

**ANALISIS
DIFERENCIAL DE
POBLACIONES
Localidad Usme**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR ESE.**

Bogotá D.C. 25/10/ 2017

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. METODOLOGÍA	4
3. OBJETIVO GENERAL	5
4. APROPIACIÓN CONCEPTUAL	¡Error! Marcador no definido.
• INDÍGENAS:	¡Error! Marcador no definido.
• RAIZALES	¡Error! Marcador no definido.
• Afrocolombianas:	¡Error! Marcador no definido.
• El transgenerismo	¡Error! Marcador no definido.
Las personas Transexuales,	¡Error! Marcador no definido.
• Heterosexualidad:	¡Error! Marcador no definido.
• Homosexualidad:	¡Error! Marcador no definido.
• Bisexualidad:	¡Error! Marcador no definido.
• Población Carretera:	¡Error! Marcador no definido.
• Población de pequeños bodegueros:	¡Error! Marcador no definido.
5. MARCO LEGAL	¡Error! Marcador no definido.
EXPLORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA	¡Error! Marcador no definido.
6. Caracterización de las poblaciones diferenciales Localidad de Usme	5
6.1. Caracterización población Indígena, Localidad de Usme, Subred Sur	6
Contexto Demográfico	6
Relación de población y territorio con pertenencia étnica indígena, Localidad Usme	16
6.1.1. Caracterización población étnica Afrodescendiente, Localidad de Usme	
Subred Sur	12
Contexto Demográfico	25
Relación de población y territorio con pertenencia étnica Afrodescendiente	
Localidad Usme	28
Intervenciones en Salud de las poblaciones Étnicas Localidad de Usme Subred	
Sur	¡Error! Marcador no definido.
6.2. Caracterización de Población en Condición de Discapacidad, Localidad Usme	
subred sur	35
Contexto Demográfico	36
Relación de Población y Territorio, población con discapacidad, Localidad de	
Usme	39
Intervenciones en Salud de las poblaciones con discapacidad, Localidad de Usme,	
Subred Sur E.S.E., Julio 2012- Junio 2015	¡Error! Marcador no definido.
6.3. Caracterización de la Población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de	
Usme Subred Sur	45
Contexto Demográfico	45

Relación de Población y Territorio población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Usme Subred Sur.....	48
6.6. Caracterización población Habitante de Calle, Localidad Usme subred sur...	51
Contexto demográfico	51
Relación de Población y Territorio población Habitante de calle, Localidad de Usme, Subred Sur.....	53
6.5. Caracterización Población LGBTI, Localidad Usme, Subred Sur	56
Contexto Demográfico.....	56
Relación de Población y Territorio población LGBTI, Localidad de Usme, Subred Sur.....	57
6.6 Caracterización Población en el ejercicio de la prostitución, Localidad Usme, Subred Sur	59
Contexto Demográfico.....	60
Relación de Población y Territorio mujeres en ejercicio de la prostitución, Localidad de Usme, Subred Sur.....	63
6.7 Caracterización Población recicladora, Localidad Usme, Subred Sur.....	65
Contexto Demográfico.....	65
Relación de Población y Territorio población recicladora, Localidad de Usme, Subred Sur	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

Lista de Mapas

Mapa 1 Ubicación de la población con pertenencia étnica indígena, Localidad Usme.....	¡Error! Marcador no definido.
Mapa 2 Ubicación de la población Víctima del Conflicto Armado, Localidad Usme Subred Sur	¡Error! Marcador no definido.

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Pirámide Población étnica indígena Localidad Usme, años 2005, 2014 2016.	8
Gráfico 2 Pirámide Población étnica Afrodescendiente Localidad Usme, año 2005.	26
Gráfico 3 Pirámide población en condición de discapacidad, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015	37
Gráfico 4 población con discapacidad usuarios únicos atendidos por el programa territorios saludables, localidad Usme Julio 2012 a Junio 2016. ¡Error! Marcador no definido.	

Gráfico 5 Comportamiento anual población habitante de calle, programa territorios saludables Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E, periodo julio 2012 a junio 2016.

..... **¡Error! Marcador no definido.**
Gráfico 6 Pirámide poblacional habitante de calle, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E, periodo julio 2012 a junio 2016. 52

Lista de Tablas

Tabla 1 Distribución de la Población Indígena por grupos quinquenales de edad, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2005, 2014, 2016.....	7
Tabla 2 Indicadores Demográficos. Población étnica indígena Localidad de Usme, años 2005, 2014 2016.....	9
Tabla 3 Momentos del curso de vida. Población étnica indígena Localidad Usme, año 2016.	10
Tabla 4 Aseguramiento en Salud. Población étnica indígena Localidad de Usme, año 2016.	11
Tabla 5 Total nacidos vivos con pertenencia étnica indígena, Localidad Usme, Subred Sur E.S.E. 2014 – 2016	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 6 Población étnica indígena por cabildos, Localidad Usme, años 2005, 2014, 2016	19
Tabla 7 población étnica Afrodescendiente, por grupos quinquenales de edad según sexo, Localidad de Usme Subred Sur, 2005	25
Tabla 8. Indicadores de dinámica demográfica población étnica Afrodescendiente, Localidad Usme, año 2005.....	27
Tabla 5 Total nacidos vivos con pertenencia étnica Afrodescendiente, Localidad Usme, Subred Sur E.S.E. 2014 – 2016.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 10 Población con pertenencia étnica usuarios únicos por ciclo vital atendidos por el programa territorios saludables, Localidad de Usme, Subred Sur, Periodo julio 2012 a Junio 2016.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 9 Distribución de la Población en Condición de Discapacidad por grupos quinquenales de edad, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015	36
Tabla 10 Población por momentos del curso de vida población en condición de discapacidad, Localidad Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015.....	37
Tabla 11. Población con discapacidad por Origen de la alteración según etapa de ciclo de vida, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015.....	42
Tabla 12 Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015.	43
Tabla 15 Población por grupo Étareo y ciclo vital, población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Usme Subred Sur.	46
Tabla 16 Comportamiento de los hechos victimizantes declarados en Bogotá entre 1985-2015.	47

1. INTRODUCCIÓN

Las localidades que conforman la Subred integrada de servicios de salud Sur, son territorios en los cuales confluyen dinámicas socioculturales que van de la mano de las dinámicas del ámbito nacional; Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme y en menor medida Sumapaz históricamente han sido localidades asequibles y receptoras de poblaciones que han decidido migrar a la ciudad, es por esto, que es común encontrar en dichos lugares una diversidad poblacional en medio de una compleja realidad.

Conforme a lo anterior, el documento de análisis de situación de salud con enfoque diferencial busca reconocer las condiciones y posiciones de las y los distintos actores sociales como sujetos de derecho desde una mirada diferencial de su estado socioeconómico, de género, etnia, discapacidad e identidad cultural y de lo propio de su curso de vida.

En un primer momento de exploración se pudo determinar que, en la subred sur se han identificado pueblos indígenas (Wounaan, Inga, Nasa, Kamentza, Pijao, Yanacona, Siona), afrodescendientes, población en condición de discapacidad, Personas que se identifican como Gais Lesbianas, Bisexuales, Transgeristas, E intersexuales (LGBTI), Víctimas del conflicto armado y Habitantes de calle, con los cuales se han realizado intervenciones desde los diferentes componentes y procesos de la subred.

En consecuencia se ha logrado determinar, que aún continúan algunas prácticas que vulneran sus derechos, encontrándose barreras en salud referidas a aspectos sociales, espaciales y económicos, lo que ha generado un detrimento en su calidad de vida y salud.

Por lo tanto, el presente documento es el resultado de un exhaustivo trabajo interdisciplinar en el cual se ha logrado caracterizar las poblaciones identificadas, analizar sus contextos y describir la situación en salud, realizar un inventario de las principales tensiones identificadas por los diferentes profesionales que intervienen o tienen acciones con estas poblaciones; un análisis del aseguramiento en salud, entre otros temas que son insumo para el desarrollo del análisis diferencial.

2. METODOLOGÍA

Para la construcción del presente documento de Análisis de situación en salud de población diferencial, se planean diferentes etapas y procesos que permiten no

solo recabar información significativa frente a dichas poblaciones, sino que también es pertinente para el análisis de la información.

El proceso inicia con la apropiación conceptual y revisión de los anexos técnicos de población diferencial y documentos relacionados con el tema.

Posterior, se realizó articulación y concertación de espacios de trabajo con el equipo de Gobernanza I y Vigilancia en Salud Pública quienes brindan información relevante, fuentes de información de utilidad para el ejercicio y análisis de contextos. Así mismo, se buscó información en bases de datos de APS, bases de alta consejería para las víctimas, diagnósticos locales con participación social, línea base para la política de etnias en el Distrito Capital, Documento de línea base y diagnóstico para la elaboración de perfil epidemiológico de poblaciones especiales, VI Censo Caracterización de la Población Habitante de Calle en el Distrito Capital, entre otros. A nivel de la localidad se cuenta con fuentes de información de boletines sobre poblaciones diferenciales del Programa Territorios Saludables, informes finales del equipo de Gestión de políticas y programa y Diagnósticos Rápidos, entre otros documentos. y todas aquellas fuentes que son suministro de información sobre poblaciones diferenciales de nuestras localidades y luego de recopilada estos insumos, se realizan los cruces y análisis de información.

3. OBJETIVO GENERAL

Describir el contexto demográfico y territorial de las poblaciones: indígenas, afrocolombiano, raizales, palenqueros, víctimas de violencia armada, LGTBI, población ROM o gitana identificadas en cada una de las localidades que conforman la subred sur, con el fin de actualizar los informes anteriores. Caracterización de las poblaciones diferenciales Localidad de Usme

A continuación se presenta información del contexto demográfico y las relaciones de población y territorio, de las poblaciones diferenciales y de inclusión social identificadas en la localidad de Usme; las cuales se encuentran organizadas en cuatro categorías como son:

- Población con pertenencia étnica: conformada por Indígenas y Afrodescendientes, en algunas bases de datos de vigencias anteriores se identificaron registros de población Raizal y Rom-Gitanos, de acuerdo a la información de la profesional de etnias del componente gobernanza 1, se considera un error en la calidad de dato, dado que estas dos últimas poblaciones no habitan en la localidad, por ello en el presente documento no serán objeto de descripción (Raizal y Rom-Gitanos).

- Población en condición de discapacidad: personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones.(6)
- Víctimas del conflicto armado: las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.(4)
- Orientaciones sexuales e identidades de género: Se define que el sexo biológico binario (hombre–mujer) no determina necesariamente nuestra identidad, ni el deseo erótico afectivo como una experiencia posible solo con las personas del sexo opuesto, y que por el contrario, existen formas muy diversas de construir y vivir nuestra sexualidad. Deben tenerse en cuenta tres ámbitos en este aspecto: Sexo, Orientación Sexual e Identidad de Género(6)

6.1. Caracterización población Indígena, Localidad de Usme, Subred Sur

En Colombia se encuentran grupos étnicos divididos en pueblos indígenas, afrocolombianos o afrodescendientes, raizales y Rom o gitanos. No obstante en el presente documento se realizara una descripción de dos poblaciones (Indígenas y Afrodescendientes). Cabe aclarar que en bases de datos de vigencias anteriores se identificaron registros de población Raizal y Rom-Gitanos. Sin embargo, en la mesa de trabajo de poblaciones diferenciales de la Subred Sur, las profesionales encargadas de población etnias se manifiesta que desde secretaria de salud estos datos se consideran como error en la calidad de dato, justificado en que estas poblaciones no habitan en la localidad, por lo cual no serán objeto de descripción (Raizal y Rom-Gitanos).

El análisis demográfico de la población indígena se da a partir de tres fuentes de información, la primera es el Censo DANE 2005, la segunda de datos oficiales entregados por secretaria de salud de las intervenciones del programa territorios saludables en el periodo 2014 a 2016 y la tercera fuente de información es un ejercicio de análisis y gestión con la referente de política pública etnias (gobernanza 1), a partir de la entrega de censos por pueblos indígenas presentes en la localidad.

Contexto Demográfico

De acuerdo al censo DANE para el año 2005 en la localidad de Usme se identificaron 723 personas con pertenencia étnica de las cuales el 50,5% eran hombres y 49,5% mujeres. Desde las intervenciones del sector salud, en el periodo 2014-2016, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) logro caracterizar 87 personas con pertenencia indígena (mujeres: 53 y hombres: 34)

Para el año 2016, de acuerdo a los datos censales de grupos indígenas (SIONA, AMBIKA PIJAO) y datos del sistema indígena de salud propia e intercultural (SISPI) del 2014, en la Subred Sur se identificaron 96.523 personas con pertenencia étnica Indígena donde el 40,3% (n=832) de ellas personas están presentes en la localidad de Usme.

Tabla 1 Distribución de la Población Indígena por grupos quinquenales de edad, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2005, 2014, 2016

Quinquenios	2005 DANE	%	2014- 2016 APS	%	2016 PUEBLOS	%
0-4	35	4,8	20	23,0	68	8,2
5-9	44	6,1	13	14,9	84	10,1
10-14	48	6,6	8	8,8	95	11,5
15-19	55	7,6	4	4,6	93	11,2
20-24	47	6,5	5	5,4	85	10,2
25-29	77	10,7	4	4,6	74	8,9
30-34	67	9,3	5	5,7	61	7,3
35-39	76	10,5	4	4,6	55	6,6
40-44	69	9,5	6	6,8	51	6,2
45-49	73	10,1	5	5,7	47	5,6
50-54	47	6,5	5	6,3	41	4,9
55-59	26	3,6	4	4,6	32	3,8
60-64	20	2,8	2	2,6	22	2,7
65-69	13	1,8	1	1,1	14	1,7
70-74	14	1,9	0	0,0	7	0,8
75-79	6	0,8	1	1,1	2	0,2
80 Y MÁS	6	0,8	0	0,0	0	0,0

Fuente * Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. ** Asis diferencial fase exploratoria 2015. Localidad ciudad Bolívar. *** Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015)

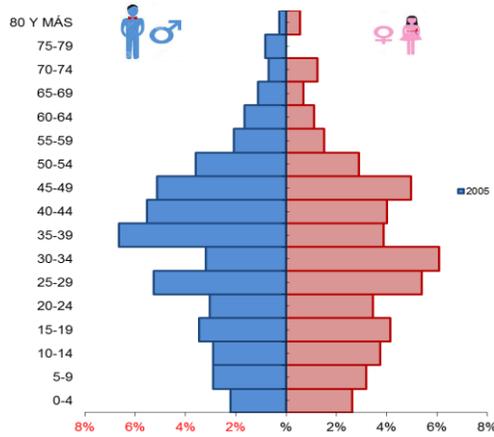
De acuerdo a la distribución de la población indígena por quinquenios, según el censo del DANE para el año 2005 la mayor proporción de la población se ubica en las edades de 225-29 años (10,7%), seguido de 45 a 49 años con 10,1%.

En el año 2016 se observa un comportamiento mayor en las edades de 15 a 19 años y de 10-14 años con el 11,2% y 11,5% respectivamente.

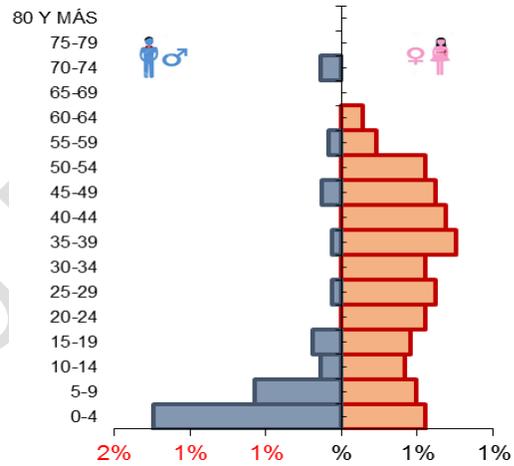
Desde las Intervenciones en Salud entre el periodo 2014- 2016 la mayor atención se da en la población menor de 4 años con 23%, seguido de 5 a 9 años 14,9%.

Gráfico 1 Pirámide Población étnica indígena Localidad Usme, años 2005, 2014 201

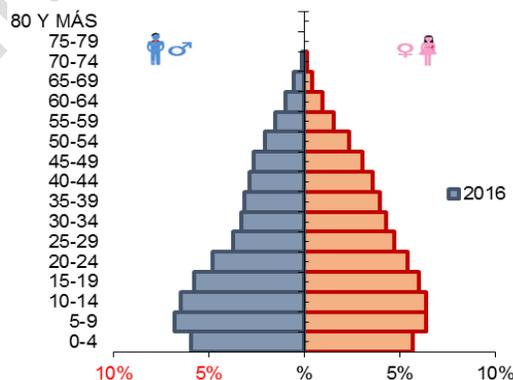
INDIGENA DANE 2005



INDIGENA INTERVENCIONES SALUD 2014-2016.



INDIGENA CENSOS PUEBLOS 2016



Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Asis diferencial fase exploratoria 2015. Localidad ciudad Bolívar. Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015).

Las pirámide poblacionales muestran que la población indígena en la localidad de Usme, de acuerdo al censo 2005 se observa una base angosta, con ensanchamientos en las edades de 20 a 49 años, que indican inmigración de personas en estas edades, posiblemente debida a la recepción de población desplazada.

Para el periodo 2014-2016 las intervenciones en Salud evidencian una pirámide poblacional de base ancha de lo cual se presume mayor natalidad, de acuerdo al sexo predominaron las intervenciones en la población femenina frente a la masculina.

Para el año 2016, la información del censo de los pueblos indígenas presenta una pirámide regresiva, caracterizada por baja natalidad, observándose un crecimiento de la población de 6 a 14 años y una rápida disminución de la población a medida que se acerca a la cima o a la población adulta mayor

Tabla 2 Indicadores Demográficos. Población étnica indígena Localidad de Usme, años 2005, 2014 2016.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2014-2016	2016
Población total	723	87	832
Población Masculina	365	34	402
Población femenina	358	53	430
Relación hombres: mujer	101,96	64,15	93,49
Razón niños:mujer	15	68	27
Índice de infancia	18	47	30
Índice de juventud	25	15	30
Índice de vejez	8	5	5
Índice de envejecimiento	46	11	18
Índice demográfico de dependencia	29,80	96,32	48,12
Índice de dependencia infantil	22,80	91,81	44,03
Índice de dependencia mayores	7,00	4,51	4,09
Índice de Friz	63,86	224,63	158,65

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Asis diferencial fase exploratoria 2015. Localidad ciudad Bolívar. Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015. Base de Datos Secretaria Distrital de Salud 2014-2016.

En cuanto a la relación hombre mujer en la población étnica indígena, se observa que para el año 2005 por cada cien mujeres había 101 hombres.

Con la información del 2016 se muestra una reducción a 93 hombres por cada cien mujeres, lo que se explica posiblemente que nacen más mujeres que

hombres, a su vez se encuentra nuevas migraciones de estos grupos poblacionales al interior de la ciudad.

Para el periodo 2005 a 2016, en la población indígena se observa un incremento de niños y niñas (0 a 4 años) pasando de 15 a 27 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años); de acuerdo al índice de friz la población indígena, es una población Adulta (158), el índice de envejecimiento muestra que por cada 100 personas, 46 correspondieron a adultos mayores de 65 años en el 2005 y 18 para el año 2016.

Con relación al índice demográfico de dependencia para el año 2005 fue del 29%, mientras que para el año 2016 fue del 48,1%. En cuanto a la dependencia infantil en población menor de 15 años para el 2005 fue el 22,8%, mientras que para el 2016 fue del 44%; con relación al índice de dependencia en personas mayores 65 años se evidencia un descenso del 4% en el año 2016 con relación al 2005 que fue del 7%.

Tabla 3 Momentos del curso de vida. Población étnica indígena Localidad Usme, año 2016.

