidad. Así mismo se identifican asentamientos ilegales en el sector de Fiscala Alta en la UPZ Danubio y Alfonso López.

#### **Cuarto eje estructurante: riesgo psicosocial y afectación del tejido social**

Se identifica inicialmente para la UPZ Alfonso López en la presencia de delincuencia común, venta y consumo de sustancia psicoactivas, violencias y afectaciones en salud mental. Estas situaciones se presentan principalmente por débiles tejidos sociales y vulnerabilidad económica y social de la población. Así mismo en la zona se presenta alta presencia de trabajo informal en condiciones no seguras. Los riesgos psicosociales afectan adicionalmente a las UPZ Comuneros, Gran Yomasa, Danubio y La Flora, donde se presentan zonas críticas de inseguridad y una alta afectación por diferentes tipos de violencias.

#### **Quinto eje estructurante: expansión urbana que genera transformación del entorno, así como afectación de los modos y estilos de vida rural**

Esto se presenta en la zona de expansión urbana de la UPZ Ciudad Usme, en donde se están generando procesos de urbanización en zonas que eran empleadas para agricultura y para usos de suelo rural, lo cual genera una transformación del entorno ambiental y social, generando cambios en los estilos de vida rurales hacia procesos netamente urbanos, generando cambios en identidad y de las actividades económicas. Algunos de estos cambios se han visto reflejados en el aumento de hurtos y el expendio de sustancias psicoactivas en zonas que se consideraban seguras, así mismo se generan cambios en las actividades productivas de la población. El proceso de expansión urbana reduce las zonas de cultivo de alimentos, las zonas verdes y de ambiente natural, transformando el entorno y generando una mayor demanda de vías y de transporte público, afectando tanto a la zona urbana como a la zona rural.

#### **Sexto eje estructurante: deterioro ambiental y afectación en calidad de vida y salud**

En este eje se configuran las problemáticas ambientales derivadas de la cercanía con relleno sanitario Doña Juana de la localidad de Ciudad Bolívar, afectando a la población con olores ofensivos y cercanía a los residuos, lo cual está relacionado con afecciones en la piel, problemas respiratorios y gastrointestinales en las zonas de cercanía de las UPZ Comuneros y Gran Yomasa. Adicionalmente se encuentra afectación por presencia de algunas curtiembres en la UPZ Comuneros, contaminación por material particulado por alto flujo vehicular entre las UPZ Gran Yomasa y Comuneros, presencia de ladrilleras en la UPZ Danubio, contaminación en ríos y quebradas de la localidad, afectación de zonas de protección y ambientalmente vulnerables en la UPZ Alfonso López y manejo inadecuado de residuos a nivel general.



La identificación de ejes estructurantes, la agrupación de afectaciones ambientales, sociales, económicas y poblacionales y la identificación de tensiones y eventos, se ven reflejados en la construcción de una metáfora del estado actual de la localidad, la cual es la base para generar una transformación del territorio.

## **Metáfora Usme**

*El caballo representa a la naturaleza y su relación con el ser humano; carga en su lomo con la expansión urbana y comparte con Ciudad Bolívar las cargas ambientales de los residuos sólidos de la ciudad afectando la calidad del aire que respiran sus habitantes, afectando su piel, sus pulmones y su calidad de vida.*

*Su cabeza llena de pensamientos no le permite estar tranquilo por la situación económica, adherido a ello un cabestrillo de marginalidad que profundiza las inequidades sociales y unas anteojeras no le permiten proyectarse hacia el futuro, afectando las condiciones económicas y sociales de la población.*

*Su vientre inflamado por su alta densidad poblacional le ocasiona tránsito lento para digerir procesos sociales y ambientales, presentando afectaciones respiratorias y gastrointestinales, así como afectaciones psicosociales en sus habitantes.*

*Sus patas enfermas no le permiten avanzar por el camino del desarrollo, una pata soporta el peso de la desigualdad social y económica que refleja la realidad del país.*

## Conclusiones

La disminución de la población estimada para el año 2016 en la localidad de Usme, pasando de 432.724 en 2015 a 337.152 habitantes en 2016, con una reducción de 95.572 habitantes (22.1%), puede afectar la elaboración de algunos indicadores que requieran dicha información para su cálculo.

