

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

Localidad de Suba

11



Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Elizabeth Coy Jiménez

Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Norte
Yidney Isabel García Rodríguez

Subgerente Prestación de Servicios de Salud
Nancy Tabares

Directora Gestión del riesgo
Sandra María Bocarejo

Referente Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
Martha Gisela Zabala

Referente Gobernanza
Carmen Alicia Cortes Rodríguez

Autores Subred Norte

Alexander Quintero. Geógrafo
Ana Yolima Acero. Epidemióloga
Andrea Palacios. Epidemióloga
Angelica Viracachá. Epidemióloga
Cristhian Balanta. Geógrafo
Hernán Cortés. Líder Componente 2
Jorge Andrés Daza. Epidemiólogo
José Felipe Sanabria. Sociólogo
John Estiven Marín. Sociólogo
Katherine Zamora. Geógrafa
Lucelly Córdoba. Epidemióloga
Sebastián Pachón. Sociólogo

Fotografía de la portada
Alejandro Tibaquira – Panorámica de Suba

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

TABLA DE CONTENIDO

1.	CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	10
1.1	Contexto territorial.....	11
1.2	Contexto demográfico.....	15
1.2.1	Indicadores estructura demográfica.....	15
1.2.2	Indicadores dinámica demográfica 2016.....	17
1.2.3	Conclusiones.....	22
2.	CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD.....	23
2.1	Dimensión poblacional.....	26
2.2	Dimensión ambiente.....	26
2.3	Dimensión social.....	30
2.4	Dimensión económico.....	32
2.5	Conclusiones.....	34
3.	CAPÍTULO III. MORTALIDAD Y MORBILIDAD.....	35
3.1	Mortalidad.....	36
3.1.1	Mortalidad general por grandes causas 6/67.....	36
3.1.2	Mortalidad por subgrupos según agrupación 6/67.....	38
3.1.3	Mortalidad infantil y en la niñez.....	51
3.1.4	Mortalidad materno - infantil y en la niñez.....	54
3.2	Análisis de estructura de morbilidad.....	56
3.2.1	Morbilidad general y análisis de la prestación del servicio.....	56
3.2.2	Eventos de Vigilancia en Salud Pública.....	59
3.2.3	Eventos precursores.....	63
3.2.4	Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad	63
4	CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES.....	65
4.1	Contexto demográfico.....	66

Indígena.....	67
Afrodescendientes.....	68
ROM.....	69
LGBTI.....	69
Víctimas del conflicto armado.....	70
Personas con discapacidad.....	71
Personas en ejercicio de prostitución.....	72
Ciudadano habitante de calle.....	72
Otras poblaciones.....	72
4.2 Relación población territorio.....	73
4.3 Condiciones de vida y determinantes de la población diferencial.....	78
4.4 Población priorizada: indígena muisca.....	79
4.5 Análisis de situación en salud de las poblaciones.....	80
4.6 Acciones y respuestas en salud.....	85
5 CAPÍTULO V. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA.....	91
5.1 Espacio de educativo.....	92
5.2 Espacio de trabajo.....	97
5.3 Espacio público.....	104
5.4 Espacio de vivienda.....	108
5.5 Gestión de programas y acciones de interés en Salud Pública (GPAISP)	113
6 CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y SÍNTESIS	118
6.1 Descripción metodológica	119
6.2 Descripción de los nodos	120
6.3 Validación de contenidos	127
6.4 Análisis de la respuesta	127
6.5 Recomendaciones	132
7 BIBLIOGRAFIA.....	136

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Momentos del Curso de Vida, localidad de Suba, 2016	16
Tabla 2. Indicadores de dinámica demográfica, localidad de Suba, 2011-2016.....	18
Tabla 3. Características embarazo en menores de 15 años, localidad de Suba, 2012-2016	20
Tabla 4. Características embarazo en adolescentes de 15-19 años, localidad de Suba, 2012-2016	21
Tabla 5. Tasas ajustadas de mortalidad según grandes causas y sexo, lista 6/67 OPS. localidad de Suba, 2012-2014.....	38
Tabla 6. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles según sexo. lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014.	40
Tabla 7. Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias según sexo, lista 6/67 OPS. localidad de Suba, 2012-2014.....	42
Tabla 8. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014.	45
Tabla 9. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014.	46
Tabla 10. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014.....	48
Tabla 11. Tasas ajustadas de mortalidad grupo demás enfermedades según sexo. Lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014.	51
Tabla 12. Tasas de mortalidad en menores de 1 año, según lista de tabulación MSPS, localidad de Suba, 2012-2014.	52
Tabla 13. Tasa de mortalidad en menores de 1-4 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Suba, 2012-2014.	53
Tabla 14. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Suba, 2012-2014.	54
Tabla 15. Mortalidad evitable. Bogotá – localidad de Suba, 2009-2016.	55
Tabla 16. Mortalidad evitable según UPZ, localidad de Suba, 2016.....	55
Tabla 17. Atenciones por Individuo según tipo de servicio y grandes causas. Bogotá- localidad de Suba, 2012- 2016.	57
Tabla 18. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP frente al Distrito. localidad de Suba, 2016.....	60
Tabla 19. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP y cursos de vida, localidad de Suba, 2016.	61
Tabla 20. Proporción de eventos colectivos notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Suba, 2016.....	62
Tabla 21. Proporción de eventos notificados a los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, localidad de Suba, 2016.....	63

Tabla 22. Eventos precursores, localidad de Suba, 2013-2016.....	63
Tabla 23. Acciones desarrolladas por espacio educativo, localidad de Suba, 2017.....	92
Tabla 24. Acciones desarrolladas por espacio trabajo, localidad de Suba, 2017.	98
Tabla 25. Acciones desarrolladas por espacio público, localidad de Suba 2017.....	105
Tabla 26. Acciones desarrolladas por espacio vivienda, localidad de Suba, 2017.....	109
Tabla 27. Acciones desarrolladas por GPAISP, localidad de Suba, 2017.	114
Tabla 28. Cumplimiento de planes de trabajo en IPS públicas y privadas, localidad de Suba, 2017.....	116

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Ubicación geográfica y División político-administrativa, localidad de Suba, 2016.....	12
Mapa 2. Características Ambientales y zonas de riesgo, localidad de Suba, 2016.....	13
Mapa 3. Densidad Poblacional por UPZ, localidad de Suba, 2015.....	14
Mapa 4. Determinantes sociales identificados, localidad de Suba, 2017.....	25
Mapa 5. Oferta y demanda de servicios de salud, localidad de Suba 2015.....	58
Mapa 6. Población Diferencial, localidad de Suba.....	75
Mapa 7. Instituciones educativas y acciones, espacio educativo, localidad de Suba, 2017.....	95
Mapa 8. Concentración de UTI, espacio trabajo, localidad de Suba, 2017.....	101
Mapa 9. Acciones espacio público, localidad de Suba, 2017.	106
Mapa 10. Acciones “Cuidado para la salud familiar” espacio vivienda, localidad de Suba, 2017.....	112
Mapa 11. IPS intervenidas por GPAISP, localidad de Suba, 2017.....	115
Mapa 12. Tensiones, Nodos y Metáfora, localidad de Suba, 2017.....	126
Mapa 13. Tensiones, Nodos y Acciones por espacio de vida cotidiana, localidad de Suba, 2017.....	130

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional e indicadores demográficos, localidad de Suba, 2005 a 2016.....	15
Figura 2. Aseguradoras régimen subsidiado, localidad de Suba, 2016.....	17

Figura 3. Total nacimientos y distribución según grupos de edad de la madre, localidad de Suba, 2011-2016	17
Figura 4. Tasa general y específica de fecundidad en adolescentes, localidad de Suba, 2011-2016	19
Figura 5. Proporción de muertes según grandes causas, lista 6/67 OPS, por sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014.....	37
Figura 6. Proporción de muertes por enfermedades transmisibles, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014.....	39
Figura 7. Proporción de muertes por Neoplasias 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014.	41
Figura 8. Proporción de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014.....	43
Figura 9. Proporción de muertes por causas externas, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014.....	47
Figura 10. Proporción de muertes por las demás enfermedades, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014.....	49
Figura 11. Atenciones por individuo según momento del curso de vida, localidad de Suba, 2016.	56
Figura 12. Pirámide población étnica, localidad de Suba 2013-2016	67
Figura 13. Pirámide población víctima del conflicto, localidad de Suba, 2013-2016.....	70
Figura 14. Población con discapacidad, según origen y edad de Suba 2013-2016.....	71
Figura 15. Pirámide población reinsertada, localidad de Suba, 2013-2016.....	73

INTRODUCCIÓN

El análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad de la localidad de Suba, es un proceso sistemático y organizado de identificación de los diferentes factores que afectan y protegen la calidad de vida y salud de la población, que procura trascender la observación institucional sobre las características de la enfermedad y la muerte en busca de una aproximación de la realidad local.

Para su construcción, fue necesaria la búsqueda de actores en los diferentes niveles de gestión (institucional y sectorial), obteniendo así una lectura de la realidad de Suba desde un enfoque cuantitativo, cualitativo y espacial, basados en los sistemas de información de salud a nivel local y distrital. El documento consta de seis capítulos, el primero presenta el contexto territorial y demográfico; el segundo tiene un enfoque de determinantes sociales; el tercer capítulo muestra el perfil de salud y enfermedad. En el cuarto capítulo se caracterizan las poblaciones diferenciales y el quinto describe las respuestas institucionales del programa “Salud Urbana”. Por último, el capítulo seis sintetiza las tensiones en salud por curso de vida.

De esta forma, el presente documento ofrece insumos para la formulación de planes, programas y proyectos en el nivel local, convirtiéndose en herramienta fundamental para los espacios de participación social, en la toma de decisiones que inciden en la afectación positiva de los determinantes sociales y por ende el proceso de salud enfermedad.

OBJETIVO

Objetivo general

Generar conocimiento sobre las relaciones entre las condiciones de calidad de vida salud y enfermedad de la localidad de Suba, que sirva para orientar la toma de decisiones.

Objetivos específicos

- Identificar las fuentes de información primaria y secundaria como insumo para el análisis de condiciones de calidad de vida y salud.
- Desarrollar el análisis y síntesis de la información con los diferentes actores para generar conocimiento sobre la situación de salud y calidad de vida.
- Identificar tensiones en salud de la localidad basados en la metodología BIT PASE a la equidad

1. CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

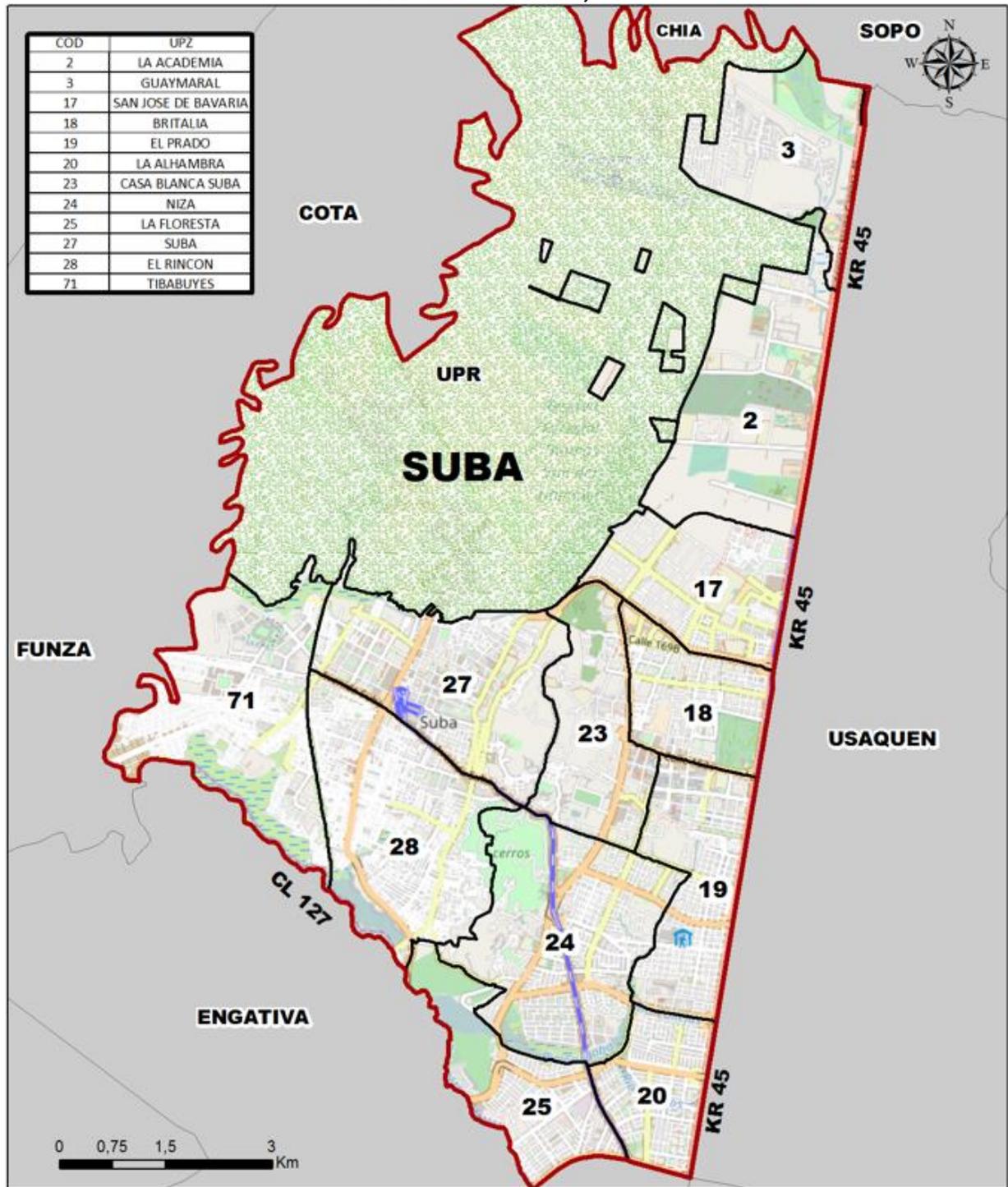
1.1 Contexto territorial.

La localidad de Suba se ubica al Noroccidente de Bogotá, limita al norte con el municipio de Chía; al sur con la localidad de Engativá; al Oriente con la localidad de Usaquén y al Occidente con el municipio de Cota. Esta es la localidad de mayor extensión en la Subred, con un área total de 10.056 Ha, su suelo urbano lo componen un total de 5.712 Ha y su zona rural posee una extensión de 2.875 Ha, más una zona catalogada rural protegida de 910 Ha y por último un área de protección de 559 Ha. Según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), Suba está dividida en 12 Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) y una de Planeamiento Rural (UPR), esta última conformada por la zona de reserva ambiental y agrícola, que comparte toda la riqueza ecológica y ambiental de la localidad, como los cerros de la Conejera, el bosque maleza de Suba, el río Bogotá, los humedales Juan Amarillo, Conejera, Córdoba, Guaymaral y Torca (Mapa 1).

Suba tiene una temperatura promedio 14,37°C, su clima es de frío subhúmedo y se encuentra a una altura entre los 2.700 m.s.n.m. En cuanto a la humedad relativa y precipitación el promedio diario anual es de 77 % y de 900 a 1.000 mm³ respectivamente (1). Cuenta con el río Bogotá, los humedales Juan Amarillo, Córdoba, Conejera, Guaymaral y la reserva Van der Hammen. Sin embargo, presenta en la mayor parte de su territorio amenaza por inundación, ambientalmente la presencia de estos ecosistemas brinda a la población diferentes servicios eco sistémicos, los cuales mejoran la calidad de vida de la población, aunque las zonas de humedales se encuentren en deterioro por la falta de apropiación para el cuidado de estos ecosistemas; de igual forma la invasión de estos terrenos afecta el ecosistema y a la población en las épocas de lluvia principalmente. En la localidad se presenta el riesgo de remoción en masa en las UPZ 23, 24 y 28 ya que en esta se encuentran los cerros de suba y la conejera (Mapa 2).

Respecto a la densidad poblacional para el 2016 en Suba hay 12.438 habitantes por Km² (2); para 2015, Tibabuyes, Rincón y Suba fueron son las UPZ más densas, mientras que la Academia, Guaymaral y la zona Rural son las menos densas (Mapa 3).

Mapa 1. Ubicación geográfica y división político-administrativa, localidad de Suba, 2016



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
SUBRED NORTE ESE



**MAPA LOCALIDAD DE SUBA
LIMITE, UPZ Y ZONA RURAL
2016**

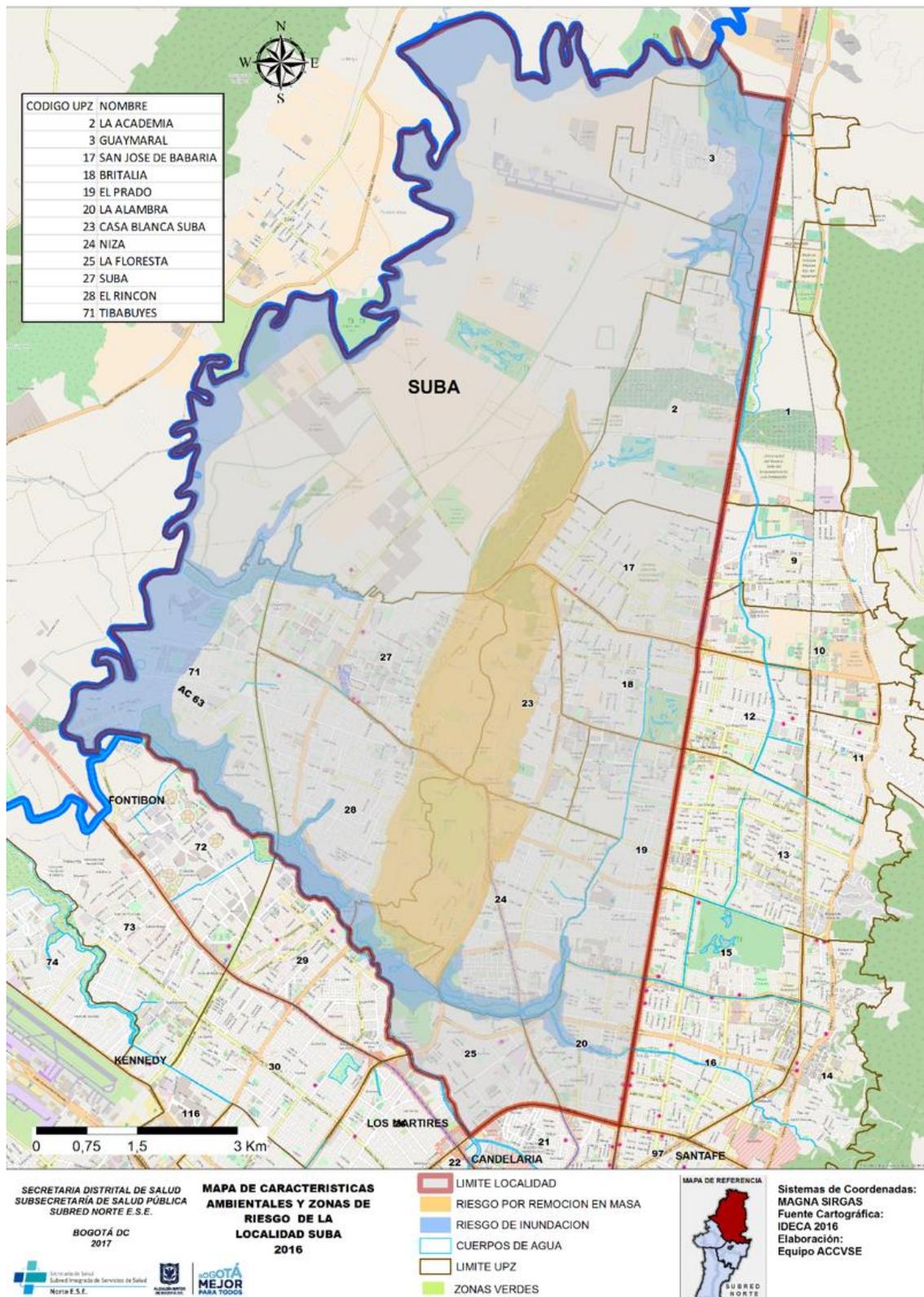
Limite Localidad
 Limite UPZ



Sistemas de Coordenadas:
MAGNA SIRGAS
Fuente Cartográfica:
IDECA 2016
Fuente de datos:
Mapa de Referencia 2016
Elaboración:
Equipo ACCVSE

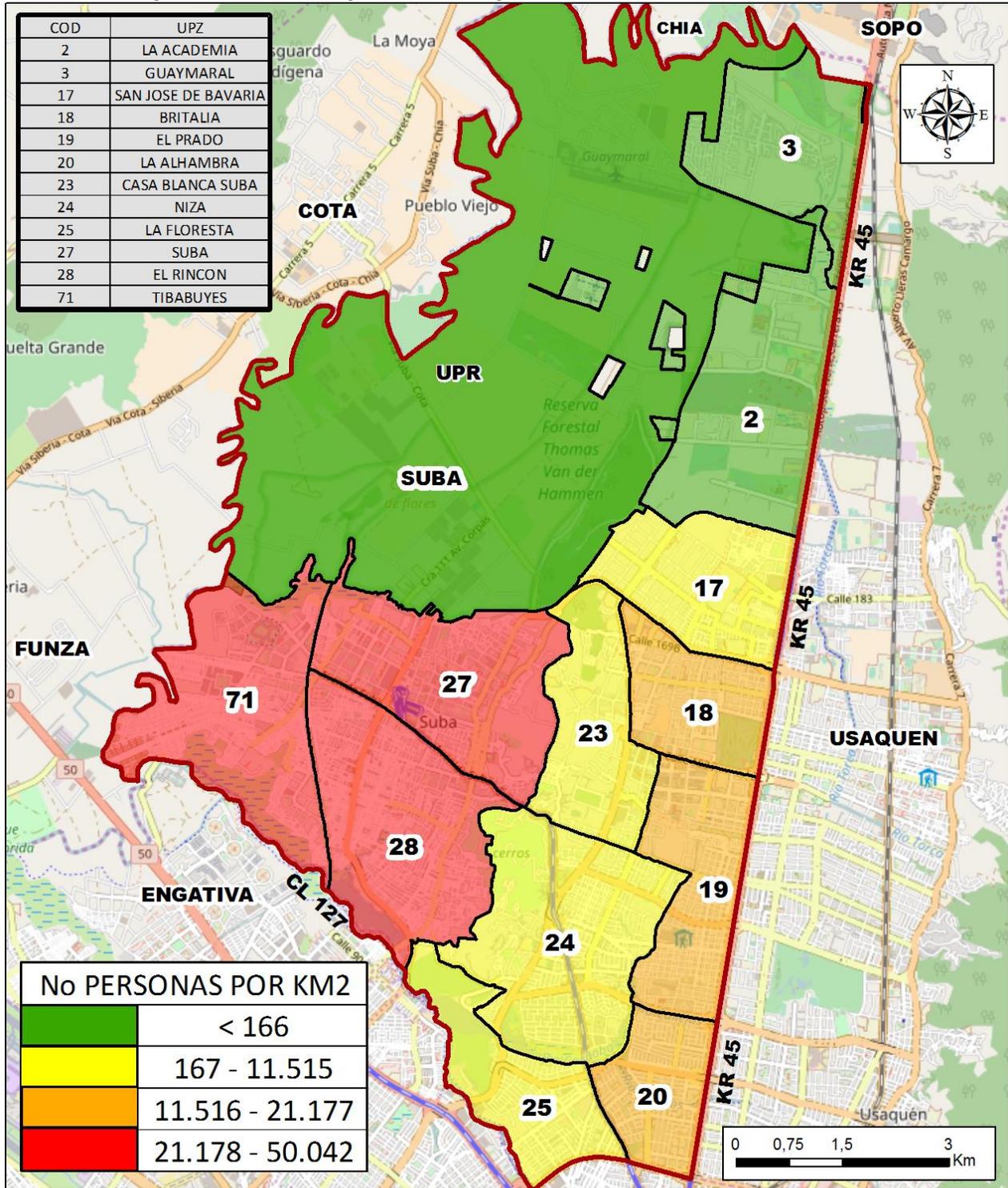
Fuente: Mapa de referencia 2016-IDECA

Mapa 2. Características ambientales y zonas de riesgo, localidad de Suba, 2016



Fuente: Mapa de referencia 2016-IDECA

Mapa 3. Densidad poblacional por UPZ, localidad de Suba, 2015



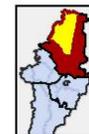
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
SUBRED NORTE ESE

BOGOTÁ DC
2017



**MAPA
DENSIDAD POBLACIONAL
LOCALIDAD DE SUBA
2015**

Limite Localidad
 Limite UPZ



Sistemas de Coordenadas:
MAGNA SIRGAS
Fuente Cartográfica:
IDECA 2016
Fuente de datos:
Proyecciones DANE 2015
Elaboración:
Equipo ACCVSE

Fuente: Mapa de referencia 2016-IDECA. Proyecciones poblacionales SDP-DANE. 2005-2015

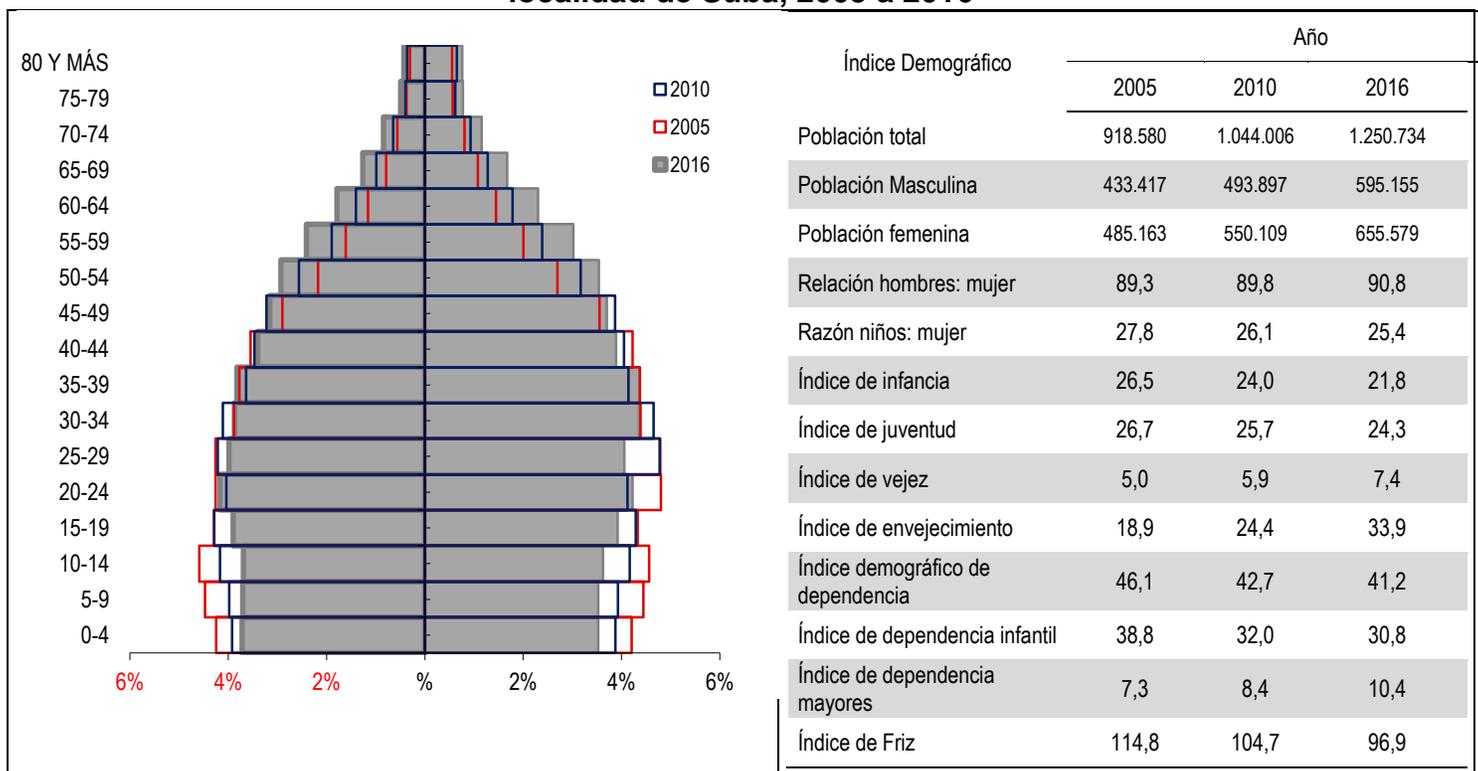
1.2 Contexto demográfico

La población estimada para la localidad de Suba en el 2016 es de 1.250.734 habitantes, correspondiendo al 16 % del total Distrital y 40 % de la Subred Norte, según sexo la mayor proporción son mujeres (52 %) (2). Teniendo en cuenta las proyecciones de la Secretaría Distrital de Planeación –SDP- para el 2015 el 99,9 % de la población es urbana.

1.2.1 Indicadores estructura demográfica

La Pirámide poblacional de la localidad de Suba es regresiva, representando el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en la base para el 2016 comparado con el 2005, los grupos de edad donde se concentra más la población son los intermedios, a partir de los 45 años y en la medida que avanza la edad se hace evidente el aumento de la población envejecida. Es así como en 2016 el número de menores de cinco años por cada 100 mujeres en edad fértil se redujo un 8,4 % con respecto al 2005; de esta forma, hay 15 mayores de 65 años más por cada 100 menores de 15 años comparado con el 2005 (2) (Figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional e indicadores demográficos, localidad de Suba, 2005 a 2016



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005-2020

Los índices demográficos de la localidad son muy similares a los que presenta Bogotá, sin embargo, cabe resaltar que en la localidad para cada mujer en edad fértil, hay dos niños menos que en el Distrito.

En cuanto a la distribución por momentos del curso de vida, el 62 de la población son jóvenes y adultos, mientras que por cada 100 menores de 18 años había 40,7 personas mayores de 60 años (2). Esta distribución concuerda con el envejecimiento poblacional donde las personas mayores toman protagonismo y la fecundidad se reduce progresivamente (tabla 1)

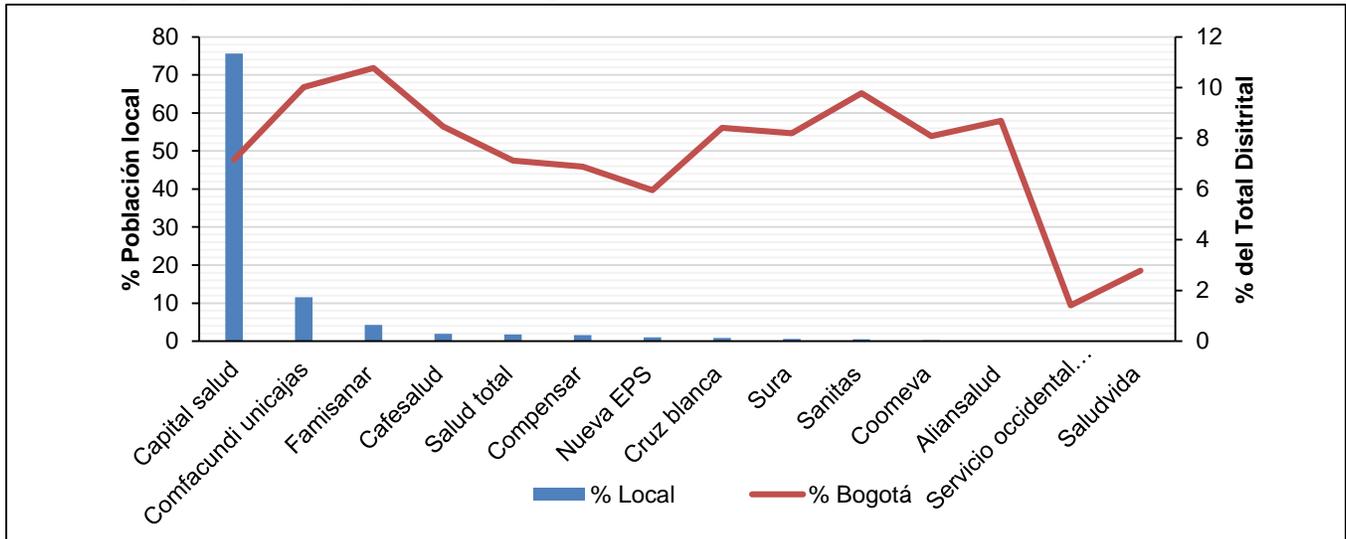
Tabla 1. Momentos del curso de vida, localidad de Suba, 2016

Cursos de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primera infancia (0 a 5)	55.893	4,5	53.028	4,2	108.921	8,7
Infancia (6 a 11)	55.176	4,4	52.643	4,2	107.819	8,6
Adolescencia (12 a 17)	56.589	4,5	56.707	4,5	113.296	9,1
Juventud (18 a 28 años)	111.740	8,9	111.897	8,9	223.637	17,9
Adultez (29 a 59 años)	255.603	20,4	297.868	23,8	553.471	44,3
Vejez (60 y más años)	60.154	4,8	83.436	6,7	143.590	11,5
Total	595.155	47,6	655.579	52,4	1.250.734	100

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005-2020

Respecto al aseguramiento, en Suba el 88 % (1.100.533) de los habitantes se encuentran afiliados al régimen contributivo, 7 % (87.985) son subsidiados y 3 % (37.522) pertenecen a régimen de excepción. La población pobre no asegurada encuestada por el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) es de 0,4 % (5.593) donde el 0,1 % (940) es población no afiliable a régimen subsidiado debido al puntaje obtenido. Capital Salud tiene el 75,6 % de la población subsidiada en la localidad; sin embargo, Famisanar concentra en Suba el 10,8 % de sus afiliados del Distrito (3,4) (Figura 2).