PUEBLO INDIGENA	Primera infancia (0-5 años)		Infancia (6-11 años)		Adolescencia (12-17 años)		Juventud (18-28 años)		Adultez (29-59 años)		Vejez (60 años y más)		Total general	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SIONA	0	0	1	20	2	40	1	20	1	20	0	0	5	100
AMBIKA PIJAO	36	7,1	61	12,1	82	16,3	119	23,6	181	35,9	25	5	504	100
CAMËNTSÁ	0	0	4	26,7	4	26,7	2	13,3	5	33,3	0	0	15	100
INGA	12	20,3	12	20,3	1	1,7	13	22	19	32,2	2	3,4	59	100
KICHWA	3	16,7	0	0	2	11,1	7	38,9	5	27,8	1	5,6	18	100
NASA	22	15,5	17	12	24	16,9	35	24,6	38	26,8	6	4,2	142	100
PASTOS	2	6,5	4	12,9	7	22,6	3	9,7	13	41,9	2	6,5	31	100
UITOTO	2	4,2	5	10,4	7	14,6	12	25	18	37,5	4	8,3	48	100
YANACONA	1	10	2	20	1	10	2	20	4	40	0	0	10	100

Fuente: Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015).

Con relación a los momentos del curso de vida de las comunidades indígenas presentes Usme la mayor proporción se ubica en Adultez 34,1%, seguido de Juventud 23,3 y Adolescencia 15,6%. De acuerdo al comportamiento por pueblo Indígena en los Siona prevalece Adolescencia 40%. Respecto a los demás

pueblos indígenas prevalecen los mismos cursos de vida presentes de la localidad.

Tabla 4 Aseguramiento en Salud. Población étnica indígena Localidad de Usme, año 2016.

PUEBLO	subsidiado		contributivo		vinculado		Régimen Sin				SD		Total	
							Especial		aseguramiento					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AMBIKA PIJAO	163	32,3	110	21,8	1	0,2	0	0,0	9	1,8	221	43,8	504	100,0
CAMËNTSÁ	12	80,0	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	100,0
INGA	46	78,0	10	16,9	3	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	59	100,0
KICHWA	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	100,0
PASTOS	14	45,2	17	54,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	100,0
NASA	66	46,5	33	23,2	42	29,6	0	0,0	0	0,0	1	0,7	142	100,0
UITOTO	26	54,2	21	43,8	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	48	100,0
YANACONA	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0
SIONA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0	5	100,0
	346	41,6	200	24,0	49	5,9	0	0,0	10	1,2	227	27,3	832	100,0

Fuente Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015).

Con relación al aseguramiento de la población indígena presente en la localidad, se observa que el 41,6% pertenecen al régimen subsidiado, el 24% contributivo, el 5,9% es población vinculada, y el 1,2% es población sin aseguramiento.

El 27,3% de los pueblos indígenas son clasificados sin dato (SD) dado que las fuentes de información no contaban con información de aseguramiento de la población; la siguiente tabla presenta el comportamiento de afiliación en salud por cada uno de los pueblos indígenas.

Al encontrar un porcentaje elevado de población indígena con afiliación al régimen contributivo, indica que una proporción importante de personas han encontrado en la ciudad oportunidades laborales pero estas son temporales, por lo que aseguramiento está determinado por la cantidad de meses que dura su contrato, en algunos casos se encuentra intermitencia entre regímenes.

Aún persiste población sin aseguramiento, debido al desconocimiento de rutas de acceso al sistema de salud*¹, o también por posibles dificultades con la portabilidad entre entes territoriales quienes ponen barreras para hacer el traslado a la ciudad o sencillamente se encuentran personas con renuencia al entrar al sistema de salud al contar con carta de población especial por la condición de desplazamiento forzado, la cual les da acceso a los servicios de salud en urgencias.

Con el fin de lograr atención con enfoque diferencial de la población étnica de Bogotá, la SDS como ente que garantiza el derecho a la salud en el Distrito capital a través de las subredes de salud, se articula con las autoridades tradicionales indígenas, con el fin de apoyar y gestionar alianzas con la Asociación Indígena del Cauca – AIC-. Esto con el fin de revisar los diferentes censos de población étnica y así establecer la ruta de afiliación y atención de las comunidades a dicha

Relación Sociocultural de pueblos Indígenas

En la localidad de Usme para el año 2016 se identificó habitabilidad de nueve pueblos, para la descripción y análisis de relaciones socioculturales se toman categorías de cosmovisión cultural, tipología familiar, vivienda, organización política y cuidado de la salud desde el enfoque étnico para los pueblos más representativos en la localidad.

Cosmovisión Cultural:

En la cosmogonía de los Ambiká Pijao, la interpretación organizativa del cosmos está dividida en cuatro capas. La primera capa del mundo es salada, ella sostiene el mundo y allí habitan los (7) gigantes de origen. La segunda capa sustenta el agua dulce, hábitat de importantes personajes míticos como el Mohán y el Poira y otros como la Madre de Agua y El Coco. La tercera capa es seca, la tierra, sostenida por dos vigas de oro. La cuarta capa es donde se encuentra el sol: Ta, “es caracterizada por la luz, la fuerza y el calor”. La cosmología Pijao termina por configurarse como un sincretismo entre la construcción del cosmos que tenían los antiguos indígenas y la influencia de la religión católica cristiana.(8)

*Dentro del proceso de caracterización se ha identificado desconocimiento de la ley de movilidad entre regímenes.

El pueblo Nasa (Yuwe, o “gente del agua” también de forma generalizada como el pueblo Paéz) la cosmovisión pertinentes a la relación de cuidado de Uma kiwe y cómo se aprende a reconocer el camino ancestral que guía el pensamiento para comprender mejor el porqué de algunas prácticas ancestrales desde la dimensión de la espiritualidad, el origen, Nxiaftehwesx o nuestro punto de partida, se plantea desde el encuentro de dos espíritus hombre y mujer que viven en el espacio y dan origen a todos los seres entre ellos al nasa. El territorio es la gran casa: primero la casa de Uma y Tay, el gran cosmos, segunda casa la de nuestros espíritus mayores: los truenos. Sigue la casa de los nasas, o sea los vegetales, los animales, los minerales, las personas y la casa de los yu'kjiptenas o tápanos, hombres sin ano, que viven bajo la tierra. “Son ellos nuestros seres espirituales encargados de enseñar las ciencias a los nasa, los sabios de los pueblos indígenas de hoy”. La Madre Tierra es una persona y se debe armonizar sus energías o espíritu por esto se mandata: Darle de comer porque le da hambre. Darle de beber porque le da sed. Alegrarla con danzas y música propia porque ella se pone triste. Soplar remedios de plantas porque ella también se enferma “alimentan a la Madre Tierra con chicha, guarapo y alimentos que ella produce; también se danza con la música de flauta y tambora.(7)

Para los Ingas el yagé, ritual de sanación e introspección en un contexto colectivo y simbólico, como colectiva y simbólica es la fiesta. El Yage es una fuerza que tiene poder, voluntad y conocimiento, a través del cual explican el origen del mundo, y por medio de la cual, el chamán se traslada al espacio primigenio, para tener contacto con los creadores(9)

En la cosmogonía Uitoto, Mocuaini y Jitiruaini fueron los primeros en salir del vientre de la madre tierra. El padre creador se originó cuando un remolino de viento iba juntando basuras, formándose ésta en forma de persona y llamándose echikirama (ser coloradito). Apareció en la tierra y se simbolizó en la nuigibe (planta acuática), también aparecieron las plantas y las hierbas. El padre creador dio inicio a los Ultoto, los abuelos salieron del hueco Komimafo, en la Chorrera, donde habitaron todos los antepasados, siendo los primeros clanes Nogoniai y Ereiai.(10)

Tipología Familiar

Para el pueblo Ambika Pijao el mantenimiento de las familias extensas como unidades sociales y la endogamia (matrimonio entre personas de la misma casta, raza, comunidad o condición social), son parte fundamental dentro de las relaciones familiares.(11)

Para el pueblo Nasa la familia nuclear es la unidad social y económica básica; sus miembros no solamente comparten una habitación, sino que juntos trabajan la misma parcela. En algunos casos conviven en la misma vivienda más de una familia nuclear; se trata generalmente de un hijo con un hogar recién conformado. En estos casos los dos hogares se comportan como dos unidades domésticas independientes con sus tierras, presupuesto y fogón aparte.(caracterización nasa)

Los indígenas Inga se caracterizan por constituirse en familias numerosas, cuya autoridad principal recae en el padre y el abuelo como fuentes primeras del conocimiento y de la experiencia. La familia es la unidad de la sociedad y de la producción. La descendencia se traza patrilinealmente para los hombres y matrilinealmente para las mujeres. Así, el apellido pasa del abuelo al padre, al hijo y al nieto por una parte y de la abuela a la madre, a la hija y a la nieta, de manera que el género determina el parentesco. El sistema de parentesco Inga reconoce además un escalafón de edad que se extiende a toda la comunidad concebida como familia extensa: mayores (tíos), iguales (primos) y menores (sobrino) (9)

Vivienda

Para el pueblo Ambika Pijao respecto a la vivienda la población refiere un déficit habitacional relevante, del total de los núcleos encuestados un 65% viven en casas o habitaciones arrendadas, con mínimo dos núcleos familiares, en condiciones de hacinamiento, un 35% describen sus lugares de habitación como propios o en proceso de adquisición con recursos propios, y en muy pocos casos comentan la adjudicación de algún subsidio por parte del Estado. Respecto a ambos tipos de vivienda relación riesgos estructurales y peligro frente a desastres naturales. .(8)

La comunidad nasa vive en sencillas chozas o rústicas casa dispersas en su territorio. Ubicadas a lo largo de los caminos, en pequeños poblados o dentro de los cultivos en las faldas de las cordillera. Aunque las viviendas varían según se encuentren en clima frío o cálido y según la situación económica de la familia, la vivienda Páez se puede caracterizar por ser la planta rectangular, con paredes de caña, techo de dos o cuatro aguas construido con hojas de caña de azúcar, maíz o palmas del monte.(7)

Para el pueblo Uitoto la vivienda tradicional era la maloka. Esta casa multifamiliar, representa el eje de la vida socio cultural y ritual. El tener una maloka en un poblado es signo de prestigio y de actividad, pues en ella se desarrollan bailes y ceremonias hechos con el fin de prevenir enfermedades, propiciar la buena cosecha y garantizar la cohesión del grupo.(10)

Organización Política Indígenas

Para Ambika pijaco la autoridad política y administrativa está en cabeza del cabildo cuyos miembros son designados por la asamblea general quien a su vez es la máxima autoridad, así mismo, los miembros de la comunidad manifiestan que todos los aspectos relacionados con el ejercicio de su gobierno propio y jurisdicción especial se encuentran plasmados en los lineamientos del cabildo los cuales fueron construidos colectivamente. La sede del cabildo Ambiká se ubica en la localidad de Usme. (11)

En el pueblo Nasa los cabildos son las instituciones políticas que rigen los destinos de cada uno de los resguardos. Son elegidos democráticamente todos los años, tomando los cabildantes posesión formal ante el alcalde municipal y su secretario de quienes reciben las "varas de mando". Esta es una ceremonia puramente formal ya que ha sido en las altas lagunas sagradas de que se esconden en los páramos, en donde se llevan a cabo las ceremonias que legitiman el poder de los cabildantes. La vara para los Páez no solamente es el símbolo del poder sino que ella posee el espíritu de la comunidad y transmite la capacidad de gobernar a quien la lleva. Ella infunde respeto ante los comuneros. Por lo general la vara es hecha de la madera negra de la palma de chonta, se adorna con borlas de lana o cintas de colores y antiguamente llevaba empuñadura de plata.(7)

La organización política del pueblo Inga es el cabildo, donde el Gobernador es el jefe máximo que representa a la comunidad, coordina con las instituciones, gestiona proyectos para la comunidad, asiste a las reuniones dentro y fuera de ésta, busca la solución a los conflictos y da el mandato de castigar o sancionar; su mandato, cuenta además con el alcalde mayor que lo reemplaza en su ausencia, el secretario que lleva las actas de las reuniones del cabildo y asiste al Gobernador, así como el alguacil que organiza el trabajo comunitario e imparte el castigo a los infractores. (9)

Para los Uitoto la autoridad tradicional es el Iyaima, anciano jefe del clan, quien gobierna su tótem y su territorio. El poder es transmitido de generación en generación y la autoridad no tradicional está representada en los cabildos de las diferentes comunidades y posteriormente en la asociación de cabildos AZICATCH. La participación de los Uitoto se da por medio de los cabildos y sobre todo en la AZICATCH que agrupa a la mayoría de éstos. (10)

Sistema de Salud Medicina ancestral

Para Ambika Pijao la medicina ancestral es la base fundamental de la supervivencia, su eje principal es el Mohán, The Wala, Jaibana, o Chaman, y su

principal misión es buscar el equilibrio del mundo. Ser indígena es convivir con la naturaleza, respetarla, pedirle ayuda y armonizar los mundos. Para los Médicos Ancestrales los seres humanos, la naturaleza y el mundo espiritual corren equilibradamente, cuando se interrumpe esta armonía, el cuerpo se enferma. La enfermedad es todo lo que produce tristeza, aburrimiento, ahogo para trabajar en el monte, debilidad, ataduras, quita el apetito y causa dolor. Los curanderos, parteras, sobanderos, yerbateros son necesarios para la vida social y espiritual de la comunidad. Trabajan por la salud, mantienen el equilibrio y entrelazan la naturaleza con el individuo. (11)

Respecto al pueblo Inga la autoridad tradicional la representan los Taitas, quienes son reconocidos por su conocimiento, consejo y la responsabilidad de curar las enfermedades que aquejan a los miembros de la comunidad.(9) Según el documento de Análisis de los estudios sobre las plantas medicinales usadas por las diferentes comunidades del Valle de Sibundoy, Alto Putumayo afirma que el Chaman es la autoridad sabia en la cual recae el conocimiento de la planta de Yagé y su manejo.

Relación de población y territorio con pertenencia étnica indígena, Localidad Usme

La relación de los pueblos indígenas con el territorio en el cual se asientan en Bogotá, se basa en relaciones de búsqueda de seguridad alimentaria, seguridad y vivienda.

El pueblo Ambika de la etnia Pijao, cuenta con el cabildo ubicado en el barrio Charalá de la UPZ Comuneros, lo que establece articulación con instituciones gubernamentales como la Subdirección Local de Integración Social, Policía, Alcaldía local, entre otras. Con lo que se encuentran apoyo para esta comunidad en la localidad.

Los pueblo Nasa, Uitoto e Inga se establecieron en el Asentamiento Tocaimita, Danubio, Virrey y Chuniza. Estos barrios se caracterizan por ser accesibles en cuanto a costos de arrendamiento, hay presencia de colegios, jardines, iglesias, salones comunales y unidades de servicios de salud. Además por cercanía a la corporación ancestral que apoyan procesos productivos, además en este lugar hay líderes ancestrales que brindan seguridad a la comunidad en los casos en los que se encuentran amenazas.

Procedencia, de la población con pertenencia étnica indígena, Localidad Usme

Pueblo Siona: se nombran a sí mismos Katucha-Pai o “gente del río de la caña brava”. Viven al sur de la Amazonía, en la frontera con el Ecuador, en el Medio río Putumayo, río Piñuña Blanco y Cuehembí (Putumayo). Sus principales resguardos son Buena Vista y Santa Cruz; además, habitan la comunidad de El Hacha y las riberas del Putumayo, en Puerto Leguízamo y en Puerto Asís. (13)

Yanacona: habita en zonas urbanas, viven al sureste del departamento del Cauca, en el Macizo Colombiano, en los municipios de Sotará, La Vega, Almaguer, San Sebastián y La Sierra. En El Huila, se encuentran en los municipios de Pitalito y San Agustín, en los resguardos de Rumiayaco y San Agustín, respectivamente. (13)

El pueblo Kichwa: está asentado en el bajo Putumayo, específicamente en Puerto Leguízamo, Valle del Cauca y Antioquia. (13)

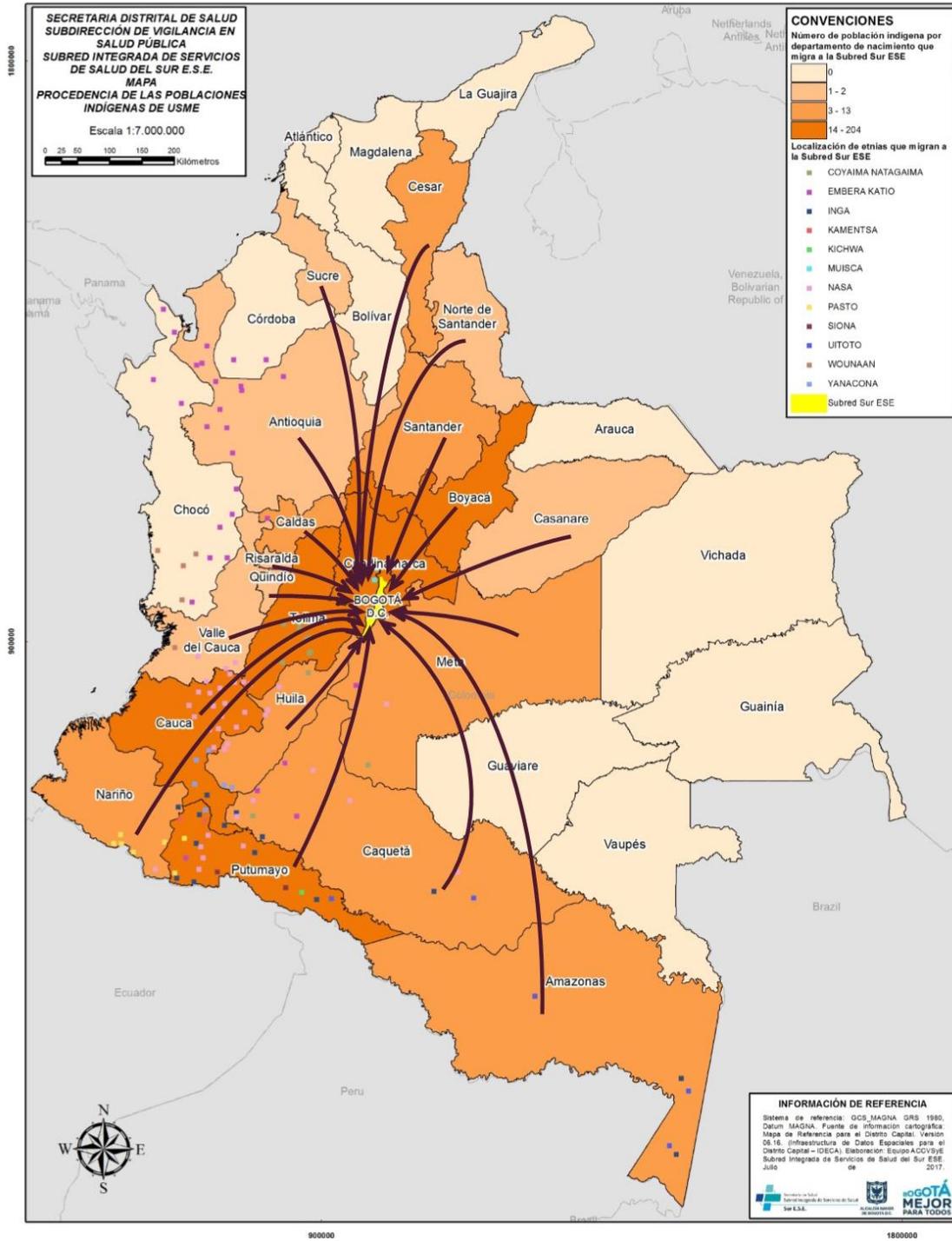
Pueblo Camēntsa, está asentado principalmente en el Valle de Sibundoy, Putumayo, en dos resguardos en Mocoa: Inga- Kamsá y Camentsá-Biya, donde comparte territorio con el grupo indígena Inga, en el Valle de Cauca y Nariño. (13)

Pueblo Inga La mayoría de ellos, habita en el departamento de Putumayo, especialmente en el Valle del Sibundoy, a 2,200 metros sobre el nivel del mar. Sin embargo, pueden encontrarse miembros de la comunidad Inga en Nariño, en el Cauca y en zonas urbanas de Bogotá y Cali. (13)

Los Uitoto habitaban inicialmente una gran extensión del Trapecio Amazónico. En la actualidad están ubicados en un territorio de menor extensión, en su mayoría en la amazonía colombiana. Se autodividen tradicionalmente en murui o "gente del occidente" y muinane o "gente del oriente". (10)

Mapa 1 Procedencia de las poblaciones indígenas Localidad de Usme

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



Ubicación de la población con pertenencia étnica indígena, Localidad Usme

De acuerdo al censo DANE 2005 en Bogotá se registraron 87 pueblos Indígenas, en la siguiente tabla se aprecia que el pueblo Coyaima Natagaima representa un 29% del total de la población Indígena que habita en Usme, seguido el pueblo Muisca 17,7% y en menor proporción Siona 0,1%.