No se cuenta con proyecciones poblacionales por UPZ para el año 2016, hecho que dificulta el cálculo de la densidad poblacional, para dicho año, en consecuencia se utiliza la información para el año 2015. Hecho similar ocurre con la población rural de la localidad, en consecuencia se usa información del aplicativo APS (Atención Primaria en Salud) del año 2015 para tener una aproximación del comportamiento de dicha población.

Se toma información de aplicativo APS de los años 2013 a 2015 relacionado con la caracterización de la población rural de la localidad, con el fin de tener información aproximada en cuanto su distribución en variables de interés.

Se observa un importante incremento en la cantidad de nacidos vivos en los últimos 2 años (2015 y 2016), lo cual, además de evidenciar dificultades en las acciones de control de natalidad, se suma a las dificultades en las proyecciones poblacionales afectando en especial los datos relacionados con la fecundidad.

El embarazo en adolescentes presenta un decremento importante de manera consistente en los últimos años, siendo el dato más bajo el observado en 2016, con 1.170 nacimientos en jóvenes de 15 a 19 años, hecho que puede asociarse a un avance en cuanto las estrategias de prevención. Caso contrario sucede con los embarazos en menores de 10 a 14 años, teniendo el dato más alto para 2016 (34 casos), hecho preocupante, teniendo en cuenta que en su gran mayoría son consecuencia de violencia sexual, con las repercusiones mencionadas.

Teniendo en cuenta el contexto territorial de la localidad, los factores como: zonas montañosas, el tipo de suelo, la altura sobre el nivel del mar, el cambio climático, los asentamientos subnormales, el relleno sanitario Doña Juana, el parque minero industrial, la contaminación de fuentes hídricas, el manejo inadecuado de basuras, los riesgos de remoción en masa e inundación y falta de acceso a servicios básicos domiciliarios, favorecen la incidencia de enfermedades en especial las respiratorias en la población.

La mayor concentración de la población la localidad Usme según proyecciones para el año 2016, se encuentra en los curso de vida juventud entre los 20 y 24 años de edad.

Desde el aspecto de movilidad, los altos índices de accidentalidad en Bogotá determinan una afectación directa sobre la calidad de vida de los actores que se encuentran inmersos en un evento de estas características, indicando que una importante representación de la comunidad de nuestra ciudad convive a diario con una variación de situaciones ligadas posiblemente a la calidad defectuosa de la infraestructura vial, la falta de mantenimiento mecánico de vehículos motorizados,

la ausencia de control sobre vehículos no motorizados y la baja apropiación de la cultura ciudadana.

Teniendo esto claro, es de carácter prioritario la identificación de situaciones ligadas a la movilidad que representen un riesgo directo a la salud, los cuales deben ser atacados oportunamente desde un enfoque de prevención como una estrategia de reducción de los índices de accidentabilidad.

Para la prioridad de Establecimientos Abiertos al Público, se buscará contribuir al mejoramiento de las condiciones Higiénico Sanitarias y la identificación de Entornos que representan a través de sus actividades un mayor índice de afectación para la salud de la comunidad, así como para el Medio Ambiente; la promoción y adopción de prácticas saludables y el fortalecimiento de las acciones que se desarrollan desde el componente de Inspección, Vigilancia y Control de las diferentes subredes integradas de Salud.

La recreación ofrece identidad y carácter al espacio público, por medio del reconocimiento y vivencias en sitios urbanos, naturales, rurales y patrimoniales. El deber es que la ciudadanía haga uso de estos espacios, velando por su conservación, cuidado y uso adecuado, ya que se conciben como un bien común que beneficia a la población en general. La recreación es una forma de vida; de ahí la necesidad de recuperar y fortalecer el elemento lúdico como punto de partida para propiciar alternativas de cambio con las comunidades para conducir a la implementación de estrategias participativas.