Figura 2. Aseguradoras régimen subsidiado, localidad de Suba, 2016

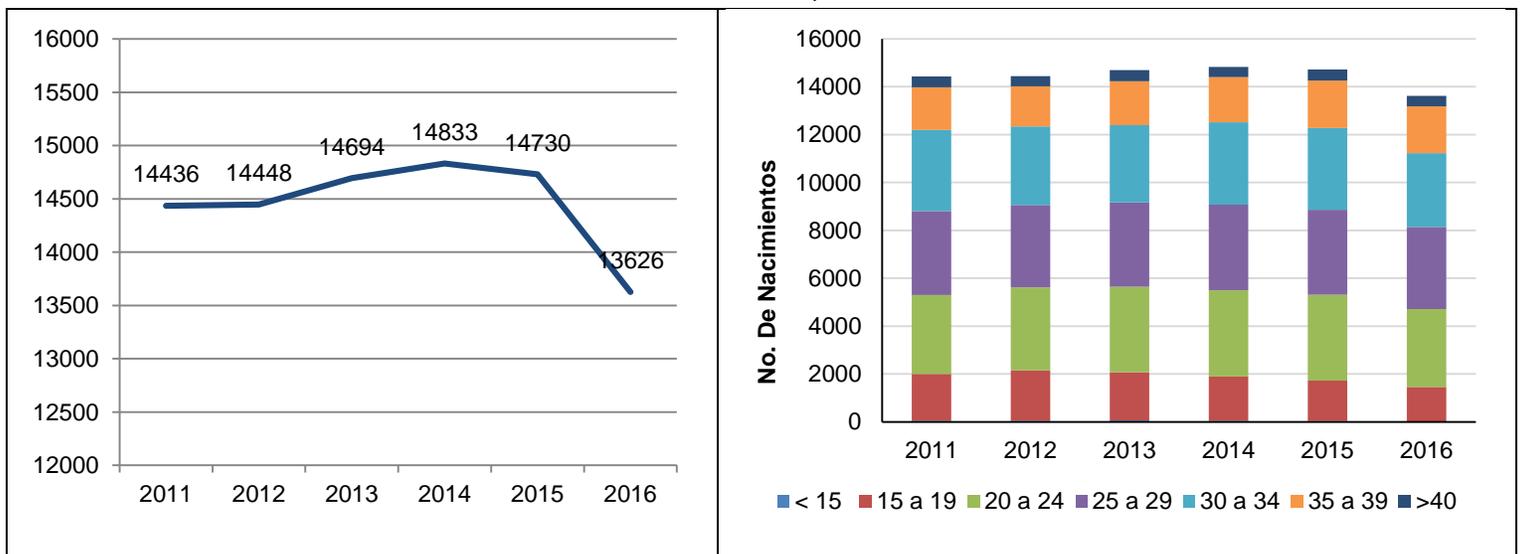


Fuente: Subsidiado BDU - FOSYGA, corte a 31 de diciembre de 2016/SDS

1.2.2 Indicadores dinámica demográfica 2016

Para el 2016 se presentaron 13.626 nacimientos mostrando una reducción de 5,6 % con relación al 2011, el 49,1 % de los nacimientos ocurrieron en madres entre 20 y 29 años (promedio 27 años); el 5,9 % fueron madres adolescentes (10 a 19 años) y 17,6 % mayores de 35 años (5) (Figura 3).

Figura 3. Total nacimientos y distribución según grupos de edad de la madre, localidad de Suba, 2011-2016



Fuente: Certificado de Nacido Vivo, Base de datos DANE-RUAF_ND/SDS, sistema de Estadísticas Vitales SDS; datos 2011-2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

Respecto a los indicadores de dinámica demográfica del 2016, se presentaron 10,9 nacimientos por cada 1.000 habitantes, con una reducción del 19 % para el año 2016 comparado con 2011; frente a las muertes, en el 2015 hubo 3,1 decesos por cada 1.000 habitantes sin variación respecto a 2011, en este sentido para el 2015 por cada 1.000 habitantes hubo 8,8 nacimientos más que muertes. En cuanto a la fecundidad, en 2016 en promedio cada mujer tuvo 1,3 hijos y por cada 1.000 mujeres en edad fértil hubo 30,5 nacimientos, estimando así una reducción de 13,3 % y 16,4 % comparado con el 2011 respectivamente (5) (Tabla 2).

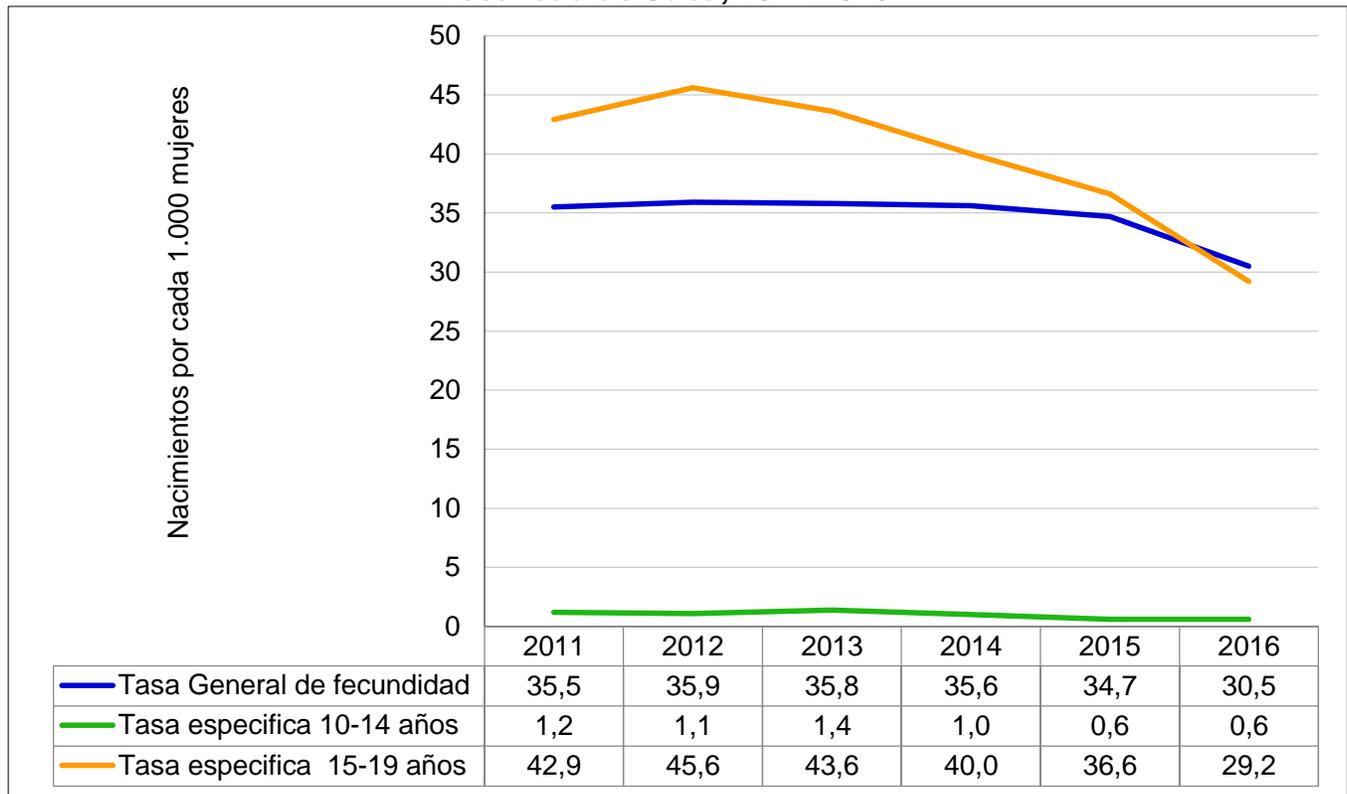
Tabla 2. Indicadores de dinámica demográfica, localidad de Suba, 2011-2016

Indicadores	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad	13,5	13,2	13,1	12,9	12,5	10,9
Tasa bruta de mortalidad	3,1	3,3	3,3	3,3	3,1	SD
Tasa de crecimiento natural	10,4	9,9	9,8	9,6	8,8	SD
Tasa global de fecundidad	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,3
Tasa general de fecundidad	36,5	35,9	35,8	35,6	34,7	30,5
Tasa específica de fecundidad en mujeres entre 10-14 años	1,2	1,1	1,4	1	0,6	0,6
Tasa específica de fecundidad en mujeres entre 15-19 años	42,9	45,6	43,6	40	36,6	29,2

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005-2020; certificado de Nacido Vivo, Base de datos DANE-RUAF_ND/SDS, sistema de Estadísticas Vitales SDS; datos 2011-2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

En cuanto a las tasas especificadas de fecundidad en adolescentes se observa un comportamiento decreciente para el periodo 2011 a 2016, alcanzando una reducción del 50 % en las menores de 15 años y de 31,9 % entre las gestantes de 15 a 19 años (5) (Figura 4).

Figura 4. Tasa general y específica de fecundidad en adolescentes, localidad de Suba, 2011-2016



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005-2020; certificado de Nacido Vivo, Base de datos DANE-RUAF_ND/SDS, sistema de Estadísticas Vitales SDS; datos 2011-2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

Para el grupo de 10 a 14 años se presentaron 27 embarazos en 2016, alcanzado una reducción del 42,6 % comparado con el 2012. Según el aseguramiento, el 70,4 % de los embarazos fueron del régimen contributivo y subsidiado, con una disminución e incremento respectivamente al compararlo con la proporción del 2012. Para el nivel educativo, la mayor proporción estuvo en básica secundaria, con tendencia a la reducción al igual que la media académica o clásica, mientras que la básica primaria aumento. Frente al estado civil, el 77,8 % eran solteras, incrementando su proporción comparado con el 2012. Del total de nacimientos el 11,1 % presentaron bajo peso al nacer aunque el 92,6 % de los nacidos vivos fueron a término y la mayor proporción de partos ocurrió de forma espontánea (5) (Tabla 2).

Tabla 3. Características embarazo en menores de 15 años, localidad de Suba, 2012-2016

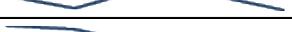
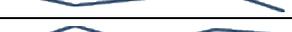
Variable	2016		Tendencia 2012 a 2016	%Δ 2012 y 2016
	n	%		
Aseguramiento	Contributivo	12	44,4	-19,7
	Subsidiado	7	25,9	52,3
	Excepción	1	3,7	100,0
	No asegurado	7	25,9	-6,3
Nivel Educativo	Básica Primaria	6	22,2	30,6
	Básica Secundaria	21	77,8	-1,2
	Media Académica o clásica	0	0,0	-100,0
	Sin Información	0	0,0	0,0
Estado Conyugal	No está casada y lleva dos años o más viviendo con su pareja	0	0,0	-100,0
	No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja	6	22,2	-5,1
	Está soltera	21	77,8	4,4
	Está separada, divorciada	0	0,0	0,0
Peso al Nacer	Extrabajo (0 -999)	0	0,0	0,0
	Muy bajo (1000 -1499)	0	0,0	0,0
	Bajo (1500 -2499)	3	11,1	-42,0
	Deficit (2500 -2999)	14	51,9	21,9
	Normal (3000-4199)	10	37,0	-3,3
Tipo de Parto	Espontáneo	19	70,4	37,8
	Cesarea	8	29,6	-30,4
	Instrumentado	0	0,0	-100,0
Semanas de Gestación	Pretermino	2	7,4	-42,0
	A término	25	92,6	6,1
Tendencia No. De Casos		27		-42,6

*Verde: % de reducción; Amarillo: Estable; Rojo: % de Incremento.

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005-2020; certificado de Nacido Vivo, Base de datos DANE-RUAF_ND/SDS, sistema de Estadísticas Vitales SDS; datos 2011-2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

Para el grupo de 15 a 19 años se presentaron 1432 nacimientos en 2016, alcanzado una reducción del 31,6 % comparado con el 2012. Según el aseguramiento, el 62,8 % de los embarazos fueron de régimen contributivo y 20 % subsidiado, el mayor incremento estuvo en el régimen contributivo. Para el nivel educativo, la mayor proporción (82,8 %) estuvo en básica secundaria y media académica, con tendencia a la reducción, mientras que la media técnica y técnica profesional mostraron el mayor incremento comparado con el 2012. Frente al estado civil, el 37,4 % tienen pareja, donde las casadas mostraron el mayor incremento. Del total de nacimientos el 14,7 % presentaron bajo peso al nacer, 87,8 % de los productos fueron a término y la mayor proporción de partos ocurrió de forma espontánea (5) (Tabla 4).

Tabla 4. Características embarazo en adolescentes de 15-19 años, localidad de Suba, 2012-2016

Variable	2016		Tendencia 2012 a 2016	% Δ 2012 y 2016
	n	%		
Aseguramiento	Contributivo	900	62,8	 9,7
	Subsidiado	286	20,0	 -15,1
	Excepción	15	1,0	 -26,9
	Especial	0	0,0	 0,0
	No asegurado	231	16,1	 -9,2
Nivel Educativo	Preescolar	0	0,0	 -100,0
	Básica Primaria	85	5,9	 1,9
	Básica Secundaria	538	37,6	 11,2
	Media Académica o clásica	647	45,2	 -12,4
	Media técnica	66	4,6	 319,8
	Normalista	1	0,1	 0,0
	Técnica profesional	42	2,9	 22,9
	Tecnológica	24	1,7	 -7,6
	Profesional	25	1,7	 -36,9
	Ninguno	1	0,1	 100,0
Sin Información	3	0,2	 -68,7	
Estado Conyugal	No está casada. Lleva 2 años o más viviendo con pareja	346	24,2	 4,8
	No está casada. Lleva < de 2 años viviendo con pareja	536	37,4	 10,6
	Está separada, divorciada	0	0,0	 -100,0
	Viuda	0	0,0	 -100,0
	Está soltera	529	36,9	 -8,8
	Está casada	20	1,4	 -25,0
	Sin información	1	0,1	 -88,7
Peso al Nacer	Extrabajo (0 -999)	6	0,4	 -20,2
	Muy bajo (1000 -1499)	16	1,1	 56,1
	Bajo (1500 -2499)	211	14,7	 13,1
	Deficit (2500 -2999)	533	37,2	 1,1
	Normal (3000-4199)	664	46,4	 -5,1
	Exceso (4200 -9998)	2	0,1	 192,6
	Sin Dato	0	0,0	 0,0
Tipo de Parto	Espontáneo	934	65,2	 0,8
	Cesarea	461	32,2	 5,7
	Instrumentado	37	2,6	 -45,9
	Ignorado	0	0,0	 -100,0
Semanas de Gestación	Pretermino	174	12,2	 12,6
	A término	1258	87,8	 -1,5
	Sin Información	0	0,0	 -100,0
Tendencia No. De Casos		1432		 -31,6

*Verde: % de reducción; Amarillo: Estable; Rojo: % de Incremento.

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 2005-2020; certificado de Nacido Vivo, Base de datos DANE-RUAF_ND/SDS, sistema de Estadísticas Vitales SDS; datos 2011-2014 oficiales, 2015 y 2016 preliminar.

1.2.3 Conclusiones

La localidad de Suba cuenta con algunos de los ecosistemas más importantes de Bogotá, como son los humedales de la conejera, Juan amarillo, Córdoba y Guaymaral; pero a la vez estas potencialidades implican riesgo de inundación para los barrios de las UPZ Guaymaral y Tibabuyes y en I UPR, así como riesgo de remoción en masa en la UPZ Casablanca.

La distribución poblacional de la localidad muestra un crecimiento importante de la población económicamente activa específicamente en las UPZ Tibabuyes, Guaymaral, Rincón, Suba y la Academia, lo que constituye una oportunidad para mejorar las condiciones socioeconómicas de la población, sin embargo, para lograrlo se hace necesario incentivar la formación académica para el desarrollo de capacidades y ampliar la oferta laboral para esta población.

A través del tiempo la localidad ha venido sufriendo cambios en su tamaño y estructura, el número de nacimientos ha venido descendiendo, así mismo la postergación de la maternidad, las mujeres conciben en mayores edades, aunque para el caso de suba la mayor cantidad de nacimientos se presentó en mujeres jóvenes, no obstante la renovación de la población observa una reducción dada por la disminución del número de nacimientos en todas las edades especialmente en adolescentes.

2. CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

La forma de analizar y comprender las condiciones de vida de las personas en el Distrito Capital ha sido por medio del modelo de determinantes sociales de la salud que, orientando el paradigma explicativo de los diversos procesos de salud-enfermedad en las comunidades, reconoce la naturaleza social de la salud entendiéndola como un hecho de orden biológico que sucede en el ámbito individual pero también como un resultado de complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la persona y su entorno (6).

Por lo anterior, se define que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (7); es decir, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Hacen referencia tanto a las características del contexto social que ejerce influencia en salud como de las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios.

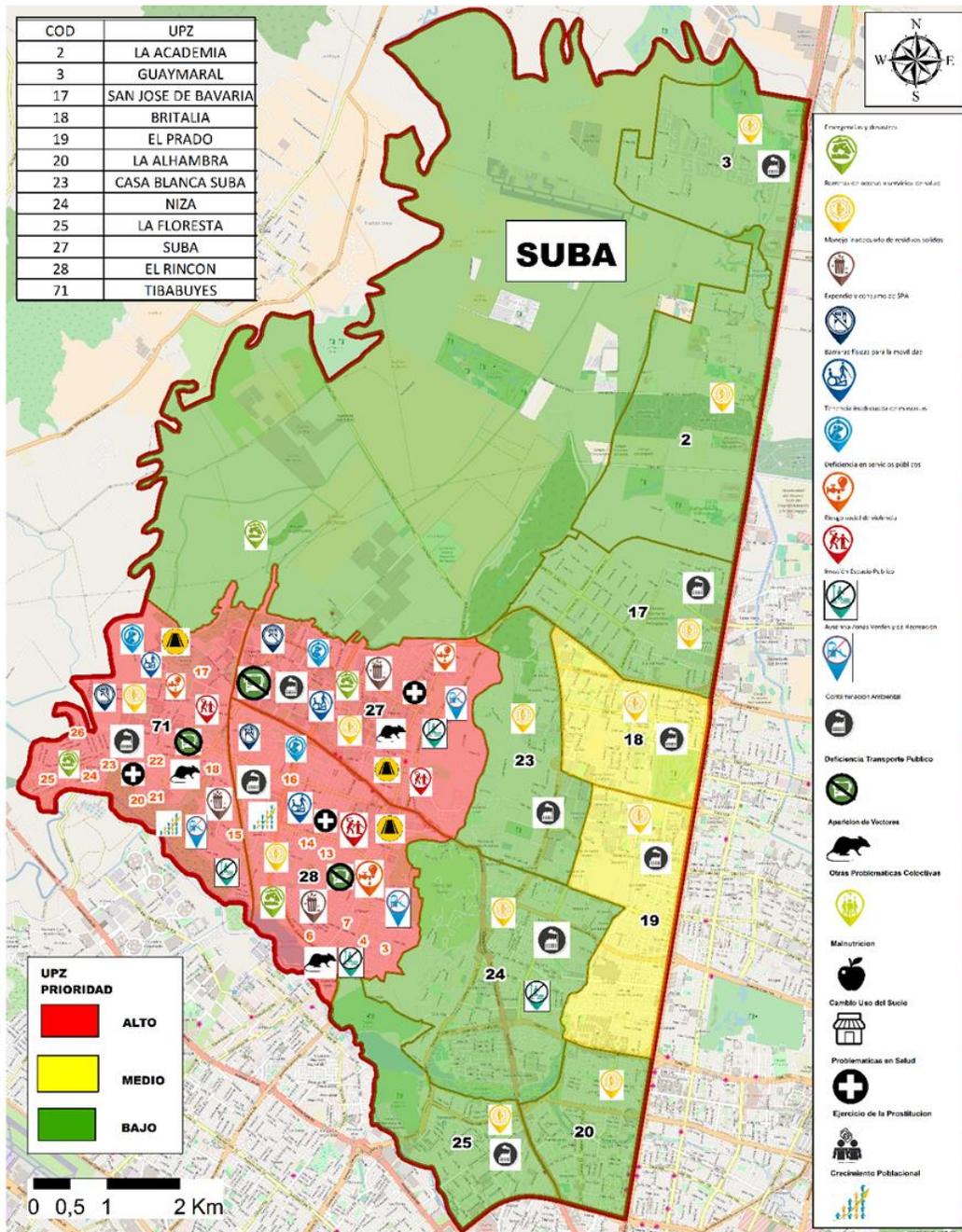
De esta manera, el modelo aplicado al escenario local intenta generar una aproximación a las realidades sociales en diferentes momentos: por un lado, los factores contextuales que afectan la salud como la organización social y poblacional de las comunidades (determinantes estructurales); en un segundo momento, el ejercicio considera aspectos principales como la jerarquía social, la cultura, valores y normas sociales, sistema educativo, laboral, de salud, ámbitos familiares, entre otros (determinante intermedios); y finalmente, a nivel personal se analiza la posición socioeconómica, la edad, el sexo, empleo, profesión, ingresos, género, raza/etnia, factores biológicos (determinantes proximales) (6).

El modelo de determinantes sociales de la salud usado en este documento intenta generar una aproximación a las realidades sociales de las personas habitantes de la localidad, junto con el propósito ético de identificar brechas de desigualdad e inequidad. Sin embargo, este capítulo guarda coherencia con la estrategia PASE (Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico) del PDSP, por lo cual se constituye en un elemento de insumo para el desarrollo de la estrategia en la tarea de realizar lecturas pertinentes de los procesos de salud-enfermedad (Ver anexo matriz de determinantes).

Finalmente, se entiende que el siguiente capítulo hace énfasis en los contextos socio-económicos y políticos que generan estratificación, división social, clases sociales, los cuales definen los lugares y jerarquías, es decir, la estructura social de la localidad que se transforman

en determinantes de la salud, mediante una conjugación PASE al desarrollo que logra identifica necesidades y prioridades en cada aspecto local (mMapa 4).

Mapa 4. Determinantes sociales identificados, localidad de Suba, 2017



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
SUBRED NORTE ESE
BOGOTÁ DC
2018

IDENTIFICACION Y ANALISIS DE DETERMINANTES LOCALIDAD SUBA

Limite Localidad
 Limite UPZ
Punto de Chequeo

MAPA DE REFERENCIA
 Sistema de Coordenadas: MAGNA SIRGAS
 Fuente Cartográfica: IDECA 2017
 Fuente de datos: Documentos Grupo ACCVSYE
 Elaboración: Equipo ACCVSE

Fuente: Recorrido rápido local. Equipo ACCVSYE 2017.

2.1 Dimensión poblacional

En la localidad ha existido un proceso de migración constante que ejerce presión en la dinámica territorial y económica a causa de la expansión urbana que se produce en la demanda de tierras y en la permanente construcción de viviendas sin planificación. Desde los años 60 un fenómeno de gran migración de familias enteras procedentes de otros municipios de Cundinamarca, Boyacá, Santander y Tolima ejercieron un papel relevante en los cambios sociales, económicos y culturales del territorio impulsando así mismo la aparición de urbanizaciones informales y de invasión, procesos de construcción con mínimas normas de desarrollo humano trayendo como consecuencia un crecimiento urbano carente de planificación (8).

Para la actualidad Suba concentra gran parte de la población de Bogotá (16 %) y casi la mitad de la población de la subred norte (40 %) que obedecen a los procesos constantes de poblamiento, aumento de construcciones y áreas laborales que fomentan el traslado de ciudadanos impactando la densidad poblacional, las zonas ambientales y aspectos territoriales como la movilidad y el espacio público.

Aunque la localidad en general presenta un auge de expansión, son las UPZ Rincón y Tibabuyes las que reportan mayores densidades poblacionales con una mayor dinámica de construcción y un gran número de nacidos vivos. Sus densidades reportan hasta tres veces la densidad distrital (474,7 hab/ha y 353,8 hab/ha respectivamente). Son lugares urbanos de tipo mixto: residenciales y de comercio fluido, generalmente entre estratos 1,2,3 según el sector, donde se ubican las vías principales más transitadas de la localidad; es el centro de residencia de población migrante y desplazada que busca una oportunidad laboral en especial el sector informal (1).

2.2 Dimensión ambiente

Debido a la mala planificación y a la alta densidad poblacional (residencial y flotante), hay un deterioro de las vías en la localidad reflejada en los dos tipos: malla vial arterial: con un 10,7 % en mal estado y malla vial local: con un 58,3 % en mal estado. Obteniendo un total de 620 Km/carril en inadecuado estado vial, en especial UPZ Tibabuyes y Rincón que están

catalogadas como UPZ de Mejoramiento Integral, dada sus condiciones de origen no planificado, promoviendo la facilidad de accidentes y en zonas residenciales enfermedades respiratorias (9) .

La relación del estado de las vías con la contaminación del aire se distribuye en la zona norte con la UPZ Guaymaral en un permanente polvo suspendido por las vías sin pavimentar y el flujo de vehículos pesados; en la zona centro y suroriente con las UPZ San José de Babarúa, Prado, Britalia, Niza, Casa Blanca y La Floresta donde se genera una contaminación atmosférica a razón de un alto rodamiento de vehículos, construcción de obras y vías en regular estado; el sector suroccidental las UPZ Rincón y Tibabuyes con un marcado flujo de transporte público, vías en al estado reforzado con un sector comercial de gran uso de las chimeneas bajas cercanas a las viviendas. Malla vial compuesta por las avenidas principales son en gran parte los límites territoriales que generan problemas respiratorios y alta accidentalidad por densidad de flujo vehicular.

Los fuertes fenómenos de la construcción de viviendas dada la gran demanda de las mismas se han localizado en zonas de alto riesgo (10) por la densificación del suelo que junto a una inadecuada malla vial permiten que la oferta ambiental se deteriore por factores como la contaminación, el manejo inadecuado de residuos, la tenencia inadecuada de mascotas, invasión de espacios públicos; ocasionando problemas de salud a los residentes (11,12). Se resalta las edificaciones ilegales realizadas por habitantes de calle y recicladores alrededor del Humedal Juan Amarillo y del Río Bogotá (13).

La situación es observable en las UPZ Rincón y Tibabuyes ubicados como puntos críticos por el manejo de los residuos, deterioro del espacio público, contaminación de la ronda hidráulica del río (río Bogotá) y de los humedales (Juan Amarillo y Conejera), generando malos olores, reboce de aguas lluvias residuales, proliferación de vectores, pastoreo de bovinos y equinos que acrecientan la problemática sanitaria. También hay concentración de la problemática en barrios como Villa Cindy, Lisboa, Santa Cecilia y lotes urbanizados no edificados en la Avenida Longitudinal de occidente; evidenciado por la comunidad en los recorridos de la Estrategia de Abordaje Territorial- EAT.

La localidad de Suba tiene 8,8 hectáreas (0,49 %) con riesgo de amenaza alta por movimientos en masa, 869,3 hectáreas (8,65 %) en amenaza media y 229,5 hectáreas (2,28 %) en amenaza baja. Por otro lado 1621,93 hectáreas por riesgo de inundación, el 60 % con amenaza alta.

Siendo el riesgo aluvial más frecuente en la localidad se diferencian dos tipos de eventos, a saber: encharcamientos con principal presencia en los sectores de Santa Cecilia, Villa Cindy, Santa Rita, Bilbao, San Pedro, Berlín y Lisboa; también en las vías Suba-Cota, la vereda Chorrillos, vía Guaymaral, San José, Arrayanes, Fontanar del Río y Rincón Frontera. Por otro lado, en cuanto a la inundación se distribuye en los barrios Villa Cindy, Bilbao, Lisboa, La Carolina, La Cañiza y alrededores del Humedal Juan Amarillo y la Conejera.

A partir de la actividad de observación en la localidad de Suba, se pudieron identificar varios puntos específicos donde se pudieron identificar las siguientes características. KR 87A 128 B 21 Barrio Ciudad Unza. El contexto físico alrededor se caracteriza por calles inclinadas de aproximadamente 45°, lo cual dificulta la movilidad de las mujeres maternas o en condiciones de discapacidad al salir y/o llegar a su casa.

Igualmente, se observa la falencia de servicio público de transporte cercano, el más cercano se distancia en por lo menos 8 cuadras de la zona.

El Parque público ubicado en la KR 87 128 B, evidencia escombros en las esquinas de las calles y cierta falta de accesibilidad para las personas de este sector. En la KR 87 B 128 B, se observa la vía sin pavimentar y algunos lotes baldíos que permiten la acumulación de basuras lo que posibilita un cierto grado de contaminación y aparición de vectores.

Las condiciones del territorio propician sentimientos y concepciones como la falta de apropiación por el territorio, además de la poca disposición de servicio de transporte público puede generar un factor de riesgo para las mujeres maternas en especial.

En la KR 94 F 127 F 08 en la UPA San Cayetano, aparentemente en el momento de realizar el recorrido no se evidencia servicio al público, se observa invasión del espacio público por carros particulares en las vías secundarias lo que ocasiona embotellamientos debido a las dimensiones de las calles y carreras. En la KR 93 F 127 B 51, es un lugar que tiene cercanía

con el humedal, al frente de la casa está un Jardín Infantil público, está cercana a la vía principal AV: Ciudad de Cali, según lo observado tiene una movilidad buena respecto a la oferta de servicio de transporte público SITP.

En la KR 92 131 F 1, UPZ 28 Rincón, Barrio El Rincón - Urb. Amberes, el cuadrante evidencia transformaciones en el espacio por demolición y ampliación de la malla vial principal, esto está originando problemáticas de contaminación por residuos sólidos, aparición de vectores, aumento de tráfico y congestión vial en general, que puede manifestarse en problemas respiratorios agudos.

En la CL 131 B 100 BIS 1, UPZ 28 Rincón, Barrio Santa Ana, se encuentran el Parque, el salón comunal y el jardín infantil. En este sector se evidencia un uso de suelo residencial, pero con apariencia comercial, presentándose talleres de mecánica automotriz de garajes o improvisados donde las reparaciones y pintura se realizan en el espacio público (andenes y calles), ocasionando un mal uso del espacio público y principalmente contaminación por material articulado y gases.

Por otro lado, el parque y el salón comunal se encuentran en cierto grado de deterioro especialmente por el número de grafitis, basuras y el mal estado del entorno. Existe ausencia de botes de basura y se evidencia problemas con el cuidado y manejo de mascotas por el número de excretas en el suelo.

En el punto de la CL 139 104, se caracteriza por ser una zona altamente comercial en su vía principal CL139 y habitacional compartida. Se evidencia en el aire polución por emisiones de gases de autobuses y carros particulares. Esto se intensifica ya que existe un cruce de vías con semáforos (Av. Ciudad de Cali con Calle 139), cada vez que se ponen en marcha los autos y buses, dejan en la zona una frecuente humareda de CO₂. También se evidencia un gran comercio de carpintería con sus emisiones de material particulado maderero.

Por último, en la KR 158 134 1, UPZ 71 Tibabuyes, Santa Rita de Suba. La zona se caracteriza por tener una vía secundaria no pavimentada, en la zona se puede identificar por un olor fuerte a aguas residuales. Las condiciones de pobreza son evidentes. Las casas fueron construidas

en su mayoría en bloque, y es predecible que es un barrio conformado por invasión y formalizado con el tiempo

2.3 Dimensión social

Según la encuesta Multipropósito 2014, respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud la Localidad de Suba cuenta con 1.075.845 personas afiliadas algún RGSSS lo que corresponde al 93,2 % de la población proyectada para el año 2014; cabe mencionar que 895.104 habitantes es decir el 83,2 % de los residentes se encuentran afiliados al régimen contributivo, el 3 % al régimen especial con 32.704 afiliados, el 13,2 % es aportado por el régimen subsidiado con 141.646 afiliados y por último el 6 %, 68.275 de los residentes no cuentan con afiliación a ningún régimen de seguridad social. No obstante, la oferta de servicios es muy limitada en la localidad lo que representa una barrera a la salud para los residentes (14).

Existe una situación de baja escolaridad en la localidad representada en un porcentaje de alfabetismo del 98,9 % en la población masculina y del 99,8 % en la femenina, de lo que se deduce que el 1,2 % (4.554) hombres y el 0,9 % (3.935) mujeres mayores de 15 años de la localidad de Suba son analfabetas. La mayoría de la población de la localidad de Suba accede a estudios correspondientes a primaria y secundaria, sin embargo, a partir de los 16 años el escaso acceso a la educación superior se ve limitada por la calidad de educación y por falta de recursos económicos, esto entendiendo la fuerte heterogeneidad poblacional y social de la localidad en la que conviven personas de diversos estratos (14). En relación, la localidad presenta una tasa de cobertura educativa en instituciones públicas y privadas de 99,6 %, que aunque es alta en la localidad, tiene una tasa de deserción escolar de 1,7 que asciende a 2,2 en la secundaria o educación media (13).

A su vez, hay 347.261 viviendas el 14,6 % de las viviendas del Distrito, en cuanto a los hogares en el Distrito Capital se cuenta con un registro de 2.437.966, la localidad cuenta con 355.836 hogares, lo que representa el 14,6 % de los hogares de Bogotá. El tamaño promedio del hogar en la localidad es de 3,36 personas, similar al de la ciudad, que en promedio es de 3,4 personas por hogar.

La Localidad presenta un total de 4908 manzanas estratificadas desde el bajo (cero) hasta el alto (seis), de los cuales el estrato predominante es el dos con un 43.80 % (2.150), seguido del estrato tres con un 22 % (1.080), localizados estos en las UPZ Tibabuyes, Rincón y Suba Centro. Cabe mencionar que dentro de la localidad existen desigualdades socio-económicas; en el costado occidental se encuentran los estratos socio económicos bajos mientras que en lado oriental los estratos de mayor capacidad económica, separados estos dos sectores por los cerros de suba y la conejera que son una barrera natural.