El sector Salud a través de las diferentes acciones del Plan de Intervenciones colectivas de años anteriores y los espacios de encuentro con las comunidades Indígenas presentes en la localidad, identificaron 832 personas pertenecientes a poblaciones indígenas para el año 2016, la mayor proporción pertenece al pueblo Ambiká Pijao con 44,9% y en segundo lugar se encuentra el pueblo nasa 12,6%. Identifican mayor concentración en las UPZ Gran Yomasa, Danubio y Comuneros, en menor medida en la UPZ Alfonso Lopez.

Tabla 5 Población étnica indígena por cabildos, Localidad Usme, años 2005, 2014, 2016

CABILDO	2005		2014		2016	
	N	%	n	%	n	%
SIONA	1	0,1	0	0,0	5	0,4
AMBIKÁ PIJAO	0	0,0	400	49,8	504	44,9
MUISCA	157	17,7	0	0,0	0	0,0
CAMÉNTSÁ	2	0,2	15	1,9	15	1,3
KICHWA	0	0,0	18	2,2	18	1,6
INGA	15	1,7	52	6,5	59	5,3
NASA	27	3,0	142	17,7	142	12,6
UITOTO	0	0,0	48	6,0	48	4,3
PASTOS	16	1,8	19	2,4	31	2,8
YANAONA	7	0,8	10	1,2	10	0,9
EMBERA KATIO	5	0,6	0	0,0	0	0,0
ARHAUAW	2	0,2	0	0,0	0	0,0
KAWIYARI	1	0,1	0	0,0	0	0,0
CHIMILIA	3	0,3	0	0,0	0	0,0
INDIGENAS ECUADOR	5	0,6	0	0,0	0	0,0
INDIGENAS MEXICO	1	0,1	0	0,0	0	0,0
COYAIMA NATAGAIMA	258	29,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	500	56,2	704	87,6712329	832	74,1

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE - Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Asis diferencial fase exploratoria 2015. Localidad ciudad Bolívar. Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas (SIONA 2015, AMBIKA PIJAO 2016, WOAUNANA 2015. Base de Datos Secretaria Distrital de Salud 2014-2016.

El comportamiento de cada pueblo indígena en Usme se observa que a través del tiempo algunos de ellos han permanecido y su población ha amentado en los pueblos Caméntsá, Inga, Siona, Nasa, y Yanaona. De igual forma observa la presencia de nuevos grupos pueblos como Ambiká Pijao, Kichwa y Uitoto, por lo

cual se puede inferir es el resultado de los conflictos internos que sufre el país y a los que se ven expuestos los pueblos indígenas como el desplazamiento forzado, la presencia de grupos armados ilegales y el narcotráfico que inciden en el desplazamiento hacia Bogotá.

Según la información de la referente de Etnias de la Subred sur, el barrio Alfonso Lopez- Charalá, el Virrey y Chuniza de la UPZ Comuneros, son lugares en los cuales se encuentra un número importante población con pertenencia étnica. Estos barrios se caracterizan por encontrarse en zona de montañosa y cuenta con vías de acceso principales que da vía a instituciones gubernamentales de apoyo social, como La subdirección local, DILE, el Punto de Articulación PAS y fundaciones de carácter no gubernamental.

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

La UPZ Gran Yomasa, presenta alta densidad poblacional debido a nuevas urbanizaciones VIS-VIP. Este territorio por su cercanía al parque entre nubes permite la urbanización no planificada y la aparición de barrios ilegales en la cual se establecen población con pertenencia étnica, en la localidad de Usme, el barrio Tocaimita se identifican pueblos indígenas como Nasa, Coreguaje, Uitoto e Inga.

Las viviendas de la zona se caracterizan por ser construidas en material polisombra, alfombras, madera y lata, materiales permeables que no permiten el aislamiento de la humedad, y además no cuentan con las condiciones dignas para que sean habitadas, puesto que no cuenta con alcantarillado, la energía eléctrica es tomada de los postes que se encuentran en la zona y no cuentan con ningún servicio público legalizado, además no se dispone de servicio de alimentador de sistema Transmilenio, así mismo no existen rutas de buses que ingresen al barrio, tampoco se evidencia algún tipo de institución u organización social.

Adicional, en el sector se identifica presencia de microtráfico, bandas criminales, problemas de convivencia social. Ha sido priorizada por diferentes sectores. Alta vulnerabilidad social, reinserción, asentamientos subnormales y presencia de población desplazada. Deficiencia en la construcción de viviendas, así como en servicios públicos de acueducto y alcantarillado y electricidad. En general, las viviendas no poseen las características de habitabilidad suficientes para garantizar calidad de vida en la población. El material de construcción de las vías es deficiente y genera daño en la comunicación con transporte, junto con la escasa red vial que tiene la población para su movilidad al interior de la UPZ y con el resto de la ciudad. Además, de acuerdo al NBI las viviendas en hacinamiento son un

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

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de la población indígena

Al realizar un análisis sobre condiciones de vida y determinantes sociales de la salud en las poblaciones indígenas que habitan la localidad de ciudad bolívar, se debe partir del empleo, la vivienda y el acceso a la salud, teniendo en cuenta que estas variables pueden dar una mirada a las desigualdades en estas poblaciones.

Respecto al desempleo se encuentra que, en el estudio sobre el derecho de las víctimas al trabajo, la formación y la generación de ingresos, señalan que la población indígena, afro y desplazada cuenta con una tasa de desempleo de 35.5% superior a la tasa nacional que fue de 10.2% en el año 2012. Las mujeres representan el 56.1% de la población desplazada desempleada” Rodríguez (2014). Una de las principal fuentes de empleo de las personas ocupadas es el sector informal no asalariada, es decir, en las actividades de rebusque y otras actividades que no generan un contrato laboral con sus respectivas prestaciones sociales, como en construcción, ventas informales y, en el caso de las mujeres, como empleadas de servicio. Esto causa la baja satisfacción de necesidades y mejorar la calidad de vida, limita el acceso de las comunidades a tener recursos para acceder a mejores servicios domiciliarios, educación, salud y esparcimiento.

La situación de vivienda está condicionadas por los ingresos de las familias, es entonces que familias numerosas deben compartir un techo, el cual en ocasiones no cumple con las condiciones higiénicas sanitarias para vivir, debido a que no cuentan con servicios públicos y otros factores que posibilitan la vivienda.

Ahora bien, lo que respecta a los servicios de salud, se encuentran barreras de acceso que van desde lo cultural, administrativo, económico y barreras propias. El derecho a la salud es universal y cada Estado debe garantizar el acceso a todos sus ciudadanos sin distinción. Sin embargo, en la localidad se encuentran barreras de acceso de tipo cultural, el idioma es un factor primordial pues es el mecanismo por el cual se interactúa. Los indígenas que llegan a Bogotá y no saben español encuentran dificultad en las consultas pues no pueden exponer con facilidad sus molestias y los profesionales de la salud dan sus indicaciones y dan por comprendida la información.

Esto de alguna forma ha generado renuencia por parte de las personas, quienes prefieren continuar con sus creencias respecto al cuidado de la salud, relacionadas con las prácticas culturales y tradicionales, con el uso de medicina ancestral y consultando a las personas que saben del tema y que hacen parte de

sus pueblos. Sumado a lo anterior se encuentra que en las USS no cuentan con talento humano con pertenencia étnica o capacitada en enfoque diferencial que genere confianza y adherencia a los programas

Otra barrera de acceso identificada es el administrativo, pues se encuentra dificultad en los traslados de ente territorial. Pues en ocasiones no se logra el traslado y/o desvinculación de EAPB de su ciudad de origen y cuando se gestionan la autorización de servicios algunas refieren no tener puntos de atención en Bogotá.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud para población Indígena

Indígenas

Natalidad

De los 16099 nacimientos entre los años 2014-2016, el 0,1% (15) pertenece a población Indígena. El mayor número de nacimientos de población indígena se presentó en el año 2014; sin embargo el comportamiento porcentual de nacimientos es estable en los periodos analizados. La tasa bruta de natalidad para el año 2016, en población étnica Indígena en Usme presenta un comportamiento constante de 0,01 nacimientos por 1000 habitantes

Tabla 6 Total nacidos vivos con pertenencia étnica Indígena, Localidad Usme. 2014– 2016.

Año	Indígena		Tasa bruta de natalidad Indígena	Total	Tasa bruta de natalidad población local
	nacimientos	% del total de nacimientos en la localidad			
2014	6	0,1	0,01	5270	0,2
2015	4	0,1	0,01	5409	0,2
2016	5	0,1	0,01	5420	0,3

Fuente: Certificado nacimiento. Bases de datos DANE - RUA.F.-Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud.2013-2016

Mortalidad Evitable

Tabla 7 Mortalidad evitable población étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Usme. 2013– 2016

2013

2014

2015

2016

Mortalidad Evitable	casos Indígena	total						
Materna	0	2	0	0	0	4	0	1
Perinatal	1	70	0	84	0	84	0	74
Neumonía	0	3	0	3	0	6	1	9
SIDA	0	20	0	17	0	14	0	3
IRA	0	1	0	3	0	1	0	3
INFANTIL	0	62	1	56	0	47	1	53

Fuente: Base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales.2013-2016

En cuanto a los casos de mortalidad evitable en población indígena, se encuentra que no se han presentado casos de mortalidad Materna, IRA y SIDA en esta población durante los años 2013 a 2016. No obstante en los años 2014 y 2016 se presentó 1 casos por año de mortalidad Infantil. Finalmente se encuentra 1 caso de mortalidad por Neumonía en el 2016.

Análisis de morbilidad de las poblaciones étnica Indígena

Tabla 8. Eventos de notificación en población étnica Indígena, según subsistemas de vigilancia en salud pública, para los años de 2013-2016.

SUBSISTEMA	Notificación	2013	2014	2015	2016
SIVIM	Casos Indígenas	10	11	12	10
	Total Notificado	1568	5059	2905	2699
	% Indígenas	0,6	0,2	0,4	0,4
SIVECOS	Casos Indígenas	4	3	1	1
	Total Notificado	441	783	628	653
	% Indígenas	0,9	0,4	0,2	0,2
SIVELCE	Casos Indígenas	0	2	3	2
	Total Notificado	36	1290	2031	1976
	% Indígenas	0,0	0,2	0,1	0,1
SIVIGILA	Casos Indígenas	23	6	12	7
	Total Notificado	1014	961	4775	5005
	% Indígenas	2,3	0,6	0,3	0,1

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

Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para el año 2016 en la localidad de Usme se notificaron 5005 eventos, de los cuales el 0,1% (7 casos) para población indígena, donde sobresale como el caso de mayor gravedad una mortalidad por IRA. En menor de 5 años; 4 casos de varicela y los restantes 2 casos en una intoxicación y exposición a flúor

Con relación a la salud mental, específicamente en casos de conducta suicida se observa un incremento en la notificación entre los años analizados, para el 2016 en la localidad se notificaron 653 casos, de los cuales 1 corresponden a un intento suicida en población con pertenecía Indígena, en mujer de 27 a 59 años.

Con relación a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 2699 casos; de los cuales 10 (0,4%) se presentaron en población Indígena. En relación a los tipos de violencia la principal causa es negligencia con 7 casos, seguido por violencia sexual con 2 casos y 1 caso en abandono. Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100%. En cuanto a la violencia de acuerdo al sexo, las mujeres con un 80% (8 casos) son las principales víctimas de violencia, distribuido en diferentes grupos de edad, evidenciando que esta situación puede presentarse durante cualquier etapa de la vida, caso contrario ocurre en hombres donde los 2 casos se dan en menores de 1 año.

El comportamiento de consumo de sustancias psicoactivas, se notificaron 2 casos, uno por sexo, el caso del hombre se dio en edades de 14 a 17 año y la mujer se dio entre las edad de 18 a 26 años.

6.1.1. Caracterización población étnica Afrodescendiente, Localidad de Usme Subred Sur

La Ley 70 de 1993 en el artículo N°2 define a la comunidad negra, como el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que posee una cultura propia, comparte una historia, y [que] tiene sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, que revela y conserva conciencia de identidad que la distingue de otros grupos étnicos.

El presente análisis de población Afrodescendiente se realiza desde dos fuentes de información una es el Censo DANE del 2005 y segunda es la base de datos de intervenciones del PIC del periodo 2014- 2016 entregadas por la secretaria de salud.

A continuación se describen características sociodemográficas de la población Afrodescendiente desde el contexto demográfico donde se da a conocer población residente en la localidad, comportamiento por grupos quinquenales, pirámides poblacionales, población por momento del curso de vida y aseguramiento

Contexto Demográfico

El censo DANE del 2005 reporta la existencia en Bogotá de 96.524 personas que se auto reconocen como población étnica afro-colombiana, de los cuales el 2,1% de esta población se ubican en la Subred Sur y el 7,2% (n=6968) residen en Usme. El 51,5% eran hombres y el 48,8% Mujeres.

El sector salud entre el periodo 2014 al 2016 el PIC logró caracterizar 463 personas con pertenencia afrodescendiente, donde el 30,5% son hombres y el 69,5% Mujeres.

Tabla 9 población étnica Afrodescendiente, por grupos quinquenales de edad según sexo, Localidad de Usme Subred Sur, 2005

Edades	DANE 2005		PIC-2014-2016	
	N	%	N	%
0 a 4 años	588	8,4	60	13,0
5 a 9 años	729	10,5	56	12,1
10 a 14 años	706	10,1	52	11,2
15 a 19 años	632	9,1	51	11,0
20 a 24 años	640	9,2	52	11,2
25 a 29 años	687	9,9	49	10,6
30 a 34 años	645	9,3	43	9,2
35 a 39 años	659	9,5	35	7,6
40 a 44 años	531	7,6	22	4,8
45 a 49 años	401	5,8	15	3,2
50 a 54 años	285	4,1	7	1,5
55 a 59 años	161	2,3	4	0,9
60 a 64 años	108	1,5	3	0,6
65 a 69 años	91	1,3	3	0,6
70 a 74 años	53	0,8	5	1,1
75 a 79 años	30	0,4	7	1,5
80 años o más	22	0,3	0	0
Total	6968	100	463	100

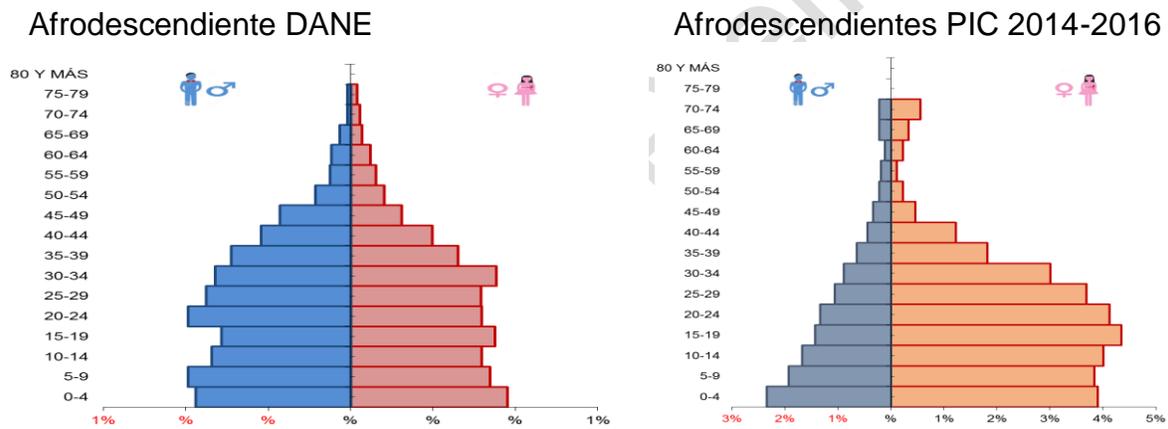
Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Base de Datos Secretaría Distrital de Salud 2014-2016.

El comportamiento por grupos quinquenales para el 2005 se observa mayores proporciones en los grupos de edad de 5 a 9 años (10,5%) y de 10 a 14 años (10,1%), la población mayor de 60 años se encuentra en 4,4%.

Con relación al sexo y la edad por quinquenios la población de 0 a 9 años y la población de 60 años y más presentan comportamiento proporcional similar en ambos sexos. Entre las edades de 10 a 14 años, de 25 a 29 años y 40 a 49 años el valor proporcional es mayor en hombres.

Desde las intervenciones en el sector salud de acuerdo a las edades quinquenales la población atendida estuvo de 0 a 4 años 13%, seguido de 5 a 9 años 12,1%; en igual proporción se ubican los grupos de 10 a 14 años y de 20 a 24 años con el 11,2% respectivamente.

Gráfico 2 Pirámide Población étnica Afrodescendiente Localidad Usme, año 2005.



Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Base de Datos Secretaría Distrital de Salud 2014-2016.

La pirámide poblacional afrocolombiana en Usme para el año 2005 presenta una pirámide regresiva, caracterizada por una base reducida la cual refleja un menor comportamiento de natalidad. Es una población Joven donde el 29% se ubica en el grupo de 0-14 años de edad; mientras que el grupo intermedio, 15 a 64 años, tiene una participación de 68,3% de su población.

La pirámide poblacional objeto de intervenciones en salud reflejan un comportamiento predominante en las mujeres respecto a los hombres con una relación de 44 hombres por cada 100 mujeres, se puede inferir que la mujer es quien asume el rol de cuidadora y brinda información en salud del núcleo familiar;

el 29% de la población se ubica de 0- 4 años y el 68,3% en el grupo intermedio de 15 a 64 años.

La razón de niños y niñas de 0 a 4 años para el 2005 fue de 29 menores por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y para el 2016 fue de 30. De acuerdo al índice de friz para el 2016 se observa una población Joven (191).

En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 47 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2016 este grupo poblacional fue de 65 personas.

El índice de vejez evidencia en el 2005 que por cada 100 personas, 4 correspondían a población de 65 años más y para el 2016 fue de 5 personas

Respecto al índice de dependencia infantil para el 2005 se observó que 43 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 y 64 años, mientras que para el 2016 fue de 60.

Tabla 10. Indicadores de dinámica demográfica población étnica Afrodescendiente, Localidad Usme, año 2005.

Índice Demográfico	2005	2014- 2016
Población total	6968	463
Población Masculina	3569	141
Población femenina	3399	322
Relación hombres: mujer	105	44
Razón niños:mujer	29	30
Índice de infancia	29	36
Índice de juventud	28	33
Índice de vejez	4	4
Índice de envejecimiento	15	10
Índice demográfico de dependencia	47	65
Índice de dependencia infantil	43	60
Índice de dependencia mayores	4	5
Índice de Friz	119	191

Fuente: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007. Base de Datos Secretaria Distrital de Salud 2014-2016.