Se realizaron acciones de articulación sectorial con estrategia de Modelo Integral de Salud PIC – POS con intervención de Líder de Salud Mental de la Subred Sur (POS), Líder de Vigilancia en Salud Pública para Salud Mental (SIVIM, SISVECOS, SIVELCE Y VESPA) y Profesional GPAISP – Salud Mental, permitiendo la identificación de acciones y oferta de servicios del programa en la subred con el objetivo de fortalecer las actividades desde la articulación de acciones y complementación de procesos para impactar en la comunidad de forma oportuna y complementaria logrado así el fortalecimiento del programa a nivel de la Subred Sur y generando respuestas oportunas en el “deber ser” de las necesidades identificadas. De acuerdo a esta oportunidad de trabajo se plantea una ruta de atención para el desarrollo de estas acciones.

De acuerdo a esta oportunidad se logró realizar activaciones de ruta prioritaria a los diversos eventos identificados desde Vigilancia en Salud Pública – Salud Mental con una atención oportuna y complementaria a las identificaciones de riesgo realizadas por el equipo, con acceso oportuno a proceso terapéutico de complementariedad.

PAI: Para la vigencia en mención el programa logra adherir a los usuarios los puntos de vacunación, es decir que en la localidad no hay equipos extramurales que busquen los niños en casa, únicamente se busca los que definitivamente están perdidos, sin contacto telefónico y atrasados en su esquema de vacunación... la estrategia se desmontó de manera gradual con resultados totalmente favorables para el programa en el marco de la gestión de la salud pública.

El componente de vigilancia en salud ambiental ejecuta acciones individuales y grupales que buscan minimizar los riesgos en salud de la población de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz buscando incidir positivamente en los factores determinantes de la salud ambiental en cada una de las líneas de intervención como: alimentos sanos y seguros, calidad del agua y saneamiento básico, medicamentos seguros, seguridad química, eventos transmisibles de origen zoonótico, aire, ruido y rem y vigilancia intensificada. Acciones a las que se están dando respuesta por un plan programático y presupuestal desde la SDS y a un censo de establecimientos teniendo en cuenta cada uno de los puntos críticos de intervención por UPZ.

## Bibliografía

1. Salud SD de. Guía técnica para ejecución de las acciones de gestión de la salud pública a través del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC agosto 2016 a enero de 2017. Marco operacional. 2016. p. 1–69.
2. Salud SD de. Documento Técnico para el Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. Vigencia agosto 2016 a marzo 2017. 2016.
3. Maldonado MM. Operación Urbanística Nuevo Usme. 2005;
4. Ruiz C. Boletín epidemiológico. 2017;34(4).



## Anexo

### Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Usme, localidad Usme, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, año 2016

A continuación se describe el comportamiento de la morbilidad presentada en el año 2016, en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Usme, es importante mencionar que esta USS se encuentra ubicada en la localidad Usme.

#### Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Usme

Para el año 2016 en la USS Usme se registraron un total de 127.405 atenciones por consulta externa, donde el 69.8 % de las atenciones corresponden a mujeres y en hombres fue de 30,2%.

**Tabla Primeras diez causas de morbilidad por consulta externa, USS Usme, 2016**

#	CIE 10	Diagnostico CIE 10	Mujer	Hombre	Total	%
1	K021	Caries de la dentina	5726	3160	8886	7
2	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	4837	1953	6790	5,3
3	E780	Hipercolesterolemia pura	3254	1166	4420	3,5
4	J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	1947	1492	3439	2,7
5	B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	1086	920	2006	1,6
6	K051	Gingivitis crónica	1292	555	1847	1,4
7	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1372	235	1607	1,3
8	M255	Dolor en articulación	1066	434	1500	1,2
9	M545	Lumbago no especificado	1020	440	1460	1,1
10	E039	Hipotiroidismo, no especificado	1249	117	1366	1,1
<b>Resto de las causas</b>			<b>66122</b>	<b>27962</b>	<b>94084</b>	<b>73,8</b>
<b>Total</b>			<b>88971</b>	<b>38434</b>	<b>127405</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016