Como gran receptora de población desplazada de diferentes zonas del país y de la capital misma, Suba es una localidad que concentra una gran cantidad de registros de personas con pertenencias étnicas especialmente afrodescendientes. La adaptación a un contexto receptor genera cambios de costumbres, estigmas sociales, dificultades en la tensión y una serie de tensiones y situaciones que dificultan la integración social de la comunidad (declaraciones comunidad casa afro). Para el periodo 2012-2014 en la localidad de suba hay caracterizadas 1.699 personas víctimas del conflicto de las cuales cerca del 21 % tienen pertenencia étnica.

A partir de la “estrategia de Abordaje Territorial -EAT” la comunidad junto a los actores institucionales ha promovido un ejercicio de reconocimiento y apropiación de los tres territorios más vulnerables y con la identificación y posicionamiento de tensiones y problemáticas específicas en tres ejes, a saber: seguridad, movilidad e infraestructura.

TUNA BAJA: un riesgo social de consumo y micro tráfico especialmente cerca a los colegios; es un escenario de alta vulnerabilidad por la población infantil presente y por considerarse un territorio en abandono institucional particularmente las zonas rurales. Los espacios verdes han empezado a ser objeto víctima de los problemas sociales, en especial por las fronteras invisibles y pandillismo. Así mismo, se encontraron contextos de violencia intrafamiliar y negligencia infantil en estratos 2 y 3, y una falta de integración de propiedades horizontales cada vez más marcadas por la creciente urbanización del sector, lo cual limita la participación ciudadana y su representación. Ante la problemática, los líderes proponen una mayor seguridad y una recuperación del eje ambiental con territorios verdes en fronteras custodiadas.

RINCÓN: se manifiesta la ampliación de vías como la rincón-tabora-Calatrava, que permita descongestionar el tráfico de la av. Suba. De igual manera, se espera el mantenimiento de vías en calle 129 y 127 y otras vías locales que están en reparación por parte del IDU. Esto, además de mantener el espacio público en buen estado, también es con el ánimo de fomentar la vigilancia de espacios que se están convirtiendo en vertederos de basuras, escombros y residuos por parte de comunidad y habitantes de calle; parte de algunos terrenos están en zonas de protección, pero se encuentran 42 familias residiendo que han esperado por legalizar predios o por su reubicación (alrededores del Río Bogotá).

BILBAO: Es un territorio marcado por los procesos de abandono institucional, de acuerdo a la comunidad, dada su ubicación periférica y distante, en la que se resalta un importante factor que fortalece las problemáticas y es el individualismo y el desentendimiento gubernamental de la comunidad, es decir, que al no existir una presencia estatal en el territorio no se desarrollan referencias comunitarias hacia la ciudad y sus gobernantes por lo cual la comunidad tampoco muestra un interés de inclusión y participación política ni movilidad social. Existe una invasión de viviendas que han sido desalojadas a la fuerza sin una planificación clara y que ha repercutido en la sanidad de la convivencia social. No hay un sentido de pertenencia y de apropiación del territorio por parte de la mayoría de actores por lo que el tejido de acción social requiere de una fuerza que lo active y restaure. La movilidad es un tema fundamental ya que el 80 % de las vías están en clasificación de recuperación y reparación por la falta de mantenimiento que se ha evidenciado en inundaciones. Las viviendas que yacen en las laderas del río deben urgentemente ser reubicadas.

2.4 Dimensión económico

De acuerdo con el NBI Suba tiene el 2,8 % de sus hogares en condición de pobreza (92.517 hogares), por debajo de Bogotá 4,2 %, que según la línea de pobreza los ingresos del 11,6 % se encuentran por debajo y el 3,1 % en condición de indigencia. El 0,2 % de los hogares tienen servicios públicos inadecuados, 1,6 % vive en condiciones de hacinamiento crítico y 0,7 % tiene una alta dependencia económica. Cerca de 25.860 personas se encuentran por debajo de la línea de pobreza monetaria extrema (2,3 %), no obstante, a que los ingresos según los rangos de salarios mínimos mensuales legal vigente sean superiores a cuatro SMMLV, es la localidad con mayor población de la subred norte con puntaje inferior a 40 del SISBEN (14).

El estándar de vida de Suba, según el Índice de Condiciones de vida a través del capital humano, el acceso potencial a bienes físicos y composición del hogar, así como también el acceso a los servicios escolares, registra un calificativo de 93,2 siendo superior al de Bogotá (92,0), que se traduce en una acomodada acumulación de capital humano, acumulación colectiva de bienes, y una acumulación individual de bienes materiales. Sin embargo, la realidad local es más compleja y heterogénea, ya que existen barrios de estratos 4, 5, 6 con mejores condiciones infraestructurales, equipamientos, seguridad, mejores condiciones materiales, niveles de ocupación, lo que implica un contraste social de gran diferenciación.

Lo anterior se evidencia en una desigualdad social que se refleja en la falta de oportunidades laborales de gran parte de los hogares ubicados en las zonas vulnerables, que al carecer de condiciones y oportunidades no permite el cubrimiento de necesidades básicas a nivel personal y familiar, hecho que no refleja sus carencias en los indicadores descritos; los fenómenos de pobreza son notables en el desempleo, la informalidad, el trabajo infantil, trabajo a destajo, trabajo con salario mínimo e inferior a lo estipulado por ley, deserción escolar, entre otros (15).

Para el año 2014 la tasa de ocupación fue de 62,5 %, lo que implica un crecimiento en la oferta laboral. No obstante, este indicador desvirtúa una realidad en la situación laboral: desigualdad de género. En esa medida, la tasa de ocupación femenina en Suba fue 55 %, siendo este dato superior 0,3 puntos al del año 2011 (54,7 %), mientras que, por el lado de los hombres, la tasa de ocupados fue 71,2 %, aumentando 4,6 puntos porcentuales a la observada en 2011 (66,5 %). Esto conduce a la gran dependencia económica de parte de la mujer y su búsqueda laboral en la informalidad: existen aproximadamente 589 mil ocupados a 2014, de los cuales 26,2 % realiza actividades en el sector de comercio, seguido de un 24,1 % en el sector servicios comunales, sociales y personales; y un 35,2 % de los trabajadores en Suba están en la informalidad (14).

Respecto a la salud y el trabajo, especialmente en la informalidad, se evidencia que en la localidad de Suba existe una frecuencia de alteraciones en la salud relacionado a las actividades que desarrollan las personas y que han implicado un riesgo permanente: de 232 accidentes, 3 hipoacusia y 111 enfermedades de las cuales el 91 % (101 casos) se clasificaron

como fuerte en cuanto a la asociación enfermedad-trabajo, durante el año 2016, se encontró que los accidentes con mayor frecuencia se presentan en la ocupaciones de Mecánico 32,3 % y estilistas con un 30,6 %; las heridas en manos son la lesión más frecuente en los eventos relacionados con accidente, y la manifestación clínica o condición mórbida (sintomatología) más relevante es síndrome del túnel carpiano 27,9 % (31) y lumbago 25,2 % (28). De allí, que los centros de estética y establecimientos de latonería, pintura y mecánica automotriz sean un punto de concentración de morbilidades pues la forma de trabajo implica horarios extensivos con movimientos repetitivos y sin pausas activas.

2.5 Conclusiones

En localidad de Suba existen grandes brechas de desigualdad debido a la conformación del territorio y la distribución histórica de la población. En ese sentido se encuentran determinantes intermedios que afectan las condiciones sociales de las UPZ Rincón y Tibabuyes y su población como lo son los tipos de vivienda falencias y debilidades: materiales inadecuados, bajo suministro de servicios públicos, familias numerosas que conviven en hacinamiento lo cual fortalece el riesgo a la propagación de enfermedades y mayor violencia intrafamiliar; así mismo, los factores ambientales tales como la tenencia inadecuada de mascotas, el aumento de roedores y los continuos cambios climáticos desencadenan incidencias de salud la población infante. El bajo nivel socioeconómico de padres cuyos ingresos no permiten solventar necesidades básicas familiares recaen en factores como la alimentación y la calidad de vida, reproduciendo canales de pobreza en los miembros del hogar.

Adicionalmente, es preciso mencionar la relación con determinantes estructurales asociados a las políticas de desarrollo ambiental y planificación territorial en la sociedad, con problemas de sustentabilidad que se reflejan en problemas como la creciente y caótica urbanización de la localidad, los cinturones de marginalidad y pobreza urbana, la industrialización sin normativa ni control ambiental, la explotación indiscriminada y el deterioro de los recursos naturales, además de la creciente contaminación del suelo, agua y aire, que acrecientan el riesgo natural. Dicha situación ha generado dificultades para la recolección de basuras, situación que contribuye con la producción de malos olores en las zonas urbanas y residenciales, así como el origen de focos de vectores (insectos y roedores) y el aumento de proliferación de plagas de las UPZ priorizadas de la localidad.

3. CAPÍTULO III. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

El presente apartado muestra el resultado del análisis de la mortalidad y morbilidad de la localidad de Suba. Para el caso de mortalidad se presenta el análisis por grandes causas y subgrupos de los años 2012 a 2014, que corresponde a la agrupación 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud; finalmente se muestra el comportamiento de la mortalidad evitable la cual se analiza en términos de diferencias relativas con relación a los indicadores de Bogotá para el periodo 2009 a 2016.

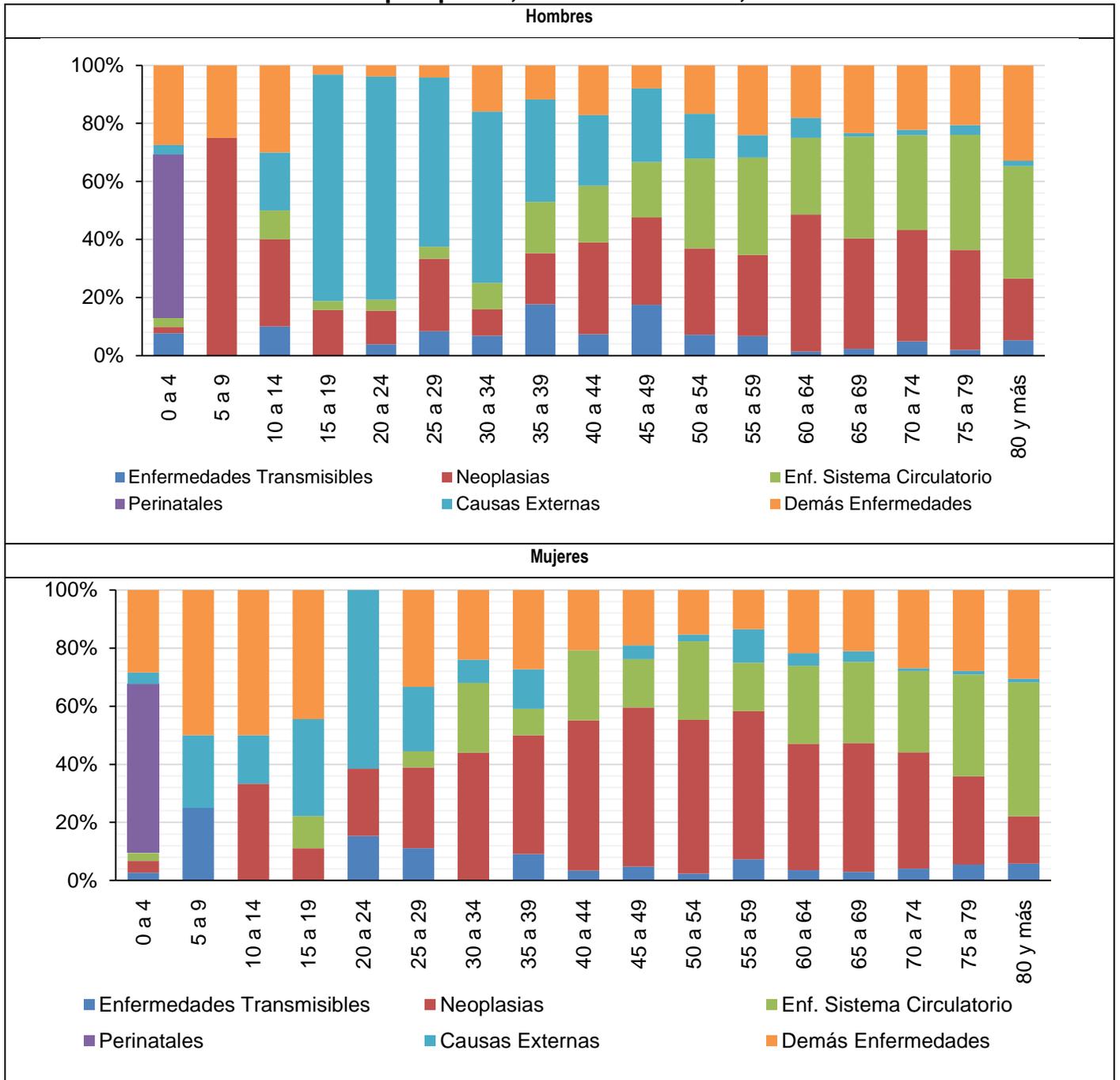
De igual forma, para la descripción de la morbilidad se presenta la información de los Registros de Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), junto con los registros de los demás subsistemas de vigilancia epidemiológica de Bogotá 2016, de acuerdo con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

3.1 Mortalidad

3.1.1 Mortalidad general por grandes causas 6/67

Para el 2014 en Suba, ocurrieron 3.875 muertes (337,8 por cada 100.000 habitantes) donde el 52 % correspondió a mujeres, con una edad promedio de muerte de 65,2 años. Comparado con el 2012, hubo un incremento del 6,3 % y del 1,4 % en el número de defunciones y en la tasa cruda respectivamente (3.647 muertes, 333,2 por cada 100.000 habitantes) (16). Según sexo y edad, las afecciones del periodo perinatal en los menores de cinco años fue la principal causa en ambos sexos; de igual forma hubo coincidencia para el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, observándose desde los 15 años con tendencia creciente hasta los 80 años y más. En mujeres, las neoplasias fueron las mas representativas desde los 10 años y en hombres entre los 15 a 39 años la mayor proporción de muertes fueron atribuidas a lesiones de causa externa (Figura 5).

Figura 5. Proporción de muertes según grandes causas, lista 6/67 OPS, por sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014



Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Respecto al comportamiento de la mortalidad por grandes causas, en 2014 las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias fueron las más representativas. Las enfermedades del sistema circulatorio presentan tendencia al incremento tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, las neoplasias en mujeres tuvieron una reducción en la tasa de mortalidad en 2014

del 1,7 %, con relación al año 2012. Al evaluar la tendencia de las causas de muerte, después de signos y síntomas mal definidos y las demás causas, la tasa más baja fue enfermedades transmisibles (6,3 %). Según sexo, las mujeres tuvieron un incremento del 3,5 % y los hombres una reducción del 17,4 %, en el 2014 con respecto al 2012, siendo las afecciones del periodo perinatal la causa de mayor incremento (20 %) respectivamente (16) (Tabla 5).

Tabla 5. Tasas ajustadas de mortalidad según grandes causas y sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014

Grandes Causas	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Enfermedades transmisibles	27,7	30,3	22,9		17,4	20,2	18,0		21,7	24,7	20,3	
Neoplasias	121,2	119,1	125,6		98,8	95,0	97,2		107,2	103,2	108,1	
Enfermedades sistema circulatorio	137,6	146,1	147,3		119,6	118,8	120,3		127,7	130,1	131,9	
Afecciones periodo perinatal	9,3	7,9	10,5		7,0	4,8	9,2		8,2	6,4	9,9	
Causas externas	44,1	40,8	38,6		11,8	10,3	11,0		26,5	24,5	23,9	
Las demás causas	119,2	124,0	113,3		112,6	95,3	94,6		115,7	106,6	101,9	
signos y síntomas mal definidos	7,9	6,9	4,2		5,1	3,5	3,0		6,2	4,8	3,6	

*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

En comparación con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Suba comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por enfermedades circulatorias un 14,9 % inferior al valor de la Subred (125,7 defunciones por cada 100 000 habitantes). Por su parte Chapinero presentó la tasa de mortalidad más alta por esta causa (185,04 defunciones por cada 100 000 habitantes), mientras esta localidad obtuvo el valor más bajo.

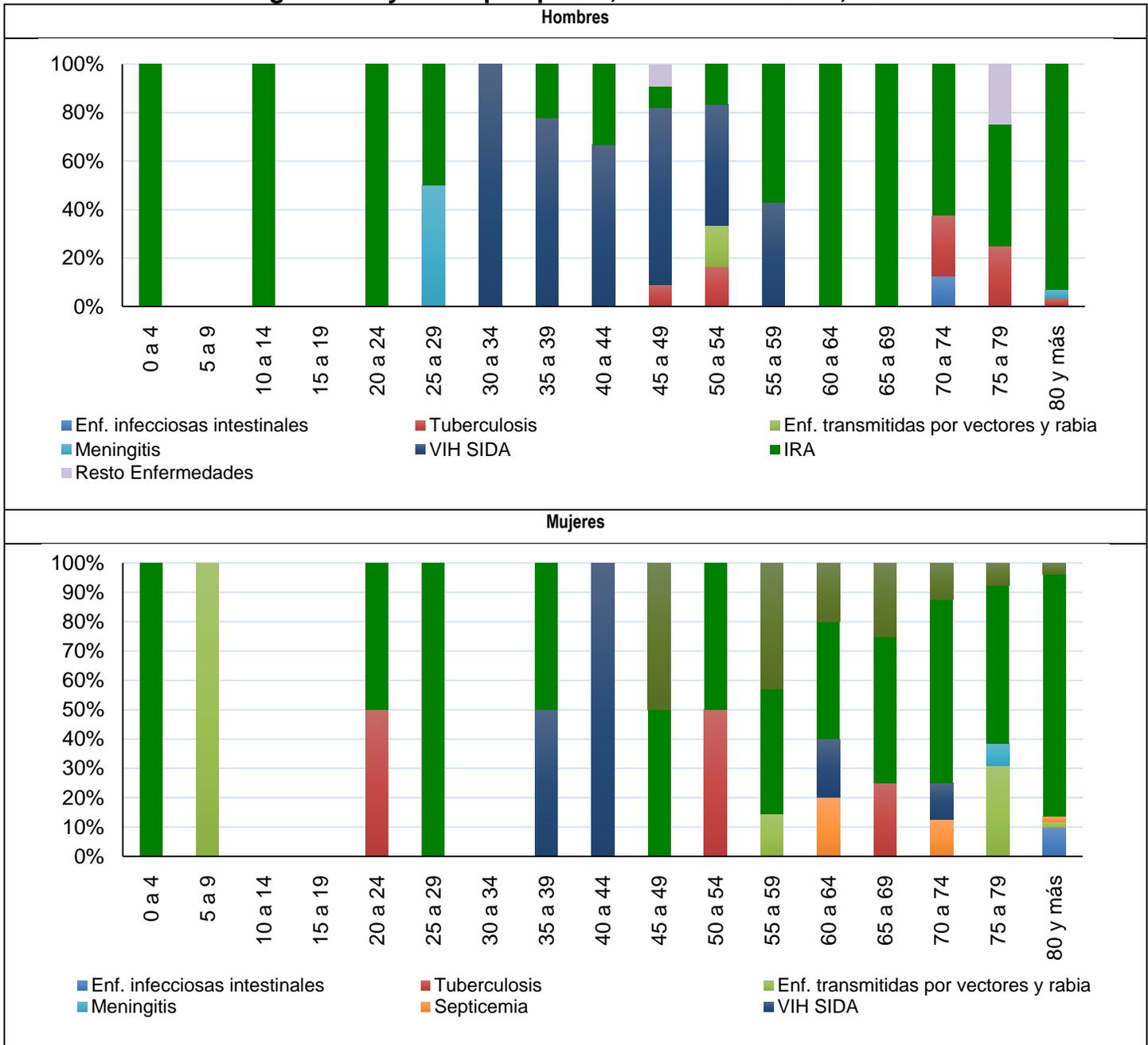
3.1.2 Mortalidad por subgrupos según agrupación 6/67

Enfermedades transmisibles

En la localidad de Suba ocurrieron 200 muertes por enfermedades transmisibles para el año 2014 (17,4 por cada 100.000 habitantes), comparado con 2012, se incrementó el número de casos en 4,2 % y se redujo la tasa en 0,6 % (16). Según sexo y edad quinquenal, la infección Respiratoria Aguda - IRA fue la principal causa en casi todos los grupos quinquenales para ambos sexos especialmente para menores de 5 años y mayores de 60 años. En hombres la

mortalidad por VIH fue significativamente más alta, afectando edades quinquenales entre 30 y 39 años y 50 a 64 años (Figura 6).

Figura 6. Proporción de muertes por enfermedades transmisibles, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014



Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

La tasa de mortalidad más alta fue en enfermedades respiratorias agudas, seguido de Enfermedad por el VIH (SIDA), presentando una reducción del 3,2 % en las respiratorias y un

incremento del 28,7 % en la enfermedad por VIH; mientras que, la mayor reducción después de ciertas enfermedades inmunoprevenibles, se presentó en septicemia, excepto neonatal (65,4 %). Al comparar las tasas del 2012 con 2014, Los demás subgrupos que presentaron incremento corresponden al resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, así como enfermedades transmitidas por vectores y rabia (28,7 % y 26,4 % respectivamente) (Tabla 6).

Respecto al comportamiento de la mortalidad según el sexo, el 52 % ocurrió en mujeres, donde la reducción más significativa fue en las enfermedades inmunoprevenibles para ambos sexos; mientras que las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias se incrementaron en mujeres y por VIH/SIDA en hombres (16) (Tabla 6).

Tabla 6. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014

Enfermedades Transmisibles	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Enfermedades infecciosas intestinales	0,6	0,8	0,2		1,4	0,4	0,9		1,1	0,6	0,7	
Tuberculosis	1,8	1,3	1,5		0,6	0,8	0,5		1,1	0,9	0,9	
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,5	0,2	0,2		0,8	1,3	1,3		0,7	0,9	0,8	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,2	0,0	0,0		0,4	0,2	0,0		0,3	0,1	0,0	
Meningitis	0,6	0,0	0,5		0,4	0,3	0,2		0,5	0,2	0,3	
Septicemia, excepto neonatal	0,9	0,3	0,0		0,8	0,6	0,5		0,9	0,5	0,3	
Enfermedad por el VIH (SIDA)	3,5	4,5	4,3		0,4	0,8	0,6		1,8	2,4	2,3	
Infecciones respiratorias agudas	17,7	22,2	15,7		12,1	13,8	12,3		14,3	17,4	13,8	
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,0	1,1	0,5		0,4	2,0	1,6		1,1	1,7	1,2	

*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

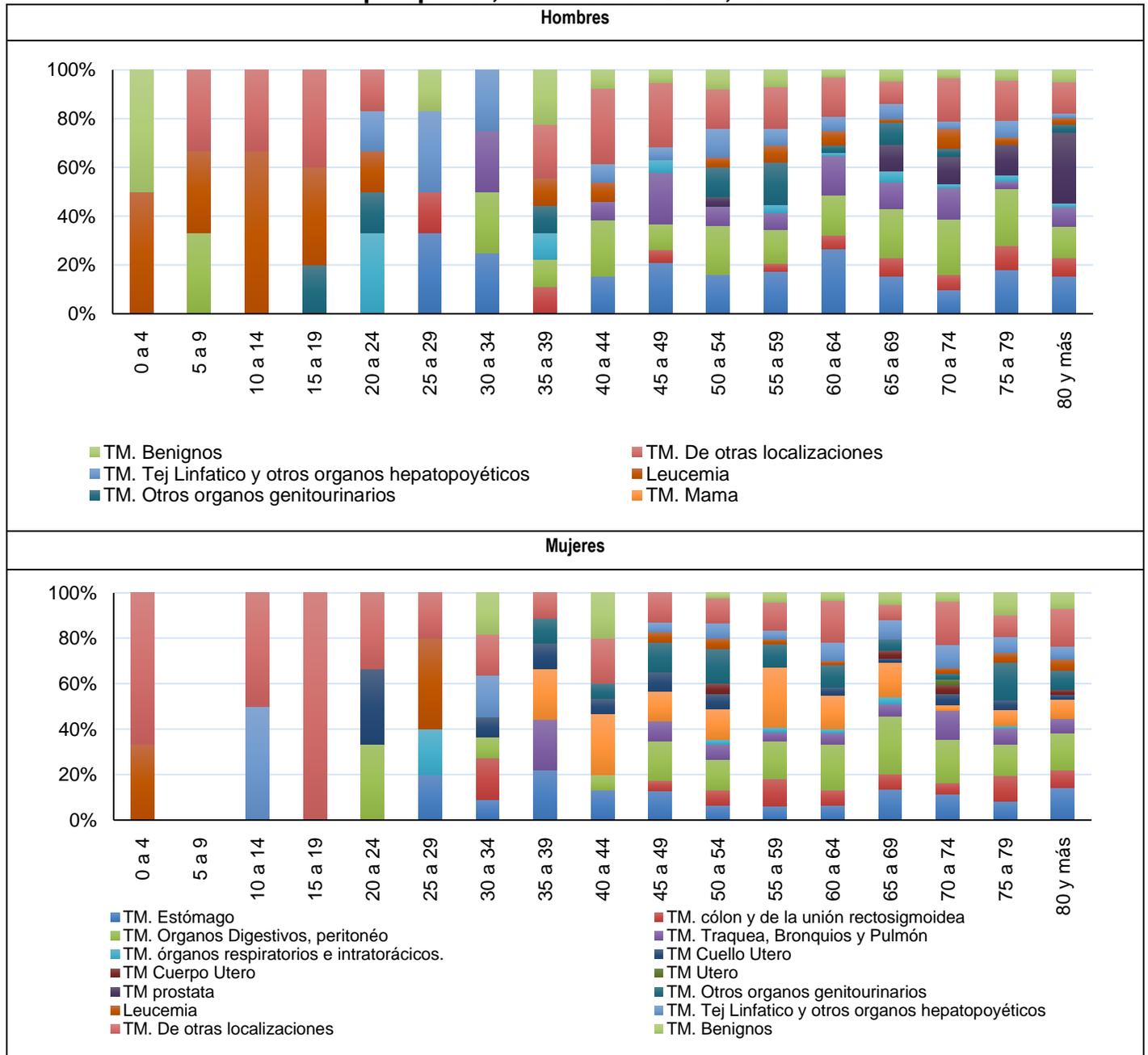
En comparación con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Suba comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas un 12,2 % inferior al valor de la Subred (12,8 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (26,9 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Engativá presentó el valor más bajo (9,7 defunciones por cada 100.000 habitantes).

Neoplasias

En 2014 para este grupo ocurrieron 1.085 defunciones (94,5 por cada 100.000 habitantes), frente a 2012 se observó un incremento del 10,6 % y 5,6 % en el número de casos y la tasa

cruda respectivamente (16). Según sexo y edad quinquenal, el tumor maligno de estómago y tumores de órganos respiratorios afecto la mayoría de los grupos en ambos sexos. Para los grupos de hombres menores de 14 años la leucemia fue la principal causa y para grupos desde los 15 años los tumores de órganos genitourinarios, el tumor de mama y los tumores de otras localizaciones y órganos digestivos afectaron a las mujeres (figura 7).

Figura 7. Proporción de muertes por Neoplasias 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014



Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

La tasa de mortalidad ajustada más alta correspondió al tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (18,4 por cada 100.000 habitantes), seguido de tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas (16,5 cada 100.000 habitantes); en contraste, las tasas ajustadas más bajas fueron para el tumor maligno del útero (0,2 %).

Según sexo, el 53,2 % fueron mujeres; el tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos excepto tráquea, bronquios y pulmón registró un incremento de 109,2 % en mujeres, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo incrementó 68,8 % en los hombres. Como segunda causa, en mujeres fue el tumor maligno del cuerpo del útero con tendencia creciente del (29,1 %), mientras que en hombres fue tumor maligno de estómago 37,0 % respecto al año 2012 (16) (Tabla 7).

Tabla 7. Tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014

Neoplasias	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Tm. Del estómago	14,8	18,5	20,3		8,2	7,1	10,6		10,9	11,6	14,5	
Tm. Del colon y de la unión rectosigmoidea	9,7	6,4	8,7		7,5	5,2	7,2		8,5	5,7	7,8	
Tm. De los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	12,8	15,9	21,7		17,5	13,3	16,2		15,8	14,2	18,4	
Tm. De la tráquea, los bronquios y el pulmón	13,2	13,4	11,0		7,9	7,8	6,7		9,9	10,1	8,5	
Tm. De los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	2,6	2,0	3,2		0,5	0,2	1,1		1,4	0,9	2,0	
Tm. De la mama de la mujer	N/A	N/A	N/A		11,6	12,9	10,4		6,7	7,5	6,0	
Tm. Del cuello del útero	N/A	N/A	N/A		5,6	5,3	3,6		3,1	3,0	2,1	
Tm. Del cuerpo del útero	N/A	N/A	N/A		1,3	2,3	1,7		0,8	1,3	1,0	
Tm. Del útero, parte no especificada	N/A	N/A	N/A		0,5	0,4	0,4		0,3	0,2	0,2	
Tm. De la próstata	18,3	19,1	17,4		N/A	N/A	N/A		7,0	7,1	6,5	
Tm. De otros órganos genitourinarios	5,8	5,7	5,5		7,2	10,1	8,7		6,5	8,2	7,5	
Leucemia	8,9	5,2	6,1		4,1	4,1	3,5		6,1	4,5	4,7	
Tm. Del tejido linfático, otros órganos hematopoyéticos y tejidos afines	8,0	7,0	6,3		5,9	7,3	6,8		6,8	7,1	6,6	
Tm. De otras localizaciones y de las no especificadas	19,8	17,6	19,3		14,4	13,5	14,6		16,7	15,0	16,5	
Tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido	7,3	8,3	6,2		6,3	5,4	5,7		6,7	6,6	5,9	

*Tm: Tumor Maligno. Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

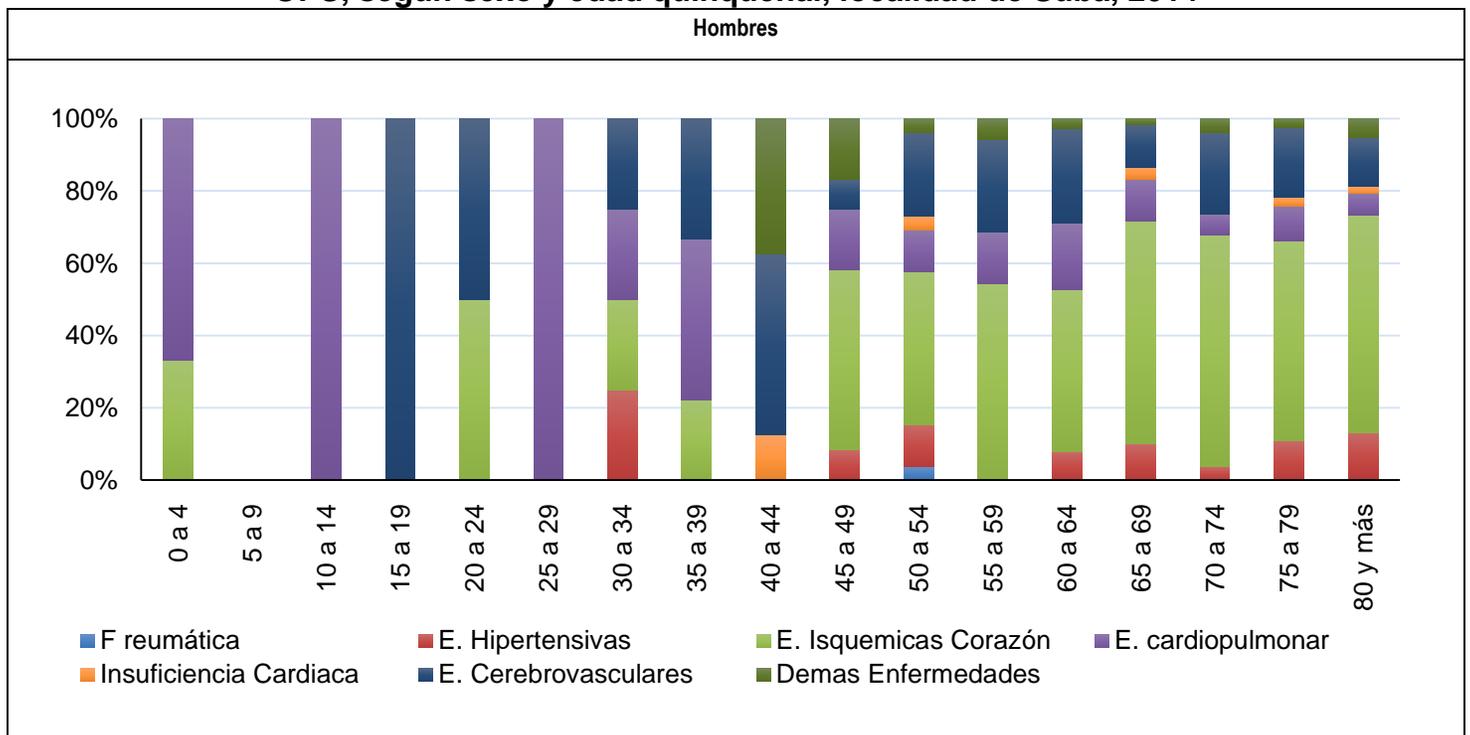
Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

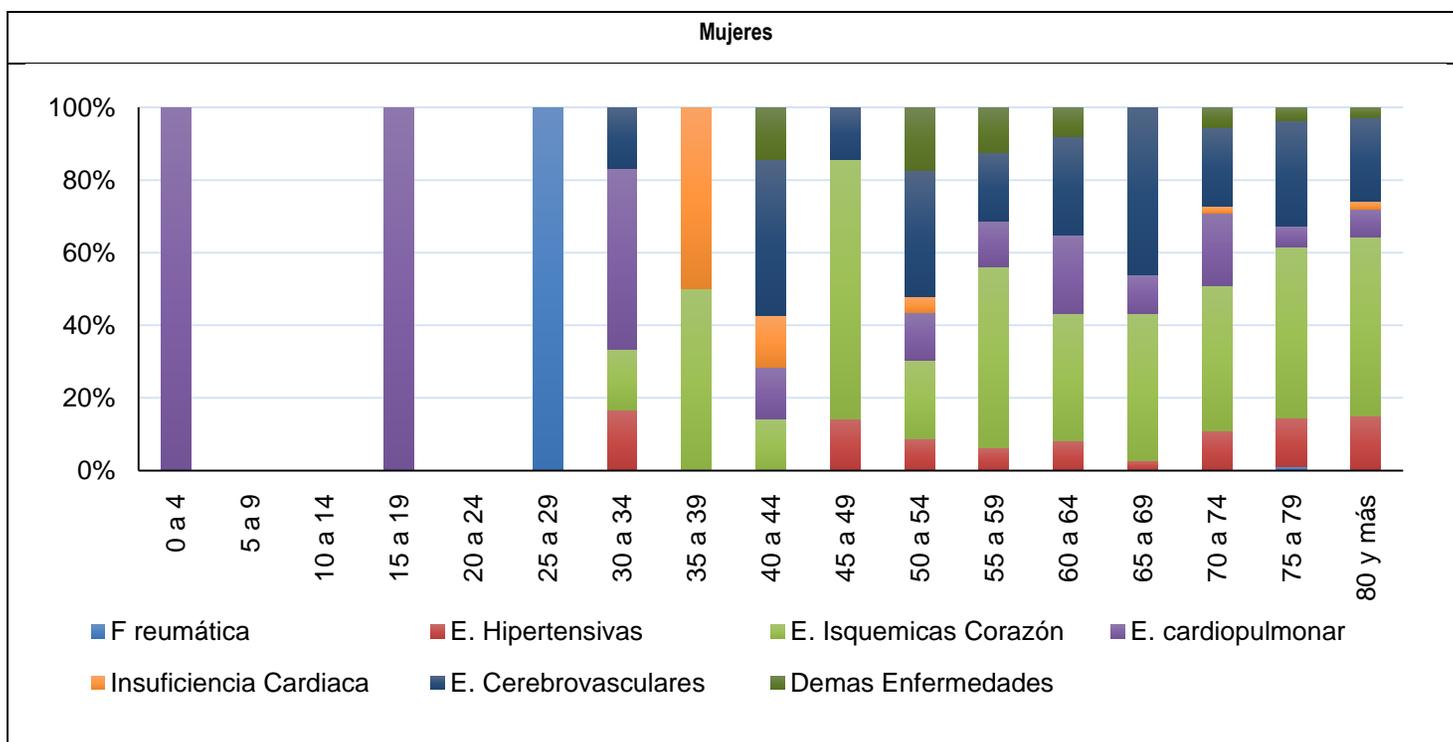
Comparado con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Suba comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo (excepto Chapinero), siendo la tasa de mortalidad por tumor maligno de órganos digestivos y peritoneo, excepto estómago y colon un 7,6 % inferior al valor de la Subred (17,3 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Teusaquillo obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (21,97 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Engativá presentó el valor más bajo (14,54 defunciones por cada 100.000 habitantes).