La distribución de la población Afrodescendiente por momentos de curso de vida para la localidad Usme en el año 2005, indica que la mayor concentración de la población se encuentra en el curso de vida adultez con 40,4%, seguido de Juventud con 20,7%, Adolescencia 11,5% Infancia 12,6%, Primera infancia 10,5%, y Vejez 4,4%. Desde las intervenciones realizadas por el sector salud en el periodo 2014 a 2016 la atención se concentró en la población Adulta 30,9%, seguido Juventud 25,1%, Primera Infancia 18,8%, Infancia 12,5%, Adolescencia 9,7% y Vejez 3%

Según datos reportados en el censo DANE 2005 Usme agrupa 6966 viviendas de población con pertenencia étnica Afrodescendiente; de acuerdo al tipo de vivienda el 63,9% son casas, 30% apartamento, el 5% son cuartos y el 1,1% otro tipo de vivienda.

Frente a los servicios públicos de las viviendas, el 98,2% cuentan con energía eléctrica, el 94,6% alcantarillado, 95,4% acueducto y el 88,1% gas natural.

De acuerdo al nivel educativo de la población afrodescendiente el 41,6% ha alcanzado secundaria, el 34,4% básica primaria, el 6,8 de la población sin ningún nivel educativo. El 6,5% ha alcanzado el nivel profesional, el 5,7 preescolar, un 4,8% media Técnica y el 0,1% es normalista

Relación de población y territorio con pertenencia étnica Afrodescendiente Localidad Usme

En cuanto a la relación de población afrodescendiente y territorio se encuentra que el barrio El Refugio de la UPZ Alfonso López es receptora importante de esta población. Esto a causa de la ubicación de la Casa Afro, la cual brinda apoyo en orientación jurídica, psicosocial y formativa.

Así mismo, se encuentra que la población Afrodescendiente que estable inicialmente en este lugar ha jalonado procesos organizativos y gestión que han impulsado el establecimiento de más personas afro en el lugar.

También se encuentra concentración en el barrio Tocaimita se identifican pueblos indígenas como Nasa, Coreguaje, Uitoto e Inga. Las viviendas de la zona se caracterizan por ser construidas en material polisombra, alfombras, madera y lata, materiales permeables que no permiten el aislamiento de la humedad, y además no cuentan con las condiciones dignas para que sean habitadas, puesto que no cuenta con alcantarillado, la energía eléctrica es tomada de los postes que se encuentran en la zona y no cuentan con ningún servicio público legalizado, además no se dispone de servicio de alimentador de sistema Transmilenio, así mismo no existen rutas de buses que ingresen al barrio, tampoco se evidencia algún tipo de institución u organización social.

Adicional, en el sector se identifica presencia de microtráfico, bandas criminales, problemas de convivencia social. Ha sido priorizada por diferentes sectores. Alta vulnerabilidad social, reinserción, asentamientos subnormales y presencia de población desplazada. Deficiencia en la construcción de viviendas, así como en servicios públicos de acueducto y alcantarillado y electricidad. En general, las viviendas no poseen las características de habitabilidad suficientes para garantizar calidad de vida en la población. El material de construcción de las vías es deficiente y genera daño en la comunicación con transporte, junto con la escasa

red vial que tiene la población para su movilidad al interior de la UPZ y con el resto de la ciudad. Además, de acuerdo al NBI las viviendas en hacinamiento son un factor determinante en la mortalidad en niñez, junto con altas prevalencias de DNT global y crónica, y tasa de sífilis congénita por encima de la meta distrital.

Procedencia, de la población con pertenencia étnica Afrodescendiente Localidad Usme

Dentro de la población negra o afrocolombiana se pueden diferenciar cuatro grupos, los que se ubican en el corredor del pacífico colombiano, los raizales del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, la comunidad de San Basilio de Palenque y la población que reside en las cabeceras municipales o en las grandes ciudades.

Los primeros (corredor del pacífico colombiano) residen tradicionalmente en la región occidental costera de bosques húmedos ecuatoriales, cuencas hidrográficas, esteros, manglares y litorales; tienen prácticas culturales propias de los pueblos descendientes de africanos entre las que se destacan la música, las celebraciones religiosas y la comida; el cultivo de la tierra tiene raíces fundamentalmente campesinas. En esta región se encuentran los 132 Territorios Colectivos de Comunidades Negras titulados hasta el día de hoy, los cuales ocupan un territorio de 4.717.269 hectáreas que corresponde al 4,13% de las tierras del país.

El segundo, correspondiente a las comunidades raizales del archipiélago de San Andrés, Providencia de raíces culturales afro-anglo-antillanas, cuyos integrantes mantienen una fuerte identidad caribeña, con rasgos socioculturales y lingüísticos claramente diferenciados del resto de la población afrocolombiana. Utilizan el bandé, como lengua propia y como religión originaria la protestante. El tercero, la comunidad de San Basilio de Palenque, en el municipio de Mahates del departamento de Bolívar, allí se habla la otra lengua criolla afrocolombiana: el Palenquero.

Los departamentos con mayor porcentaje de afrocolombianos son Chocó, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Valle, Bolívar y Cauca. Los que concentran aproximadamente el 50% de la población afro del país son: Valle del Cauca, Antioquia y Bolívar.

La población afrocolombiana vive en la actualidad un proceso acelerado de migración hacia centros urbanos como consecuencia del desplazamiento forzado ocasionado por el enfrentamiento de los grupos ilegales, en las regiones de Urabá y del medio Atrato y por la expansión de los cultivos ilícitos en las regiones de los ríos Patía y Naya; es así como en las ciudades de Cartagena, Cali, Barranquilla, Medellín y Bogotá(14).

Ubicación de la población con pertenencia étnica Afrodescendiente, Localidad Usme

En cuanto a la identificación de asentamiento de población Afrodescendiente en la Localidad de Usme, se tuvo en cuenta las bases de intervenciones del programa territorios saludables APS del periodo 2012 – 2014, identificándose 399 personas con pertenencia étnica Afro de acuerdo a la UPZ de residencia el 30% se ubican en Alfonso López y el 28,3% en gran Yomasa y el 15,8% la Flora. En menor proporción se encuentra Ciudad Usme 11,8%, Danubio 7,8%, Comuneros 4,3% y UPR Rio Tunjuelo 1,3%.(15). Además se logra realizar cartografía participativa con la referente de etnias.

Análisis de relaciones espaciales de las poblaciones Étnicas Localidad de Usme, Subred Sur

Respecto al lugar de nacimiento de la población Afrodescendiente residente en Usme el 7% son de Cundinamarca, el 5% de los departamentos Boyacá y Tolima; el 4% Choco y Valle; el 3% Cauca y Nariño y el 2% de Santander.

Frente a la causa del cambio de lugar de residencia de la población Afro el 54,4% se dio por razones familiares, el 15,7% para conseguir trabajo, el 19,2% por miembro pueblo nómada, el 4% amenaza para su vida y el 2% necesidad de educación y motivos de salud respectivamente y el 1,7% por riesgo de desastre natural.

Los grupos más afectados por el desplazamiento forzado han sido las comunidades indígenas y afrocolombianas. De acuerdo con el primer informe de la Comisión de Seguimiento a la Política Pública para el desplazamiento forzado del año 2008, el 25.1% de la población desplazada se auto reconoce como perteneciente a una minoría étnica. Específicamente un 3.7% asegura considerarse indígena, un 21.2% negro o afrocolombiano y el 0.2% restante a otras minorías étnicas” (16)

En torno al territorio, las comunidades en mención desarrollan el conjunto de su vida —la economía, sus cosmovisiones y prácticas culturales— al cual están indisolublemente ligadas. Estos mismos autores consideran que la relación entre cultura y territorio es estrecha y que se expresa en tres dimensiones: 1. El territorio como espacio de inscripción de la cultura; 2. El territorio como marco o área de distribución de instituciones o prácticas culturales espacialmente localizadas; y, 3. El territorio como espacio-objeto de representación, apego-afectivo y símbolo de pertenencia socio territorial. El territorio entonces es a la vez, pero de forma diferenciada: substrato, marco, producto y símbolo que contiene-expresa rasgos culturales. (16)

Para el caso de las comunidades afrodescendientes, Luisa Fernanda Vallejo (2007) subraya la importancia del territorio como asidero de “alta densidad simbólica” y espacio sagrado con incidencia marcada en la forma como las comunidades construyen el conjunto de sus vidas. Los efectos generados por el desplazamiento forzado en las comunidades indígenas y afrocolombianas son múltiples y están directamente articulados con todo lo que puede significar la pérdida del territorio, el cual cumple un papel fundamental dentro de los procesos de reproducción cultural y social de dichas comunidades.(16)

La UPZ La Flora se encuentra ubicada en el borde urbano rural, en el nororiente de la localidad. Baja presencia institucional, dificultad en el acceso a la localidad y a Bogotá, presencia de extracción minera, disposición inadecuada de residuos sólidos, bajas oportunidades para que los jóvenes realicen estudios de educación superior. Presencia de asentamientos subnormales, habitantes de calles, desplazados, afrodescendientes y campesinos.

Índice de movilidad muy bajo, relacionado con bajas tasas de motorización, tiempos de desplazamiento largos, y dificultades en el acceso geográfico, alta dependencia del transporte público que tiene baja frecuencia y una inversión de alrededor del 20% del total de ingresos para temas de transporte; además el estado de las vías es deficiente para la demanda de movilidad de los sectores priorizados. Indicadores trazadores por encima de la meta, problema por basuras, vectores y animales callejeros, fue priorizada por diferentes sectores. Presencia de delincuencia común. Zonas de riesgo de remoción en masa. Alta prevalencia de desnutrición crónica. Ventas informales, recuperación de materia, la ocupación en oficios varios y la ocupación en péquelas empresas y negocios. No hay recolección de residuos sólidos. Barreras de acceso para personas con discapacidad, así como la llegada de ambulancias se dificulta por el estado de las vías. Riesgo de zoonosis por presencia de canino y felinos callejeros. Riesgo por incendio forestal. Alta concentración de establecimientos de expendio de alcohol y tabaco.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de población Afrodescendiente

Los grupos más afectados por el desplazamiento forzado han sido las comunidades indígenas y afrocolombianas. En el caso puntual de esta comunidad el desplazamiento forzado se constituye en un determinante estructural que modifica toda la ontología de su persona. Para el caso de las comunidades afrodescendientes, Luisa Fernanda Vallejo (2007) subraya la importancia del territorio como asidero de “alta densidad simbólica” y espacio sagrado con incidencia marcada en la forma como las comunidades construyen el conjunto de sus vidas. Los efectos generados por el desplazamiento forzado en las comunidades indígenas y afrocolombianas son múltiples y están directamente

articulados con todo lo que puede significar la pérdida del territorio, el cual cumple un papel fundamental dentro de los procesos de reproducción cultural y social de dichas comunidades.

En Usme, las comunidades en mención desarrollan el conjunto de su vida —la economía, sus cosmovisiones y prácticas culturales— al cual están indisolublemente ligadas. Estos mismos autores consideran que la relación entre cultura y territorio es estrecha y que se expresa en tres dimensiones: 1. El territorio como espacio de inscripción de la cultura; 2. El territorio como marco o área de distribución de instituciones o prácticas culturales espacialmente localizadas; y, 3. El territorio como espacio-objeto de representación, apego-afectivo y símbolo de pertenencia socio territorial. El territorio entonces es a la vez, pero de forma diferenciada: substrato, marco, producto y símbolo que contiene-expresa rasgos culturales.

Para la población afrodescendiente, existe una dificultad en la caracterización de la totalidad de población, lo cual limita el diagnóstico de las condiciones de salud. Asociado a la prestación de servicios de salud, se presentan dificultades en el trámite de citas especializadas, medicamentos, cirugías, etc. Así mismo, para la población afrodescendiente proveniente de otras zonas del país, principalmente del pacífico y la zona caribe, se presentan dificultades en el trámite para la encuesta SISBEN, y en el caso de afrodescendientes asentados en Bogotá, en el momento de hacer la visita SISBEN se evidencia que el puntaje aumentó por diversos criterios (mejora laboral, mejora locativa, subsidios, etc.) lo cual no necesariamente represente una mejora en las condiciones de vida, generando problemas en el aseguramiento y en el acceso a los servicios institucionales.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud población Afrodescendiente

Población afrodescendiente

Natalidad

Entre el periodo 2013-2016 en Usme se presentaron 16099 nacimientos, de los cuales el 0,6% (94) fue en población Afrodescendiente. La mayor prevalencia de natalidad en población Afrodescendiente se presentó en el año 2014; para los periodos 2015-2016 se observa un comportamiento estable en la proporción de nacimientos. La tasa bruta de natalidad en población étnica Afrodescendiente para en los años analizados es constante y oscila en 0,1 nacimientos por 1000 habitantes.

Tabla 11 Total nacidos vivos con pertenencia étnica Afrodescendiente, Localidad Usme. 2014– 2016

Año	Afrodescendientes nacimientos	% nacimientos	Tasa bruta de natalidad Afro.	Total	Tasa bruta de natalidad población local
2014	39	0,7	0,1	5270	0,2
2015	27	0,5	0,1	5409	0,2
2016	28	0,5	0,1	5420	0,3

Fuente: Certificado nacimiento. Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud.2013-2016

Mortalidad Evitable

Tabla 12 Mortalidad evitable población étnica Afrodescendiente, Localidad Ciudad Usme. 2013– 2016

Mortalidad Evitable	2013		2014		2015		2016	
	Casos Afro	total						
Materna	0	2	0	0	0	4	1	1
Perinatal	1	70	0	84	1	84	0	74
Neumonía	0	3	1	3	0	6	1	9
SIDA	1	20	0	17	0	14	0	3
IRA	0	1	0	3	0	1	0	3
INFANTIL	1	62	1	56	3	47	1	53

Fuente: Base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales.2013-2016

En cuanto mortalidad evitable en la localidad de Usme en los periodos 2013 a 2016, se encuentra que se han presentado 218 casos de mortalidad Infantil, de los cuales el 2,75% (n=6) de los casos fueron en población Afro; estos casos se relacionan con hemorragia pulmonar masiva, insuficiencia renal, infección pulmonar, entre otras.

En mortalidades Perinatales se presentaron 2 casos de los 312 que se han dado durante los años 2013 a 2016. Solo se ha presentado 1 caso de mortalidad por SIDA en el año 2013. Durante el 2015 se presenta 1 caso de mortalidad por IRA.

Análisis de morbilidad de las poblaciones étnica Afrodescendiente

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

Tabla 13. Eventos de notificación en población étnica Afrodescendiente, según subsistemas de vigilancia en salud pública, para los años de 2013-2016.

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

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

Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para el año 2016 en la localidad de Usme se notificaron 5005 eventos, de los cuales el 0,5% (25 casos) de la corresponde a población Afrodescendiente; dentro de los eventos que afecta a esta población se encontró que el 45,8% (11 casos) fue por varicela, relacionado posiblemente a la presencia de brotes debido a su alta transmisibilidad, en segundo lugar se presenta la tuberculosis con un 8,3% (2 casos), un evento igualmente transmisible, pero con un gravedad mucho mayor, sin el tratamiento médico pertinente. Los eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva en mujeres, son posiblemente los de mayor relevancia en esta población para dicho año, con un 20.8% (5 casos), discriminado con 2 casos de morbilidad materna extrema, 1 caso de sífilis gestacional, 1 caso de hepatitis B, C y confesión hepatitis B y delta y el restante, así como el más grave, de mortalidad materna. Dichos eventos se relacionan al ser detectados y/o en seguimiento durante los controles prenatales y la atención una vez se da por terminada la gestación en el caso particular de la mortalidad materna, estos seguimientos se dificultan debió a problemáticas presentadas con frecuencia en esta población como el desplazamiento, barreras de atención, problemas de afiliación, entre otros, así

como como factores socio económicos como largos desplazamientos, dificultades de movilidad, dinero para transporte, alimentación y demás necesidades.

El evento de bajo peso al nacer cuenta con 1 solo caso (4.2%), pero se relaciona en gran medida, con la atención en el periodo de gestación en los controles prenatales, además del tema cultural y en especial económico que puede dificultar el acceso a los alimentos requeridos durante la gestación.

Otro evento de interés por su potencial gravedad, visto en esta población con un caso cada uno es la malaria y la leptospirosis, uno transmitidos por vectores y otro de origen zoonótico, aportando un 8.4% de la notificación total de casos. Por último, las intoxicaciones con 2 casos (8.4%) y la exposición a flúor con 1 (4.2%) completan los casos registrados para 2016.

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

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

3.2. Caracterización de Población en Condición de Discapacidad, Localidad Usme subred sur

Según la Convención de la ONU, 2006, define: "La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Para el presente análisis descriptivo de la población en condición de discapacidad se tomó como fuente las personas captadas por registro de localización para personas en

condición de discapacidad (RLCPD) en el periodo 2004 – 2015 de las localidades que integran la Subred Sur.

Contexto Demográfico

En Bogotá durante el periodo 2004 – 2015, se encuentra un total de 238.958 personas captadas por registro de localización para personas en condición de discapacidad (RLCPD), de las cuales el 14,2% (n=33.816) residen en la Subred Sur y el 4,2% (n=10.010) en la Localidad de Usme.

Con relación al total de la población en condición de discapacidad residente en Usme (n=10.010) de los cuales el 53,8% son mujeres y el 46,2% hombres. La edad de mayor prevalencia en mujeres es de 80 y más (6,8%), seguido de 60 a 64 años (5,4%) y en hombres el 5,1% se encuentra mayor de 80 años.

Tabla 14 Distribución de la Población en Condición de Discapacidad por grupos quinquenales de edad, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015

QUINQUENIO S	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0 a 4 años	42	0,4	28	0,3	70	0,7
5 a 9 años	132	1,3	105	1,0	237	2,4
10 a 14 años	205	2,0	121	1,2	326	3,3
15 a 19 años	263	2,6	179	1,8	442	4,4
20 a 24 años	337	3,4	228	2,3	565	5,6
25 a 29 años	285	2,8	229	2,3	514	5,1
30 a 34 años	277	2,8	219	2,2	496	5,0
35 a 39 años	257	2,6	224	2,2	481	4,8
40 a 44 años	223	2,2	232	2,3	455	4,5
45 a 49 años	273	2,7	308	3,1	581	5,8
50 a 54 años	296	3,0	413	4,1	709	7,1
55 a 59 años	298	3,0	495	4,9	793	7,9
60 a 64 años	339	3,4	538	5,4	877	8,8
65 a 69 años	324	3,2	524	5,2	848	8,5
70 a 74 años	314	3,1	477	4,8	791	7,9
75 a 79 años	254	2,5	384	3,8	638	6,4
80 años o más	506	5,1	681	6,8	1187	11,9
Total	4625	46,2	5385	53,8	10010	100,0

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. *PCD: Población con discapacidad

Los grupos quinquenales de mayor prevalencia de la población en condición de discapacidad se ubican entre los 60 a 64 años con 8,8% y 65 a 69 años con 8,5%, este suceso puede estar asociado a patrones de consumo y hábitos de vida de la

población que llevan a una “transición en los riesgos”. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes.(17)

Con relación a los momentos del curso de vida el 43,4% se encuentra en la Vejez, seguido del 36,1% Adultez y el 11,7% en Juventud. De acuerdo al comportamiento de sexo y curso de vida, desde la primera infancia la condición de discapacidad es mayor en hombres que en mujeres, este comportamiento se mantiene hasta la Juventud; con relación a las etapas de Adultez y Vejez el comportamiento es inverso; es decir son las mujeres quienes presentan mayor proporción de discapacidad en relación a los hombres.