Para el año 2016, las diez primeras causas de morbilidad en consulta externa fueron: caries de la dentina (7%), hipertensión esencial primaria (5,3%) hipercolesterolemia pura (3,5%), rinofaringitis aguda (2,7%), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,6%), gingivitis crónica (1,45), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,3%), dolor en articulación (1,2%), lumbago no especificado (1,1%) e hipotiroidismo no especificado (1,1%). El 73,8% corresponde al resto de las causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en consulta externa para las mujeres: caries de la dentina (6,4%), hipertensión esencial primaria (5,4%) hipercolesterolemia pura (3,7%), rinofaringitis aguda (2,2%), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,5%), vaginitis aguda (1,55), gingivitis crónica (1,5%), hipotiroidismo no especificado (1,4%), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,2%) y dolor en articulación (1,2%).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de consulta externa se identificaron las siguientes: caries de la dentina (8,2%), hipertensión esencial primaria (5,1%) rinofaringitis aguda (3,9%), hipercolesterolemia pura (3%), parasitosis intestinal sin otra especificación (2,4%), gingivitis crónica (1,45), lumbago no especificado (1,1%), dolor en articulación (1,1%), dermatitis no especificada (1%) y raíz dental retenida (1%).

De acuerdo al curso de vida se observa que las atenciones están concentradas principalmente en los curso de vida adultez con 32,9 y vejez con 20,1%, seguido se ubica juventud 16,3%, infancia escolar 15,4%, infancia 11,4% y finalmente primera infancia con 0,1%.

**Tabla Morbilidad consulta externa por curso de vida, USS Usme, 2016**

Curso de vida	Mujeres	Hombres	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	84	73	157	0,1
Infancia (1 a 5 años)	7311	7238	14549	11,4
Infancia escolar (6 a 11 años)	9923	9665	19588	15,4
Adolescencia (12 a 17 años)	3218	1481	4699	3,7
Juventud (18 a 28 años)	17641	3177	20818	16,3
Adulto (29 a 59 años)	33621	8341	41962	32,9
Vejez (60 años o más)	17173	8459	25632	20,1
<b>Total</b>	<b>88971</b>	<b>38434</b>	<b>127405</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 157 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en consulta externa para este curso de vida son: rinofaringitis aguda (6,4%), hipermetropía (1,9%) cerumen impactado (1,3%), conjuntivitis no especificada (1,3%), otras deformidades congénitas de la cadera (1,3%), bronconeumonía no especificada (0,65), cadera inestable (0,6%), caput succedaneum debido a traumatismo del nacimiento (0,6%), conjuntivitis aguda no especificada (0,6%) y constipación (0,6%).

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 14549 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en consulta externa para este curso de vida son: rinofaringitis aguda (9,2%), caries de la dentina (4,6%) parasitosis intestinal sin otra especificación (2,4%), dermatitis no especificada (1,6%), otras deformidades congénitas de la cadera (1,3%), dermatitis atópica no especificada (1,35), desnutrición proteico-calórica no especificada (1%), gingivitis aguda (0,9%), desnutrición proteico-calórica leve (0,6%) y infección viral no especificada (0,6%).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 19588 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de consulta externa, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: caries de la dentina (11,6%), rinofaringitis aguda (4,9%) parasitosis intestinal sin otra especificación (4,6%), anomalías de la posición del diente (1,6%), gingivitis aguda (1,5%), dermatitis no especificada (1,35), raíz dental retenida (1,1%), dermatitis atópica no especificada (1%), gingivitis crónica (0,9%) e infección de vías urinarias sitio no especificado (0,9%).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 4699 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: caries de la dentina (10,1%), parasitosis intestinal sin otra especificación (2,5%) rinofaringitis aguda (2,3%), gingivitis crónica (2%), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,2%), anomalías de la posición del diente (1,15), dermatitis no especificada (1%), dolor en articulación (0,9%), dermatitis atópica no especificada (0,9%) y dientes moteados (0,9%).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 20818 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en consulta externa, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: caries de la dentina (7,6%), gingivitis crónica (2,3%) vaginitis aguda (1,8%), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,3%), rinofaringitis aguda (1,2%), parasitosis intestinal sin otra especificación (1,15), amenorrea sin otra especificación (1,1%), lumbago no especificado (0,6%), dolor en articulación (0,6%) y gastritis no especificada (0,6%).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 41962 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: hipertensión esencial primaria (7,7%), hipercolesterolemia pura (4,6%) gingivitis crónica (3,1%), hipotiroidismo no especificado (2,1%), lumbago no especificado (2,1%), vaginitis aguda (2,15), dolor en articulación (2%), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,8%), hiperlipidemia no especificada (1,7%) y rinofaringitis aguda (1,6%).