Enfermedades del sistema circulatorio

Para el 2014 ocurrieron 1.227 muertes por enfermedades del sistema circulatorio (106,9 por cada 100.000 habitantes). Con respecto a 2012 se incrementaron en 14,5 % el número de defunciones y 9,2 % en la tasa cruda de mortalidad (16). Según sexo y edad quinquenal, las más representativas fueron las enfermedades cardiopulmonares seguida de las isquémicas del corazón, las cerebro vasculares y las hipertensivas afectando ambos sexos en forma similar, en los quinquenios de 30 a 80 años principalmente (Figura 8).

Figura 8. Proporción de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, lita 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014





En este grupo, las tasas más altas estuvieron relacionadas con Enfermedades isquémicas del corazón (66,6 por cada 100.000 habitantes) y enfermedades cerebrovasculares (28,9 por cada 100.000 habitantes), mientras que por aterosclerosis y fiebre reumática aguda fueron las tasas ajustadas más bajas. Ahora bien, al comparar con el año 2012 se evidencia la reducción más importante para la insuficiencia cardíaca 55,6 %. Según sexo, el 55,3 % de las defunciones fue en mujeres. La causa más frecuente en ambos sexos fueron las enfermedades isquémicas del corazón, con un incremento del 8,8 % en hombres, y (2,4 %) en mujeres respectivamente (16) (Tabla 8).

Tabla 8. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014

Sistema Circulatorio	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0,5	0,2	0,5		0,4	0,7	0,4		0,5	0,5	0,4	
Enfermedades hipertensivas	16,1	17,3	14,9		13,6	16,6	15,5		14,6	16,9	15,3	
Enfermedades isquémicas del corazón	76,7	77,8	83,4		53,8	55,3	55,1		63,4	64,5	66,6	
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	9,2	11,4	13,8		12,8	9,8	12,4		11,7	10,5	13,1	
Paro cardíaco	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Insuficiencia cardíaca	3,4	4,2	2,7		6,3	3,5	2,1		5,2	3,9	2,3	
Enfermedades cerebrovasculares	24,8	28,7	25,5		27,0	28,6	30,4		26,2	28,7	28,9	
Aterosclerosis	0,0	0,0	0,0		0,0	0,2	0,0		0,0	0,1	0,0	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	6,8	6,4	6,5		5,8	4,1	4,6		6,2	5,0	5,3	

*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Respecto al comportamiento observado en la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Suba comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón un 19 % inferior al valor de la Subred (65,8 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (100,5 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Suba presentó el valor más bajo.

Afecciones del periodo perinatal

Para el año 2014 en la localidad de Suba, ocurrieron 95 muertes por afecciones de periodo perinatal (8,3 muertes por cada 100.000 habitantes), con respecto a 2012 se incrementó el número de defunciones en 23,4 % y la tasa cruda en 17,7 % (16). En este grupo después de resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, la causa más frecuente de mortalidad fue trastornos respiratorios del periodo perinatal con una tasa de 2,5 muertes por cada 100.000 habitantes; en contraste, la tasa cruda más baja fue por el retardo del crecimiento fetal (0,6 %), el incremento más importante estuvo en feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas (225,8 %) comparado con el 2012 (Tabla 9).

Según sexo, el 53,7 % de las defunciones ocurrió en hombres. Se registró 3,9 veces más muertes en mujeres y 1,4 veces en los hombres por feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, seguido por sepsis bacteriana del recién nacido (incrementó 1,2 veces) en las mujeres y en los hombres afecciones por complicaciones obstétricas y retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (192,9) (Tabla 9).

Tabla 9. Tasas ajustadas de mortalidad por afecciones del periodo perinatal según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014

Afecciones del periodo Perinatal	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
FRN. Afectados por ciertas afecciones maternas	0,4	0,4	1,0		0,2	0,2	1,0		0,3	0,3	1,0	
FRN. Afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1,3	0,8	1,4		0,4	0,4	0,6		0,9	0,6	1,0	
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,2	1,5	0,6		0,4	0,2	0,6		0,3	0,8	0,6	
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	4,4	2,3	2,9		2,1	0,8	2,1		3,3	1,6	2,5	
Sepsis bacteriana del recién nacido	1,1	0,8	1,9		0,9	1,3	1,9		1,0	1,1	1,9	
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1,9	2,1	2,7		3,0	1,8	2,9		2,4	2,0	2,8	

*FRN: Feto y Recién Nacido. Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

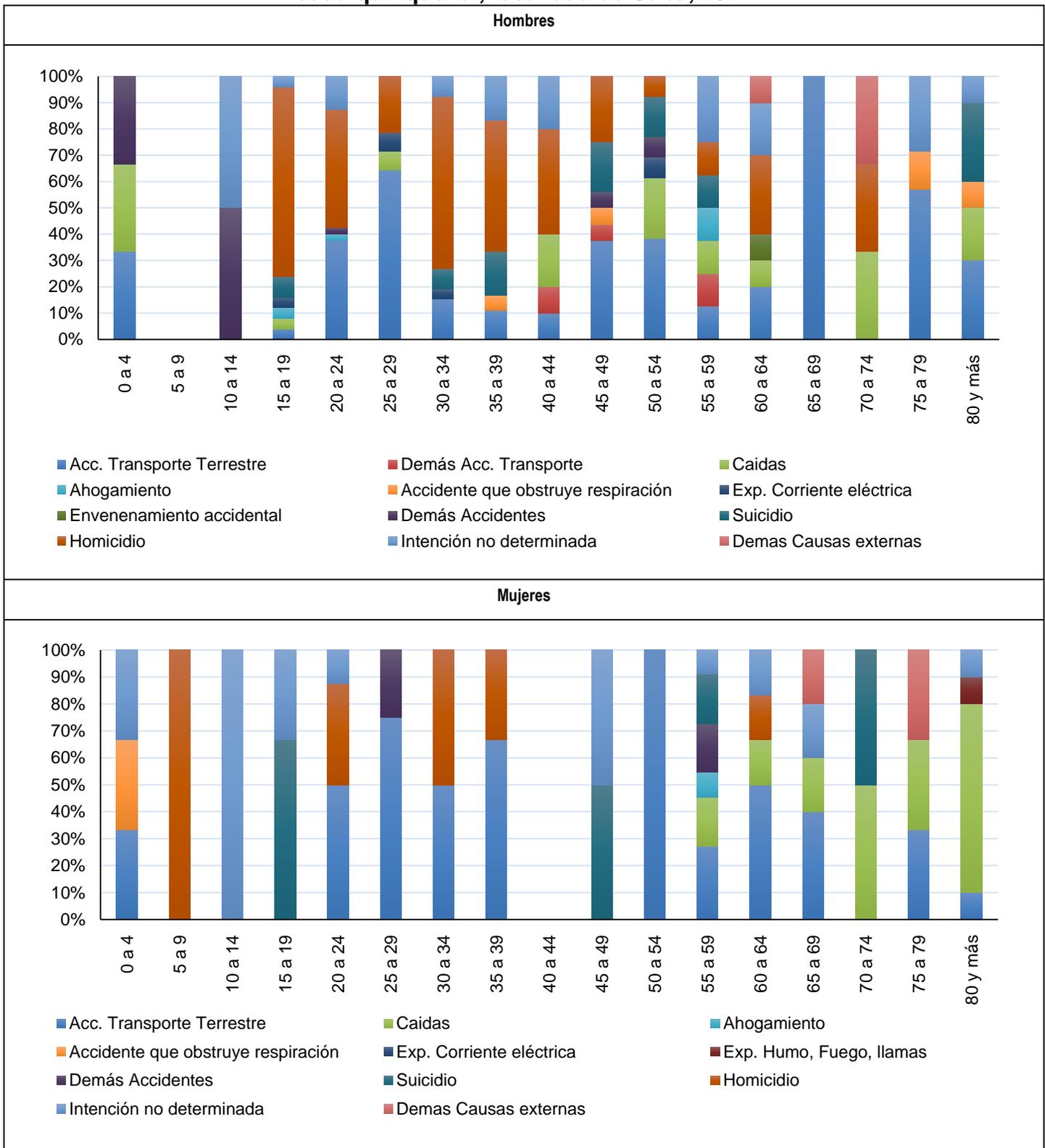
Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Para este grupo, la primera causa de mortalidad en Suba coincide con el comportamiento de la Subred Norte, donde las otras afecciones del periodo perinatal fue la principal causa (1,7 muertes por cada 100.000 habitantes), siendo superior en un 36,9 % respecto a la Subred.

Causas externas

En Suba para el año 2014 se registraron 273 muertes (23,8 por cada 100.000 habitantes), con respecto al 2012 se presentó una reducción del 2,5 % en el número de casos y del 7 % en la tasa cruda de mortalidad (16). Según sexo y edad quinquenal, los accidentes de transporte terrestre y el homicidio fueron las principales causas en casi todos los grupos quinquenales para ambos sexos. El homicidio fue significativamente más alto en hombres en los grupos de 15 a 35 años (Figura 9).

Figura 9. Proporción de muertes por causas externas, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014



Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Los accidentes de transporte terrestre (6,9 %) y las agresiones (homicidios) (7,2 %) ocuparon las tasas más altas de mortalidad; por el contrario, el envenenamiento accidental y las demás causas externas presentan tendencia a la reducción; para accidentes por arma de fuego no se encuentran registros de mortalidad (16) (tabla 10).

Según sexo, el 75,8 % de las defunciones ocurrió en hombres, quienes presentaron reducción del 3,3 % frente al 2012, siendo las agresiones (homicidio) la causa con la tasa ajustada más alta, en mujeres la reducción promedio es del 10,6 % y la tasa más alta corresponde a accidentes de transporte terrestre (3,7 por cada 100.000 habitantes). El incremento más significativo para los hombres fue la muerte por exposición a corriente eléctrica (2,5 veces) y en la mujer después de las demás causas lo accidentes de transporte terrestre (37,1 %) (Tabla 10).

Tabla 10. Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas según sexo, lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014

Causas Externas	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Accidentes de transporte terrestre	9,7	11,3	10,7		2,7	2,3	3,7		5,8	6,4	6,9	
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0,5	0,0	0,5		0,0	0,0	0,0		0,2	0,0	0,2	
Caídas	3,1	3,7	2,7		1,9	2,1	2,3		2,4	2,7	2,6	
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,8	0,6	0,5		0,2	0,0	0,1		0,5	0,3	0,3	
Accidentes que obstruyen la respiración	1,8	1,5	1,0		0,6	0,6	0,2		1,1	1,0	0,5	
Exposición a la corriente eléctrica	0,2	0,2	0,7		0,0	0,0	0,0		0,1	0,1	0,3	
Exposición al humo, fuego y llamas	0,0	0,2	0,0		0,0	0,0	0,2		0,0	0,1	0,1	
Envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas	0,4	0,4	0,2		0,1	0,1	0,0		0,3	0,3	0,1	
Los demás accidentes	1,8	0,8	0,9		0,4	0,5	0,5		1,0	0,7	0,7	
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	3,3	4,5	3,2		1,8	0,7	1,0		2,6	2,6	1,9	
Agresiones (homicidios)	13,2	13,5	13,7		2,6	2,8	1,2		7,7	7,8	7,2	
Eventos de intención no determinada	8,7	3,2	4,1		1,3	1,1	1,6		4,6	2,1	2,7	
Las demás causas externas	0,6	0,9	0,5		0,2	0,0	0,4		0,4	0,4	0,4	

*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

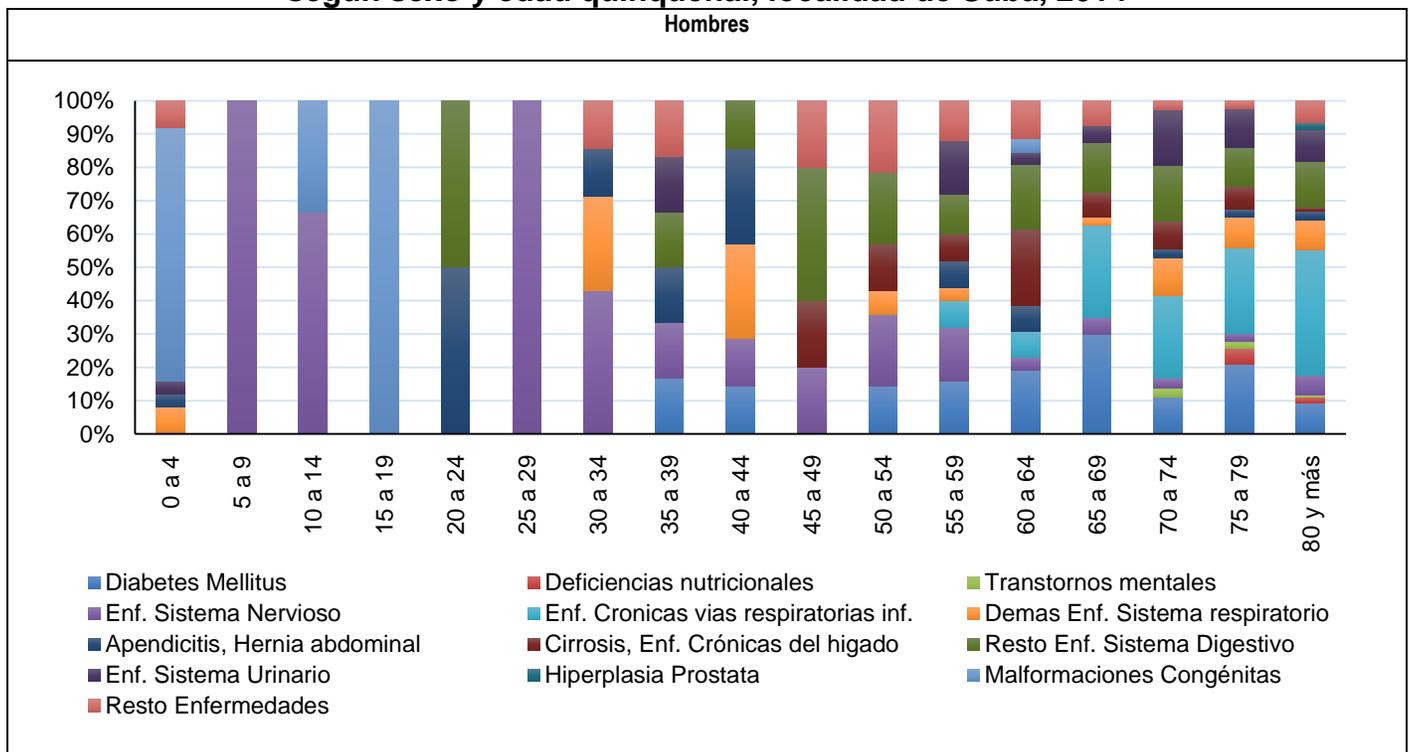
Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

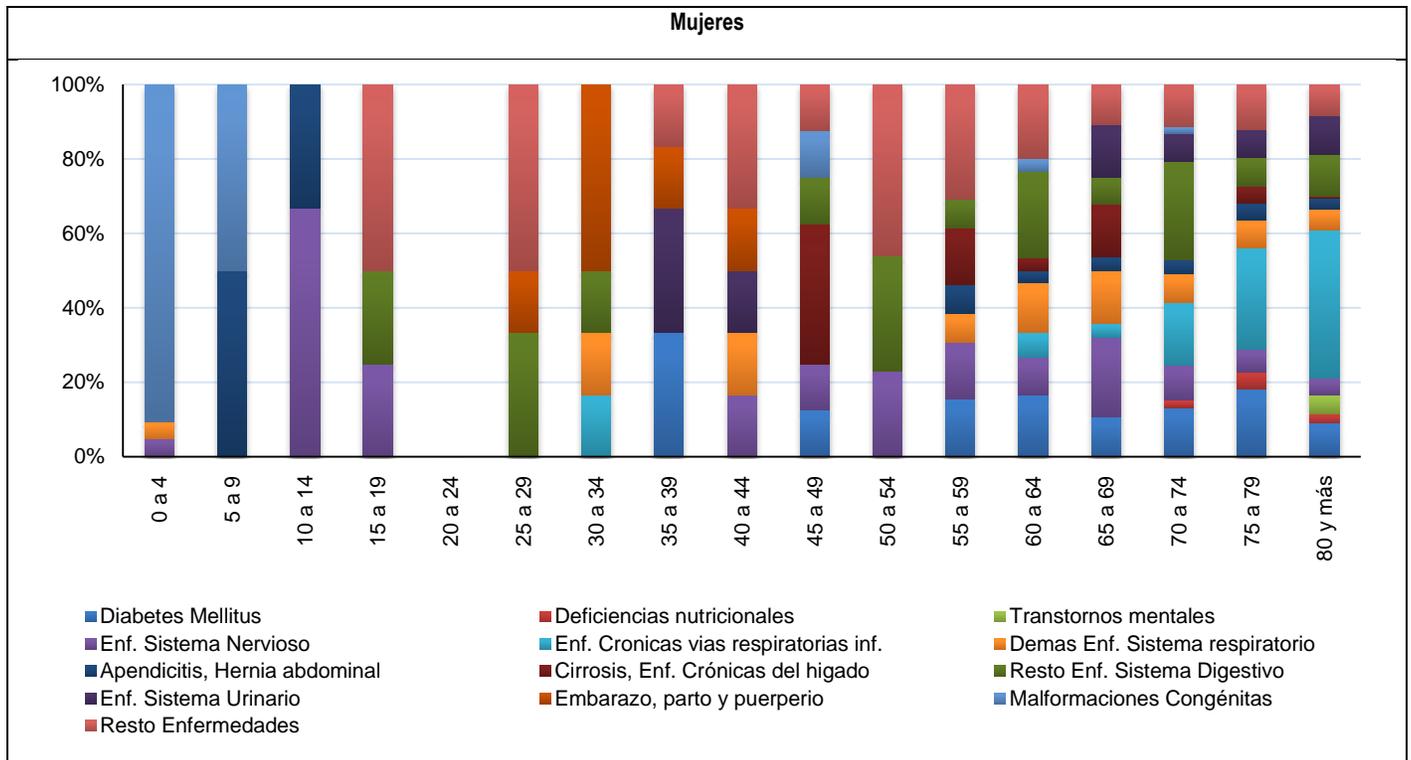
Para este grupo Suba difiere del comportamiento de la Subred Norte y de las localidades que la integran (excepto Usaquén), donde la principal causa de defunción fueron los accidentes de transporte terrestre (6,7 muertes por cada 100.000 habitantes). En cuanto a homicidios la Localidad presentó una tasa superior a la Subred en 14,7 % (6,54 muertes por cada 100.000 habitantes), donde esta causa ocupó el segundo lugar según magnitud.

Demás causas

Para el año 2014 en la localidad de Suba, ocurrieron 954 muertes (83,2 por cada 100.000 habitantes), con respecto a 2012 se presentó una reducción del 3 % en el número de casos y 7,5 % en la tasa cruda de mortalidad (16). Según sexo y edad quinquenal, las malformaciones congénitas en menores de 5 años fue la principal causa en ambos sexos, de igual forma hubo coincidencia para el grupo de enfermedades del sistema nervioso, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y diabetes mellitus concentrados principalmente en los grupos mayores de 35 años, con tendencia creciente desde los 35 años para el grupo de mujeres las enfermedades del sistema urinaria son las más relevantes (Figura 10).

Figura 10. Proporción de muertes por las demás enfermedades, lista 6/67 OPS, según sexo y edad quinquenal, localidad de Suba, 2014





Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

En este subgrupo las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores presentan la tasa de mortalidad más alta (27,4 %), seguido de las demás enfermedades del sistema digestivo (13,2 %). Los trastornos mentales y del comportamiento se incrementaron 6,2 veces con respecto al año 2012 (16). Según sexo, el 55,7 % de las defunciones fue en mujeres. Al evaluar el comportamiento de la mortalidad en hombres y mujeres, se identifica que el incremento en hombres más significativo corresponde a hiperplasia prostática y en mujeres trastornos mentales y del comportamiento (2,7 y 10,5 veces más, respectivamente) (Tabla 11).

**Tabla 11. Tasas ajustadas de mortalidad grupo demás enfermedades según sexo.
Lista 6/67 OPS, localidad de Suba, 2012-2014**

Demas Enfermedades	Hombres				Mujeres				Total			
	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia	2012	2013	2014	Tendencia
Diabetes mellitus	12,0	12,2	14,4		12,8	10,0	9,9		12,6	10,9	11,8	
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	2,4	2,5	1,6		3,0	1,3	2,0		2,9	1,8	1,9	
Trastornos mentales y del comportamiento	0,4	1,4	0,9		0,2	0,8	2,4		0,3	1,0	1,9	
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	7,8	7,6	7,8		7,1	8,9	7,1		7,3	8,3	7,3	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	30,8	33,7	31,1		27,8	22,1	25,0		29,0	26,7	27,4	
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	7,3	7,3	9,1		6,8	6,5	6,4		7,0	7,0	7,4	
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	3,0	1,3	4,0		3,6	1,7	3,3		3,4	1,6	3,6	
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	4,9	6,2	5,1		2,6	3,6	2,3		3,5	4,8	3,4	
Resto de enfermedades del sistema digestivo	16,3	18,0	15,4		18,4	13,2	11,9		17,6	15,1	13,2	
Enfermedades del sistema urinario	17,2	17,7	10,4		10,9	10,0	7,9		13,3	13,0	8,9	
Hiperplasia de la próstata	0,4	2,0	1,3		0,0	0,0	0,0		0,1	0,7	0,5	
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0	0,0		1,2	0,3	0,9		0,6	0,2	0,5	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8,5	6,2	4,5		4,2	5,6	4,7		6,3	5,9	4,6	
Resto de las enfermedades	8,3	7,9	7,7		14,0	11,1	10,9		11,7	9,7	9,6	

*Punto rojo: dato más alto; Punto verde: dato más bajo.

Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Comparado con la Subred Norte y las localidades que la integran, para 2014 Suba comparte la primera causa de mortalidad dentro de este grupo, siendo la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores un 22,1% inferior al valor de la Subred (26,8 defunciones por cada 100.000 habitantes). Por su parte Chapinero obtuvo la tasa de mortalidad más alta por esta causa (35,7 defunciones por cada 100.000 habitantes), mientras Suba presentó el valor más bajo.

3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez

La mortalidad en la infancia se presenta de acuerdo con la clasificación de causas de muerte definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, para el grupo de menores de un año, de uno a cuatro años y menores de cinco años. De igual forma se describe el comportamiento de la mortalidad evitable.

Mortalidad en menores de un año

En Suba para 2014 se presentaron 148 muertes (10.0 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), donde las afecciones del periodo perinatal tuvieron la tasa más alta de mortalidad en ambos sexos, aunque presentaron reducción del 60,1 % en hombres y del 35,2 % en mujeres con relación 2012, la causa con la mayor reducción fue las enfermedades del sistema genitourinario (51,3 %) (16). Respecto al sexo, la reducción más importante se presentó en hombres, Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (60,1 %), seguida de causas externas de morbilidad y mortalidad (51,2 %) (Tabla 12).

Tabla 12. Tasas de mortalidad en menores de 1 año, según lista de tabulación MSPS, localidad de Suba, 2012-2014

Causas de mortalidad infantil y de niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumores (neoplasias)	0,13	0,13	0,26	0,00	0,00	0,28	0,07	0,07	0,27
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	0,13	0,00	0,00	0,14	0,14	0,00	0,14	0,07
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,20
Enfermedades del sistema respiratorio	0,00	0,40	0,13	0,14	0,00	0,14	0,07	0,20	0,13
Enfermedades del sistema genitourinario	0,27	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,07
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5,91	4,93	2,36	4,28	3,06	2,77	5,12	4,02	2,56
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,17	3,60	1,97	2,57	3,34	2,50	3,39	3,47	2,22
Todas las demás enfermedades	4,57	4,26	2,36	2,71	3,48	2,77	3,67	3,88	2,56
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,27	0,00	0,13	0,14	0,28	0,28	0,21	0,14	0,20

Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Cabe mencionar que causas como Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Enfermedades del sistema digestivo no registran casos de muerte en menores de un año para el periodo reportado.

Frente al comportamiento de la Subred Norte y las localidades que la integran, para este grupo de edad, en Suba coincide la principal causa de mortalidad, siendo la tasa de defunciones originadas por afecciones del periodo perinatal un 31,9 % menor al valor presentado en la Subred (3,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos).

Mortalidad en menores de 1 a 4 años

En Suba se presentaron 21 defunciones (30.7 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años), la tasa de mortalidad más alta después del grupo de todas las demás enfermedades fue por Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (11,71 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años), siendo los tumores, enfermedades del sistema respiratorio, y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal las que mantienen las tasas más bajas (16). Respecto al sexo la mayor reducción en los hombres se presentó en tumores (neoplasias) y en mujeres las enfermedades del sistema digestivo, para los dos grupos un (100 %) (Tabla 13).

Tabla 13. Tasa de mortalidad en menores de 1-4 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Suba, 2012-2014

Causas de mortalidad infantil y de niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumores (neoplasias)	5,95	2,94	0,00	3,02	5,98	2,96	4,49	4,45	1,47
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	5,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,93
Enfermedades del sistema respiratorio	2,97	0,00	2,91	0,00	0,00	0,00	1,50	0,00	1,47
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	3,02	0,00	0,00	1,50	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	2,99	0,00	0,00	1,48	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	2,94	20,36	3,02	0,00	2,96	1,50	1,48	11,73
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8,92	0,00	11,63	3,02	2,99	2,96	5,99	1,48	7,33
Todas las demás enfermedades	11,89	0,00	20,36	12,08	8,96	2,96	11,98	4,45	11,73
Causas externas de morbilidad y mortalidad	2,97	8,82	5,82	6,04	2,99	2,96	4,49	5,93	4,40

Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

Respecto al comportamiento de la Subred Norte y las localidades que la integran, para este grupo de edad, en Suba coincide la principal causa de mortalidad, siendo la tasa de defunciones por todas las demás enfermedades un 75,2 % menor al valor presentado en la Subred (47,3 muertes por cada 100.000 menores de 4 años).

Mortalidad en menores de cinco años

En la localidad de Suba se presentaron 169 muertes en el año 2014 (198 muertes por cada 100.000 menores de 5 años), la tasa de mortalidad más alta la ocupan ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con una reducción del 40 % respecto al 2012. Según sexo,

en hombres las muertes relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio se incrementaron en 95,3 %, en mujeres los tumores se aumentaron 1,9 veces, siendo estas las variaciones más significativas (16) (Tabla 14).

Tabla 14. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, según lista de tabulación MSPS, localidad de Suba, 2012-2014

Causas de mortalidad infantil y de niño	Hombres			Mujeres			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Tumores (neoplasias)	7,14	4,71	4,65	2,42	4,79	7,11	4,80	4,75	5,87
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	2,35	0,00	0,00	2,40	2,37	0,00	2,38	1,17
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	6,97	0,00	0,00	4,74	0,00	0,00	5,87
Enfermedades del sistema respiratorio	2,38	7,06	4,65	2,42	0,00	2,37	2,40	3,56	3,52
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	2,42	0,00	0,00	1,20	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	4,76	0,00	2,32	0,00	2,40	0,00	2,40	1,19	1,17
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	104,77	89,49	58,12	75,03	52,71	49,74	90,02	71,26	53,97
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	80,96	63,58	44,17	45,98	59,90	45,00	63,61	61,76	44,58
Todas las demás enfermedades	90,48	75,36	58,12	55,66	67,09	49,74	73,21	71,26	53,97
Causas externas de morbilidad y mortalidad	7,14	7,06	6,97	7,26	7,19	7,11	7,20	7,13	7,04

Fuente: Base de datos DANE-RUAF_ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS 2012-2014 (Publicación definitiva DANE 30-06- 2016)

3.1.4 Mortalidad materno - infantil y en la niñez

En el 2016 no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los indicadores de mortalidad evitable de Suba y Bogotá, sin embargo, la razón de mortalidad materna y las tasas de mortalidad por IRA y desnutrición estuvieron por debajo al valor Distrital (37,2, 72,2 % y 100 % respectivamente), mientras que la tasa de mortalidad por EDA fue un 21,9 % mayor. De acuerdo a la tendencia observada en el último año, la tasa de mortalidad perinatal, infantil y en la niñez tuvieron un incremento promedio del 13,5 % comparado con el 2015 mientras que los demás se redujeron o se mantuvieron estables (17) (Tabla 15).

Tabla 15. Mortalidad evitable. Bogotá – localidad de Suba, 2009-2016

Causa de muerte	Bogotá	Suba	Año							
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	23,4	14,7	↗	↘	↘	↗	↘	↗	-	↘
Tasa de mortalidad perinatal	13,2	13,5	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad infantil	9,1	9,9	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	10,8	11,3	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4	1,1	↘	↗	↘	↗	↗	↘	-	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,5	1,1	↘	↗	↘	-	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,7	0	-	-	↗	↘	-	-	-	-

*Amarillo: No hay diferencias significativas entre el valor distrital y la localidad; Verde: El indicador local es significativamente menor respecto a Bogotá.

Fuente: Base de nacimientos y Defunciones RUAF SDS 2009-2016.