Tabla 15 Población por momentos del curso de vida población en condición de discapacidad, Localidad Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015.

Momentos del Curso de Vida	Hombre		Mujer		Total	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Primera infancia (0-5 años)	62	0,6	46	0,5	108	1,1
Infancia (6-11 años)	187	1,9	132	1,3	319	3,2
Adolescencia (12-17 años)	279	2,8	176	1,8	455	4,5
Juventud (18-28 años)	682	6,8	491	4,9	1173	11,7
Adultez (29-59 años)	1679	16,8	1936	19,3	3615	36,1
Vejez (60 años y más)	1736	17,3	2604	26,0	4340	43,4
Total	4625	46,2	5385	53,8	10010	100,0

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

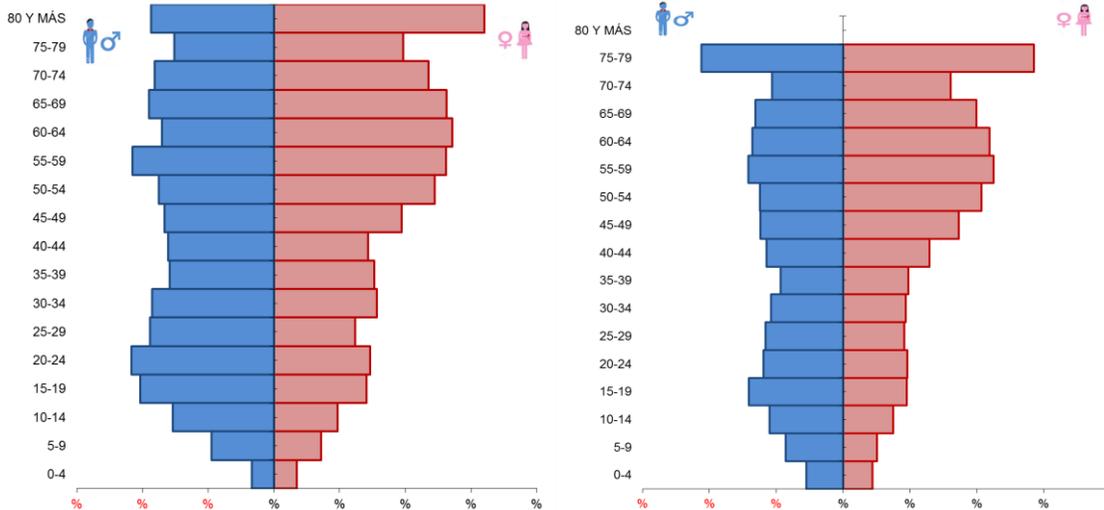
*PCD: Población con discapacidad

Gráfico 3 Pirámide población en condición de discapacidad, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015

DISCAPACIDAD BOGOTA 2004-2015

DISCAPACIDAD USME

2004-2015



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud

La pirámide de población en condición de discapacidad en Bogotá presenta un patrón ascendente con la edad y claramente marcado hacia las mujeres, este mismo comportamiento se evidencia en la pirámide de la localidad de Usme donde se observa una pirámide poblacional regresiva que presenta una base angosta y una mayor concentración de personas con discapacidad en las edades más avanzadas.

El grupo de edad con mayor número de personas con discapacidad es el correspondiente a las personas entre los 75 a 79 años para ambos sexos; sin embargo llama la atención el incremento de hombres en condición de discapacidad entre los 15 a 19 años, lo cual puede estar relacionado con procesos de lesiones de causa externo o hechos de violencia o delincuencia juvenil. La relación hombre-mujer, es de 86 hombres por cada 100 mujeres con condición de discapacidad.

Con relación al índice de infancia para el periodo 2004-2015 por cada 100 personas en condición de discapacidad, 6 correspondían a la población menor de 15 años. Con relación al índice de Juventud por cada 100 personas en condición de discapacidad 15 corresponden a la población de 15 a 29 años. El Índice de vejez de Usme muestra que por cada 100 personas en condición de discapacidad 43 correspondían a población de 65 años y más.

La seguridad social en salud de la población de RLCPD muestra que el 62% pertenecen al régimen subsidiado, el 24,9% régimen contributivo, el 7% manifiesta no contar con aseguramiento en salud, el 4% es población vinculada, y un 0,3% no saben no responden.

Relación de Población y Territorio, población con discapacidad, Localidad de Usme

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

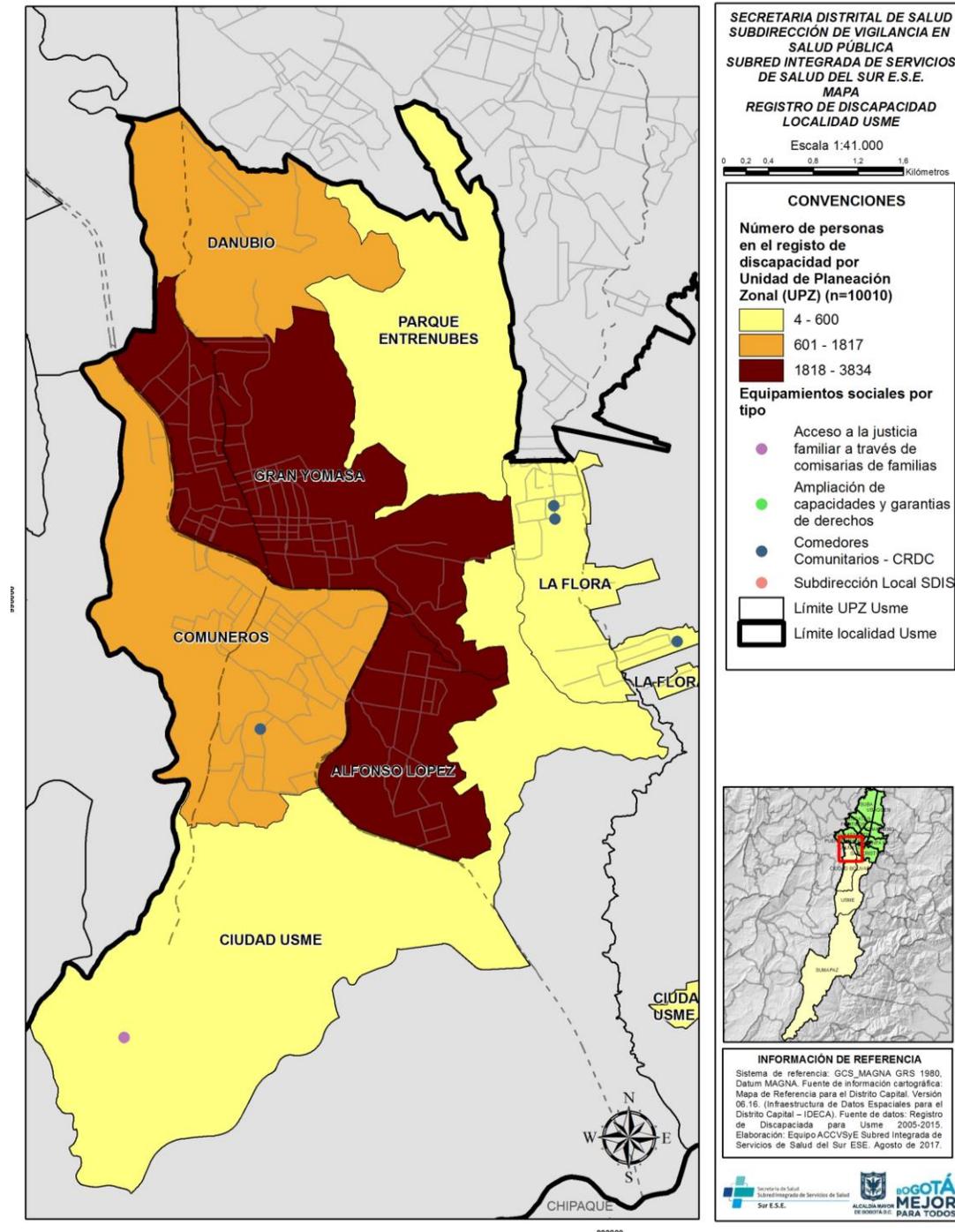
Las Características de las UPZ de la localidad de Usme presentan comportamiento similar en cuanto a particularidades físicas.

La localidad cuenta con dos vías principales de acceso, avenida caracas y avenida Boyacá, por la cual transitan servicios de alimentador, SIPT y transporte tradicional. Sin embargo, el Portal de Transmilenio se ubica al inicio de la localidad, la mayor parte de vías son angostas, dificultando el acceso de transporte de mayor capacidad, que cuente con las características necesarias para la movilidad de personas en silla de ruedas o con problemas de movilidad, a esto se suma que gran parte de localidad se ubica en zona de montaña, causando que las calles sean pendientes y en ocasiones con escaleras pronunciadas.

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

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

Mapa 2. Ubicación de la población en condición de Discapacidad Localidad Usme



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud población en condición de Discapacidad

En cuanto a las necesidades de la población con discapacidad, se encuentra que la mayoría de la población se encuentra afiliados al régimen subsidiado o son beneficiarios, lo que denota no capacidad de pago para acceder a otros servicios (bajos recursos económicos), estos factores económicos se convierte en afectación de la calidad de vida, puesto que tienen consecuencias más graves en el caso de personas en condiciones de discapacidad, relacionada con la limitación de movilidad y traslados, realización de las funciones básicas y el mantenimiento económico de la persona, sus cuidadores y familias.

Así mismo, existen imaginarios errados frente a la población con discapacidad, puesto que aún persisten estructuras que asumen la discapacidad desde la lastima, la caridad, la limitación y la no posibilidad, esto genera desconocimiento frente a la discapacidad tanto como por parte de la comunidad así como a las limitaciones que puede generar a la persona en tanto que dificulta el desarrollo de un proyecto de vida y limita las posibilidad de independencia.

En cuanto a necesidades en salud, se identifica que la asignación de citas con especialistas no son oportunas en algunos de los casos, así mismo se presenta negación de servicios como ayudas técnicas, servicios de rehabilitación funcional, atención terapéutica domiciliaria y procedimientos de alto costo, presentándose una tramitología que aun cuando afecta a todos los usuarios del SGSSS, el impacto es mayor para la población en condición de discapacidad, ya que son usuarios permanentes de los servicios de salud.

Por parte de la población con discapacidad, en ocasiones se presenta desconocimiento de los derechos en salud y de la normatividad para hacer exigible su garantía en la prestación de los servicios de salud, así como desconocimiento en planes de beneficios. Así mismo se presenta desconocimiento de los funcionarios para la atención a personas en condición de discapacidad, especialmente en auditivas y visuales y /o no se cuenta con herramientas que apoyen la atención.

Se identifica la no aplicación de la norma frente a la adecuación de los espacios (barreras arquitectónicas) y dificultad con las rampas (no todos los espacios cuentan con rampa y si la tiene presenta una mayor inclinación, afectando la salud del acompañante o poniendo en riesgo al usuario con discapacidad). Existe deficiencia en la instalación de pisos antideslizantes y barras de apoyo, así como en señalización en braille en los consultorios. Así mismo se encuentra espacios reducidos que limitan la movilidad de los usuarios o el ingreso de sillas de ruedas. Se presentan barreras geográficas de acuerdo al lugar de residencia y que afectan el desplazamiento de la población en condición de discapacidad hacia los centros

de rehabilitación, las condiciones de accesibilidad de la localidad limitan la posibilidad de desplazamientos, incrementan los costos del cuidado y generan necesidades en cuanto a la integración efectiva de la persona con discapacidad a las actividades necesarias para su mantenimiento y desarrollo, generando barreras en el acceso a los servicios institucionales y de salud y en las posibilidad de inclusión en actividades productivas.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud en población en condición de Discapacidad

Análisis de morbilidad Población en condición de discapacidad, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015

Con relación al origen de discapacidad se observa que la mayor causa es la enfermedad 30,5% lo que demuestra que el registro con esta clasificación tan amplia no facilita la toma de decisiones en promoción de la salud. En segundo lugar se encuentra el desconocimiento del origen con el 24,2% y la tercera causa es la alteración genética hereditaria 13,1%. Con relación al origen de discapacidad por etapa de ciclo de vida, se observa mayor riesgo en la Vejez (43,4%), seguido de la Adulthood (38,2%), respecto a las etapas de infancia y adolescencia el origen que más reportan es alteración genética 1,5% y 0,8% respectivamente.

Tabla 16. Población con discapacidad por Origen de la alteración según etapa de ciclo de vida, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015

ORIGEN	INFANCIA		ADOLESCENCIA		JUVENTUD		ADULTO		VEJEZ		TOTAL	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Enfermedad general	75	0,7	46	0,5	175	1,7	1065	10,6	1694	16,9	3055	30,5
No sabe cuál es el origen	102	1,0	68	0,7	188	1,9	825	8,2	1242	12,4	2425	24,2
Alteración genética, hereditaria	151	1,5	82	0,8	164	1,6	511	5,1	405	4,0	1313	13,1
Accidente	11	0,1	8	0,1	71	0,7	609	6,1	585	5,8	1284	12,8
Condiciones de salud de la madre	111	1,1	67	0,7	167	1,7	227	2,3	32	0,3	604	6,0
Complicaciones en el parto	87	0,9	48	0,5	102	1,0	155	1,5	19	0,2	411	4,1
Víctima de violencia	2	0,0	1	0,0	9	0,1	122	1,2	54	0,5	188	1,9
Enfermedad profesional		0,0		0,0	1	0,0	67	0,7	110	1,1	178	1,8
Otras causas	4	0,0	3	0,0	5	0,0	67	0,7	86	0,9	165	1,6
Dificultades prestación de servicios de salud	16	0,2	8	0,1	28	0,3	67	0,7	38	0,4	157	1,6
Conflicto armado	1	0,0		0,0	6	0,1	48	0,5	15	0,1	70	0,7
Consumo de psicoactivos	4	0,0	2	0,0	9	0,1	21	0,2	28	0,3	64	0,6
Sin Dato	0	0,0	2	0,0	15	0,1	21	0,2	13	0,1	51	0,5
Lesión auto infligida	0	0,0		0,0	4	0,0	14	0,1	12	0,1	30	0,3
Desastre natural	0	0,0		0,0	1	0,0	6	0,1	8	0,1	15	0,1
Total general	564	5,6	335	3,3	945	9,4	3825	38,2	4341	43,4	10010	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

*PCD: Población con discapacidad

Las cinco alteraciones permanentes que más afectan a la población con discapacidad en la localidad de Usme son: 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 las alteraciones permanentes de acuerdo al sexo, evidencia que las alteraciones del movimiento del cuerpo, Visuales, del sistema cardiorrespiratorio y defensas, Digestión, metabolismo y hormonas, Sistema genital y reproductivo y de la piel son más prevalentes en Mujeres respecto a los hombres. Con relación a las alteraciones del Sistema Nervioso, Auditivas, Piel y los demás órganos de los sentidos presentan el mismo valor proporcional para ambos sexos. El análisis se realiza con el total de la población de hombres (n=4.625) y mujeres (n=5.385).

Tabla 17 Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015.

Alteraciones	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.	2609	26,1	3264	32,6	5873	58,7
Sistema Nervioso	2082	20,8	2054	20,5	4136	41,3
Visuales	1582	15,8	1815	18,1	3397	33,9
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	1161	11,6	1899	19,0	3060	30,6
Voz y habla	1183	11,8	977	9,8	2160	21,6
Auditivas	827	8,3	877	8,8	1704	17,0
Digestión, metabolismo y hormonas	478	4,8	781	7,8	1259	12,6
Sistema genital y reproductivo	459	4,6	510	5,1	969	9,7
Sistema genital y reproductivo	173	1,7	212	2,1	385	3,8
Demás órganos de los sentidos	133	1,3	144	1,4	277	2,8
Otra alteración	26	0,3	26	0,3	52	0,5

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

*PCD: Población con discapacidad

Vigilancia en Salud publica

Tabla 18. Eventos de notificación en población con condición de discapacidad, según subsistemas de vigilancia en salud pública, años de 2013-2016.

SUBSISTEMA	Notificación	2013	2014	2015	2016
------------	--------------	------	------	------	------

SIVIM	Casos Discapacidad	10	121	92	1
	Total Notificado	1568	5059	2905	2699
	% Discapacidad	0,6	2,4	3,2	0,0
SIVECOS	Casos Discapacidad	11	3	18	12
	Total Notificado	441	783	628	653
	% Discapacidad	2,5	0,4	2,9	1,8
SIVIGILA	Casos Discapacidad	0	0	36	8
	Total Notificado	1014	961	4775	5005
	% Discapacidad	0,0	0,0	0,8	0,2

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

Al realizar análisis de la información de las bases de notificación de VSP de los años 2013 – 2016, se encuentra que al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual –SIVIM- se han reportado 12.231 casos de los cuales el 6,2% (n=224) corresponde a personas en condición de Discapacidad.

Al revisar el comportamiento se encuentra variación en cada año, en 2016 solo se reportó 1 de persona en condición de Discapacidad de los 2.699 casos. El reporte refería presunta violencia física y emocional hacia una mujer.

Para el subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida –SISVECOS- se encontró que en el mismo periodo se reportaron 2.505 casos de los cuales el 7,6 % (n=44) son de personas en condición de Discapacidad. De los cuales 7 fueron en hombres y 5 en mujeres. Prevale la ideación suicida con el 83% (n=10), seguido por el intento con el 17% (n=2) de los casos.

En el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, se registraron 11.755 casos, de los cuales el 0,374% (n= 44) correspondían a personas con discapacidad. Los cuales correspondían a eventos adversos seguidos a la vacunación, intoxicaciones, morbilidad materna extrema y varicela individual.

6.3. Caracterización de la Población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Usme Subred Sur

La población Víctima del conflicto armado son aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.(2)

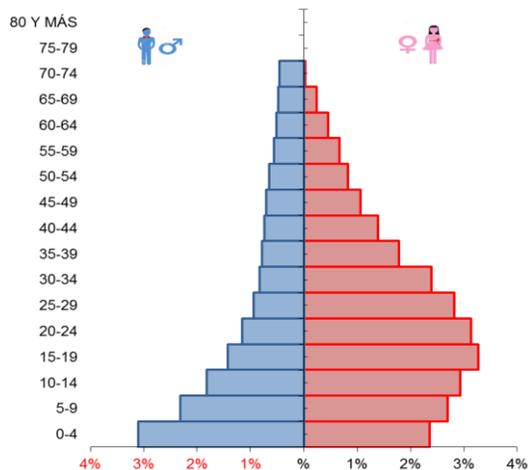
El presente tiene como finalidad describir características demográficas de la población víctima del conflicto armado (VCA) presente en la localidad, como fuente de insumo se cuenta con datos cuantitativos desde Alta Consejería para la Víctimas a través del Sistema de información (SIVIC), en el periodo septiembre del 2010 al 30 de abril del 2017 y desde el sector la fuente de información son datos de intervenciones del PIC en el periodo Julio 2012- Junio 2016.

Contexto Demográfico

La Alta Consejería para la Víctimas a través del Sistema de información (SIVIC), en el periodo septiembre del 2010 al 30 de abril del 2017, en la Subred Sur se identificaron 64.455 personas Víctimas del Conflicto Armado, de las cuales el 27,5% (n=17.713) residen en la localidad de Usme, la distribución por sexo el 56,5% son mujeres, un 43,4% hombres y el 0,1% se reconoce como Intersexual.

Desde el Sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas PIC a través del programa territorios Saludables entre el Periodo julio 2012 a Junio 2016, la Subred Sur logro brindar atención a 18.540 personas víctimas del conflicto, de las cuales el 31,1% (n=5768) residen en la localidad de Usme.