Para el momento de curso de vida vejez, se observó que 25632 personas fueron atendidas en los servicios de consulta externa, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (18,8%), hipercolesterolemia pura (12,1%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (2,7%), caries de la dentina (2,6%), dolor en articulación (1,7%), lumbago no especificado (1,55), hipotiroidismo no especificado (1,3%), infección de vías urinarias sitio no especificado (1,3%), diabetes mellitus no especificada sin mención de complicación (1,2%) e hiperlipidemia no especificada (1,2%).

### **Causas de morbilidad atendida en hospitalización USS Usme**

Para el año 2016, las diez primeras causas de morbilidad en hospitalización fueron: neumonía no especificada (14,7%), infección de vías urinarias sitio no especificado (9,9%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (7,5%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (6,3%), bronquiolitis aguda no especificada (5,1%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (2,65), asma no especificado (2,2%), parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (2,2%), celulitis de sitio no especificado (2,1%) y celulitis de otras partes de los miembros (1,8%). El 45,4% corresponde al resto de causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en hospitalización para las mujeres: infección de vías urinarias sitio no especificado (14,2%), neumonía no especificada (13,7%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (7,7%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (4,9%),

bronquiolitis aguda no especificada (4%), parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (3,65), enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda no especificada (3,5%), asma no especificado (2,4%), celulitis de sitio no especificado (1,6%) y celulitis de otras partes de los miembros (1,5%).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de hospitalización se identificaron las siguientes: neumonía no especificada (16,2%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (8,6%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (7,2%), bronquiolitis aguda no especificada (6,7%), infección de vías urinarias sitio no especificado (3,4%), celulitis de sitio no especificado (2,95), laringitis obstructiva aguda (2,7%), celulitis de otras partes de los miembros (2,3%), asma no especificado (1,9%) y bronquitis aguda no especificada (1,5%).

De acuerdo a lo anterior se observa que la primera causa de hospitalización tanto en mujeres como en hombres es la neumonía no especificada, seguido por la infección de vías urinarias en mujeres y enfermedades de la tráquea y de los bronquios en los hombres. En resumen las afecciones respiratorias son las de mayor atención en la población general en la USS Usme durante 2016.

**Tabla Primeras diez causas de morbilidad de hospitalización, USS Usme, 2016**

#	CIE 10	DX CIE 10	Mujeres	Hombres	Total	%
1	J189	Neumonía, no especificada	102	77	179	14,7
2	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	105	16	121	9,9
3	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	57	34	91	7,5
4	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte	36	41	77	6,3
5	J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	30	32	62	5,1
6	J441	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	26	6	32	2,6
7	J459	Asma, no especificado	18	9	27	2,2
8	O800	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	27	0	27	2,2
9	L039	Celulitis de sitio no especificado	12	14	26	2,1
10	L031	Celulitis de otras partes de los miembros	11	11	22	1,8
		<b>Resto de las causas</b>	<b>318</b>	<b>235</b>	<b>553</b>	<b>45,4</b>
		<b>Total</b>	<b>742</b>	<b>475</b>	<b>1217</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

Las atención por curso de vida evidencia una ocurrencia de casos en mayor porcentaje en menores entre 1 y 5 años y adultos mayores de 60 años, con un 53,8%, la adolescencia, por mucho, el curso de menos atenciones en esta institución