La distribución de muertes evitables por UPZ, muestran a Tibabuyes, el Rincón y Suba con la mayor proporción de casos de la localidad, mientras que en la Academia y Guaymaral no se presentaron muertes (17) (tabla 16)

Tabla 16. Mortalidad evitable según UPZ, localidad de Suba, 2016

UPZ	M. Materna		M. Perinatal		M. Infantil		M. en la niñez		M. IRA < 5 años		M. EDA < 5 años	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
002 La Academia	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
003 Guaymaral	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17 San Jose de Bavaria	0	0	7	3,8	5	3,7	5	3,3	0	0,0	0	0,0
18 Britalia	0	0	11	5,9	4	3,0	5	3,3	0	0,0	0	0,0
19 El Prado	0	0	9	4,8	6	4,5	6	3,9	0	0,0	0	0,0
20 La Alhambra	0	0	4	2,2	8	6,0	9	5,9	0	0,0	0	0,0
23 Casa Blanca	0	0	5	2,7	3	2,2	4	2,6	0	0,0	0	0,0
24 Niza	0	0	10	5,4	5	3,7	5	3,3	0	0,0	0	0,0
25 La Floresta	0	0	5	2,7	4	3,0	4	2,6	0	0,0	0	0,0
27 Suba	0	0	19	10,2	19	14,2	23	15,0	0	0,0	1	100,0
28 El Rincón	2	100	57	30,6	38	28,4	43	28,1	0	0,0	0	0,0
71 Tibabuyes	0	0	59	31,7	42	31,3	49	32,0	1	100,0	0	0,0
911 Rural	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	2	100	186	100	134	100	153	100	1	100	1	100

Fuente: Base de nacimientos y Defunciones RUAF SDS 2016. Datos preliminares

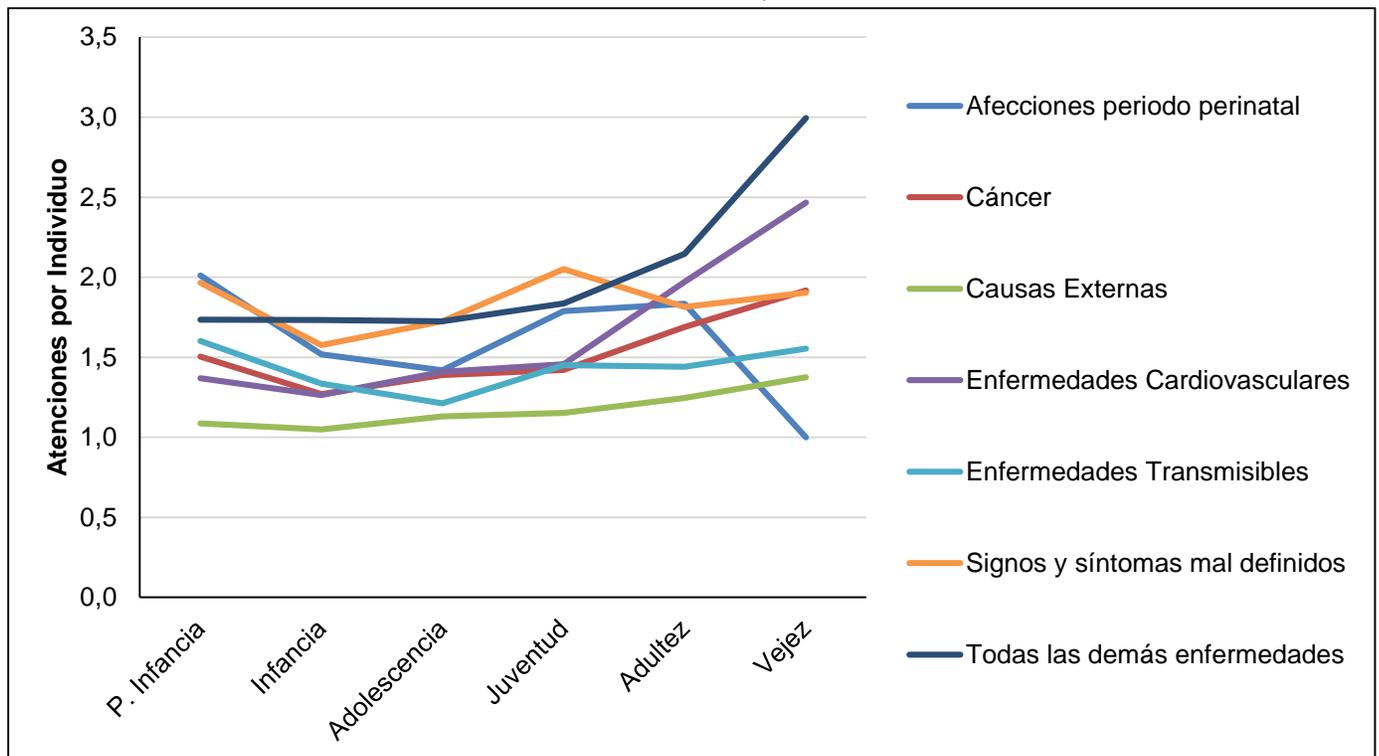
3.2 Análisis de estructura de morbilidad

3.2.1 Morbilidad general y análisis de la prestación del servicio

Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen subsidiado y vinculado

En 2016, se realizaron 1'343.319 atenciones en 720.924 personas (1,9 atenciones por Individuo) en las instituciones prestadoras de salud adscritas a la Secretaría Distrital de Salud (18); el 66 % fueron mujeres y el 39,1 % adultos. Según la agrupación 6/67 de las OMS, los grupos de todas las demás enfermedades y signos y síntomas mal definidos fueron de los que más atenciones por Individuo tuvieron en todos los cursos de vida. En contraste, las causas externas mostraron el menor número de atenciones por individuo en casi todos los cursos de vida (Figura 11).

Figura 11. Atenciones por individuo según momento del curso de vida, localidad de Suba, 2016



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

Por tipo de atención, el 82,8 % correspondió a consulta externa, el 15,9 % a Urgencias y el 1,3 % a hospitalización; el mayor número de atenciones por individuo lo generó el grupo de

enfermedades cardiovasculares siendo de los más representativos en los tres servicios, aunque con tendencia decreciente comparado con lo estimado en el 2012 (18) (Tabla 17).

Tabla 17. Atenciones por individuo según tipo de servicio y grandes causas. Bogotá- localidad de Suba, 2012- 2016

Tipo Servicio	Gran Causa	Bogotá 2016	Suba 2016	Razón Localidad/Bogotá	Tendencia 2012 a 2016
Consulta Externa	Afecciones periodo perinatal	2,04	1,95	-4,6	
	Cáncer	2,07	1,66	-19,9	
	Causas Externas	1,25	1,33	6,8	
	Enfermedades Cardiovasculares	2,03	2,25	10,9	
	Enfermedades Transmisibles	1,41	1,33	-5,2	
	Signos y síntomas mal definidos	1,86	1,89	1,2	
	Todas las demás enfermedades	2,05	2,17	5,7	
	Total	1,93	1,99	3,0	
Hospitalización	Afecciones periodo perinatal	1,07	1,07	0,1	
	Cáncer	1,24	1,14	-8,0	
	Causas Externas	1,04	1,06	1,5	
	Enfermedades Cardiovasculares	1,16	1,13	-3,1	
	Enfermedades Transmisibles	1,16	1,10	-5,4	
	Signos y síntomas mal definidos	1,09	1,09	0,7	
	Todas las demás enfermedades	1,15	1,20	4,0	
	Total	1,15	1,15	0,6	
Urgencias	Afecciones periodo perinatal	1,29	1,24	-4,4	
	Cáncer	1,53	1,41	-8,4	
	Causas Externas	1,10	1,07	-2,9	
	Enfermedades Cardiovasculares	1,36	1,44	6,4	
	Enfermedades Transmisibles	1,42	1,48	4,2	
	Signos y síntomas mal definidos	1,34	1,36	1,2	
	Todas las demás enfermedades	1,45	1,49	2,6	
	Total	1,41	1,45	2,3	
Total General	1,83	1,86	1,8		

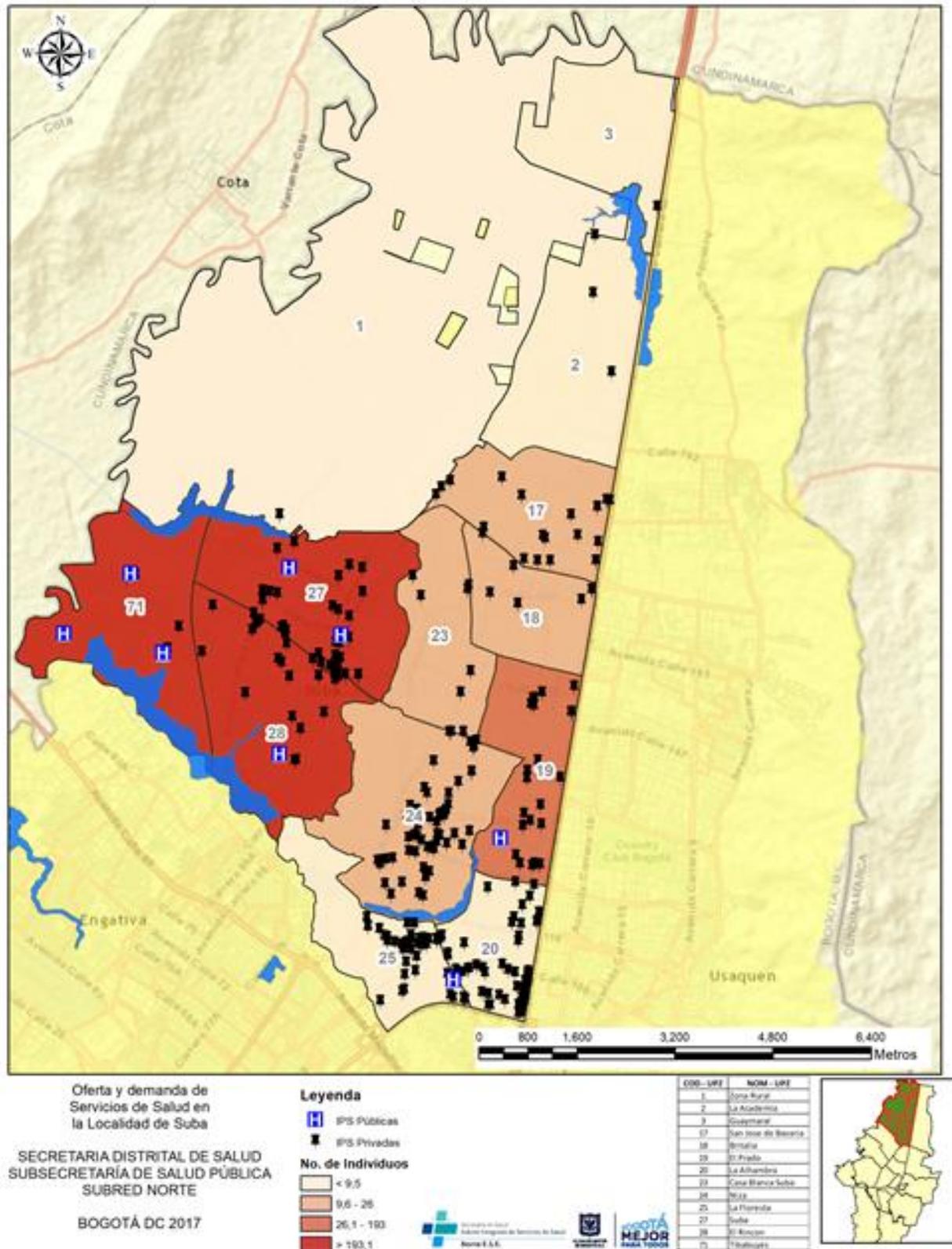
*Rojo: Valor local superior al Distrital; Verde: Valor local inferior al Distrital.

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

Descripción de la oferta

En el 2015 habían 319 IPS privadas (44,2 % en las UPZ la Alhambra y Niza) y nueve públicas (66,7 % en las UPZ Tibabuyes y Suba). En cuanto a la demanda de servicios para el mismo año, se concentró en las UPZ Suba, el Rincón y Tibabuyes donde se ubica el 22,3 % de la oferta privada, siendo los servicios de odontología general y protección específica y detección temprana los más frecuentes (19,20) (Mapa 5).

Mapa 5. Oferta y demanda de servicios de salud, localidad de Suba 2015



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital "IDECA". Base de datos IPS públicas y privadas. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE. 2015.

La Localidad de Suba al igual que todas las Localidades que conforman la Subred Norte posee un amplia oferta de IPS públicas y privadas, que se concentran mayormente sobre la Autopista Norte en las UPZ La Alhambra, El Prado y San José de Babarúa, sobre la calle 116 en la UPZ la Floresta, la carrera 58 en la UPZ Niza y por la carrera 103 entre las UPZ el Rincón y Suba que son de igual manera las UPZ donde se genera la mayor demanda de los servicios de salud, al igual que en Tibabuyes que aunque posee una oferta menor de instituciones privadas, se encuentra cubierta por tres IPS Públicas.

Esta Localidad es la de mayor extensión de la Subred Norte y una de las más grandes del Distrito, lo que genera mayor tiempo en desplazamientos desde y hacia las instituciones prestadoras de servicios, lo cual puede variar según las rutas y horarios de movilización. Al igual que las Localidades de Usaquén y Chapinero, en Suba se encuentran todos los estratos socioeconómicos y las UPZ Tibabuyes, el Rincón y Suba, que poseen la mayor demanda, de igual manera concentran los estratos socioeconómicos más bajos de la Localidad, donde se generan la mayor cantidad de conflictos y problemáticas, lo que amerita una intervención fuerte desde el sector salud en articulación con otras instituciones que permitan generar acciones integrales y efectivas que den respuesta a las problemáticas identificadas en la población residente.

3.2.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública

SIVIGILA Nacional

En el SIVIGILA se notificaron 13.303 eventos de Suba en el 2016 (12 % respecto al Distrito), la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles fue la más representativa en la localidad (72,7 %) y la dimensión mayor proporción frente al Distrito donde la varicela individual fue el evento de mayor proporción (38,3 %) en este grupo (21).

Por UPZ, el Rincón y Tibabuyes agruparon el 54 % de los casos de la localidad, mientras que la UPR solo tuvo el 0,07 % de las notificaciones; según los eventos, en la UPZ el Rincón la dimensión Convivencia Social y Salud mental tuvo la mayor proporción respecto a la localidad (38,9 %), siendo la violencia de género el evento más representativo (21) (Tabla 18).

Tabla 18. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Suba, 2016

Dimensión PDSP	Localidad	UPZ 002 La Academia	UPZ 003 Guaymaral	UPZ 17 San Jose de Bavaria	UPZ 18 Britalia	UPZ 19 El Prado	UPZ 20 La Alhambra	UPZ 23 Casa Blanca	UPZ 24 Niza	UPZ 25 La Floresta	UPZ 27 Suba	UPZ 28 El Rincón	UPZ 71 Tibabuyes	UPR Suba
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	14,86	0,31	0,64	3,26	6,32	7,26	2,95	2,52	4,41	2,89	13,82	28,83	26,71	0,08
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	11,86	0,28	0,00	4,48	6,50	9,51	3,78	1,96	4,20	3,43	14,20	29,16	22,45	0,07
Convivencia Social y Salud Mental	2,05	0,51	0,00	0,51	1,27	2,04	1,53	1,78	2,04	0,76	14,50	38,93	36,13	0,00
Salud Ambiental	13,15	0,00	0,57	5,75	7,95	15,13	7,85	2,30	10,54	4,31	11,59	20,88	13,12	0,00
Seguridad Alimentaria y Nutricional	12,05	0,16	0,16	4,12	5,93	6,26	3,29	1,48	4,61	3,62	12,52	33,44	24,38	0,00
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	10,31	0,00	0,62	5,56	6,79	10,49	9,26	1,85	6,79	3,70	11,73	28,40	14,81	0,00

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

Por momento de curso de vida, el 52,9 % de las notificaciones se concentró en la Juventud y Adulthood y el 55 % fueron mujeres. La varicela individual de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles fue el evento más frecuente en los cursos de vida primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, por su parte, la vigilancia integrada de la rabia humana de la misma dimensión, fue la más representativa en la adultez y vejez (21) (Tabla 19).

Tabla 19. Eventos individuales notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP y Cursos de Vida, localidad de Suba, 2016.

Dimensión PDSP	Cursos de Vida	Hombres		Mujeres		Total	
		n	%	n	%	n	%
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	P. Infancia	1427	14,8	1204	12,5	2631	27,2
	Infancia	701	7,3	651	6,7	1352	14,0
	Adolescencia	415	4,3	369	3,8	784	8,1
	Juventud	1096	11,3	1010	10,4	2106	21,8
	Adulthood	1040	10,8	1238	12,8	2278	23,6
	Vejez	198	2,0	318	3,3	516	5,3
	Total	4877	50,4	4790	49,6	9667	100,0
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	P. Infancia	103	7,2	99	6,9	205	14,3
	Infancia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Adolescencia	1	0,1	36	2,5	37	2,6
	Juventud	150	10,5	380	26,6	530	37,1
	Adulthood	178	12,4	466	32,6	644	45,0
	Vejez	10	0,7	4	0,3	14	1,0
	Total	442	30,9	985	68,9	1430	100,0
Convivencia Social y Salud Mental	P. Infancia	11	2,8	23	5,9	34	8,7
	Infancia	4	1,0	27	6,9	31	7,9
	Adolescencia	9	2,3	78	19,8	87	22,1
	Juventud	26	6,6	126	32,1	152	38,7
	Adulthood	16	4,1	69	17,6	85	21,6
	Vejez	1	0,3	3	0,8	4	1,0
	Total	67	17,0	326	83,0	393	100,0
Salud Ambiental	P. Infancia	50	4,8	42	4,0	92	8,8
	Infancia	41	3,9	34	3,3	75	7,2
	Adolescencia	84	8,0	114	10,9	198	19,0
	Juventud	174	16,7	160	15,3	334	32,0
	Adulthood	158	15,1	150	14,4	308	29,5
	Vejez	16	1,5	21	2,0	37	3,5
	Total	523	50,1	521	49,9	1044	100,0
Seguridad Alimentaria y Nutricional	P. Infancia	18	3,0	10	1,6	28	4,6
	Infancia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Adolescencia	0	0,0	33	5,4	33	5,4
	Juventud	0	0,0	299	49,3	299	49,3
	Adulthood	0	0,0	247	40,7	247	40,7
	Vejez	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	18	3,0	589	97,0	607	100,0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	P. Infancia	17	10,5	8	4,9	25	15,4
	Infancia	14	8,6	12	7,4	26	16,0
	Adolescencia	15	9,3	12	7,4	27	16,7
	Juventud	3	1,9	5	3,1	8	4,9
	Adulthood	2	1,2	41	25,3	43	26,5
	Vejez	1	0,6	32	19,8	33	20,4
	Total	52	32,1	110	67,9	162	100,0
Total General		5979	44,9	7321	55,0	13303	100,0

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

Por eventos colectivos, en Suba hubo 194 notificaciones (1,4 % respecto al Distrito), donde las UPZ Suba y la Alhambra acumularon la mayor proporción de eventos de la localidad (71,6 %). El evento más frecuente fue morbilidad por EDA en la UPZ Suba con 66 notificaciones, mientras que en la Academia no hubo registros (21) (Tabla 20).

Tabla 20. Proporción de eventos colectivos notificados al SIVIGILA según dimensiones PDSP frente al Distrito, localidad de Suba, 2016

Dimensión PDSP	EVENTOS	Localidad	UPZ 002 La Academia	UPZ 003 Guaymaral	UPZ 17 San Jose de Bavaria	UPZ 18 Britalia	UPZ 19 El Prado	UPZ 20 La Alhambra	UPZ 23 Casa Blanca	UPZ 24 Niza	UPZ 25 La Floresta	UPZ 27 Suba	UPZ 28 El Rincón	UPZ 71 Tibabuyes
Salud Ambiental	ETA (Brote)	11,8	0,0	0,0	18,2	9,1	0,0	9,1	0,0	27,3	0,0	9,1	27,3	0,0
Vida saludable y enfermedades Transmisibles	Morbilidad por EDA	1,4	0,0	1,2	0,0	0,0	5,3	38,2	2,9	4,1	4,1	38,8	5,3	0,0
	Morbilidad por IRA	6,2	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	41,7	8,3	33,3

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

SIVIGILA Distrital

Respecto a la distribución de los eventos en los subsistemas de vigilancia en salud pública, se registraron 26.251 eventos en Suba (9,12 % respecto al Distrito), el subsistema con mayor número de registros fue el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISVAN) con 6.453 notificaciones, mientras que la mayor proporción de casos frente al Distrito lo tuvo el subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Consumo de Sustancias Psicoactivas (VESPA). Por UPZ, el 61,5 % de las notificaciones correspondió a el Rincón y Tibabuyes, mientras que la Academia, Guaymaral y la UPR tuvieron la menor proporción de casos de la localidad (0,06 %); según los eventos, las notificaciones de VESPA en el Rincón fueron las más altas (53,4 %) entre las UPZ coincidiendo con el comportamiento local (22) (Tabla 21).

Tabla 21. Proporción de eventos notificados a los subsistemas de vigilancia en salud pública, localidad de Suba, 2016

Dimensión PDSP	SUBSISTEMA	Localidad	UPZ 002 La Academia	UPZ 003 Guaymaral	UPZ 17 San Jose de Bavaria	UPZ 18 Britalia	UPZ 19 El Prado	UPZ 20 La Alhambra	UPZ 23 Casa Blanca	UPZ 24 Niza	UPZ 25 La Floresta	UPZ 27 Suba	UPZ 28 El Rincón	UPZ 71 Tibabuyes	UPR	Sin UPZ
Seguridad Alimentaria y Nutricional	SISVAN	10,9	0,0	0,0	2,6	3,9	5,0	0,9	1,0	2,3	2,2	20,3	37,2	24,7	0,0	0,0
Convivencia Social y Salud Mental	VESPA	14,0	0,1	0,0	1,4	3,9	2,4	6,8	2,2	2,6	0,7	12,5	53,4	13,6	0,0	6,8
	Lesiones Causa Externa	7,2	0,0	0,1	2,2	4,4	5,8	2,2	3,0	4,2	4,5	14,0	33,5	24,8	0,0	1,3
	SISVECOS	10,5	0,0	0,0	2,7	9,2	5,6	1,7	3,0	4,9	1,0	15,8	27,3	27,2	0,0	1,5
	SIVIM	9,2	0,0	0,0	2,0	3,1	4,1	1,0	2,0	2,6	0,9	12,8	31,9	34,5	0,0	5,1
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	Discapacidad	8,1	0,0	0,0	1,6	4,1	4,8	4,9	2,4	5,4	2,0	17,1	30,3	27,2	0,1	0,1
	SISVESO	9,2	0,0	0,0	4,3	6,4	8,0	1,7	2,2	4,8	2,5	11,1	30,1	28,6	0,1	0,1
	SIVISTRA	5,9	0,0	0,0	2,5	7,1	2,5	0,0	1,0	2,0	3,0	21,3	37,6	22,8	0,0	0,0

Fuente: Base de datos subsistemas de vigilancia en salud pública. 2016

3.2.3 Eventos precursores

En 2016, en la localidad consultaron 12.638 personas por diabetes mellitus (1 por cada 100 habitantes) siendo un 57,8 % menor respecto al indicador Distrital aunque sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa. Respecto al 2015 se alcanzó un incremento del 27,5% (18) (tabla 22).

Tabla 22. Eventos precursores, localidad de Suba, 2013-2016

Eventos precursores	Bogotá	Suba	Año			
			2013	2014	2015	2016
Prevalencia de diabetes mellitus	2,4	1	↘	↗	↘	↗

*Amarillo: Entre el indicador local y Distrital no hay diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017).

3.2.4 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades en morbilidad

Para Suba, el grupo de las demás enfermedades es la causa de morbilidad con mayor número de atenciones por individuo en todos los cursos de vida, lo cual dista con el comportamiento de la mortalidad, donde priman las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las neoplasias para el caso de las mujeres y en hombres las lesiones de causa externa.

Según el grupo de las demás causas, las mortalidades ocurrieron principalmente por malformaciones congénitas en menores de cinco años y en adultos por enfermedades del sistema nervioso, patologías crónicas de las vías respiratorias y diabetes mellitus. Para la población infantil se identifican factores de riesgo relacionados con falta de adherencia a métodos de planificación familiar, el no acceso a consulta pre concepcional y fallas en la calidad de la prestación de servicios de salud durante la etapa prenatal; de igual forma, el incumplimiento o desconocimiento respecto a la interrupción voluntaria del embarazo cuando el feto tiene complicaciones no compatibles con la vida.

Para los casos de la población adulta, la aparición de enfermedades crónicas obedece a hábitos de vida no saludables, que sumado a factores genéticos y ausencia de acciones promocionales para transformar conductas conllevan al desarrollo de condiciones crónicas, que generan un mayor gasto en salud y en ocasiones afectan la dinámica familiar cuando se genera discapacidad.

Respecto a la notificación de eventos de interés en Salud Pública, en la UPZ el Rincón la dimensión Convivencia Social y Salud mental tuvo la mayor proporción de casos respecto a la localidad, siendo la violencia de género el evento más representativo; esta situación llama la atención, pues esta fue la única localidad de la Subred Norte en la que se priorizó este evento. Situaciones marcadas por culturas patriarcales, sumadas a la falta de oportunidades de las mujeres conllevan a ambientes en los cuales se hace evidente el maltrato.

En 2016 el 0,11 % de la población de la localidad se encontraba inscrita en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, siendo Rincón la UPZ con mayor proporción de casos (30,3 %). Según sexo el 55 % fueron mujeres y por curso de vida el 40,5 % eran personas mayores de 60 años; el origen de la discapacidad en el 72,6 % de los casos fue por enfermedad general.

Respecto a la oferta y demanda de servicios, la demanda se concentró en las UPZ Suba, el Rincón y Tibabuyes donde se ubican principalmente servicios de odontología general y protección específica y detección temprana, correspondiendo a las necesidades en salud evidenciadas respecto a enfermedades crónicas y controles prenatales; sin embargo, la oferta institucional para el manejo de violencias de género es limitada.

4 CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES

4.1 Contexto demográfico

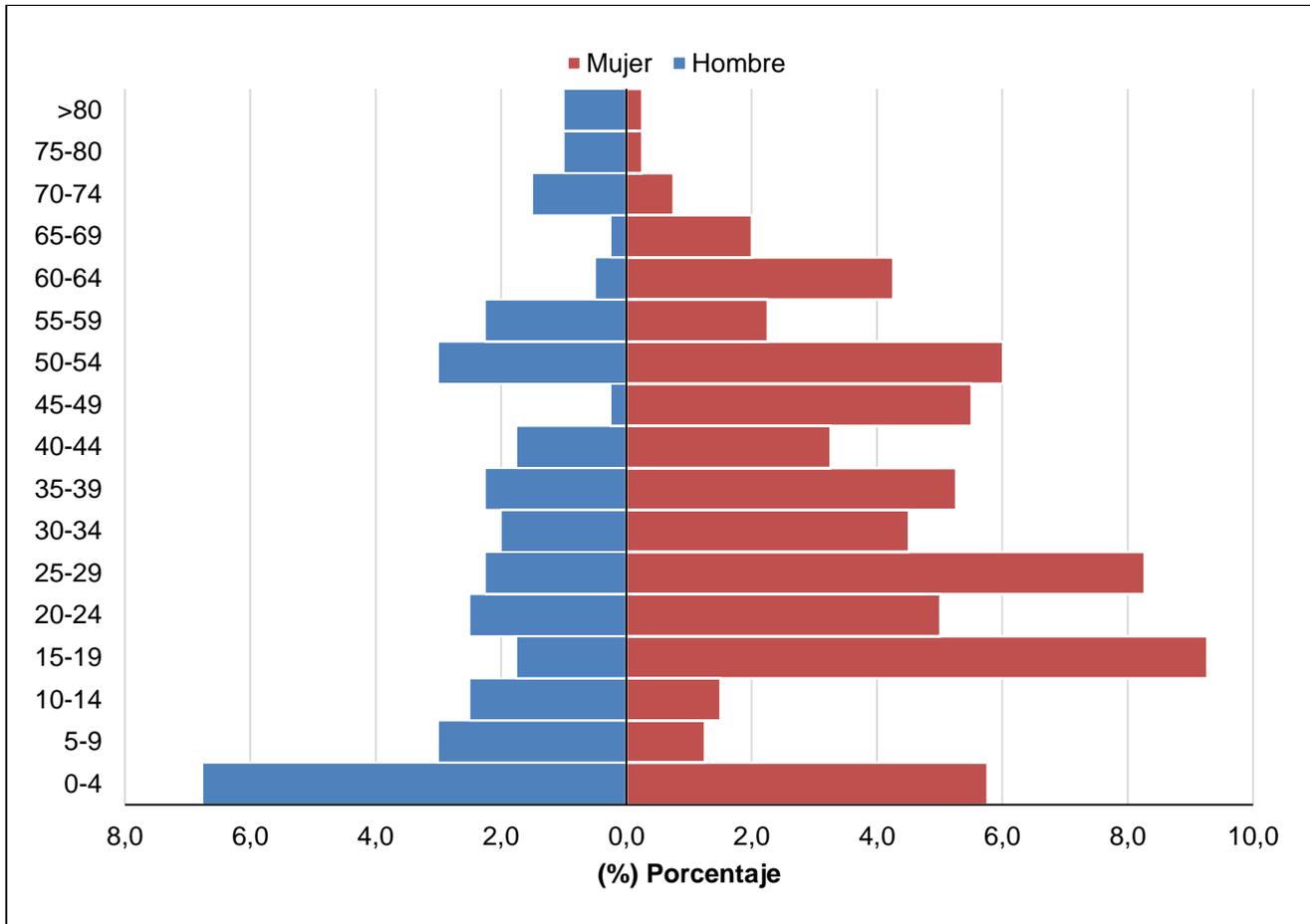
Para el reconocimiento y comprensión de la poblaciones diferenciales, se debe entender y trabajar desde una mirada que incluya dos tipos de enfoque, el primero, es el enfoque poblacional; el cual consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio (23). Y en una segunda medida, el enfoque diferencial el cual da una orientación analítica con alcance a las intervenciones, que reconoce al ser humano individual y social desde su integralidad. Centra la atención en las personas con sus características relacionadas en cada una de sus cursos de vida- generación, de procesos identitarios - diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual), las condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, la habitabilidad en calle, la discapacidad, privación de la libertad, conflicto armado (grupos de reinsertados), el género y el proceso de envejecimiento (23).

Este apartado del documento de análisis, está enfocado a las poblaciones diferenciales que hacen presencia en las seis localidades las cuales comprenden la Subred Norte de Salud, se utilizó como fuente cuantitativa, la base de datos APS en línea, con un conglomerado de información desde el año 2013 hasta el 2016. El sistema de APS en línea es un sistema de información que apoya en los procesos relacionados con la estrategia de atención primaria en salud, unificando e integrando el trabajo de campo de las diferentes Empresas Sociales del Estado y demás actores que participan en el desarrollo de la estrategia y facilita a la Secretaría Distrital de Salud ejercer su labor de rectoría sobre los prestadores involucrados (24).

Con la revisión, el procesamiento y el análisis de los datos encontrados en la base de datos APS en línea, se intentó incluir la mayoría de poblaciones diferenciales para la localidad, pero en algunas poblaciones, no se encontró información que se pudiera documentar, por consiguiente, se trabajó la con la información encontrada y se incluyeron “otras poblaciones” para poder conocer su dinámica demográfica dentro de la localidad.

Para la localidad se caracterizaron un total de 399 personas de origen étnico (138 hombres y 251 mujeres). Por cursos de vida se concentran en la adultez con 187 personas, juventud con 55 personas y vejez 47 personas. En esta población se tiene la presencia de indígenas 50 %, Afrodescendientes 39,3 %, ROM 5,2 % y Raizal con el 1% (Figura 12).

Figura 12. Pirámide población étnica, localidad de Suba 2013-2016



Fuente: Base de datos APS Distrital 2013-2016.

Indígena

La comunidad indígena es un grupo étnico identificado y diferenciado con unas costumbres, creencias, dialectos y cosmovisiones particulares que conviven en el territorio urbano. Son pueblos con una continuidad histórica que han trascendido tanto sus instituciones sociales como su organización y sistemas legales y de convivencia.

La comunidad indígena tiene su representatividad en la localidad con el cabildo abierto indígena Muisca, situado en el noroccidente de la ciudad limitando al oriente con el barrio ciudad jardín donde nace con el cerro y se extiende hasta la calle 170. Según el sistema indígena de salud propia e intercultural-SISPI, hasta el año 2014 se contaba con 1.725 residentes indígenas, las cuales el 88 % pertenecían a dicho cabildo; también se reconoce la presencia de personas de origen Yanaconas, Kichuas, Misak, Nasa y Tubu.

Sin embargo, para el periodo 2013-2016 se identificaron mediante el aplicativo APS del programa “territorio saludable” un total de 200 indígenas (67 hombres y 133 mujeres); de acuerdo a la información tenida se describe que en 27 personas son adultas, 9 adolescentes y 4 infantes; según el sexo de las 27 personas adultas 20 son mujeres con un promedio de edad de 48 años y 7 hombres con un promedio de edad de 53 años. Del total de adultos para esta población el 6,5 % (16 personas) son del régimen contributivo, el 4 % (10 personas) subsidiado; en el caso de los adolescentes el 44,4 % (4 personas) son contributivos y el 55,6 % (5 personas) con del régimen subsidiado; y para infancia el 9,1 % (1 niños) son contributivos y el 27,3 % (3 niños) son subsidiados. Frente al nivel educativo los adultos indígenas en su mayoría tienen secundaria (10 personas), primaria (9 personas) y educación superior (3 personas); para el caso de adolescentes secundaria (6 personas), técnica (2 personas) y primaria (1 persona) y finalmente para la infancia acumulada para la preescolar y primaria (2 personas respectivamente).

Afrodescendientes

La población de origen africano (afrodescendientes) son otro grupo étnico presentes en la localidad, siendo, según el DANE 2005, el 1,6 % (14.591 personas) del total de la población local que se reconocen dentro de esta comunidad. Para el año 2014 se afirmaba un total de 5.726 afrodescendientes residentes en Suba (25).

Para el periodo 2013-2016 se identificaron mediante el aplicativo APS del programa “territorio saludable” un total de 157 personas afrodescendientes (61 hombres y 96 mujeres). De la información disponible se resalta que 12 personas son adultas, 16 adolescentes y 8 infantes; según el sexo de las 12 personas adultas 5 son mujeres con un promedio de edad de 48 años

y 7 hombres con un promedio de edad de 38 años. Del total de adultos para esta población el 2 % (5) son del régimen contributivo, el 2 % (5) subsidiado y dos no aseguradas; en el caso de los adolescentes el 61 % (11) son contributivos y el 17 % (3) con del régimen subsidiado y no asegurados 4; y para infancia el 36, 4% (4 niños) son contributivos y el 18,2 % (2 niños) no estaban asegurados. Frente al nivel educativo los adultos afrodescendientes en su mayoría tienen primaria 7, secundaria 3; para el caso de adolescentes secundaria 14, primaria 1 y finalmente para la infancia primaria 4 y secundaria 2.