Gráfico 4 Pirámide población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., Periodo julio 2012 a Junio 2016.



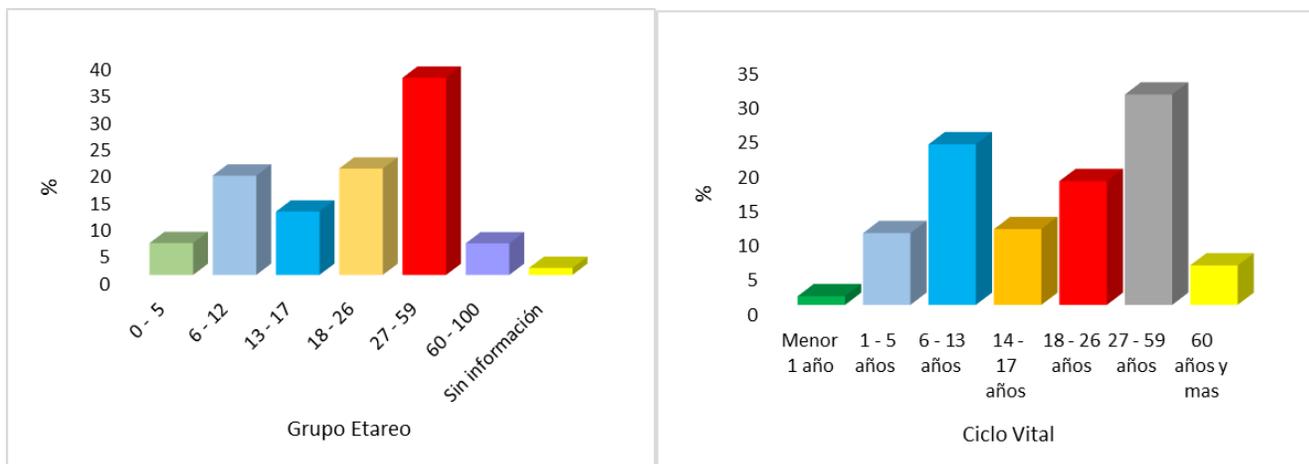
Índice Demográfico	2014-2016
Población total	5.768
Población Masculina	2.429
Población femenina	3.339
Relación hombres: mujer	72,75
Razón niños:mujer	34
Índice de infancia	34
Índice de juventud	28
Índice de vejez	7
Índice de envejecimiento	21
Índice demográfico de dependencia	62,25
Índice de dependencia infantil	54,95
Índice de dependencia mayores	7,30
Índice de Friz	181,37

BD poblacional preliminar Julio 2012- Junio 2016. Fecha de extracción 8/8/2016

La pirámide poblacional de intervenciones en salud en el periodo julio 2012 a Junio 2016, presenta un comportamiento progresivo con una base ancha, propio de una alta natalidad, con una concentración del 30,3% en la población menor de 14 años; en el grupo intermedio de 15 a 64 años es de 65,4% y la población mayor de 65 años fue del 4,4%. Se observa mayor atención en la población femenina respecto los hombre, con una relación de 72,7 hombres por cada cien mujeres.

De acuerdo al índice de Friz es una población Joven (182); con un índice de vejez de 7 personas mayores de 65 años y mas por cada cien habitantes, con relación al índice de juventud de 100 personas, 28 correspondían a población de 15 a 29 años. Para el periodo de 2012- 2016 por cada 34 niños y niñas (0-4 años) había 100 mujeres en edad fértil (15-49 años).

Tabla 19 Población por grupo Étareo y ciclo vital, población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Usme Subred Sur.



Fuente: Alta Consejería para la Víctimas. Cifras Históricas SIVIC (de septiembre del 2010 al 30 de abril del 2017). SDS, Programas Territorios Saludables, BD poblacional preliminar Julio 2012- Junio 2016. Fecha de extracción 8/8/2016

La distribución por grupo étareo (SIVIC) se observa que un 36,7% (n=6.509) de la población se encuentra entre 27 a 59 años, el 19,8% (n=3.512) entre 18-26 años, el 18,5% (n=3.277) de 6-12 años, el 11,8% (n=2.091) entre 13 a 17 años, el 5,9% son mayores de 60 años (n=1.043) y población menor de 5 años (n=1.050) respectivamente. El 1,3% (n=231) no cuenta con información de edad.

Desde las intervenciones del sector salud, de acuerdo al ciclo vida, la mayor proporción se da en la población Adulta de 27 a 59 años con 30,5%, seguido de Infancia (6-13 años) 23,3%, Juventud (18-26 años) con 17,9% Adolescencia (14-17 años) 11%, Primera Infancia (1-5 años) 10,4%, Vejez (mayor de 60 años) 5,7% y menor de 1 año 1,3%.

Tabla 20 Comportamiento de los hechos victimizantes declarados en Bogotá entre 1985-2015.

Hechos Victimizantes	2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono o despojó forzado de tierras	109	0,3	580	1,3	708	1,3	62	1,2
Acto Terrorista/ Atentados/ combates/ Hostigamientos	1126	2,6	523	1,1	568	1,1	35	0,7
Amenaza	6423	14,8	6480	14,1	10703	20	1138	21,7
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	167	0,4	202	0,4	375	0,7	40	0,8
Desaparición Forzada	1782	4,1	997	2,2	495	0,9	41	0,8

Desplazamiento	26001	59,8	32237	70,4	36649	68,5	3620	69
Homicidio	6609	15,2	3979	8,7	2893	5,4	207	3,9
Minas antipersonal/Munición sin explotar/ artefacto explosivo	236	0,5	161	0,4	389	0,7	35	0,7
Perdida de bienes Muebles o Inmuebles	324	0,7	291	0,6	312	0,6	48	0,9
Secuestro	471	1,1	196	0,4	152	0,3	13	0,2
Tortura	170	0,4	71	0,2	120	0,2	4	0,1
Vinculación de NNA	81	0,2	88	0,2	151	0,3	6	0,1

Fuente: Comportamiento de los hechos victimizantes declarados en Bogotá entre 1985-2015. Observatorio Distrital de Víctimas. Fecha de corte: 01 junio de 2015.

Ahora bien, en cuanto a la información sobre declaraciones de hechos victimizantes en el marco del conflicto interno del país, durante el período 2012 - 2015 en Bogotá se recibió un total de 148.068 declaraciones, entre las que predominan el desplazamiento forzado (66,5%), la amenaza (16,7%) y el homicidio (9,2%).

El año con mayor número de declaraciones corresponde al 2014 con 36,1% (n=53515), seguido del año 2013 con 30,9% (n=458059); el año 2012 un 29,4% (n=43499) y el 3,5% (n=5249) de enero a junio de 2015.(16).

En cuanto a la obtención de ingresos, en estadísticas de desempleo de la población víctima, se encuentra que las cifras son precaria, encontrándose que: la tasa de desempleo para población desplazada es de 35.5%, mientras que el total nacional fue del 10.2% en el año 2012. Las mujeres representan el 56.1% de la población desplazada desempleada.

La consecución de empleo, se identifica que durante los tres primeros meses de asentamiento, las tasas de desempleo del jefe del hogar alcanzan el 53% y después de un año de asentamiento dicha tasa alcanza el 16%. Pese a la mejoría en los indicadores laborales, las tasas de desempleo después de un año de desplazamiento sobrepasan la tasa de la población indigente urbana. En Bogotá, los derechos más vulnerados de la población desplazada son el derecho al trabajo (13,4%) y el derecho a la vivienda (13,1%). (22)

No obstante las personas desplazadas en sus lugares de origen se dedicaban a las labores del campo, al migrar a las ciudades donde su perfil ocupacional es inadecuado para el mercado laboral urbano y, si se le suma a esto el estigma por su condición de desplazamiento, es más difícil conseguir emplearse.

Otro derecho que se ve seriamente vulnerado por este hecho, es el derecho a la salud, *“antes del desplazamiento, el cubrimiento de los servicios de salud era del 52,5%, y en el municipio de recepción dicho indicador alcanza un 73,2%”* Para el caso de Bogotá específicamente, se cree que el acceso de la población

desplazada a los servicios de salud es superior, que el de la población clasificada como pobre.(22)

En cuanto a salud, el sistema de atención es nacional y tiene graves deficiencias de calidad y cubrimiento para el conjunto de la población. Para la población desplazada existen mecanismos especiales de acceso. De los más de 285 mil casos reportados en Bogotá, sólo la cuarta parte es atendida por el sistema general de seguridad social en salud. La atención de la población en situación de desplazamiento restante está encabezada por el distrito. De acuerdo con los testimonios de las víctimas de desplazamiento, la atención que se presta es deficiente aunque estén afiliados al Sistema de Seguridad social en Salud.(22)

Relación de Población y Territorio población Víctima del Conflicto Armado, Localidad de Usme Subred Sur.

De acuerdo a los datos de Alta Consejería para la Víctimas a través del Sistema de información (SIVIC), en el periodo septiembre del 2010 al 30 de abril del 2017, en Usme residen 17.713 personas Víctimas del Conflicto Armado, de acuerdo a la distribución de la población por UPZ en la localidad la mayor concentración se da en Comuneros 29,1% (n=5.162), Gran Yomasa 27,3% (n=4.831), Alfonso López 16,7% (n=2.963), Ciudad Usme 5,4% (n=953), La Flora 5,2% (n=924) y Parque Entrenubes 2,4% (n=433) personas.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de la población población Víctima del Conflicto Armado

Las personas que se declaran como VCA a traviesan por situaciones que deterioran su calidad de vida y salud. En primera medida, la misma condición de desplazamiento implica destierro de sus contextos de origen, los cuales eran espacios que suplían sus necesidades básicas de alimentación, salud y protección.

Al llegar a las diferentes ciudades en las que se busca protección y mejorar sus condiciones de vida, deben adaptarse a escenarios nuevos.

En estudios sobre el derecho de las víctimas al trabajo, la formación y la generación de ingresos, señalan que la población indígena, afro y desplazada cuenta con una tasa de desempleo de 35.5% superior a la tasa nacional que fue de 10.2% en el año 2012. Las mujeres representan el 56.1% de la población desplazada desempleada” Rodríguez (2014). La condición de desempleo implica una disminución de los ingresos y de la calidad de vida. La falta de ingresos monetarios durante el desempleo influye negativamente en las relaciones sociales y fomenta la ocupación del tiempo en un ocio pasivo que contribuye a dicho deterioro.

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

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

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

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

4.4.4. Análisis de Situación de Salud de la salud de la población población Víctima del Conflicto Armado Víctima del Conflicto Armado

Tabla 21. Eventos de notificación en población víctima de conflicto armado, según subsistemas de vigilancia en salud pública, años de 2013-2016.

SUBSISTEMA	Notificación	2013	2014	2015	2016
SIVIM	Casos VCA	0	0	102	16
	Total Notificado	1568	5059	2905	2699
	% VCA	0,0	0,0	3,9	0,6
SIVECOS	Casos Discapacidad	20	37	432	21
	Total Notificado	441	783	628	653

	% Discapacidad	4,5	4,7	68,8	3,2
SIVIGILA	Casos Discapacidad	0	105	51	18
	Total Notificado	1014	961	4775	5005
	% Discapacidad	0,0	10,9	1,1	0,4

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

Para el año 2016 de los 2699 casos registrados en Usme, 16 (0.6%) pertenecen a población VCA, dichos casos relacionan principalmente con negligencia (13 casos), violencia sexual (4 casos), física (2 casos) y abandono (1 caso). Es importante aclarar que para el subsistema de SIVIM, la violencia emocional acompaña al resto de las violencias con 100%.

La conducta suicida con 21 casos (3.2%), se distribuye en 14 casos en mujeres de los cuales 12 (85.7%) son ideación, 1 (7.1%) amenaza y 1 (7.1%) intento suicida, por su parte los 7 casos en hombres se distribuyen en 4 ideaciones, 1 amenaza y 2 intentos. Los casos se distribuyen equitativamente en adolescentes de 14 a 17 años y adultos de 27 a 59 años con 7 casos cada uno, seguido de manera preocupante por 6 casos en menores de 6 a 13 años.

En cuanto al registro de personas con uso de SPA, se cuenta con 7 casos, 4 en hombres y 3 en mujeres, 5 casos en menores de 14 a 17 años y los restantes 2 casos entre los 18 y 26 años.

3.4. Caracterización población Habitante de Calle, Localidad Usme subred sur

Según la Ley 1641 del 2013, los habitantes de calle se definen como personas sin distinción de sexo, raza o edad, que hacen de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar. Para el análisis de esta población se tomó como referencia los datos distritales realizados por la secretaria de Integración Social en los censos de habitantes de calle 2007 y 2011; así como un ejercicio de caracterización entre los meses agosto a noviembre del año 2014 por SDIS. Otra fuente de información son las acciones realizadas desde el PIC en el periodo Julio 2012 a Junio 2016 realizado desde el sector salud.

Contexto demográfico

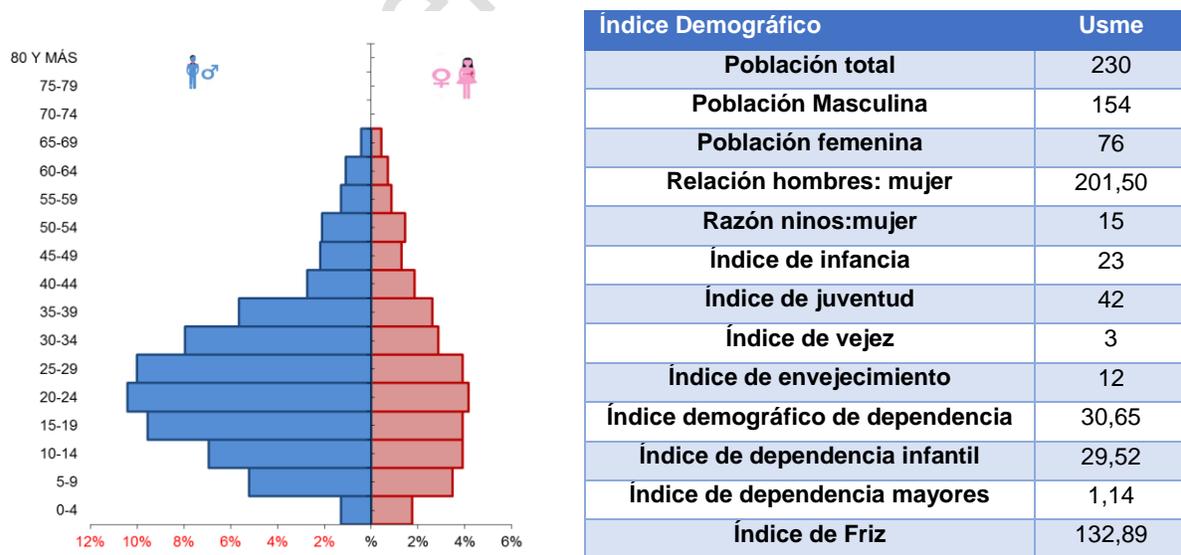
Según el Censo para el año 2011, en Bogotá se identificaron 9.614 habitantes de calle (CHC), de ellos 70 residen habitualmente en la localidad de Usme, representando un 0,73%.(20). Durante los meses de agosto - noviembre del año

2014, la SDIS caracterizo a 5.062 personas CHC, de las cuales 1,1% (n=54) fueron contactadas en esta localidad (21).

Los datos en la pirámide poblacional permiten inferir que la edad de inicio de habitabilidad en calle se encuentra entre 5 a 9 años para los dos sexos. La mayor concentración se da entre los 20 a 24 años, seguida de 15 a 19 años y los de 30 a 34 años. Y se observa una concentración de la población entre los 60 a 64 años con mayor concentración en los hombres. El índice de friz de la población CHC para la localidad de Usme es de 132 lo que representa una población Joven. De acuerdo a la distribución poblacional por sexo, predominan los hombres, con una relación de 201 hombres por cada 100 mujeres con habitabilidad en calle, para el periodo analizado.

Con relación al ciclo vital de la población atendida por el sector salud el 44,5% se encontraba en Adultez (27 a 59 años), seguido de Juventud (18 a 26) 23,1%, Infancia 11,4%, población mayor de 60 años (Vejez) 9,6%, Primera Infancia 7% y Adolescencia 4,4%. De acuerdo al nivel educativo de los habitantes CHC el 57,7% refirió haber culminado básica secundaria, un 37,1% básica primaria y el 5,9% otros estudios como técnico, tecnológico y/o universitario. El aseguramiento en salud de la población el 42% es población pobre no asegurada, un 39% se encuentra en el regimen subsidiado y el 19% pertenecen al regimen contributivo.

Gráfico 5 Pirámide poblacional habitante de calle, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E, periodo julio 2012 a junio 2016.



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

Relación de Población y Territorio población Habitante de calle, Localidad de Usme, Subred Sur.

La habitabilidad de calle se caracteriza por reunir un conjunto de elementos espaciales y personales que crean entre sí territorios en la ciudad. Estos se constituyen en localizaciones, lugares o espacios en los que la población habitante de la calle desarrolla condiciones particulares de vida, generación de ingresos y relacionamiento. Como resultado de las interacciones sociales, construidas a partir de formas tensas o consensuadas, se configura el ámbito territorial de la habitabilidad de calle(21).

Distribución de los cambuches

Reconociendo que los cambuches son ubicaciones con presencia frecuente de habitantes de calle, utilizados continuamente con el propósito básico de pernoctar bien sea de manera permanente o periódica, estos espacios se constituyen en escenarios claves donde se expresa la habitabilidad en calle en los territorios, no solo por los y las habitantes de calle, sino por los factores que posibilitan la conformación de estas ubicaciones. En Bogotá se identificaron 3.667 cambuches ubicados en 19 localidades, de los cuales 190 se ubican en la Subred Sur y 46 (1,3%) en la localidad de Usme. (21)

De los cambuches identificados en la localidad de Usme y el tiempo de existencia se observa que el 50% presentan tiempo de 1 a 3 años de existencia, seguido 4 a 7 años con 25%, de 8 a 10 años (16,7%) y de 4 a 6 meses 8,3% reafirmando la constante dinámica de apropiación del espacio público para pernoctar y conformar cambuches. De acuerdo a la tipología del cambuche se pueden identificar dos tipos. El primero es de carácter estructurado, es decir, disponen de materiales como tablas, tejas, plásticos, entre otros, organizados de tal manera que buscan constituirse en viviendas prototípicas, indicando mayor apropiación y permanencia en el espacio urbano. En segundo lugar pueden ser circunstanciales, conformados por materiales como cartones, plásticos, cobijas, telas y otros que son acomodados temporalmente para pernoctar.(21).

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

para el consumo de sustancias psicoactivas, el 3,9% para la socialización y el 2% para el retaque.(21)

De acuerdo a las dinámicas de la localidad, el fenómeno de habitabilidad de y en la calle implica aspectos contextuales socio económicos y culturales que causan problemas como el narcotráfico, la violencia social y la delincuencia, que afectan las redes familiares y generan consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Según un informe realizado por la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) en el 2013, la consecuencia de la intervención de desalojo en el sector del Bronx en la localidad de Los Mártires, generó migración de las personas habitantes de calle a diferentes localidades, dentro de estas se encontró la localidad de Usme, presentando mayor concentración en los barrios de la Andrea, El Virrey, Monte Blanco, Fiscalá, Alfonso López y Santa Librada.(22)

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud en población Habitante de Calle

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

Los ciudadanos habitantes de calle son personas de cualquier edad que por diversas razones, situaciones económicas, desplazamiento forzado y migración, conflicto armado, violencia intrafamiliar, desempleo e incremento del consumo de SPA, deciden romper los lazos familiares y sociales para alejarse de su mundo cotidiano. En esta medida los CHC le dan un significado al espacio que habitan, en cuanto a que los lugares deben reunir unas características que provean la satisfacción mínima de necesidades, alimentación y dinero.