**Atenciones por hospitalización según curso de vida, USS Usme, 2016**

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	5	0,4	7	0,6	12	1,0
Infancia (1 a 5 años)	171	14,1	162	13,3	333	27,4
Infancia escolar (6 a 11 años)	65	5,3	68	5,6	133	10,9

Adolescencia (12 a 17 años)	18	1,5	6	0,5	24	2,0
Juventud (18 a 28 años)	126	10,4	41	3,4	167	13,7
Adulto (29 a 59 años)	156	12,8	70	5,8	226	18,6
Vejez (60 años o más)	201	16,5	121	9,9	322	26,5
<b>Total</b>	<b>742</b>	<b>61,0</b>	<b>475</b>	<b>39,0</b>	<b>1217</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en hospitalización para este curso de vida son: bronquiolitis aguda no especificada (50%), rinofaringitis aguda (16,7%) amigdalitis aguda no especificada (8,3%), neumonía no especificada (8,3%), otras dificultades respiratorias del recién nacido (8,3%), finalmente se ubican los síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (8,35%).

### Causas de morbilidad atendida en urgencias USS Usme

Para el año 2016 la Unidad de Servicios de salud Usme un reporto un total de 23575 atenciones por el servicio de urgencias; para los hombres el total fue de 10103 que equivale al 42.9 % y en mujeres de 57.1%.

Para el año 2016 las diez primeras causas de morbilidad en urgencias fueron: infección de vías urinarias sitio no especificado (4,1%), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (4%) amigdalitis aguda no especificada (3,4%), pulpitis (3,1%), rinofaringitis aguda (2,2%), lumbago no especificado (2,15), bronquiolitis aguda no especificada (2,1%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (1,9%), neumonía no especificada (1,6%) y gastritis no especificada (1,6%). El 73,9% corresponde al Resto de las causas.

Las diez primeras causas de morbilidad en urgencias para las mujeres fueron: infección de vías urinarias sitio no especificado (6,2%), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (4,2%) pulpitis (3,6%), amigdalitis aguda no especificada (3,2%), lumbago no especificado (2,4%), rinofaringitis aguda (2,25), gastritis no especificada (2%), bronquiolitis aguda no especificada (1,7%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (1,6%) y amigdalitis estreptocócica (1,6%).

Respecto a los hombres, en las causas más frecuentes de urgencias se identificaron las siguientes: gastroenteritis y colitis de origen no especificado (3,8%), amigdalitis aguda no especificada (3,6%) herida del cuero cabelludo (2,7%), bronquiolitis aguda no especificada (2,5%), pulpitis (2,3%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (2,35), rinofaringitis aguda (2,2%), herida de la pared posterior del tórax (2,1%), herida de dedo(s) de la mano sin daño de la(s) uña(s) (2%) y neumonía no especificada (1,8%).

### Tabla Primeras diez causas de morbilidad en urgencias según sexo, USS Usme, 2016



#	CIE 10	Diagnostico CIE 10	Mujeres	Hombres	Total	%
1	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	837	130	967	4,1
2	A099	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	564	383	947	4,0
3	J039	Amigdalitis aguda no especificada	427	364	791	3,4
4	K040	Pulpitis	491	231	722	3,1
5	J00X	Rinofaringitis aguda	302	222	524	2,2
6	M545	Lumbago no especificado	317	174	491	2,1
7	J219	Bronquiolitis aguda no especificada	232	256	488	2,1
8	J980	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte	221	230	451	1,9
9	J189	Neumonía no especificada	201	184	385	1,6
10	K297	Gastritis no especificada	276	108	384	1,6
<b>Resto de las causas</b>			<b>9604</b>	<b>7821</b>	<b>17425</b>	<b>73,9</b>
<b>Total</b>			<b>13472</b>	<b>10103</b>	<b>23575</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

En cuanto la distribución por curso de vida adultez es donde más casos se atienden en urgencias con una proporción de 31,3%, seguido por juventud con 21,1%, infancia con 15,5%, vejez 14,6%, infancia escolar 13,6%, adolescencia 3,6% y primera infancia con 0,4%.