ROM

La comunidad ROM es un grupo étnico que ha desarrollado históricamente su conciencia social a partir del nomadismo (real o simbólico) que, aunque no están presentes como comunidad en la localidad se han registrado casos de residentes en los últimos periodos de tiempo y para el periodo 2013-2016 se identificaron 21 personas (7 hombres y 14 mujeres); principalmente hombres adultos mayores de 60 años de régimen contributivo y con educación primaria.

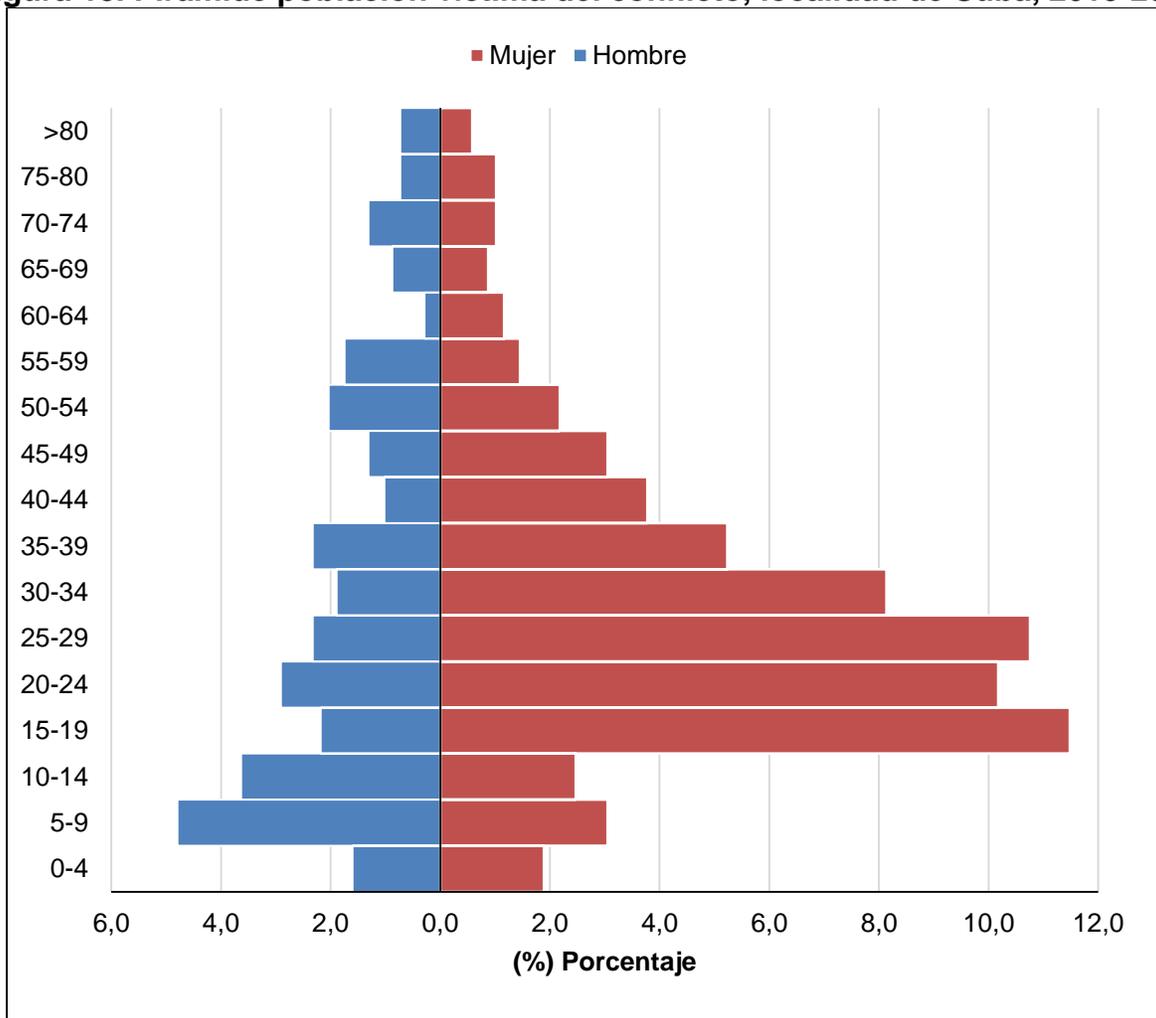
LGBTI

Son una comunidad de difícil acceso e identificación en la localidad por los antecedentes de discriminación y de segregación, no obstante, hay territorios de la localidad en las que convergen actividades y dinámicas de dicha población: Tibabuyes, Britalia y San José (26). Para el periodo 2013-2016 en Suba se identificaron a través de APS 20 personas (4 hombres y 16 mujeres) reconocidas como miembros de la comunidad LGBTI. De estas 9 adultos: 6 intersexuales de los cuales 5 son del régimen contributivo y 1 del subsidiado y cuya educación 4 son primaria, 1 de secundaria y el resto no posee, 2 bisexuales primaria y secundaria respectivamente al igual que el régimen contributivo y subsidiado y 1 gay del régimen contributivo con educación superior; y 10 adolescentes: 6 gais de los cuales 3 contributivos con secundaria y 3 sin especificar, 2 intersexuales de régimen contributivo con educación superior y 2 transgeneristas de régimen contributivo con secundaria.

Víctimas del conflicto armado

La población víctima del conflicto armado comúnmente se sitúa en las periferias de la ciudad, lo que se traduce en la vivencia de zonas vulnerables y de riesgo. Para Suba se caracterizaron en el periodo 2012-2014 por medio del sistema de información de víctimas de conflicto- SIVIC, 11699 personas, el 41,2 % (4822 hombres) y 33,7 % (3931 mujeres) (Figura 13).

Figura 13. Pirámide población víctima del conflicto, localidad de Suba, 2013-2016



Fuente: Base de datos APS Distrital 2013-2016.

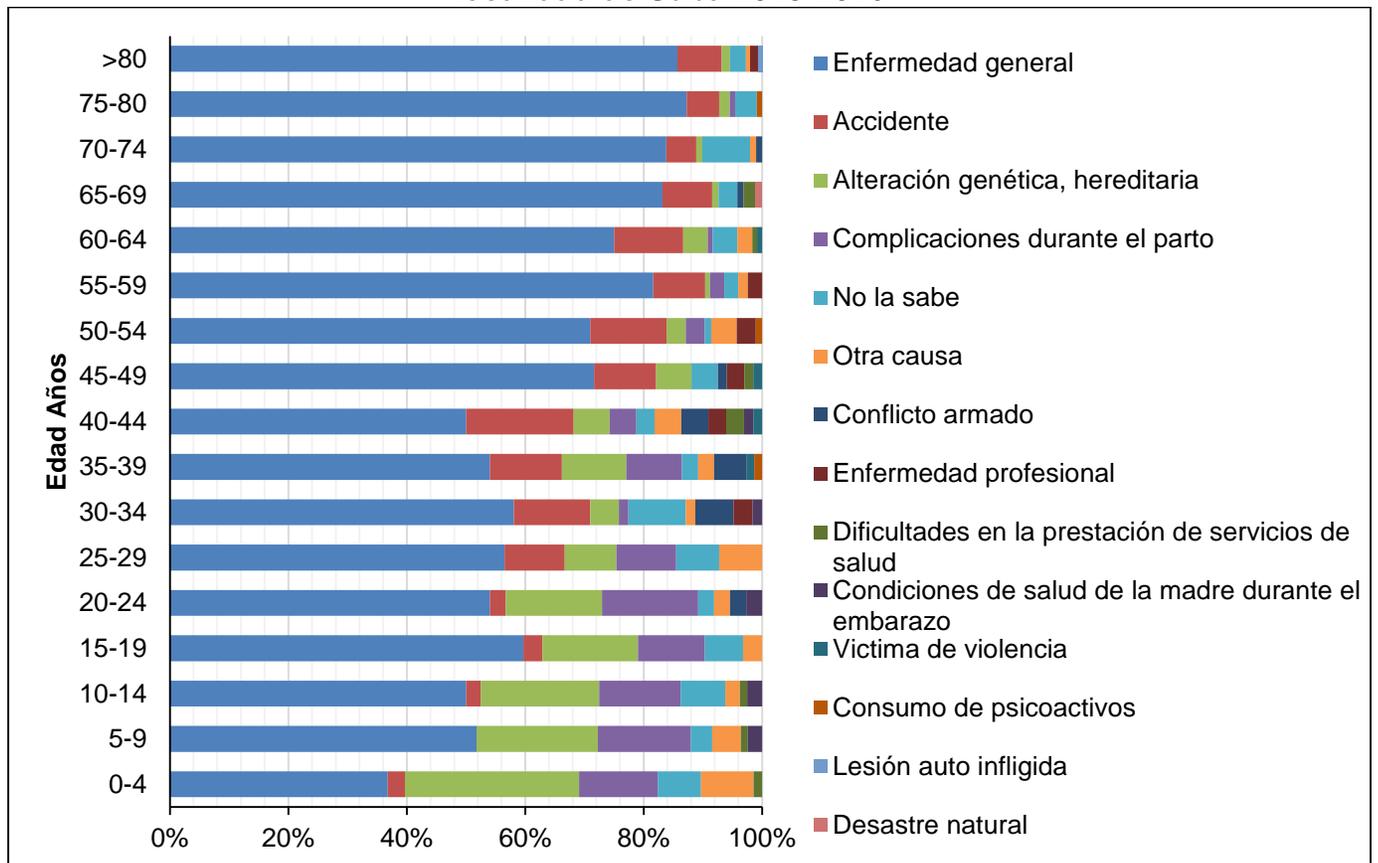
Según fuente APS periodo 2013-2016 se tiene un registro de 688 personas (218 hombres y 470 mujeres). Se distribuyen por curso de vida principalmente en adultez 299 personas, juventud 167 personas y niños 107 casos (35 niños menores de cinco años); principalmente

del régimen subsidiado 27 personas, 10 personas contributivas y 16 personas no aseguradas. En cuanto el nivel educativo 26 personas tienen secundaria y 17 primaria; así mismo se han captado 221 adolescentes víctimas y 32 niños víctimas.

Personas con discapacidad

Al abordarse la discapacidad como un hecho social complejo y multicausal se ha caracterizado del año 2013 a 2015 un total de 3.607 personas con discapacidad en la localidad de Suba, siendo el 14,9 % (1.747) mujeres y el 15,9 % (1.860) hombres: infancia 405 casos con principal alteración en el sistema nervioso 310; adolescencia 242 casos con principal alteración del sistema nervioso 190, juventud 470 casos con principal alteración del sistema nervioso 309, adultez 1116 casos con principal alteración de movimiento 468 y vejez 864 personas con principal alteración de movimiento 397 (27) (Figura 14).

Figura 14. Población con discapacidad, según origen y edad localidad de Suba 2013-2016



Fuente: Base de registro de personas con discapacidad 2013-2016

En cuanto al origen de la discapacidad, en la localidad dentro de las tres primeras, se encuentra la alteración genética, heredada y algún tipo de accidente que pudo repercutir en la calidad y el desarrollo de las personas.

Personas en ejercicio de prostitución

Se entiende que las personas en ejercicio de prostitución son aquellas que sobreviven y trabajan de la venta de servicios sexuales. Para el periodo 2013-2016 se identificaron 3 mujeres adultas con un promedio de 58 años, dos pertenecen al régimen contributivo y una al subsidiado, según nivel educativo dos tienen primaria y una secundaria.

La localidad de Suba contaba para el 2014 con 14 establecimientos de alto impacto de los cuales 11 prestaban el servicio de prostitución, 2 de masajes eróticos y 1 restaurante de sauna LGBT.

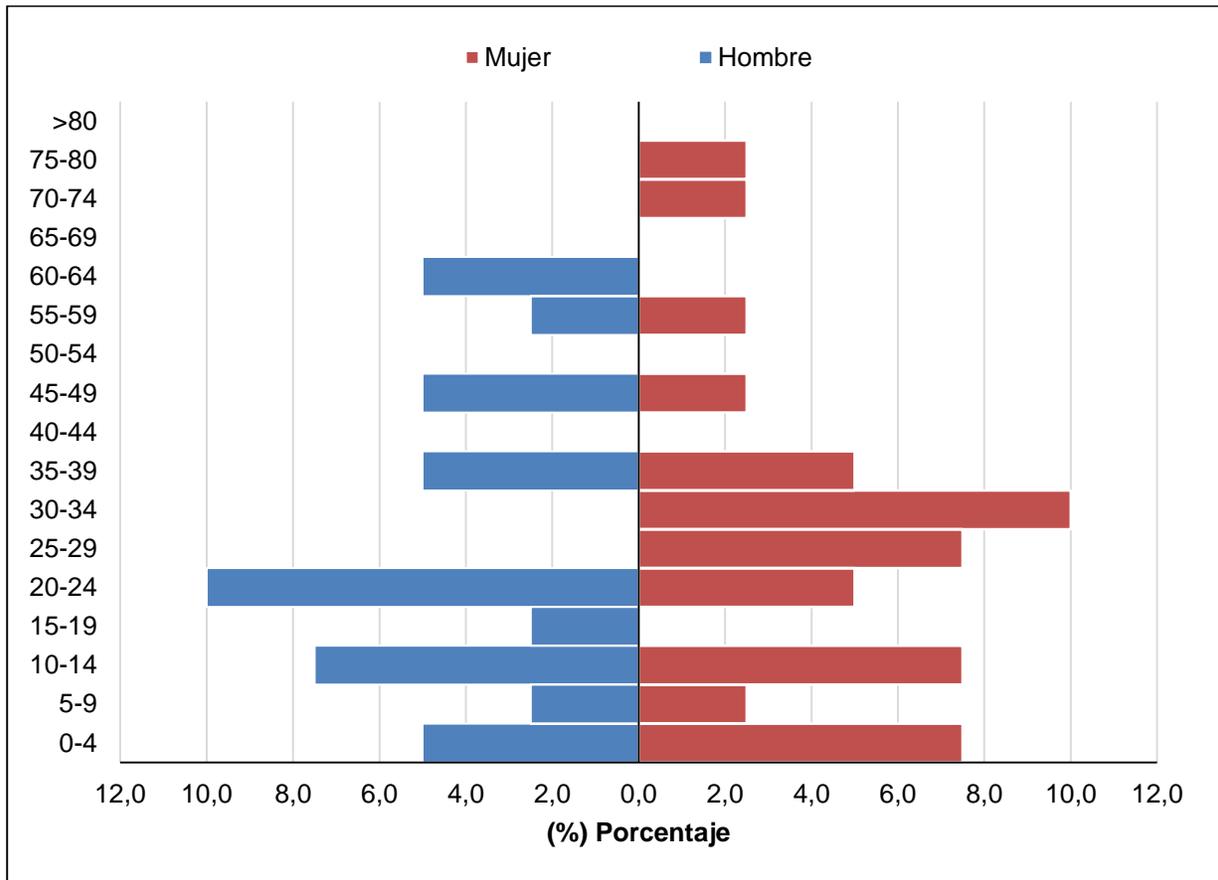
La UPZ Rincón es la que más aporta establecimientos, 8 lugares distribuidos en los barrios Toscana, Rincón, Aures II y San Cayetano (26).

Ciudadano habitante de calle

Las personas que por voluntad o por circunstancia han decidido hacer de la calle su hábitat para el 2014 se concentraban un total de 773 personas en el territorio de Suba (673 hombres y 100 mujeres) principalmente en el curso de vida adultez. Se ha identificado que esta población reside en la cercanía de ríos y humedales distribuidos en las UPZ Rincón, Tibabuyes y Prado principalmente. Mediante el aplicativo APS se encuentran caracterizadas 45 personas (24 hombres y 21 mujeres) principalmente adultos (16 personas) y niños (17 niños).

Otras poblaciones

Entre otras poblaciones de inclusión y diferencial se han identificado reinsertado correspondiente a 40 personas (18 hombres y 22 mujeres); 15 adultos de los cuales cuatro son contributivos, un subsidiado y tres no asegurados, según nivel educativo cuatro tenían primaria y tres secundaria, 7 mujeres y un hombre; 7 jóvenes, 4 vejez, 4 adolescentes y 10 niños (5 de primera infancia) (Figura 15).

Figura 15. Pirámide población reinsertada, localidad de Suba, 2013-2016

Fuente: Base de datos APS Distrital 2013-2016.

Por otra parte, también se encuentran 124 recicladores (32 hombres y 92 mujeres); en cursos de vida adultez 46 personas, 18 en vejez y 23 de juventud. Se especifica que 58 personas son del régimen subsidiado y nueve contributivos, de las cuales 42 tienen nivel de escolaridad primaria.

También se encuentran 71 pequeños bodegueros, 48 del régimen contributivo y 17 del régimen subsidiado, cuya escolaridad radica entre primaria y secundaria con 26 personas respectivamente.

4.2 Relación población territorio

Es evidente que la población genere una serie de vínculos con su territorio poniendo de manifiesto distintas formas de distribución espacial, de ocupación territorial, de migración,

condiciones de vida, ejercicio laboral; en general refleja mecanismos de interacción económica, política, social y cultural que los mismos establecen entre sí como personas y como integrantes de diversos grupos e instituciones. Estos vínculos a su vez son procesos históricos que han venido definiendo las estructuras demográficas y dinámicas del entorno geográfico.

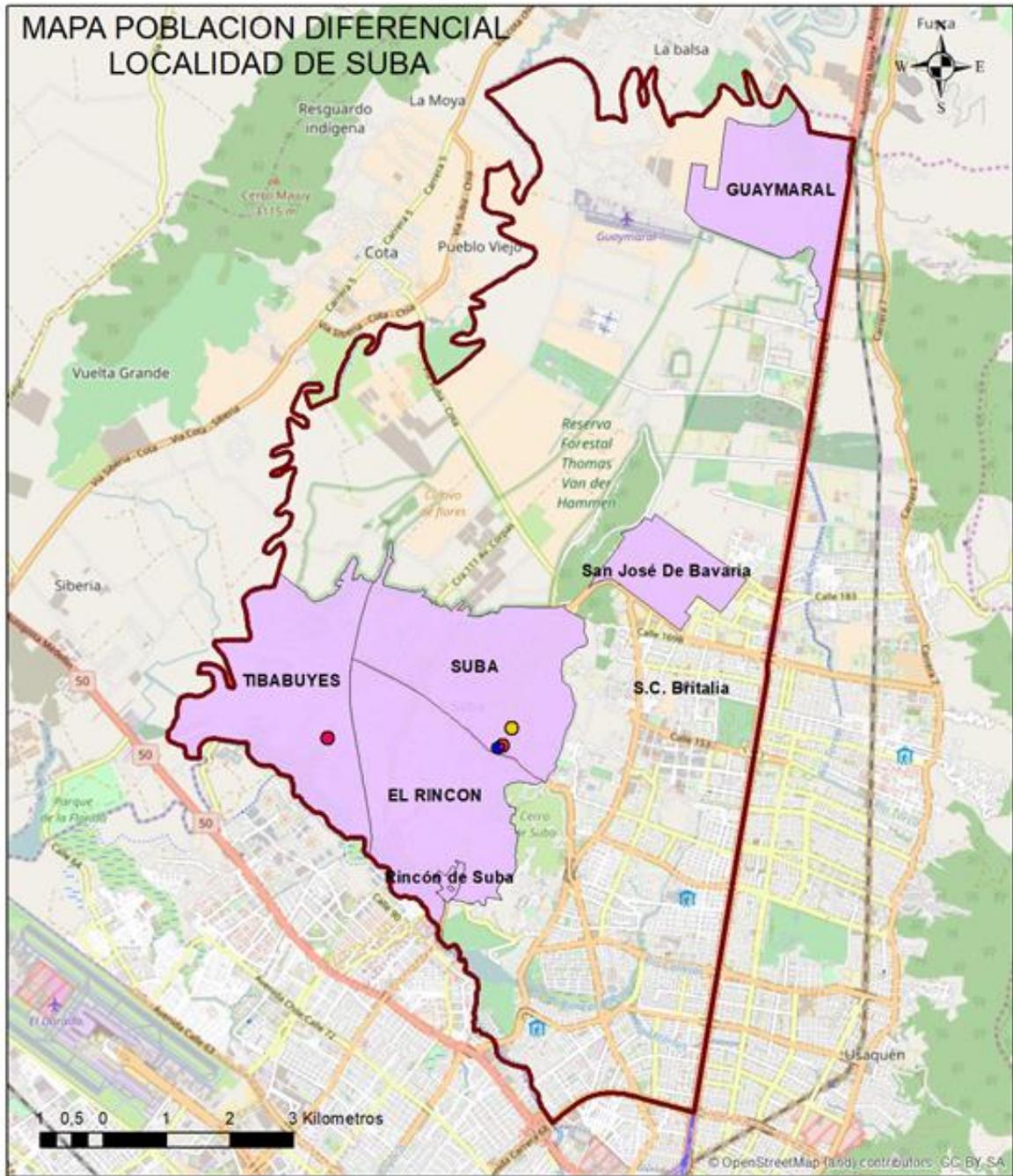
De allí, que se presume para este apartado poder entender la relación de las poblaciones diferenciales y el territorio que abarca la Subred Norte de Salud. Para ello se realizaron unidades de análisis en donde participaron los espacios de acción, los programas y el componente 1 de Gobernanza, principalmente los encargados de las políticas que conciernen a las poblaciones diferenciales.

Dentro de dichas unidades de análisis se elaboró cartografía social que con la participación del componente geográfico del equipo ACCVSYE se logró definir y reproducir un mapa que sintetizó toda la información recolectada en esta unidad y acompañada del proceso acumulativo que se ha realizado con la apropiación conceptual y la información relacionada a los aspectos demográficos de las poblaciones.

Es de anotar que por efectos administrativos y de contratación dentro del talento humano de la Subred Norte de Salud, gran parte de la información que se ha recolectado de manera efectiva y oportuna se encuentra en construcción y recolección, lo que ha presentado dificultades para un correcto y amplio abordaje en cada una de las localidades.

Para esta unidad de análisis se recolectó la mayor información posible que acerca el conocimiento de las poblaciones diferenciales y la forma en que estas se relacionan con el territorio, sus problemáticas, deberes y responsabilidades que se obtuvieron de las mesas locales, los comités y demás espacios de participación en las que hace presencia salud (mapa 6).

Mapa 6. Población diferencial, localidad de Suba



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUB SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBRED NORTE
BOGOTÁ
2017

- LOCALIDAD SUBA
- DISCAPACIDAD
- INDIGENAS
- LGTBI
- MUJER Y GENERO
- VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
- CONCENTRACION DE VICTIMAS

Sistema de coordenadas:
MAGNA SIRGAS
Fuente cartográfica:
IDECA 2016
Fuente de dato: cartografía social
POSICIONAMIENTO DE LAS
POLÍTICAS PÚBLICAS QUE
FAVOREZCAN LA SALUD Y LA VIDA
Elaboración: Equipo ACCVSE

Fuente: Cartografía social Equipo ACCVSE 2017.

En la Localidad de Suba se ha mencionado previamente la caracterización de la población diferencial en términos demográficos, no obstante, su distribución y relación con el territorio refleja otro tipo de dinámicas sociales que merecen especial atención. Al ser una población especialmente minoritaria se encuentran concentrados en las UPZ con más densidad poblacional y de condiciones menos favorables ya sea por redes de trabajo, costos de vida, aspectos familiares, lo cierto es que son Suba, Rincón y Tibabuyes los territorios con más protagonismo en el tema.

Con relación a los grupos étnicos, los Muisca tienen conformado el cabildo cerca a la Alcaldía en la que también funciona el “kilombo”, y jardines especiales administrados por el cabildo en el barrio Bilbao en el que se les enseña el cultivo de la quinua y el maíz, y en especial la permanencia de la legua nativa; en el Rincón, Tibabuyes, Salitre, Casablanca y Tuna Alta, perduran los apellidos Nivia, Niviallo, Mususú, Chipó, Cera, Bajonero, Quinche, Caita, Cabiativa y Yopasá, que conforman y definen las familias residentes. Además de los apellidos arraigados en la localidad, es pertinente resaltar los territorios muisca que son a su vez escenarios naturales de la comunidad en general, a saber: El humedal Tibabuyes, Juan Amarillo, cerro la Conejera, Mirador de los nevados y Parque del indio.

Por otro lado, está la mesa técnica de afrocolombianidad que funciona junto con la casa afro Manuel Alzate Olivella para el empoderamiento comunitarios y la representación institucional para hacer frente a necesidades y problemas. La población se encuentra distribuida en toda la localidad con predominio en las UPZ Rincón y Tibabuyes.

De igual manera la Mesa de Participación Efectiva Para las Víctimas trabajan planes de acción con poblaciones étnicas en situación de desplazamiento o diferentes hechos victimizantes. La población como tal se concentra en barrios como la Gaitana, Rincón y Britalia. A diferencia de las otras localidades la población víctima de Suba está caracterizada por ser a su vez de diversos grupos étnicos (indígenas, afrodescendientes y palenqueros).

Es relevante la creación del comité Local de Justicia Transicional, por medio del Decreto 421 de 2015 a través de acto administrativo desde la Alcaldía local, los Comités Locales de Justicia Transicional, son espacios mixtos de coordinación y articulación constituidos por el conjunto de entidades públicas distritales y nacionales en el nivel local, organizaciones privadas y la

participación de las víctimas a través de los delegados de las Mesas Locales de Participación Efectiva de Víctimas; encargados de ejecutar los planes, programas, proyectos y acciones específicas tendientes a la formulación de la política pública de prevención, protección, atención, asistencia, reparación integral y garantía de no repetición a víctimas del conflicto armado en cada localidad de Bogotá D.C., a través de un Plan de Acción Local- PAL en concordancia con el Plan de Desarrollo Distrital, el Plan de Desarrollo Local y el Plan de Acción Distrital de Víctimas.

Para la población LGBTI, se realiza la Mesa Interinstitucional LGBTI, en la cual se revisan casos relacionados a la vulneración de derechos a esta población, la planeación de actividades y acciones que la beneficie. Complementado con la Mesa de Organizaciones de base social LGBTI donde confluyen instituciones y población con el fin de generar un enlace entre la comunidad y la oferta pública y así poder identificar y mitigar situaciones que afecten la calidad de vida de la población.

Con el enlace “Sofía” presente en la Casa de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, se trabaja en pro de la prevención de violencias de mujeres transgeneristas, lesbianas y bisexuales.

En cuanto a la población con discapacidad, el curso de vida infancia y adolescencia se distribuyen geográficamente en toda la localidad, sin embargo, los colegios son los principales escenarios donde se les puede encontrar; por norma los colegios públicos acogen a las personas con discapacidad leve y moderada. Es de resaltar que gran parte de esta población son personas mayores residentes en las UPZ mencionadas, la discapacidad que predomina es la física.

En la localidad funciona el Consejo local de Discapacidad y el “centro crecer” que intentan ofrecer cobertura y mitigación frente a las necesidades de la población en especial en materia de salud y movilidad.

Finalmente, de la población habitante de calle se han identificado lugares asociados a mayor frecuencia como los son: Aures, Batán, Berlín, Rincón, Casablanca, Costa Azul, Lagos de

Suba, las Flores, Lisboa, Pasadena, Suba centro, Toscana, Villa María, Prado Veraniego. Las UPZ de mayor representatividad frente al fenómeno son Rincón, Tibabuyes y Prado.

4.3 Condiciones de vida y determinantes de la población diferencial

El análisis de las condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud de las poblaciones diferenciales que hacen parte del territorio que abarca la Subred Norte de Salud, se realizaron a partir de diferentes unidades de análisis en las que a través de metodologías cualitativas como lo fueron la cartografía social y los grupos focales, se logró recolectar la información necesaria para poder realizar un ejercicio de priorización de poblaciones en el cual se lograra acercar a la realidad de la situación en salud en las que se encuentran inmersas. Estas unidades de trabajo se realizaron con funcionarios de la Subred Norte de componentes como gobernanza, espacio trabajo, y vivienda; este último con la particularidad de contar con funcionarios-gestores que pertenecen a diferentes poblaciones diferenciales y se reconocen como líderes de estas.

Para poder priorizar la población a trabajar, se realizó un ejercicio acumulativo, en donde se analizaron factores como los datos demográficos, la relación población territorio y la información recolectada a través de la experiencia y el funcionamiento de las personas encargadas de trabajar directamente con las comunidades. Se tomó en cuenta los lugares donde hubiera espacios de encuentro, lugares de socialización de las comunidades y la intervención desde salud con las poblaciones.

La población ha sido priorizada, pero cabe anotar que muchas de estas comunidades cuentan con más de una condición que las encasilla como diferencial. Por consiguiente, en este análisis se podrá describir condiciones y características de poblaciones que no necesariamente son las priorizadas pero que hacen parte de la misma, como el hecho de ser parte de una población víctima de conflicto armado aparte de su condición étnica.

En el ejercicio local y como se ha expuesto en apartados anteriores, la presencia y relación de las poblaciones diferenciales es múltiple, con este ejercicio de priorización se enfatizara el análisis de una población por cada una de las seis localidades que hacen parte de la Subred Norte de salud; no obstante, no con eso se puede dejar de lado el esfuerzo y trabajo que se

realizan desde los diferentes componentes y espacios de salud pública con las otras poblaciones, lo cual es un trabajo arduo y relevante dentro del accionar de la salud.

4.4 Población priorizada: indígena muisca

En la localidad se encuentra la población Muisca como población prioritaria por múltiples razones, principalmente porque ancestralmente este es lugar que se considera de tradición y de permanencia Muisca como territorio sagrado para la comunidad que con la modernización y los cambios urbanísticos ha ido perdiendo fuerza y cada vez se ve un panorama “más gris y menos verde” como lo expresa la comunidad.

En el parque principal de Suba se cuenta con un centro de atención de medicina ancestral Muisca, pero la localidad no cuenta con un resguardo en este territorio. El centro de atención tiene un horario de 8:00am a 1:30 pm los días viernes en los que el Abuelo, como emisario de los saberes ancestrales y del conocimiento en salud de la comunidad presta su servicio al pueblo y a la sociedad en general; se acude a él como una alternativa a la medicina occidental. Como comenta el Abuelo Muisca “están cansados de todo lo que tienen que hacer para acceder a una cita médica y que no les encuentren el chiste”.

El trabajo con plantas, sobos y rezos es el pilar del accionar de la medicina tradicional Muisca, lo cual genera un choque con el modelo de ciudad actual en el cual los territorios se han ido convirtiendo en construcciones de edificios, oficinas y demás y se van perdiendo los territorios de campos abiertos para la siembra de las hierbas medicinales con las que se trabaja en salud para la comunidad. La búsqueda de la materia prima lleva a la compra de los elementos que se utilizan en plazas de mercados y otros lugares, lo cual hace que se pierda poco a poco el sentido ancestral de este procedimiento de sanación.

El principal determinante que ha afectado a los Muisca pertenecientes a la localidad de Suba, ha sido la pérdida de su territorio como espacio sagrado de acción, se han tenido que expandir por diferentes barrios de la localidad como El Rincón, y la parte rural de Chorrillos, lo que ha generado que la comunidad busque una forma de reconocimiento social y política en la búsqueda de recuperar el territorio a través de la movilización comunal y así poder retomar

prácticas y saberes propios como lo es el lenguaje que se ha ido perdiendo con el trasegar de las generaciones.

En cuanto a la relación con la medicina y las prácticas en salud, la comunidad Muisca cuenta con una particularidad en el procedimiento y accionar de afrontar las enfermedades y las situaciones en salud. Para los Muisca no solo se debe trabajar con productos que brinda la madre tierra, es necesario realizar una “Inyección de conocimiento” a las plantas y lo que se produce con ellas ya sea en cremas, rezos o demás formas de curar las situaciones de las personas. Cosa que no ocurre con la medicina tradicional occidental, en el cual la producción en masa y de laboratorios químicos, no cuenta con este procedimiento único, lleno de sabiduría y energía de los sabedores.

En cuanto a determinantes económicos, la población se ha tenido que dedicar a labores como la construcción o la prestación de servicios domésticos en casas de familia dado que el trabajo con la tierra en una ciudad como Bogotá es muy complicado y aparte no genera los ingresos suficientes para poder sostener una familia, por eso se han dedicado a prácticas que no requieren un alto nivel educativo, ya que son pocas las personas de la comunidad las que cuentan con estudios avanzados. Se presenta una brecha en cuanto educación y saberes, porque para la comunidad en general son considerados analfabetas, pero no significa con esto que no cuenten con un conocimiento y sabiduría propia y única con la cual se podrían generar las formas de ingreso necesaria para su sostenimiento, el reconocimiento y fortalecimiento de los saberes propios.

4.5 Análisis de situación en salud de las poblaciones

Para el proceso de identificación de necesidades de las poblaciones priorizadas que hacen presencia en las seis localidades que abarca el territorio de la Subred Norte de salud, se realizaron diferentes unidades de análisis con la participación de componentes como Espacio Público, Espacio Trabajo, Programas, Gobernanza, Espacio Vivienda y Espacio Educación, con los cuales se lograron resaltar situaciones que han generado afectaciones al bienestar social en general de cada una de las poblaciones.

En esa medida, tras un ejercicio con los grupos funcionales por momento de curso de vida, se abordaron las poblaciones por medio de sus principales dificultades en relación con el territorio en donde se encuentran residiendo o desarrollando socialmente; para ello se tuvieron en cuenta variables relativas a las características demográficas de la zona geográfica y los determinantes sociales de la salud que pueden influir para el desarrollo y calidad de vida de las comunidades.