Entre las principales ocupación desarrolladas por los CHC está el reciclaje o recuperación de material, ventas informales, cuidado de vehículos, la mendicidad y el hurto. Las ganancias o recursos obtenidos por estas actividades son utilizadas para la compra de comida y sustancias psicoactivas, en menor medida es utilizada para el pago de habitaciones o lugares para pasar la noche.

Se ha encontrado que el aseguramiento en salud de los CHC va desde personas que aun cuentan con régimen contributivo, que son tal vez beneficiarios de personas que trabajan, jóvenes hasta los 18 años y personas adultas que fueron afiliados por su pareja sentimental. También se encuentran personas con régimen subsidiado, que fue contraído antes de la habitabilidad en calle. Y el régimen que más se encuentra en esta población es el especial, el cual es adjudicado por la secretaria de integración social después de un proceso de verificación de la situación, este régimen brinda atención gratuita a estas personas. Aunque hay que

tener en cuenta que, hay un importante número de CHC sin ningún tipo de afiliación al SGSSS debido a la tramitología para acceder al régimen especial y a las demoras en los traslados de régimen.

Ahora bien, los CHC acuden a los servicios de salud en caso de presentar algún tipo de urgencia, en estudios Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de Promoción y Prevención establecidos por la Resolución 412 de 2000, se encontró que en gran medida estas personas desconocen la obligatoriedad y gratuidad de la atención para ellos, además en algunos casos algunos CHC fueron objeto de discriminación por parte de los profesionales de la salud por su aspecto. Sin embargo, también se encontró que algunos ciudadanos acuden a los centro de salud exigiendo una pronta atención, con palabras soeces y amenazantes, lo que genera resistencia por los funcionarios. En esta medida se requiere una vigilancia a las EAPS con el fin de lograr una atención especializada y diferencial a estas personas, garantizando así el acceso oportuno a los servicios de salud.

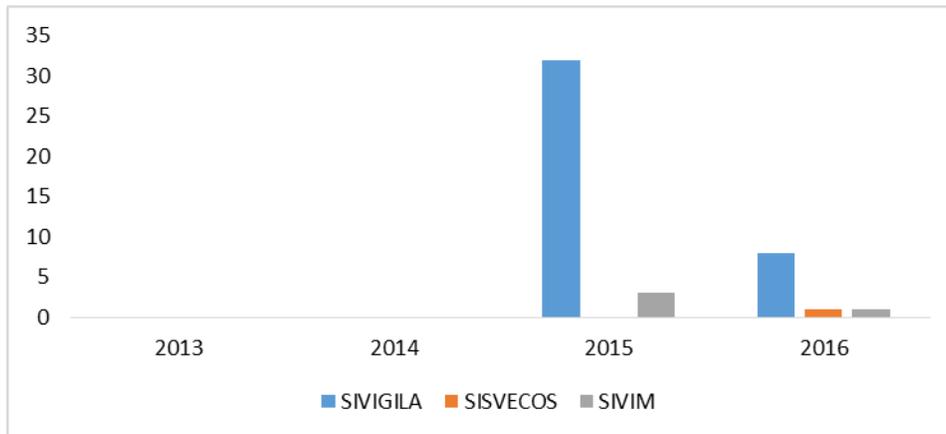
A causa de lo anterior, la información encontrada sobre la situación en salud de la población CHC en la localidad, entre las principales dolencias o enfermedades encontradas son las enfermedades transmisibles como tuberculosis, Neumonía, VIH/SIDA, algunos tipos de discapacidad como visual o por falta de alguna extremidad, enfermedades mentales como Esquizofrenia y todo lo relacionado con la dependencia a sustancias psicoactivas. Por último se encuentra que los CHC presentan algún grado de desnutrición lo que agudiza los padecimientos preexistentes.

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

En la literatura se encuentra que la calle no brinda las condiciones mínimas para vivir, en la medida que no se encuentran los medios que posibiliten el desarrollo pleno de las personas. Sin embargo, la decisión de habitar calle esta mediada por la historia de vida de las personas, el Estado entre sus obligaciones esta la garantía plena del acceso a los servicios de salud y atención integral a las personas que no cuentan con los recursos y medios para proveerlos por sí mismo. Los CHC por sus características requieren no solo el acceso a los servicios de salud mínimos, sino que se debe propender por garantizar las mínimas condiciones para que su decisión no se convierta en un problema para las ciudades.

4.4.4. Análisis de Situación de Salud en población Habitante de Calle Población Habitante de Calle

Gráfico 6 Eventos de notificación SIVIGILA en población habitante de calle, localidad Usme, años de 2015-2016



Fuente Bases de datos SIVIGILA D.C. 2015-2016

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

6.5. Caracterización Población LGBTI, Localidad Usme, Subred Sur

Contexto Demográfico

Según los datos de la Encuesta Bienal de Culturas 2015, el 44.03% de los habitantes de 13 años o más en área urbanas de Bogotá son hombres, el 47.82% son mujeres y 0.01% son intersexuales. Con respecto a la identidad de género, el 48.48% de los ciudadanos de 13 años o más en Bogotá afirman que son de género femenino, del 42.91% de género masculino y un 0.05% se identifican como transgeneristas.

Frente a la orientación sexual de ciudadanos de 13 años o más en Bogotá se identificaron 119.893 personas con algún tipo de orientación sexual, de los cuales 58.262 personas tienen orientación sexual homosexual, Bisexual (n=57.813), Transgeneristas (n=3.175), e Intersexual (n=643).

Del total de la población en Bogotá identificada con algún tipo de orientación sexual el 17% (n=20.350) residen en la Subred Sur, de los cuales 1240 se

encuentran en la Localidad de Usme, según la orientación sexual el 51,4% se reconocen como población bisexual y el 48,6% como población homosexual.

Desde el Sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas PIC desde el programa territorios Saludables entre el periodo julio 2012 a Junio 2016, la Subred Sur logro brindar atención a 189 personas que se auto reconocen como población LGBTI, de las cuales el 42,3% (n=80) residen en la localidad de Usme. De acuerdo a la orientación sexual 58,7% se identifican como transgeneristas, el 15,4% se reconocen como bisexual, el 12,6% lesbiana, el 9,8% Gay y el 3,5% intersexual.

Frente a la cobertura de atención por el sector salud de acuerdo al ciclo vital el 40% se encontraba en Adultez (27-59 años), el 28,8% Juventud (18-26 años), el 18,8% es Adolescente (14-17 años) y el 6,3% se encontraba en la Infancia (6-13 años) y Vejez (mayor de 60 años) respectivamente. El aseguramiento en salud se concentra en el régimen subsidiado con 50,8%, seguido del 35,4% contributivo y el 13,8% es población pobre no asegurada

Relación de Población y Territorio población LGBTI, Localidad de Usme, Subred Sur.

De acuerdo a la ubicación de la población LGBTI en la localidad de Usme, la UPZ de mayor concentración es Ciudad Usme 27,3% seguido de Alfonso López 19,3%, Danubio 15,9%, Gran Yomasa 14,8%, La flora 13,6%, UPR Rio Tunjuelo 8% y Comuneros 1,1%.

En cuanto a la relación de territorio con la población LGBTI se encuentra que en la UPZ Gran Yomasa, la relación se establece de forma conflictiva en especial en la zona de Santa Librada, en el cual se tiene ubicada zona de prostitución por parte de esta comunidad y en el desarrollo de esta actividad también se realizan actividades delictivas (como el hurto a personas, a personas en automotores).

En la UPZ Danubio, según información de la referente de la Policía Nacional, en el territorio se han identificado actos homofóbicos debido a actividades que realiza la comunidad LGBTI.

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud en población LGBTI

En la localidad para la población LGBTI se identifican necesidades relacionadas con las condiciones de vida y las dinámicas propias de la población. Existe una diversidad de determinantes dependiendo de los intereses y actividades de la

población LGBTI, de acuerdo con esto, se identifican necesidades en prevención de ITS, modificaciones corporales y en actitudes discriminatorios desde diferentes ámbitos hacia la población.

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

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

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

4.4.4. Análisis de Situación de Salud en población LGBTI

Tabla 22. Eventos de notificación en población víctima de conflicto armado, según subsistemas de vigilancia en salud pública, años de 2013-2016

SUBSISTEMA	Notificación	2013	2014	2015	2016
SIVIM	Casos LGBTI	0	0	0	4

	Total Notificado	1568	5059	2905	2699
	% LGBTI	0,0	0,0	0,0	0,1
SIVECOS	Casos LGBTI	0	0	0	20
	Total Notificado	441	783	628	653
	% LGBTI	0,0	0,0	0,0	3,1
SIVIGILA	Casos LGBTI	0	0	0	0
	Total Notificado	1014	961	4775	5005
	% LGBTI	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

Por la parte dirigida a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 2699 casos de los cuales 4 corresponden a la comunidad LGBTI de Usme. De estos se desprenden las siguientes notificaciones en violencias física y emocional.

Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para el año 2016 en Tunjuelito se notificaron 5005 eventos, sin porcentaje de la comunidad LGBTI en la notificación.

6.6 Caracterización Población en el ejercicio de la prostitución, Localidad Usme, Subred Sur

En primera instancia es importante mencionar que según la Sentencia T-629 de 2010 reconoce que la prostitución en un trabajo como cualquiera y quienes ejercen este trabajo deben tener los mismos derechos que cualquier trabajador, además de ser un grupo discriminado y vulnerado en sus derechos laborales, lo anterior, se suma a la sentencia T-736 de 2015 donde nuevamente se define a los trabajadores sexuales como un grupo históricamente marginado y discriminado que merece especial protección constitucional, ambas sentencias realizadas por la Corte Constitucional, sin embargo el país aún no cuenta con un marco jurídico

especifico la ejercer la prostitución, regulando derechos y deberes para la realización de este oficio.

Al realizar una revisión de datos de este tema, no se cuenta con mucha información, en consecuencia se toma como base dos fuentes principales: el boletín informativo de la Secretaria de la Mujer de 2015, numero 6: Mujeres en cifras, acercamiento al fenómeno de la prostitución en Bogotá,(23) que da una información general del distrito y puntual en la localidad en algunos temas particulares, así como desde el sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas (PIC) para el periodo julio 2012 a Junio 2016.

Contexto Demográfico

En primer lugar, como se mencionó anteriormente, tomando como base el boletín informativo de la Secretaria de la Mujer de 2015, se cuenta con información recolectada mediante una encuesta directa semiestructurada en las 20 localidades de la ciudad a 1995 mujeres en ejercicio de prostitución o en riesgo de estarlo.

Según el instrumento en mención se registra que el 94.7% de los casos se dan en mujeres, 4.3% en hombres y 0.8% intersexual, en cuanto las edades la mayoría se trata adultas jóvenes de 27 a 45 años (48.3%), seguido por jóvenes de 18 a 26 años (39.9%) y adultas de 46 a 59 años (9.8%), las edades extremas en adultas mayores de 60 años 1.3% y adolescentes de 17 a 17 años (0.4%) son los de menor presencia. Otro dato interesante es el lugar de nacimiento, donde registra que más de la mitad de casos (53.1%) se trata de personas de otros municipios de Colombia, en cuanto a los nacidos en Bogotá, los datos registran un 41.6%, esta diferenciación en el lugar de nacimiento se observa con mayor fuerza en las persona mayores de 45 años (Otros municipios 69.4% y Bogotá 27.5%), seguidas por quienes están entre 27 y 45 años (Otros municipios 56.4% y Bogotá 37.6%), caso contrario ocurre en los jóvenes entre 14 y 26 años (Otros municipios 44.9% y Bogotá 50.6%). Dichos datos pueden indicar que, en años anteriores la movilización de personas oriundas fuera de Bogotá para estas prácticas se daba en mayor medida, por factores como desplazamiento, violencia o búsqueda de oportunidades, pero en los recientes años los datos pueden variar por una disminución en el desplazamiento forzado, una menor llegada de personas a la ciudad o con diferentes alternativas o un mayor incidencia de casos en la ciudad, sea por necesidad, presión o elección.

Otra información general de interés registra que la mayor parte de la población entrevistada tiene secundaria incompleta (37.2%), seguido por la secundaria completa (27.4%), continúan la primaria completa (14.0%) e incompleta (9.5%),

llama la atención el 1.5% de casos que no reporta estudios de ningún tipo. En cuanto la educación superior sea técnico tecnológico o universitario suman el 9.6% del cual resalta el 5.1% con un estudio técnico completo, 0.6% de tecnológico completo y un 0.5% de universitario completo.

En cuanto al sistema general de seguridad social en salud, se registra que el 89.1% se encuentra afiliada, dato que disminuye en las personas sin escolaridad, donde el porcentaje de afiliación al sistema llega solo al 79.3%, otro dato diferenciador es la edad, donde las personas de 14 a 26 años se afilian solo en un 86.9%, dato posiblemente relacionado con las dificultades de afiliación en menores de edad de manera independiente sino se cuenta con la cobertura de un adulto.

El 50.1% de las personas entrevistadas refirió tener actualmente una pareja y vivir con ella, de dicho dato, refieren que solo el 52% de las parejas conocen que se dedican al ejercicio de la prostitución, hecho que puede generar repercusiones emocionales además de posibles eventos de violencia o maltrato si se llega a conocer debido en parte a la estigmatización del evento.

Con relación a la edad de inicio en la prostitución es preocupante que cerca de 1 de cada 4 casos se da en menores de edad (25.1%), antes de los 15 años el 7.6% y entre los 15 y 17 un 17.5%, el dato anterior refiere el peso que ejerce la explotación sexual comercial en niños niñas y adolescentes de edad en este evento. Otros datos reflejan que cerca de la mitad de los casos (49%) se da entre los 18 y 25 años, otro 17.4% se da entre los 26 y 35 años.

El 55.1% de los casos en ejercicio de la prostitución refieren el uso de algún tipo de SPA, que va disminuyendo dependiendo la edad entre los 14 y 26 años consume un 60.1%, entre los 27 y 45 un 53.4% y después de los 45 el dato se reduce levemente a un 46.8%, en términos generales, el 44.8% refiere como principal motivo para el uso de estas sustancias el ejercicio de la prostitución, seguido por familia amigos u otros con un 18.5%, por la familia o distracción aportan el 6.4% y 6.1% respectivamente.

Un dato interesante, relacionado posiblemente con la ausencia de alternativas y trabajo integral desde el estado que ofrezca oportunidades reales y duraderas, es que el 84.8% de las personas encuestadas refieren haber intentado abandonar el ejercicio de la prostitución, las principales razones son: cambio de vida, otras condiciones por sus hijos (37.9%); no le agrada, no se siente bien estrés (14.8%) y cansancio (11.1%)

Los datos registrados en dicho informe, puntualmente en personas que residen en la localidad de Usme, la ubica en el 5° lugar en el distrito con un 7.9%, solamente

superado por Mártires (18.3%), Kennedy (10.3%), Rafael Uribe Uribe (8.7%) y Ciudad Bolívar (8.3%). En cuanto la edad, llama la atención que la localidad de Usme es una de las que aporta más jóvenes de 14 a 26 años con un 9.3%, solamente superado por mártires (18.8%) y Kennedy (10.1%), hecho que llama la atención, teniendo en cuenta las condiciones desfavorables de los residentes de esta localidad, sumado a que en estos rangos de edad, cerca de la mitad de casos son originarios de la ciudad de Bogotá.

En cuanto a la localidad de ubicación para el ejercicio de la prostitución, la localidad de Usme aporta el 2.6%, dato lejano a las 5 primeras localidades Mártires (25.6%), Santa Fe (15.8%), Kennedy (12.0%), Barrios Unidos (6.2%) y Chapinero (6.1%), ubicándolo en la 9° posición en el distrito. En cuanto las edades de las personas que ejercen en Usme se dan en mayor proporción en personas jóvenes de 14 a 26 años de edad, con relación al lugar donde se ejerce esta práctica 89.1% lo realiza en establecimiento y el 10.9 en la calle. En esta localidad durante el ejercicio de la prostitución el 40% refiere haber sido víctima de algún tipo de violencia, incluyendo violencia física, abuso sexual y en menor medida abuso policial.

Desde el Sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones colectivas PIC a través del programa territorios Saludables entre el Periodo julio 2012 a Junio 2016, la Subred Sur logro brindar atención a 62 personas en ejercicio de la prostitución en la localidad de Usme, dato que lo ubica en el séptimo lugar con un 6.3% de las 985 personas caracterizadas en el distrito capital. En cuanto el sexo, en la localidad de Usme se identifican 2 casos de personas de sexo masculino en ejercicio de la prostitución, dato que representa el 3.2% del total de casos, dato distante al observando en localidades como Chapinero, Santa Fe, y Barrios Unidos donde el porcentaje de sexo masculino rodea el 10% y en especial con Los Mártires con un 27%.

Estos 62 casos fueron recolectados durante el periodo en mención, evidenciando que para los años 2013 y 2014, tan solo se registraron 3 y 1 casos respectivamente y el grueso de la información se recolecto durante el año 2015 (40 casos, 65%), seguido por el año 2015 donde se registró el 29% (18 casos). Dichos datos tienen un comportamiento relativamente similar entre las localidades y los años revisados, a excepción de las localidades de Tunjuelito en 2013 y Mártires, Santa Fe y Kennedy en 2014, donde dichos sectores registraron un mayor número de este tipo de población en contraste con las demás localidades, hecho posiblemente relacionado con las características del sector como, ubicación de zonas de tolerancia legales o ilegales, así como sectores de rumba o con amplia oferta comercial que facilita la oferta y la demanda de la prostitución.

Con relación a los cursos de vida, la distribución de casos registra tan solo una persona menor de edad específicamente entre los 6 y 13 años de edad, dato que posiblemente no registra la real situación, en cuanto a los menores ya que se suma a los prejuicios del ejercicio de la prostitución, el delito de explotación sexual comercial en menores, hecho que dificulta la identificación y atención de los y las menores dedicadas a esta actividad, multiplicando el riesgo para los jóvenes y la comunidad en general.

El grueso de casos detectados se distribuye en los cursos de vida de juventud y adultez, en especial en este último con 23 (37.1%) y 37 (59.7%) casos respectivamente, distribución muy similar a la vista en las demás localidades, hecho más relacionado a la cantidad de años que conforma cada curso (Juventud de 18 a 26 años y adultez de 27 a 59 años), que a las condiciones propias de la edad, estos casos fueron detectados en diferentes servicios de salud pública del Hospital de Usme I Nivel, especialmente en el Espacio público, debido a su quehacer donde se detectaron 51 casos (82.3%), seguido por el ámbito familiar con 8 casos (12.9%), servicios de salud colectiva 1 caso (3.2%) y otros procesos con 2 casos (6.4%), dichos casos fueron canalizados al ámbito familiar (73,8%) y servicios de salud colectiva (26.2%).

Por último, en cuanto a la escolaridad y aseguramiento se observa en primera instancia que la mayor proporción de casos de personas en ejercicio de la prostitución cuentan con educación secundaria (88.7%) y primaria (6.6%). Con relación al aseguramiento, se observa una distribución equitativa en cuanto régimen subsidiado y contributivo con un 39.6% cada uno y un 20.7% no asegurado.

Relación de Población y Territorio mujeres en ejercicio de la prostitución, Localidad de Usme, Subred Sur.

Tomando como base el boletín de salud colectiva para la diversidad y la inclusión 2013, resultados del programa territorios saludables de la localidad de Usme, se registra que aunque en la localidad la oferta de prostitución aun es baja, esta se encuentra ubicada en el barrio de Santa Librada, siendo el principal problema las condiciones higiénico sanitarias donde se ejerce la actividad.