#### Tabla Atenciones por urgencias según curso de vida, USS Usme, 2016

Curso de vida	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Primera infancia (Menos de 1 año)	37	0,2	54	0,2	91	0,4
Infancia (1 a 5 años)	1709	7,2	1935	8,2	3644	15,5
Infancia escolar (6 a 11 años)	1536	6,5	1674	7,1	3210	13,6
Adolescencia (12 a 17 años)	454	1,9	385	1,6	839	3,6
Juventud (18 a 28 años)	3000	12,7	1983	8,4	4983	21,1
Adulto (29 a 59 años)	4682	19,9	2687	11,4	7369	31,3
Vejez (60 años o más)	2054	8,7	1385	5,9	3439	14,6
<b>Total</b>	<b>13472</b>	<b>57,1</b>	<b>10103</b>	<b>42,9</b>	<b>23575</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. 2016.

En el momento de curso de vida de primera infancia, se identificaron un total de 91 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en urgencias para este curso de vida son: bronquiolitis aguda no especificada (35,2%), rinofaringitis aguda (13,2%), neumonía no especificada (7,7%), laringitis obstructiva aguda (crup) (6,6%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (4,4%), otras enteritis virales (2,25), conjuntivitis aguda no especificada (2,2%), bronquitis crónica no especificada (2,2%), parto único espontáneo presentación cefálica de vértice (2,2%) y amigdalitis aguda no especificada (1,1%).

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron un total de 3644 niños y niñas. Las primeras causas de morbilidad en urgencias para este curso de vida son: bronquiolitis aguda no especificada (11,1%), enfermedades de la tráquea y de los bronquios no clasificadas en otra parte (8,3%) amigdalitis aguda no especificada (8%), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (6,7%), neumonía no especificada (6%), laringitis obstructiva aguda (5,55), rinofaringitis aguda (4,7%),

otitis media no especificada (3%), amigdalitis estreptocócica (2,7%) e infección de vías urinarias sitio no especificado (1,9%).

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se identificó que un total de 3210 niños y niñas fueron atendidos en el servicio de urgencias, para este momento de curso de vida, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: amigdalitis aguda no especificada (6,5%), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (4,3%) rinofaringitis aguda (3,8%), infección de vías urinarias sitio no especificado (2,7%), amigdalitis estreptocócica (2,6%), pulpitis (2,45), herida del cuero cabelludo (2,3%), herida de otras partes de la cabeza (2,2%), otitis media no especificada (2,1%) y asma no especificado (2%).

En relación al momento de curso de vida adolescencia, se identificaron un total de 839 adolescentes, las primeras de morbilidad que más afectan este curso de vida son: infección de vías urinarias sitio no especificado (5,7%), pulpitis (4,3%) gastroenteritis y colitis de origen no especificado (3,2%), amigdalitis aguda no especificada (3%), amigdalitis estreptocócica (2,9%), herida del cuero cabelludo (1,85), herida de dedo(s) de la mano sin daño de la(s) uña(s) (1,7%), gastritis no especificada (1,5%), heridas múltiples no especificadas (1,5%) y lumbago no especificado (1,3%).

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron un total de 4983 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en urgencias, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: infección de vías urinarias sitio no especificado (7%), gastroenteritis y colitis de origen no especificado (3,2%) pulpitis (2,9%), gastritis no especificada (2,5%), herida de la pared posterior del tórax (2,4%), amigdalitis aguda no especificada (25), herida de dedo(s) de la mano sin daño de la(s) uña(s) (2%), herida del cuero cabelludo (1,9%), vaginitis aguda (1,6%) y lumbago no especificado (1,5%).

Para el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 7273 personas, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida: infección de vías urinarias sitio no especificado (5,4%), lumbago no especificado (4,1%) gastroenteritis y colitis de origen no especificado (3,7%), gastritis no especificada (3,4%), herida de dedo(s) de la mano sin daño de la(s) uña(s) (2,4%), amigdalitis aguda no especificada (1,95), herida del cuero cabelludo (1,9%), hipertensión esencial primaria (1,6%), otras gastritis agudas (1,5%) y rinofaringitis aguda (1,4%).