Por otro lado, en escenarios de análisis con el espacio Trabajo, se analizaron principalmente las necesidades de la población en ejercicio de prostitución, en los cuales, se definieron metodologías como la generación de núcleos problemáticas por localidad, para así poder hacer una identificación de los principales aspectos afectados de la población y sus entornos.

De igual manera, desde el espacio educación se hizo una recopilación de la información que se ha venido trabajando en las instituciones educativas donde se hace presencia y se identificaron las acciones y necesidades de las poblaciones diferenciales.

Finalmente, en asociación con Gobernanza y la líder del componente de rutas, la cual socializó la base de datos con los casos que necesitan activación de las mismas para la atención en la cual se debe diligenciar el componente poblacional, se hizo un proceso para poder conocer los casos de las poblaciones priorizadas y así poder entender qué necesidades tienen o han manifestado.

Tanto la identificación de necesidades como el abordaje de las poblaciones, tal como se dijo anteriormente, no puede ser generalizado y debe ir acorde al concepto y la variable diferencial de cada una de las poblaciones, por lo que resulta pertinente explicar que en este apartado se buscara una aproximación con la información recolectada que aproxime el análisis de las poblaciones priorizadas en cada una de las localidades de la Subred Norte.

Población priorizada: étnicas énfasis indígenas

Para la comunidad indígena que se ha asentado en el distrito capital, se ha identificado una necesidad en el fomento del cuidado de la salud oral, dado que se han canalizado una buena cantidad de población con problemas bucales, principalmente niños y niñas de pueblos

indígenas. Las principales problemáticas identificadas son la gingivitis, el componente cariado y manchas dentales, que dificultan el desarrollo y alteran el estado de salud de los individuos.

Se han generado alertas frente a la identificación de comunidad infantil con ERA sin tratamiento ni seguimiento. Estas dificultades respiratorias son propias de la migración rural-urbana, que se presenta en las comunidades indígenas, donde sus territorios cuentan con un ambiente sin tanta contaminación propia de la industrialización de las grandes metrópolis.

El poco seguimiento e interés por parte de la comunidad de los servicios en salud mental y de los procesos de seguimiento de este cuidado, hace que se presenten situaciones asociadas a la conducta suicida, en algunos casos por el apego a sus territorios ancestrales y el descontento que genera, ser migrantes en sus propias tierras.

El control perinatal se convierte en una necesidad de seguimiento, dado que en muchos casos no hay un interés por parte de la comunidad indígena, por el seguimiento a este periodo gestacional, lo cual se puede presentar por la desconfianza a la medicina occidental moderna o a que cuentan con controles a través de su ancestralidad y con la medicina propia, que les genera más confianza y un apego personal a sus saberes. El hecho que las mujeres gestantes no asistan al control tradicional no significa que no lo estén haciendo o no le presten atención a su embarazo, situación que no se ha entendido por los médicos occidentales.

El control médico de los niños y niñas menores de 5 años que pertenecen a alguna comunidad indígena, presenta diferentes problemática para su desarrollo y seguimiento, principalmente las condiciones económicas de los padres, que no cuentan con los medios para acceder a los servicios de salud o incluso para el transporte hasta los centros de atención, seguido por dificultades de portabilidad para las comunidades que llegaron en los últimos años a la ciudad por motivos personales o ajenos, que obligan al hecho de una residencia en un lugar que no es propio y finalmente el seguimiento a nivel interno de la comunidad. La situación parece complicarse en el sentido que se identificaron muchos casos en los que la desnutrición es una realidad para la comunidad infante indígena.

La mala alimentación, ya sea por motivos económicos o por creencias propias de la comunidad, en donde la dieta se basa en alimentos que no están catalogados nutricionalmente

como saludables, hace que se evidencien condiciones crónicas desde edades tempranas y dificultades en el crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes indígenas.

Se han identificado necesidades en la comunidad indígena, específicamente en las mujeres, esta situación reúne dos complicaciones en salud expuesta previamente, que es el cuidado oral y el seguimiento gestacional. Las gestantes no tienen consultas odontológicas y cuentan con complicaciones bucales.

Al no tener un seguimiento odontológico en el momento del embarazo, se está saliendo de lo planteado por el plan de prevención gestacional y las complicaciones bucales pueden repercutir en problemáticas para el feto y la materna, cualquier infección que se presente en la mujer, pueden alterar el desarrollo gestacional e incluso generar embarazos pre término.

Finalmente, dentro de las generalidades de los pueblos indígenas se identifican las problemáticas de salud mental, asociado al consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, que generan problemáticas de tipo psicosocial para los individuos y su comunidad.

Para el caso específico del pueblo Muisca de la localidad de Suba, se viene trabajando en un proceso de fortalecimiento de la medicina ancestral lo cual tiene en plantas medicinales y el saber de los abuelos su cimiento principal, en el cual se genera la necesidad de afianzar los saberes y acompañar en el proceso que se viene adelantando de la integralidad de los conocimientos.

Como las principales enfermedades que afectan a la comunidad, se encuentra la diabetes, tiroides, aumento de los niveles de triglicéridos y las enfermedades respiratorias, las cuales se vienen trabajando desde la medicina propia Muisca, pero que son las condiciones de su accionar en una ciudad que ya no es propia la que fomenta e intensifica las condiciones negativas que incrementan las tasas de estas condiciones en salud.

La alimentación se ha convertido en una problemática derivada de la condición socioeconómica del pueblo Muisca, por los altos costos de las tierras y las viviendas en la ciudad, el poder contar con terrenos propios donde se siembre y se generen espacios de

procesamiento de las hierbas y de las practicas, ha hecho que la alimentación para los Muisca no sea la mejor, y tengan una carga calórica y poco nutricional que complique la salud y pueda generar una condición crónica.

El estado del ambiente alterado por fuentes móviles y estáticas de contaminación ha hecho que las condiciones respiratorias, principalmente de los niños y niñas Muisca. El asma se ha convertido en una enfermedad común para las nuevas generaciones, cosa que en los años pasados no ocurría y las dificultades respiratorias, eran tratadas fácilmente.

Es menester de la salud pública y el denominado modelo occidental de la salud, lograr una articulación con los saberes propios de la comunidad Muisca. Los sabedores y abuelos Muisca, expresan su descontento al darse cuenta de que el personal médico no valora como debe ser, enfermedades del alma que se manifiestan en el cuerpo como es el “descuaje” el cual, según comenta la comunidad ha incrementado últimamente y como no es tomado con la importancia debida, incrementa las tasas de mortalidad de la comunidad.

Las problemáticas de salud mental para esta comunidad están muy asociadas a las de la sociedad bogotana, la adaptación voluntaria u obligada a costumbres y practicas ha hecho que la comunidad Muisca identifique jóvenes consumidores de SPA y como la atención en salud mental no es una prioridad, se recurre a métodos propios para enfrentar la situación, que pueden estar asociadas a la violencia o el maltrato.

La gestación a temprana edad puede ser vista como algo normal dentro de la comunidad, pero se ha identificado esto, como un fenómeno que está una desdolarización de los y las adolescentes y todas las dificultades que esto implica para su desarrollo, por consiguiente, es una necesidad generar estrategias relacionadas a la salud sexual y reproductiva que minimicen y generen una alternativa al momento de escoger roles como lo son los paternos.

En general, las comunidades étnicas (afros, raizal y palenquera) reclaman oportunidades de empleo y productividad espacios para que demanden sus servicios como música, tejido y medicina ancestral; se pide el esfuerzo de trabajar el acceso a vivienda, una mayor cobertura en apoyos nutricionales ya que cuentan con apoyo del programa “Bogotá te Nutre” de SDIS, sin embargo, es insuficiente o el puntaje de SISBEN no les favorece.

Necesidades población LGBTI y en ejercicio de prostitución

Por otro lado, cabe resaltar otras necesidades de las poblaciones, que a pesar de no ser las prioritizadas cabe la pena mencionar. La población LGBTI en general tiene barreras en cuanto al desarrollo como individuos por la discriminación de la cual son víctimas dese casa. Ubicados en la UPZ Rincón en su mayoría no han sido reconocidos socialmente por lo que suele favorecer la violencia hacia esta población. Por su parte, la población en ejercicio de prostitución carece de condiciones sanitarias en los establecimientos reservados, encontrándose poca higiene, falta de adherencia a protocolos de cuidado y manejo de residuos (peligrosos); son personas de grandes necesidades monetarias que convergen en escenarios de pobreza extrema e inseguridad.

Necesidades población habitante de calle

Así mismo, se ha identificado la baja asistencia a los servicios de salud que se brindan a la población habitante de calle, teniendo en cuenta que en pocas oportunidades realizan solicitud de servicios de salud; por lo tanto, se requiere incrementar las jornadas de desarrollo personal para garantizar la oferta institucional y adherencia a los programas propuestos.

Necesidades población víctima y discapacidad

Finalmente, para la localidad de Suba se identifican necesidades como la poca accesibilidad a la oferta institucional, beneficios propuestas locales a estas comunidades, siendo la empleabilidad una de las necesidades más dicientes, seguido de un pobre oferta en servicios de rehabilitación y la falta de oportunidades ocupacionales para la población que cursa el ciclo vital de juventud y adultez y acceso a los servicios de salud en las zonas rurales.

4.6 Acciones y respuestas en salud

Dentro del modelo de salud de la Bogotá Mejor Para Todos, en donde la salud urbana se convierte en un eje principal del accionar del modelo de atención en salud para la población que hace parte del distrito capital. La urbanización de las poblaciones en los últimos años ha hecho que la atención de la salud pública se preocupe por los efectos en la calidad y desarrollo

de vida de los individuos y su entorno en esa transición y cambio a las grandes metrópolis mundiales.

Bogotá, D. C. se ubica en el conjunto de las diez ciudades con mayor población en América Latina, ocupa el sexto lugar en el continente y el primero en el país (28) lo que convierte al distrito capital en un territorio en donde el modelo de atención en salud debe estar enfocado a las características de vida, consumo, trabajo, desarrollo y educación entre otras de la urbanización que ha llevado el país en su modelo de desarrollo.

Para poder generar el enfoque de salud urbana, se intervienen los espacios de desarrollo de vida y el trasegar de los individuos y la comunidad residente de la ciudad capital. Estos espacios son: la vivienda, escuela, el trabajo y el espacio público.

Los modelos de urbanización mundial implican unos cambios en el devenir de la comunidad de un país, generando situaciones y modificaciones en los medios de producción, de socialización y de desarrollo de las comunidades. Las grandes metrópolis se convierten en lugares receptores de la población de toda la nación y los movimientos demográficos enmarcados en la globalización hacen que los movimientos de urbanización trasciendan las fronteras políticas de las naciones.

En el caso particular de la ciudad de Bogotá, la recepción de población de diferentes lugares, culturas y comportamientos hace que se genere una atención con enfoque diferencial, en el cual, en búsqueda de la equidad, se pueda respetar y reconocer las diferencias de cada uno de las comunidades que hacen presencia en el territorio y sus particularidades.

Las poblaciones diferenciales priorizadas en las localidades de la Subred Norte, tienen una atención enmarcada en los cuatro espacios de desarrollo de vida y así poder identificar, reconocer y generar estrategias y acciones que respondan a su situación en salud e incidir positivamente en sus determinantes sociales de la salud.

Para las comunidades indígenas que residen en el distrito capital, principalmente las que no pertenecen originariamente a este territorio o que ancestralmente se han posicionado en la sabana cundiboyacense que hacen presencia en el territorio bogotano por algún fenómeno

demográfico, se han venido trabajando en las últimas dos décadas, acciones relacionadas a la formulación, generación y puesta en marcha, de planes de políticas públicas y herramientas políticas que buscan generar las mayores formas de representación de la comunidad y el respaldo de su participación y respeto a la singularidad de su pueblo.

La transformación organizacional que han tenido las comunidades étnicas y la dinámica distrital con la implementación de políticas públicas se puede evidenciar en el carácter incluyente que se ha ido insertando en la dinámica de la ciudad, generando tensiones y conflictos en las diferentes esferas pero que van de la mano con el proceso de inclusión y aceptación a estas comunidades.

La diversificación al interior de los mismos grupos es evidente, en la población indígena cuenta con diferentes comunidades con singularidades en temas de lenguaje y cultura. En los afrocolombianos se generó una división en el año 2011 con la separación de su política pública y la generación de una nueva solo para el pueblo raizal, ya que, espacialmente se ubicaban a los afrocolombianos en la cuenca del pacifico y no se tenía en cuenta la singularidad de los raizales provenientes de la isla de San Andrés y Providencia y Santa Catalina.

Como acciones afirmativas para el sector salud, el proceso de participación social es la salud de la comunidad ha sido un esfuerzo y labor que se ha desarrollado en los últimos años, con el fin de reconocer, validar y fortalecer los saberes propios de la medicina ancestral de los pueblos indígenas del país y el continente.

Se realizan encuentro de medicina ancestral para poder evidenciar los puntos en donde la medicina tradicional occidental tenga puntos de encuentro y se puedan generar estrategias de cooperación y reconocimiento de los dos saberes por parte del personal que cuenta con este conocimiento, ya sea de forma heredada o a través de los centros educativos.

En el modelo de salud urbana, se buscan identificar las dinámicas y el accionar que interfiere en el desarrollo y calidad de vida de los ciudadanos, así también poder hacer un reconocimiento y fortalecimiento de los saberes propios y la difusión de los mismos, para la comunidad en general, que encuentre en ellos una alternativa de solución a su situación en salud.

Los individuos de la comunidad que llegan a residir en la ciudad por algún fenómeno migratorio que no está asociado a la libre elección de la persona, sino por alguna acción o contexto externo como lo es el conflicto armado interno que ha afrontado el país en los últimos 60 años, necesitan una atención en salud, que no solo supla las necesidades físicas, sino que también haga un apoyo psicosocial que ayude al desarrollo y asentamiento de las familias o los individuos en un nuevo contexto, una dinámica diferente y lo que implica el vivir en una metrópoli; para esto, se ha dispuesto el PAPSIVI que es: un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en este los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades.

Las acciones afirmativas lideradas por la Secretaría Distrital de Integración Social, busca capacitar a 584 hogares indígenas, en temas relacionados a la educación nutricional y el fortalecimiento y uso de costumbres desde el componente social por parte de los diferentes cabildos indígenas que hacen presencia en el territorio distrital.

Una acción específica, se encuentra asociada a la alimentación, la cual es una estrategia que busca garantizar una seguridad alimentaria necesaria para el desarrollo de sus individuos, familias y comunidad. La SDIS busca captar el 100 % de la población vulnerable y así poder generar una canasta complementaria de alimento que busca minimizar los riesgos en salud asociados a la nutrición.

Finalmente, frente a las acciones afirmativas, desde el sector gobierno, se generan campañas en contra de la discriminación racial, de género, credo y sexo principalmente, que afecten la calidad de vida y el desarrollo tanto de individuos como de comunidades no hegemónicas en el distrito capital, como lo es la comunidad étnica.

También se ha generado la estrategia conveniente para poder garantizar la continuidad de la casa del pensamiento indígena, en la cual se busca fortalecer, documentar y conservar los saberes ancestrales, en todas las esferas que la cosmovisión indígena haga presencia.

Desde las estrategias del modelo de salud urbana, para la Subred Norte, en el Espacio Público, se realizan acciones específicas para la ciudadanía que cuenta con algún tipo de discapacidad, acompañado de la comunidad Raizal, la cual por política pública nacional pertenece al pueblo Afro, pero en el caso del distrito se encuentran separadas, con acciones específicas, se cuentan con las “Iniciativas Comunitarias” en donde se realiza un proceso de fortalecimiento de temáticas y necesidades priorizadas por el periodo de tres meses. Al igual que para la comunidad LGBTI, se realizan actividades en el marco de la acción integrada 2 – la cual es descrita en el capítulo 5 del presente documento- con las iniciativas comunitarias.

Como acciones que se realizan a la comunidad en general, en las cuales se puede incluir a los individuos, familias y grupos pertenecientes a la comunidad indígena, se encuentra la estrategia “Cuídate y sé feliz” en donde se realizan acciones de tamizaje y condiciones en salud y la estrategia “Vincúlate” para la atención a personas con consumo inicial o problemático de SPA.

En el espacio educativo, donde asisten principalmente niños, niñas y adolescentes, existe una barrera en el accionar del espacio y es la falta de identificación de comunidad étnica en los colegios priorizados, lo cual no significa que no haya presencia de población diferencial al interior de los mismos, solo que las instituciones educativas no cuentan con la información de pertenencia a alguna comunidad por parte de su estudiantado y en las acciones que se realizan directamente con las personas, no se logra recolectar esta información. Para los colegios privados, la situación está asociada a la confidencialidad del dato y de la información personal, por lo tanto, es difícil el acceso al reconocimiento étnico de los estudiantes. Con eso las acciones realizadas van a toda la comunidad, pertenezca o no a una población diferencial.

El espacio vivienda cuenta con grupos de trabajo para la población indígena en toda la Subred Norte, con el actual se realizan caracterizaciones de las familias identificadas con riesgo en salud y la respectiva canalización a los servicios de salud. Frente a este accionar se han presentado diferentes complicaciones asociadas a que los trabajadores de los equipos étnicos son elegidos por la misma comunidad, por lo tanto, el poder conformar los equipos de trabajo de forma completa y poder tener una dedicación de tiempo completo ha sido complicado y se viene trabajando en estrategias para mejorar esta situación.

Para la gestión de programas y acciones de interés en salud, no se cuentan con acciones específicas para la población diferencial, dentro del quehacer del grupo se encuentra el desarrollo de asistencias técnicas a las IPS priorizadas y así poder garantizar el cumplimiento de programas y acciones de interés en salud de acuerdo con la normatividad establecida. En las jornadas que se realizan en el trasegar de la vigencia, se dirigen a la población en general y así atender a población diferencial.

Desde el componente 1 de Gobernanza, en el caso de la comunidad Muisca de Suba, se han trabajado jornadas en el consejo de salud, los cuales buscan el reconocimiento de saberes relacionados a la partería y el uso de hierbas medicinales, con los cuales se buscan posicionar en espacios de difusión masiva como los medios de comunicación.

El reconocimiento que se ha generado para el pueblo Muisca residente en la localidad de Suba, sus saberes ancestrales, manifestados en el trabajo con plantas medicinales y procedimientos ancestrales, se han articulado con la salud tradicional occidental, haciendo que las practicas del cabildo de la localidad sean reconocidas no solo para los indígenas, sino para los bogotanos en general.

5 CAPÍTULO V. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

La salud urbana se compone de cuatro espacios para la gestión colectiva del riesgo y la generación de acciones de acuerdo con el Plan Territorial de Salud 2016-2020, las cuales se integran hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: Educativo, Trabajo, Espacio público y vivienda.

El presente apartado contiene la caracterización de los espacios, la respuesta brindada, la ubicación de las acciones y problemáticas identificadas, obtenidas como resultado de las unidades de análisis con los equipos de salud, por cada espacio de vida cotidiana de la Subred Norte, para lo cual se utilizó como metodología cartografías sociales e instrumentos de recolección de información que junto a la matriz 1186, sirvieron como fuente de información para la construcción de este capítulo.

5.1 Espacio de educativo

El espacio educativo mediante la estrategia “Sintonizarte”, desarrolla acciones pedagógicas por medio cinco componentes y dos ejes estratégicos transversales: gestión de la salud para el mejoramiento de entornos escolares (articulación sectorial e intersectorial con la comunidad educativa para identificación de riesgos colectivos) y promoción de vida saludable (acciones lúdico-pedagógicas enfocadas a desarrollar prácticas saludables y mejorar la calidad de vida). El propósito de la acción es fomentar la salud y el bienestar en niños, niñas, adolescentes y jóvenes favoreciendo prácticas cotidianas, entornos y estilos de vida saludables en el espacio educativo (29) (Tabla 23).

Tabla 23. Acciones desarrolladas por espacio educativo, localidad de Suba, 2017

Componente	Actividades
Acompañarte (Salud mental)	Convocatoria, conformación y fortalecimiento de grupos promotores de la convivencia
	Identificación de estudiantes con riesgos psicosociales y activación de ruta pertinente
Amarte (Salud sexual y reproductiva)	Revisión conjunta del programa educativo de la unidad, para transversalización e implementación del Proyecto de Educación para la Sexualidad y construcción de ciudadanía (PESCC)

Disfrutarte (Hábitos saludables)	Promoción de hábitos de alimentación saludable y práctica de actividad física
Cuidarte (Prácticas saludables, salud oral, discapacidad)	Fomento de prácticas saludables y autocuidado
	Conformación y seguimiento de grupos de facilitadores para el socio cuidado de la población con discapacidad
	Jornada en higiene oral y lavado de manos
	Promoción y seguimiento a la adopción de prácticas en salud oral (auxiliar y Odontólogo) dos veces por año dirigida a niños de primaria
Explorarte (Salud ambiental)	Gestión con el proyecto ambiental escolar -PRAES-
	Jornadas de Salud Ambiental

Fuente: Anexo Operativo Espacio Educativo SDS 2017

Todos los componentes se implementan mediante el desarrollo de grupos conversacionales con docentes y estudiantes, de igual manera se formulan iniciativas (piezas comunicativas) en los temas priorizados por componente, las cuales son divulgadas según los medios disponibles en la institución. De forma complementaria desde el espacio se realiza la activación de rutas y notificación de eventos de interés en salud pública (nutricionales, trastornos mentales, uso SPA, salud bucal, cáncer, infecciones, agresiones, accidentes y traumas, trastornos visuales y auditivos, gestantes, discapacidad, alteraciones en desarrollo psicomotor y regulación de la fecundidad). Así mismo, está la conformación de grupos prioritarios con orientación a eventos de alto impacto en salud mental, gestantes y lactantes.

Las situaciones de riesgo sobre las que interviene el espacio son las prácticas y estilos de vida saludables y la gobernabilidad, que incide en los riesgos colectivos e individuales contribuyendo a un entorno escolar seguro y saludable (29).

Para el periodo enero a diciembre 2017 se realizaron las siguientes acciones: Bajo la estrategia Sintonizarte se obtuvo una cobertura de 15.745 personas, de las cuales el 80,9 % (12.730) fueron estudiantes, el 9,6 % (1.515) padres y el 9,5 % (1.500) docentes, a quienes se dirigieron las acciones educativas en temas como: identificación del riesgo en salud, brindar educación en temas como alimentación adecuada, prevención de la violencia escolar, promoción del

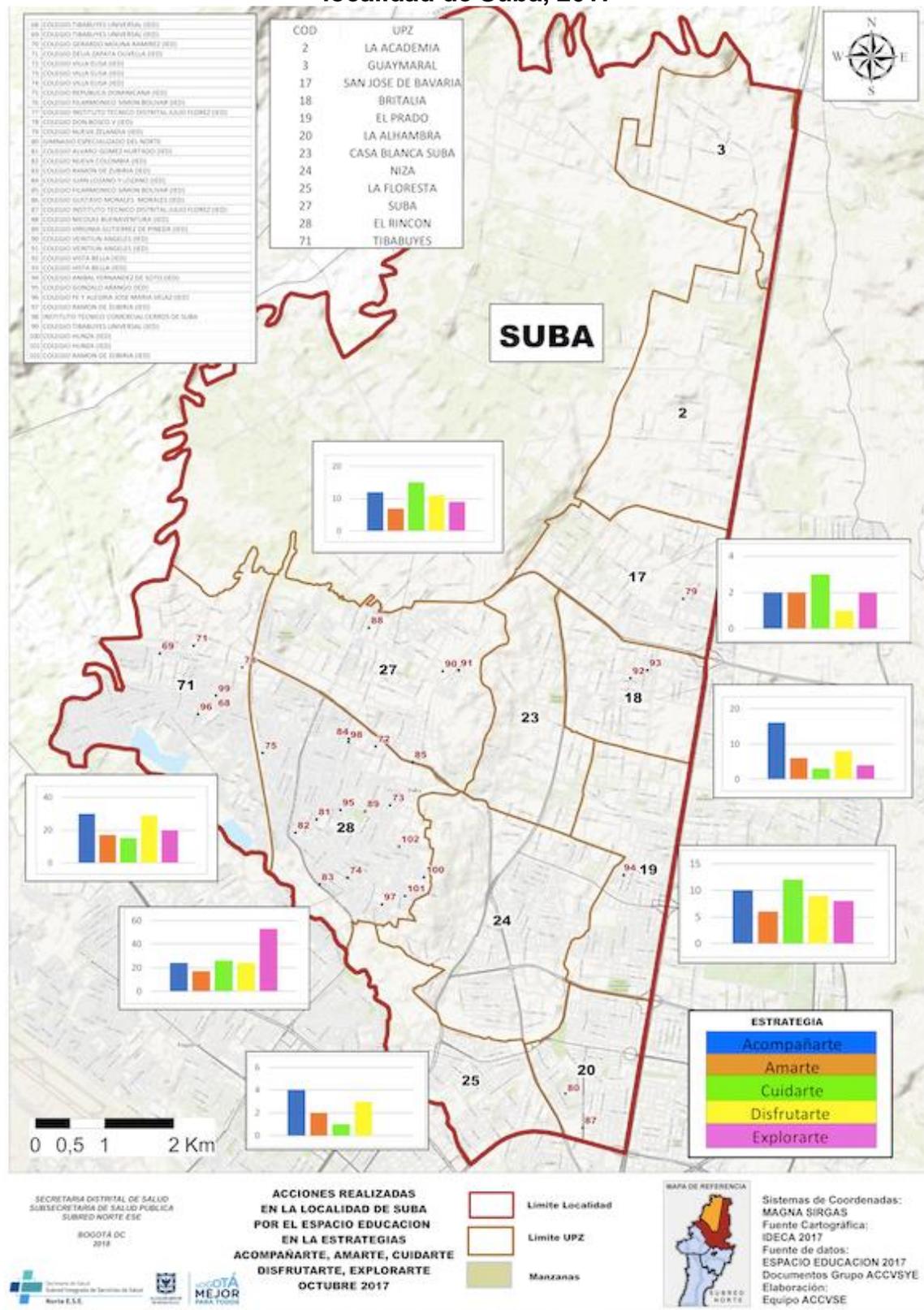
grupo gestor en salud, entornos escolares seguros, pautas de crianza, comunicación asertiva, corporalidad, derechos sexuales y reproductivos, desarrollo emocional y promoción de la línea 106.

Según los componentes, en Acompañarte se logró que el 22 % de los estudiantes tuvieran modificaciones positivas en torno a la re significación de prácticas y hábitos de salud mental. Así mismo en Amarte, el 96,3 % de los adolescentes y jóvenes con seguimiento tuvieron modificaciones positivas en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Para Disfrutarte, el 81,2 % de los alumnos con seguimiento mostraron modificaciones positivas en torno a las mejores prácticas, hábitos en seguridad alimentaria, nutricional y actividad física.

En Cuidarte, frente a la calidad del cepillado se observó mejoras en el 77 % de los alumnos, mientras que el 89 % realizaban el cepillado libre, el 19,2 % se clasificaron en prioridad alta. En cuanto a la apropiación de la técnica adecuada de lavado de manos el 30 % de los estudiantes abordados evidenciaron el aprendizaje. Respecto a Explorarte, el 85 % de los estudiantes mostraron modificaciones que evidencian re significación favorable en torno a mejores prácticas y hábitos en salud ambiental.

Como resultado de las unidades de análisis con la instituciones educativas, entre los meses de febrero y marzo se priorizaron problemáticas a través de la acción integrada “sintonizarte”, encontrándose que el mayor número de instituciones educativas (sede) identificaron las relacionadas con la salud mental (23,2 %), seguido por las relacionadas con salud ambiental (19,2 %) y entornos escolares con énfasis en salud sexual y reproductiva (18,7 %) (mapa 7).

Mapa 7. Instituciones educativas y acciones, espacio educativo, localidad de Suba, 2017



Fuente. Matriz de identificación de acciones. Espacio Educativo y equipo ACCVSyE 2017.

Entre las principales problemáticas identificadas en la población de los colegios caracterizados, están situaciones de salud mental y de salud ambiental; se destacan problemas buylling, cyberbuylling y sexting, pautas de crianza negligencia y abandono, falta de amor propio e inestabilidad emocional y cutting entre otras.

Respecto de las situaciones ambientales que resultan riesgosas para la salud de los escolares, encontramos mal manejo de residuos sólidos, mal uso de los recursos hídricos y contaminación auditiva, entre otras.

A través de *Disfrutarte* Se realizaron reuniones de gestión para transversalizar los temas de alimentación saludable y actividad física en la institución y se abordaron temas como actividad física, alimentación saludable, el buen uso del tiempo libre, alimentación balanceada, cuidado y autocuidado, gimnasia cerebral, prácticas de alimentación; en las UPZ Tibabuyes 34 %, Rincón 28 %, Suba 12 % y Prado 10 %.

Dentro de las propuestas de respuesta de medio ambiente se busca sensibilizar a la comunidad educativa en la importancia de la separación en la fuente, buenas prácticas para el cuidado del entorno de la institución a partir de estrategias para generar su apropiación. *Explorarte* como metodología de intervención consiguió desarrollar sesiones de gestión para articular de acuerdo a los riesgos identificados y que generan impacto negativo sobre el entorno ambiental escolar, identificación de riesgos colectivos, recuperación de 82 puntos críticos, abordaje de temas como plan emergencias, política distrital de salud ambiental, consumo responsable, riesgos colectivos, residuos sólidos, comparendo ambiental, infracciones ambientales, cambio climático, jornada rayos UV residuos sólidos, aire y ruido, recuperación de 80 puntos críticos.

Respecto de las propuestas de respuesta para el eje de salud mental, se busca sensibilizar a través de sesiones para estudiantes con talleres de fortalecimiento de la autoestima y amor propio involucrando al docente y los padres de familia, así mismo educación sobre el correcto uso de tecnología promoviendo páginas que brinden actividades para un manejo adecuado del tiempo libre, manejo del uso de privacidad en redes sociales, afianzamiento en temas de autocuidado y respeto.

Las problemáticas identificadas como las de mayor impacto en los colegios, a partir de las unidades de análisis, son el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), las riñas y pandillismo, matoneo, hurtos; en menor medida sin desconocer su importancia la conducta suicida y embarazos no planeados; situaciones que fueron prioridad en las actividades del espacio.

Se realizaron convocatorias a los estudiantes de la institución educativa y conformación del grupo promotor de convivencia, por medio de *acompañarte* se abordaron temas según necesidades identificadas en acoso escolar, sana convivencia, burnout, relajación, consumo de SPA, alternativas de salud, autoestima, derechos de los niños, signos de alarma en salud mental, expresión de emociones, matoneo y agresiones, pautas de crianza, reflexiones, proyecto de vida, resolución de conflictos, riesgos en convivencia; especialmente en las UPZ Tibabuyes 30 %, Rincón 24 %, Britalia 16 %, Suba 12 % y Prado 10 %.

El limitado del talento humano, se ha convertido en una problemática para poder influir en las situaciones de salud priorizados en los espacios escolares; acompañado de la imposibilidad de hacer un seguimiento individual a los casos identificados de los estudiantes. Respecto al trabajo con los docentes, no se presentan la oportunidad para poder realizar capacitaciones y guía en la identificación de problemáticas en salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

Las situaciones que se puedan identificar en los espacios escolares y que se deberían trabajar con los profesores, como personas con las cuales conviven los estudiantes la mayor parte de su día, obedecen a patrones estructurales como lo son: el fraccionamiento de la institución familiar y de los lazos sociales que esta genera, como red inmediata de apoyo de los individuos. La adquisición de roles como la paternidad o la responsabilidad de ser el benefactor de medios económicos para el desarrollo de sus familias, se convierte en determinantes, que afectan en la salud de los escolares y se pueden ver manifestados en problemáticas de salud mental.

5.2 Espacio de trabajo

En este escenario se materializa la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores del sector informal, con el fin de impactar de forma positiva la salud de la población trabajadora, a través de la implementación de dos estrategias: “Habilidades para la vida en el Espacio

Trabajo” dirigida a Niños, Niñas y Adolescentes –NNA- trabajadores para que adquieran las aptitudes necesarias en el desarrollo humano mediante el trabajo de diez habilidades, y “Entornos saludables y Espacio Trabajo” que hace relación a acciones promocionales, preventivas y participativas para proteger la salud de los trabajadores de Unidades de Trabajo Informal –UTI- y la sustentabilidad del ambiente de trabajo; dichas estrategias se implementan en el accionar del espacio a través de dos acciones integradas (30) (54) (tabla 24).

Tabla 24. Acciones desarrolladas por espacio trabajo, localidad de Suba, 2017

Acción Integrada	Producto	Actividades
Ruta para alejarse del trabajo infantil. Desvinculación progresiva de los niños niñas y adolescentes de las peores formas de trabajo infantil	Niños y niñas con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil	Identificación y caracterización de casos
		Acompañamiento en implementación de plan de trabajo con padres o acudientes
		Seguimiento y cierre del proceso
	Adolescentes con desvinculación progresiva de las peores formas de trabajo infantil o promoción del trabajo protegido	Identificación y caracterización de casos
		Acompañamiento en implementación de plan de trabajo con padres, acudientes o adolescentes
		Seguimiento y cierre del proceso para desvinculación o promoción del trabajo adolescente protegido
Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil	Caracterización de NNA ubicados en zonas de alta concentración comercial	
	Sesiones de promoción de habilidades para la vida	
Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud.	UTIS de alto y mediano impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo.	Caracterización y concertación del plan de trabajo
		Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de los trabajadores, según plan de trabajo concertado
		Seguimiento y evaluación de la implementación de la estrategia, cierre del proceso
	Grupos organizados de trabajadores informales - GOTIS-	Identificación y caracterización de trabajadores de UTIS de bajo impacto
		Sesiones en promoción de la salud, derechos en salud y trabajo
	Centros de escucha para personas en ejercicio o vinculadas a la prostitución	Escucha activa, recorridos en calle
		Actividades lúdicas pedagógicas
		Tamizaje y asesoría VIH/Sífilis
		Fortalecimiento de redes
		Asesoría Psicosocial

Fuente: Anexo Operativo Espacio Trabajo SDS 2017

Las acciones implementadas en población infantil y adolescente buscan su desvinculación al trabajo así como el desarrollo de habilidades para la vida promoviendo en sus familias la crianza humanizada, la orientación para el restablecimiento de roles, garantía y restitución de derechos en salud; además en las actividades colectivas en espacios comunitarios y de

concentración comercial en calle o donde haya presencia de niños y adolescentes trabajadores, se activan rutas sectoriales e intersectoriales (30).