El barrio Santa Librada, se encuentra ubicando en la UPZ Gran Yomasa y es además la zona central de la localidad de Usme, siendo el sector más comercial, con mayor oferta de bares y tránsito obligado de la localidad al estar cerca de las dos avenidas principales de la localidad, la avenida Caracas y la Boyacá, además

de una zona que ofrece servicio de transporte intermunicipal, al encontrarse cercano a la salida a la ciudad de Villavicencio

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de población en ejercicio de la prostitución

La calidad de vida de las personas que ejercen la prostitución se realiza desde el análisis de las diferentes barreras de acceso que se han identificado al acceder a los servicios de salud.

En unidad de análisis sobre el tema, las barreras de acceso que encuentran estas personas son las mismas que se presentan en la población que no ejerce este ejercicio. Desde los diferentes espacios de intervención de la subred sur, se encontró que un número importante de personas que ejercen la prostitución no cuentan con SISBEN, por lo que no pueden acceder a una EAPB subsidiada. Esta situación se encuentra relacionada con la migración a la ciudad, algunas mujeres que llegan a Bogotá a ejercer la prostitución, no hacen la desafiliación al SGSSS de su ciudad o municipio de procedencia por lo que al tratar de acceder en la ciudad se le dificulta por la portabilidad que en ocasiones no realizan los entes territoriales.

No se encuentra información respecto a los ingresos de las mujeres o los hombres que se dedican al ejercicio. Sin embargo, desde el empirismo se infiere que los ingresos no son fijos y dependen de la forma en la que se ejerce, en calle o en establecimiento y, el estrato o la ubicación en la que se lleva a cabo la oferta del servicio.

Mientras que las personas que ejercen la prostitución en la localidad cobran en promedio 50.000 y 80.000 mil pesos, en el norte se cobra en promedio 120.000 y 200.000 mil pesos. Aunque este valor no es ganancia neta para la persona que presta el servicio pues se debe restar los gastos de administración, pieza y proxeneta. Por lo tanto, el ingreso de estas personas es reducido y destinado a suplir sus necesidades y las de su familia.

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

4.4.4. Análisis de Situación de Salud de población en ejercicio de la prostitución

En el periodo 2013-2016 ha habido por el violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual 1568, 5059, 2905 y 2699 casos respectivamente por SIVIM. En este se han identificado 84 notificaciones. Por otra parte, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) 1014, 961, 4775 y 5005 casos en el mismo periodo respectivamente de los cuales no ha habido notificación por parte de la comunidad LGBTI. Finalmente, en temas de salud mental la localidad de Usme ha tenido 441, 783, 628 y 653 notificaciones al subsistema SISVECOS de los cuales fueron identificados 2 casos (en 2014) que constituyen el 0,25% de la notificación total de ese año.

6.7 Caracterización Población recicladora, Localidad Usme, Subred Sur

Según la Sentencia C - 793/09, Los recicladores informales constituyen un grupo social que, como alternativa de supervivencia, se dedica al reciclaje de basuras, en condiciones de marginamiento y discriminación, razón por la cual el Estado no solamente está obligado a adoptar las acciones positivas que sean necesarias para ayudarles a superar la condición de exclusión social en la que viven, sino que debe abstenerse de adoptar medidas que, aunque con carácter general y abstracto, pretendan impulsar finalidades constitucionalmente legítimas, tengan un impacto desproporcionado sobre la actividad que como medio de subsistencia, realizan los recicladores informales, sin ofrecerles de manera simultánea alternativas adecuadas de ingreso.

Para el análisis de este grupo poblacional se contó como fuente información las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones Colectivas PIC a través del Programa Territorios Saludables entre el Periodo Julio 2012 a Junio 2016 y el informe de caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá realizado en 2014, a partir del análisis de datos del Censo 2012 de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos –UAESP- y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas –UDFJC

Contexto Demográfico

Desde el Sector Salud a través de las acciones realizadas por el Plan de Intervenciones Colectivas PIC a través del Programa Territorios Saludables entre el Periodo Julio 2012 a Junio 2016, la Subred Sur logro brindar atención a 120 personas de la población recicladora en la localidad Usme, dato que la ubica en el séptimo lugar con un 4.8% de las 2522 personas caracterizadas en el distrito capital. En cuanto el sexo, en la localidad Tunjuelito se observa que el 59,2% de la población recicladora, se encuentra representada por el sexo mujer, situación

consistente en la mayoría de localidades del distrito donde se registra con porcentajes mujeres, hecho posiblemente relacionado a la disponibilidad e interés de acceder a los servicios de las mujeres.

Estos 120 casos fueron recolectados durante el período en mención, evidenciando que para el año 2013 5 casos y el grueso del dato se registró en los años 2014, 2015 y 2016 con 41, 45 y 29 casos respectivamente, evidenciando el incremento en el interés de dicho eventos en los últimos años.

Con relación a los cursos de vida, la distribución de casos registra que el 8,7% de estos casos se encuentran en la primera infancia (de 1 a 5 años), el 17.4% en infancia (de 6 a 13 años), 6.1% en adolescencia (de 14 a 17 años), 11.3% en juventud (de 18 a 26 años), el grueso de la población se da en adultez (de 27 a 59 años) con el 46.1% y por último en vejez (de 60 años y más) se registra el 10.4%. Dichos datos preocupan, teniendo en cuenta que cerca de 1 de cada 3 personas son menores de edad (32.2%), vulnerando sus derechos y afectando posiblemente el acceso a la educación y el esparcimiento.

Con respecto al nivel educativo se observa que el mayor porcentaje de la población presenta primaria, con el 59.8%, seguido del nivel educativo secundaria, con el 37.1%, dato posiblemente relacionado con la número de menores de edad registrados. Por otro lado el régimen de aseguramiento que presenta el mayor porcentaje es el subsidiado con el 57,8%, seguido del contributivo con el 25.5% y un importante porcentaje del 16.7% refieren no estar asegurados en salud, hecho que genera posibles dificultades en salud a la persona y al sistema si se tiene en cuenta el riesgo de este oficio, derivado al no uso de elementos de bioseguridad y la inseguridad del trabajo en calle

Relación de Población y Territorio población recicladora, Localidad de Usme, Subred Sur

De acuerdo con el informe de caracterización de la población recicladora de oficio en Bogotá realizado en 2014, a partir del análisis de datos del Censo 2012 de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos –UAESP- y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas –UDFJC-, en la localidad de Usme se identificaron 718 recicladores de oficio, que corresponden al 5,2% de los 13771 recicladores identificados en Bogotá. (24)

Del total de recicladores de oficio identificados, 715 indicaron el barrio de residencia, ubicándose en 112 barrios de la localidad. El barrio con mayor número de habitantes con población recicladora es El Rosal-Mirador con el 5,5% (n 39), Alfonso López 5,5% (n 39), seguido de Danubio Azul 5,2% (n 37), Monteblanco 4,8% (n 34), Tocaimita Sur 4,5% (n 32) y La Fiscala 3,9% (n 28). Respecto al lugar de procedencia de la población recicladora de Bogotá, el 53,93% manifiestan

haber nacido en Bogotá, 11,14% en municipios de Cundinamarca, 8,03% en Boyacá, 6,06% en el Tolima y 3,14 en Santander.(24)

El barrio Tocaimita es un asentamiento ilegal, que se encuentra en zona de reserva forestal y presenta riesgo de remoción en masa. En este residen personas que se dedican al reciclaje. En la zona, las construcciones de vivienda son de materiales como polisombra, alfombras, madera y lata, materiales permeables que no permiten el aislamiento de la humedad. Como riesgo latente, se han presentado incendios por el tipo de materiales que utilizan para las viviendas. El asentamiento dispone de una vía de acceso principal no cuenta con servicio de alimentador del sistema Transmilenio, ni rutas de buses que ingresen al barrio. Los servicios públicos son tomados de barrios legales cercanos.

De acuerdo con la base de datos de la UAESP con corte a mayo de 2016, en Usme se localizan cuatro Organizaciones de Recicladores ORAs, las cuales son “formas asociativas integradas en orden superior al 90% por recicladores de oficio, habilitada por la UAESP y autorizada por la Superintendencia de Servicios Públicos para la prestación del servicio de recolección y transporte del material potencialmente reciclable y reutilizable (MPRR)”. Estas son: Asociación de recicladores semilleros del futuro para un ambiente mejor – ASOSEMILLEROS (UPZ Danubio), Asociación RECICLOSOCIAL (UPZ Gran Yomasa), Asociación de recicladores unidos por Usme – ASOBEUM (UPZ Gran Yomasa) y Asociación básica de reciclaje – SINEAMBORE (UPZ Comuneros).(25)

Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud en población recicladora

Las personas que se dedican al ejercicio de recuperación de material denominado “basura”, son llamados recicladores. Esta labor es una fuente importante de trabajo informal en la localidad, la cual se realiza en diferentes contextos, andenes fuera de casas, fábricas, basura de las calles, canales y en algunos casos van cerca a los camiones recolectores de basura.

El ingreso que perciben estas personas oscila entre los 5000 y 700 mil pesos diarios o menos, ubicando a la población en la línea de pobreza o en la línea de miseria, se ha encontrado también que una parte importante se encuentran afiliados a servicios de salud con régimen subsidiado y otros sin aseguramiento.

Entre las principales problemáticas que se encuentran entre la población recicladora está a exposiciones a cambios de clima (temperaturas extremas, viento, lluvia y sol), exposición a residuos peligrosos, incluyendo sustancias tóxicas como el plomo y el asbesto, así como sangre, materia fecal, cadáveres de

animales, vidrios rotos, agujas y objetos de metal afilado, también se exponen a enfermedades transmitidas por parásitos, moscas y mosquitos.

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

La población vinculada al oficio del reciclaje está socialmente determinada por la exclusión en proceso a la sociedad. Esto quiere decir que si bien desde distintas instituciones procuran su inclusión efectiva, aún existen barreras para lograrlo. En la localidad de Usme se generan procesos de asentamientos en zonas de invasión, puesto que las personas vinculadas el oficio del reciclaje tienen necesidades económicas y habitacionales en cuanto a lugares de residencia apropiados para el desarrollo de sus actividades.

Existen barreras económicas relativas al reconocimiento efectivo del oficio. Esto implica que su remuneración y estatus laboral aún no está claramente organizado por normativas. Lo que genera que sus ingresos fluctúen de acuerdo a los precios que el comprador le desee pagar. Las organizaciones de recicladores buscan generar procesos de ordenamiento de la actividad del reciclaje, sin embargo es necesario su fortalecimiento para la garantía de mejores condiciones laborales.

En salud se identificaron barreras de aseguramiento dado que aún no logran regularizarse completamente. Aún requieren de ayudas estatales para acceder a servicios debido a los ingresos que perciben.

Ahora bien, se debe hacer una distinción entre las personas que se dedican a esta labor, pues se encuentran los recicladores de oficio, los cuales hacen esto para ganar el sustento del hogar y se encuentran afiliados a una organización que los agremia, capacita y de alguna forma busca contribuir a buscar mejorar las condiciones de la labor. También se encuentran los habitantes de calle, que realizan reciclaje con el fin de lograr ganar algo de dinero para adquirir sustancias psicoactivas. Por último, se debe destacar que en las zonas en las cuales se ubican y se encuentran gran parte de las personas dedicadas a la recuperación de material, son zonas con alta vulneración social, falta de oferta educativa y productiva. Además son zonas en las cuales han instalado grandes bodegas en las cuales se les compra el material reciclado.

CONCLUSIONES

El análisis de calidad de vida y salud de las poblaciones diferenciales, es el resultado de la obtención de información en unidades de análisis con las referentes de Gobernanza 1, quienes a través del posicionamiento de las políticas públicas enfocadas a la atención de poblaciones diferenciales y de temas centrales en la agenda pública.

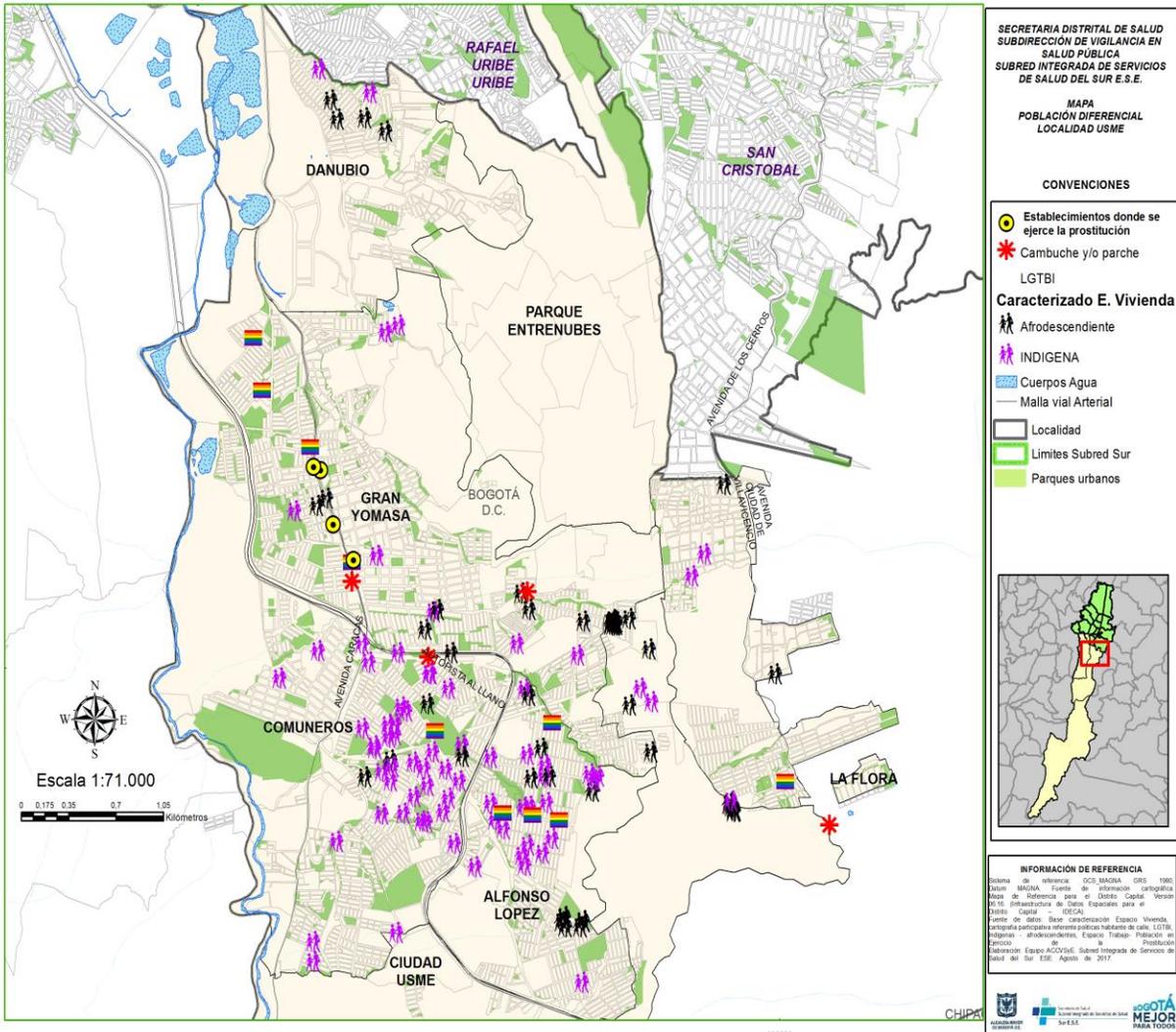
Las barreras en acceso a la salud es la principal problemática que se encuentra en las poblaciones diferenciales de nuestras localidades, en las barreras administrativas se encuentra la no aplicación de la norma, normal 1683 de 2013, la cual dispone las reglas para operacionalizar la portabilidad entre entes territoriales. Sin embargo, se encuentra que algunas de las EAPB dificultan el traslado de sus afiliados a su nueva zona de origen.

Entre las barreras administrativas, también se identifican la dificultad de acceso a citas con especialistas, pero en algunos casos las USS no cuentan con este servicio o la agenda cuenta con disponibilidad de meses.

En cuanto a la población recicladora se tiene que hay renuencia para acceder a los servicios de salud, debido a la discriminación de la cual han sido objeto. Por lo cual es necesario humanizar el servicio en las USS

En cuanto a la población LGBTI se encuentra que las barreras de acceso también son diversas, en tanto que esta población presenta necesidades particulares. Por un lado, se tiene dificultad de acceso a los tratamientos hormonales y otros en tratamientos de remoción de cuerpos extraños (en los casos de aplicación de silicona en senos y glúteos).

Docu



Mapa 3. Ubicación de la población Diferencial Localidad Usme

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Análisis de la Situación de Salud de Bogotá 2013. 2013;53(9):1689–99.
2. Unidad para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos. Orientación Sexual e Identidad de Género. Segob [Internet]. 2015;0–0. Available from: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
3. Congreso de Colombia. Ley 1641 de 2013. Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. Congr Colomb [Internet]. 2013;(1641):5. Available from: http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY_1641_DEL_12_DE_JULIO_DE_2013.pdf
4. Ley 1448 De 2011. 2013;2011(Junio 10).
5. Ministerio de Trabajo. Convención de la ONU. ONU [Internet]. 2006;1–37. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Atenci+n+a+las+personas+en+situacion+de+dependencia+en+Espa+a.+Libro+Blanco#2%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Searc>
6. Secretaría Distrital de Salud. CAPÍTULO IV - analisis diferencial (version final) Lineamiento Técnicos.
7. Daza DVG. Aprendiendo desde el ser nasa para la administración y cuidado de Uma kiwe. 2013;
8. Colombia. Ministerio de Cultura. Siona, La gente del rio de la Caña Brava. Siona, la gente del río la Caña Brava [Internet]. 2005;(18000):1–14. Available from: <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterización del pueblo Siona.pdf>
9. DIH O del PP de D y. Diagnóstico de la situación del pueblo indígena Inga. 2010;1–25.
10. Colombia. Ministerio de Cultura. Los Uitoto, hijos del tabaco, la coca y la yuca dulce. Awá Kuaiker, gente la montaña [Internet]. 2010;(18000):1–11. Available from: <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterización del pueblo Awa.pdf>
11. ICBF IC de BF-. diagnóstico situacional de la etnica pijao. 2010;
12. Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas.

- Los Pueblos Indígenas – Tierras, Territorios y Recursos Naturales. 2007;
Available from:
http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/6_session_factsheet1_es.pdf
13. ACNUR. Comunidades indígenas en Colombia. 2011;
 14. DANE. Colombia una nación multicultural, su diversidad étnica. 2007;
 15. Resultados del Programa Territorio Saludable, localidad de Usme. 2014.
 16. Social AB_ T. Indígenas y afrocolombianos en situación de desplazamiento en Bogotá _.
 17. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica /Public Heal [Internet]. 2005;17(5/6):353–61. Available from: <http://www.repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/371>
 18. Observatorio Distrital de Víctimas. Comportamiento de hechos victimizantes eclarados en Bogotá entre 1985-2015. 2015;
 19. Observatorio Distrital de Víctimas. Estado del Arte del Monitoreo y la Observancia de los Derechos de las Víctimas del Conflicto Armado Interno. 2015;
 20. Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). VI censo habitantes de calle. 2011.
 21. Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). Análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches en Bogotá D . C . 2015;
 22. Nivel HTI. Presentación Resultados Acciones Boletín Diversidad 2012 - 2014. 2014;
 23. Morales PK, Vera CR. Boletín informativo de la Secretaría Distrital de la Mujer • 2015. 2015;V:2015.
 24. UAESP, Castro. Informe “ Caracterización de la población recicladora de oficio en Informe “ Caracterización de la población recicladora de oficio en. 2012;257. Available from: www.uaesp.gov.co
 25. Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos UAESP. Base de Recicladores UAESP por UPZ. 2014.