Con relación a las UTI, se priorizan según la afectación a la salud de los trabajadores, siendo las de alto impacto aquellas en las que se realizan procesos productivos con uso de agentes ocupacionales cancerígenos; en mediano impacto se priorizan bodegas de reciclaje, comercio al por mayor de desperdicios, desechos, chatarra, elaboración de productos textiles, peluquerías (no expuesta a riesgo químico) y procesos productivos asociados a la transformación de alimentos. En el grupo de bajo impacto se ubican las UTI que desarrollan acciones de supervivencia como plazas de mercado, ventas ambulantes y otras utilidades con venta en calle (30).

Las situaciones de riesgo sobre las que se interviene desde este espacio se relacionan con cuatro factores asociados a la situación de salud y la modificación de los mismos: estilo de vida, factores ambientales relacionados con las condiciones de trabajo, características individuales (edad, sexo, entre otros); acceso a oferta institucional y canalización a servicios sociales o de salud (30).

Para Suba, desde la acción integrada uno, mediante búsqueda activa se identificaron 381 menores y 101 adolescentes, lo que corresponde a un total de 482 NNA caracterizados, de los cuales 29 (6,0 %) se encontraban desescolarizados y 32 (6,6 %) sin afiliación al sistema de seguridad en salud. Con corte a diciembre de 2017 se han realizado 367 cierres de proceso, alcanzando un 64,3 % de NNA con desvinculación laboral o trabajo protegido, igualmente se realizaron siete actividades colectivas en lugares de ventas ambulantes. En total, se realizó la activación de 68 rutas, donde el 51,5 % fueron sectoriales, principalmente por falta de aseguramiento, mientras el porcentaje restante, fue a rutas intersectoriales (menores desescolarizados o sectores que ofertan servicios dirigidas al uso adecuado del tiempo libre).

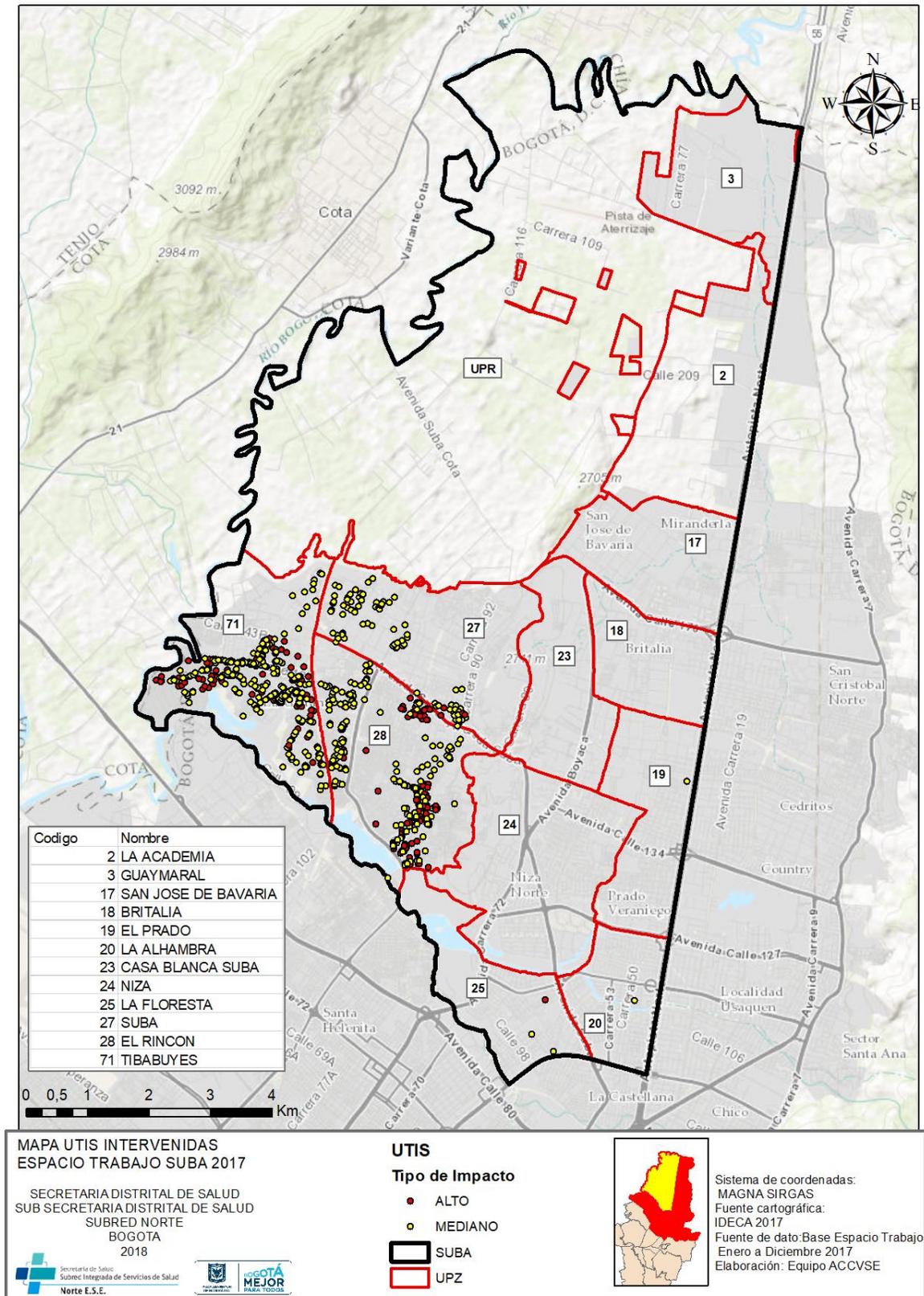
Las principales actividades económicas en las cuales fueron identificados los NNA en Suba, fueron ventas ambulantes, reciclaje y comercio; actividades económicas que generan riesgos como que pueden afectar el desarrollo integral de los menores, al ser comerciales, se genera una responsabilidad frente a los bienes materiales y económicos del establecimiento

comercial, que puede generar choques emocionales y afectaciones en la relación con sus familiares, si no se cumple la labor a cabalidad. Las acciones colectivas se dirigieron principalmente a menores que se dedican a la venta ambulante, trabajando temas como derechos y deberes de la infancia, autoconocimiento, manejo de emociones y proyecto de vida.

En el marco de la Política Pública para la salud y calidad de vida de las trabajadoras y los trabajadores de Bogotá D.C dentro de sus líneas de acción, se encuentra la prevención del trabajo infantil y promoción del trabajo protegido para adolescentes. En cuanto al trabajo digno y decente, la Política hace énfasis particular en la relación que este tiene con la salud en el trabajo y la seguridad social, por cuanto existe una asociación directa entre las condiciones de empleo y la salud de la población trabajadora.

Respecto a la acción integrada dos, en Suba se identificaron y caracterizaron 910 UTI, siendo 28,1 % de alto impacto y 71,9 % de mediano impacto, concentrándose principalmente en las UPZ Rincón, Tibabuyes y Suba Centro (Mapa 8), la priorización para el abordaje de las UTI se debe a procesos de búsqueda activa mediante recorridos en zonas de la localidad no abordadas con anterioridad o aquellas que se destacan por la actividad comercial. Con corte a diciembre de 2017 se logró la implementación de la estrategia en el 78,1 % y el 49,1 % de las UTI de alto y mediano impacto respectivamente.

Mapa 8. Concentración de UTI, espacio trabajo, localidad de Suba, 2017



Fuente: Base de datos UTI. Espacio trabajo, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte 2017.

Según la actividad económica las UTI de alto impacto fueron principalmente peluquerías, salones de belleza y mantenimiento de motocicletas, mientras que las de mediano impacto fueron restaurantes, panaderías y comidas rápidas.

Respecto a las actividades económicas de alto impacto se identifican los riesgos por la manipulación de químicos. Según la Organización Internacional del Trabajo –OIT-, la expresión “producto químico” designa los elementos y los compuestos químicos, y sus mezclas, bien sean naturales o sintéticos, tales como los obtenidos a través de los procesos de producción. Son peligrosos y se clasifican en función del tipo y el grado de la afectación física y los riesgos para la salud. Por consiguiente es deber, tanto de trabajadores como de empleadores, el velar por las normas de seguridad, en el almacenamiento, manejo y marcado de cada uno de los productos utilizados.

Para el caso específico de la mecánica automotriz, los talleres son lugares en los que se trabajan con herramientas y máquinas, se caracterizan por tener un elevado nivel de ruido, polvo y donde se da en mayor medida los riesgos eléctricos. Todo ello hace que normalmente presenten un nivel de riesgo elevado para la salud.

Los principales riesgos de la labor se encuentran relacionados a la carga física de la labor, y el sobreesfuerzo que se debe realizar. Los talleres al ser lugares con múltiples herramientas, también se puede estar propensos a choques y golpes con objetos inmóviles.

La manipulación de herramientas manuales comunes como martillos, destornilladores, alicates, tenazas y llaves diversas, constituye una práctica habitual en talleres. Aunque tales elementos puedan parecer poco peligrosas, cuando se usan de forma inadecuada llegan a provocar lesiones (heridas y contusiones principalmente) que pueden repercutir en lesiones graves y afectaciones en la salud de los trabajadores.

En la preparación y venta de alimentos, los riesgos relacionados a las altas temperaturas en las cocinas, los pequeños espacios que carecen de ventilación y la falta de pausas por la dinámica acelerada de estas labores, generan problemáticas en la salud de los trabajadores, principalmente los riesgos biomecánicos. En este tipo de lugares, son necesarias la

señalización y almacenamiento correspondiente, que disminuya el riesgo de sufrir algún tipo de accidente, principalmente por líquidos calientes como agua y aceite.

De igual forma se realizaron seis GOTIS cuya orientación fue la promoción de los derechos y garantías sociales relacionadas con el trabajo, se implementaron dos centros de escucha, se activaron 11 rutas sectoriales y una intersectorial.

En Colombia, la Seguridad Social es un derecho irrenunciable de todo ciudadano ya que constituye una de las garantías mínimas del trabajo, sin embargo, no necesariamente son garantizadas para los trabajadores del sector informal. La tarea de muchas acciones que se mencionan en este espacio de trabajo promueven la vinculación al sistema, que por diferentes razones tales como una falta de continuidad en los procesos, limitantes en el acompañamiento por falta de tiempos y la reducción de programas intersectoriales que fortalecen y promueven la información y formalización, no se ha materializado el hecho. Estos son aspectos que motivan la reflexión sobre la manera de amparar al trabajador informal en un proceso de acompañamiento continuo.

Si bien el Estado ha promulgado una serie de normas que han beneficiado a la población trabajadora del sector informal en el ingreso al sistema de riesgos laborales, la situación que se evidencia es la vulnerabilidad inmersa en el contexto de cada trabajador informal, es decir, la existencia de una baja e incierta productividad diaria, una labor precaria y de subsistencia, asociada a una baja cobertura en seguridad social en pensiones y riesgos laborales, a pesar de que el régimen subsidiado preste los servicios de salud. Es precisamente esta razón por la que el empleo informal requiere de las acciones preventivas de la salud ocupacional o del trabajo, con el fin de reducir los riesgos laborales a los que están expuestos, mitigando deterioros de la salud de las personas, la prevalencia de enfermedades crónicas y accidentes laborales que finalmente se traduce en un alivio financiero para el sistema de salud.

Por otra parte, con la desvinculación laboral de NNA se busca retomar el curso de la vida que se debe tener en estos momentos y que se convierte en parte del goce efectivo de los derechos de esta población. Cuando se toman responsabilidades, económicas, familiares o sociales, que no corresponden al momento de vida del individuo, esto puede repercutir en el desarrollo integral de la comunidad y el resquebrajamiento de instituciones fundamentales para el

desarrollo como lo es la familia. Dadas las características actuales de Bogotá, la búsqueda de un medio económico de sobrevivencia, ha hecho que el ingreso al sector laboral a temprana edad se conviertan en una realidad propia de las comunidades, en especial las más vulnerables; por ende, las acciones deben garantizar una desvinculación real, acompañada de procesos de integración o en su defecto de promover condiciones óptimas dentro de una formalidad establecida.

La efectividad de las acciones que realiza el espacio dependen principalmente de la voluntad individual, dado que son labores que no se encuentran en el marco de la obligatoriedad. En este sentido, la tradicionalidad en el ejercicio de la labor, enmarcada en su idiosincrasia no facilitan el cambio, dado que históricamente su accionar le ha dado resultado. A esto se suma la incomodidad en el uso de elementos de protección, que junto a la implementación de las acciones o mejoras recomendadas por el espacio incrementaría los gastos dentro de su proceso productivo.

5.3 Espacio público

El espacio público es el entorno de todos los espacios de vida cotidiana abierto a los ciudadanos para el goce y beneficio igualitario de la población, que favorece la interacción social para la expresión comunitaria. Pretende desarrollar las intervenciones en salud, en escenarios de movilidad, recreación y esparcimiento, haciendo énfasis en los riesgos colectivos e individuales para las condiciones crónicas, salud mental y derechos sexuales y reproductivos (31) (Tabla 25).

Tabla 25. Acciones desarrolladas por espacio público, localidad de Suba 2017

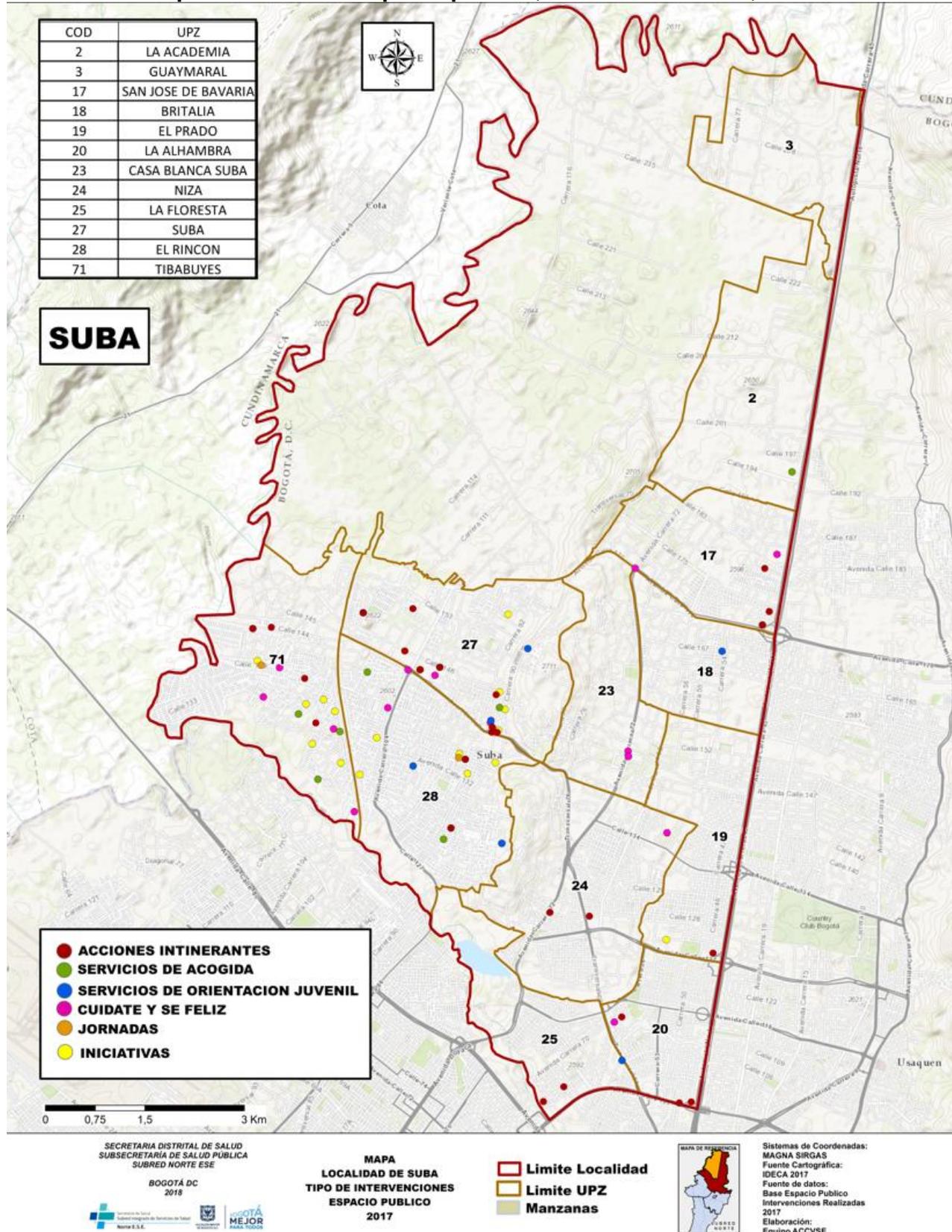
Acción Integrada	Componentes	Actividades
Gestión del Riesgo en Salud en el Espacio Público	Constructores del espacio público	Caracterización del riesgo en salud, acciones itinerantes, puntos “Cuidate se feliz” y jornadas.
	Vincúlate	Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU) y de Acogida, para el abordaje del consumo de SPA.
Comunidades promotoras y protectoras de la salud	Acciones basadas en comunidad	Procesos de iniciativas (concertación, implementación y evaluación).

Fuente: Anexo operativo Espacio Público. SDS 2017.

Las situaciones de riesgo sobre en las que interviene mediante la primera acción integrada son las relacionadas con estilos de vida no saludables para prevenir la aparición de condiciones crónicas, el consumo de sustancias psicoactivas y el goce de los derechos sexuales y reproductivos. Desde la segunda acción integrada se abordan actividades promocionales con estrategias colectivas para el mejoramiento de las condiciones de la calidad de vida, fortaleciendo redes protectoras y promotoras de la salud (31).

En el 2017, desde constructores del espacio público en la localidad, no se realizan procesos de caracterización de barrios, sin embargo, se intervinieron 8 UPZ en las cuales se desarrollaron 34 acciones itinerantes y se captó la atención de 11.125 personas donde los temas y UPZ de mayor frecuencia fueron Infección Respiratoria Aguda y Prevención del uso de la pólvora en las UPZ Suba y Tibabuyes. En cuanto a los puntos de “Cuidate y sé feliz” se tamizaron 18.589 personas en los 14 puntos de la localidad encontrando que el 31,9 % estaban en riesgo cardiovascular medio y el 9,1 % en riesgo alto. Respecto a los Servicios de Orientación a Jóvenes, de 491 jóvenes captados en el 16,3 % se logró la superación del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) con la intervención y de 185 casos canalizados solo en el 13,5 % tuvieron efectividad en la atención. Finalmente, en cuanto a los procesos de iniciativas se alcanzó una adherencia de los asistentes del 28,2 % (mapa 9).

Mapa 9. Acciones espacio público, localidad de Suba, 2017



Fuente: Base de datos Espacio Público, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

Si bien las intervenciones realizadas muestran un efecto en la población, es necesario crear puntos de articulación entre las acciones y demás componentes de Plan de Intervenciones Colectivas. La mayoría de las acciones itinerantes se ubican en UPZ con condiciones de vulnerabilidad de la localidad, sin embargo debería fortalecerse en territorios de la UPZ el Rincón, así mismo los temas abordados aunque importantes deberían orientarse a las alertas generadas por el equipo ACCVSE sobre los eventos de interés en salud pública, donde el consumo de SPA y la prevención del uso de la pólvora, IRA y Salud Sexual y reproductiva en las UPZ antes nombradas es relevante; de igual forma, este insumo puede orientar la elección de los barrios a caracterizar para identificación de los riesgos.

Respecto a los SOJU, la medición de personas con riesgo de consumo de SPA alto y medio debería trascender de bares y discotecas (Estrategia Farra de la Buena) y complementarse con la medición en instituciones de educación (colegios y universidades) como también en los barrios donde el consumo se considere problemático; así mismo, se deben fortalecer los procesos de canalización, dada la poca efectividad de las mismas.

El espacio público es finalmente un escenario de interacción y construcción social de la comunidad y en especial con las instituciones estatales, donde el ejercicio de ciudadanía y de identidad está determinado por contextos específicos de cada territorio. En ese sentido, existiendo en la localidad una diversidad de equipamientos económicos, residenciales, educativos que funcionan como lugares de construcción de ciudadanía y encuentro social, se debe trabajar los intereses de todos los grupos poblacionales, la respuesta institucional como se evidencia ha buscado permitir abundantes y distintas prácticas culturales e intercambios sociales dentro de los distintos escenarios.

A pesar de estos esfuerzos, el espacio público sigue siendo el territorio permanente donde se exponen infinidad de relaciones sociales que se entretajan en un sin número de posibilidades de resolución de las mismas. Esta complejidad de las relaciones dentro del espacio público de la localidad, dificulta que las acciones realizadas para dar solución a las problemáticas dentro del espacio público, tengan un impacto positivo para disminuirlas o erradicarlas definitivamente.

Sin embargo, a pesar de la gran variedad de actividades ya descritas desde el sector, estas se han visto limitadas por la necesidad de cambios en los patrones culturales de comportamiento frente al uso y cuidado de los ambientes naturales y construidos; las acciones no son continuas y trascendentales en su impacto pues no han podido ser mantenidas en el tiempo por razones diferentes y por ende la población no conserva los procesos de sensibilización y transformación cultural (32).

La tarea se ve limitada frente a la gran demanda de acciones que requiere la transformación de los usos y las costumbres que acontecen en los espacios públicos, sea que tengan el carácter de tradiciones, tendencias generales o eventos esporádicos, para que contribuyan al bienestar de personas y grupos. Son procesos de larga duración que para ser evaluados es menester notar los cambios que determinan los grados de integración social, el sentido de pertenencia, los niveles de democracia, el sentido de la justicia, la cohesión social y las capacidades de apropiación de lo público.

5.4 Espacio de vivienda

El Espacio Vivienda se entiende como un escenario de refugio, acogida y afecto el cual constituye un espacio de residencia y convivencia permanente o transitoria; es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. El propósito del espacio es desarrollar las potencialidades y capacidades de las personas, familias y cuidadores, promoviendo y protegiendo la salud; así mismo disminuir y controlar la exposición a riesgos sociales y ambientales a través de acciones integradas, que le permita a las comunidades de transformar su realidad a partir de sus propias decisiones (33) (tabla 26).

Tabla 26. Acciones desarrolladas por espacio vivienda, localidad de Suba, 2017

Acción Integrada	Componente	Actividades
Cuidado para la Salud Familiar	Gestión del Riesgo	Caracterizar, valorar el riesgo, realizar seguimiento y asignación de cita a usuarios de Capital Salud inasistentes al programa de Protección Específica y Detección Temprana
	Acciones Familiares	Selección y priorización de familias a partir de los eventos canalizados por VSP (Morbilidad materna extrema, Sífilis Gestacional, Desnutrición Aguda, Bajo Peso al Nacer, Salas ERA, Conducta Suicida y Violencia Sexual y Económica).
		Caracterización social y ambiental de las familias a partir del análisis de condiciones para la formulación del plan familiar
		Seguimiento, monitoreo y evaluación a la adopción del plan familiar
	Acciones en Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar	Identificación, caracterización de riesgos colectivos para la implementación de la estrategia AIEPI comunitario mediante acciones de Información, Educación y Comunicación -IEC-
		Formulación, implementación, seguimiento y monitoreo al Plan de Hogares Comunitarios de Bienestar
Cuidado para la salud familiar institucional	Instituciones de Protección y Atención Integral a Personas Mayores	Caracterización social y ambiental de las instituciones con concepto Desfavorable dado por Inspección Vigilancia y Control -IVC-, para la formulación del plan Institucional
		Seguimiento, monitoreo y evaluación a la adopción del plan Institucional y Valoración por equipos de Inspección, vigilancia y control IVC para nuevo concepto sanitario
	Centros Carcelarios y Penitenciarios	Identificación y seguimiento de eventos de interés de salud pública
		Formulación, implementación y seguimiento del plan institucional con la metodología de centros de escucha (Salud Mental, SPA, Violencias, Autocuidado)
		Realización de Tamizajes (Pruebas rápidas VIH, TB y Sífilis)

Fuente: Anexo Operativo Espacio Vivienda SDS 2017

A nivel distrital el Espacio desarrolla acciones de Atención Psicosocial dirigida a víctimas del conflicto armado, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), las cuales son desarrolladas por la Subred Sur.

Los resultados de la acción “Cuidado para la salud familiar” en el 2017 muestran que desde el componente 1 se realizaron 13.951 visitas efectivas en la localidad de Suba; El análisis de los indicadores planteados evidenció que las acciones con mayor efectividad para la asignación de citas estuvo en el ingreso a los programas de Crecimiento y Desarrollo (48,7 %) y de Cáncer de Cuello Uterino –CCU- (40,3 %), principalmente en las UPZ de Tibabuyes y Rincón.

Por el contrario, el número de usuarios con necesidad de tamizaje visual es de 0, dado que al mes de Diciembre no se habían asignado citas relacionado con la estrategia del Espacio que fue la asignación directamente con oftalmología, encontrando en la oferta de la Subred una profesional que maneja un solo punto de atención. En este sentido, se estableció como plan de mejoramiento con la Dirección de Gestión del Riesgo en Salud el fortalecimiento a dicho tamizaje por parte de medicina y enfermería. Frente al indicador de ingreso a controles prenatales antes de la semana 12 es necesario aclarar que no se realizó canalización de la población intervenida ya que las 64 gestantes reportadas se encontraban en el programa y con su respectivo carnet de salud materna al momento de la visita, por lo cual, dentro del componente no se agendó la respectiva cita.

Respecto al componente 2, a través de la medición de los indicadores se encontraron coberturas superiores al 60 % en los eventos de desnutrición aguda (63,0 %), ERA (65,1 %), Morbilidad Materna Extrema (68,8 %) y sífilis gestacional (70,6 %), los cuales fueron la prioridad a intervenir por el Espacio para la Localidad. A pesar de las dificultades conocidas en la Localidad frente a seguridad y lesiones de causa externa, se evidenció que el Espacio hizo seguimiento efectivo a los casos de conducta suicida en porcentajes superiores al 90 %, con la novedad de que se notificó 1 caso de suicidio consumado con seguimiento efectivo posterior a la ocurrencia del evento. En esta línea se intervinieron casos de violencia sexual y violencia económica, con coberturas de 58,5 % y 40,2 % respectivamente, eventos que se presentaron en mayor frecuencia en gestantes y menores de 5 años.

En el componente 3, las acciones se concentraron en las UPZ Rincón y Tibabuyes en coherencia con la distribución de los hogares en la Localidad y como respuesta a la tendencia de los indicadores de salud infantil predominantes en la Localidad. En los HCB fue constante la identificación de la apropiación de las madres comunitarias en las prácticas de Lactancia Materna cuyos indicadores estuvieron por encima del 97,6 %, Alimentación según la edad, indicadores que se encuentran entre 85 % y 100 %, vacunación que tuvo cobertura del 100 % y algunas prácticas de cuidado en el niño enfermo con porcentajes superiores al 78 %.

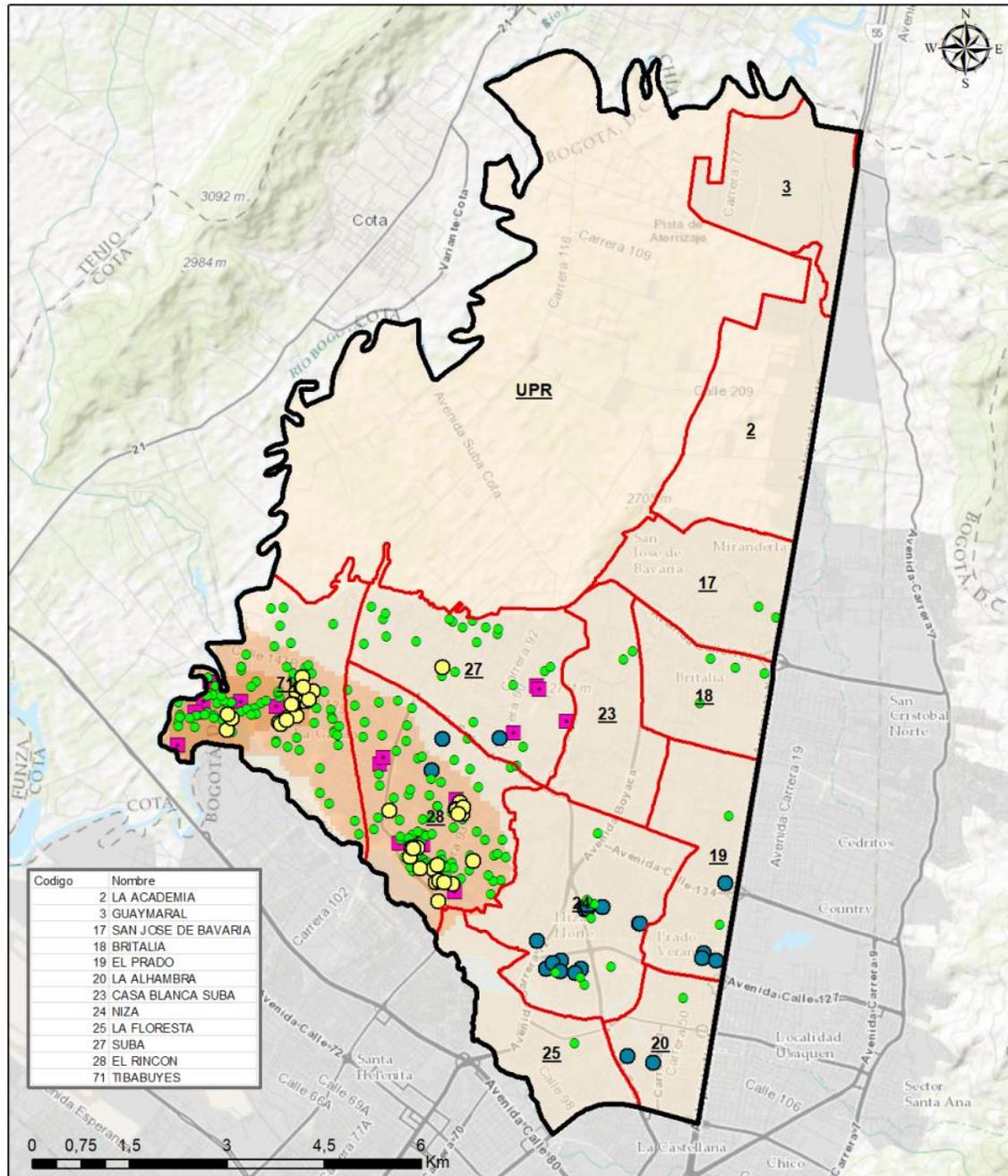
En salud oral el 66,7 % de los menores de cinco años caracterizados con prioridad alta asistieron a consulta por odontología, el 82,9 % de las madres realizaron cepillado a las niñas

y niños diariamente y almacenaron adecuadamente los elementos de higiene oral, mostrando el fortalecimiento alcanzado con las acciones, sin embargo es necesario reforzar el reconocimiento de signos de peligro y alarma, al igual que la importancia de las consultas de crecimiento y desarrollo.

Durante el periodo de Abril a Diciembre de 2017 no se realizó abordaje desde el componente 4 por parte del equipo operativo del Espacio. En cuanto al componente 5 se evidenció que el 77,3 % de las instituciones abordadas y priorizadas implementaron mejores prácticas de cuidado a las personas mayores, reconociéndolas como personas sujetos de derechos, con fortalecimiento de redes de apoyo, prácticas de autocuidado y seguimiento a condiciones específicas de eventos identificados como enfermedades crónicas. Las restantes instituciones intervenidas no realizaron cambios en la operación y prácticas después del proceso, llevando a que algunas de ellas cierren sus servicios.

La distribución de las acciones de los componentes 1, 2 y 3 mostró focalización en las UPZ Tibabuyes y Rincón, acorde con la priorización para el desarrollo de las respuestas integrales del espacio, mientras que el componente 5 se concentró en la UPZ Niza, dados los criterios de inclusión de las Instituciones de Persona Mayor en el programa (mapa 10).

Mapa 10. Acciones “Cuidado para la salud familiar” espacio vivienda, localidad de Suba, 2017



MAPA POBLACION INTERVENIDA ESPACIO VIVIENDA SUBA 2017
 SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
 SUB SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD SUBRED NORTE
 BOGOTA 2018

Codigo	Nombre
2	LA ACADEMIA
3	GUAYMARAL
17	SAN JOSE DE BAVARIA
18	BRITALIA
19	EL PRADO
20	LA ALHAMBRA
23	CASA BLANCA SUBA
24	NIZA
25	LA FLORESTA
27	SUBA
28	EL RINCON
71	TIBABUYES

Gestion del Riesgo

- baja
- media
- alta

● HCB
● FAMILIAS
● IPMS
■ ETNIAS
 SUBA
 UPZ

Sistema de coordenadas: MAGNA SIRGAS
 Fuente cartográfica: IDECA 2017
 Fuente de dato: Base Espacio Vivienda Enero a Diciembre 2017
 Elaboración: Equipo ACCVSE

Fuente: Bases de datos Espacio Vivienda, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

La dinámica en la que se está desarrollando el trabajo desde el Espacio Vivienda se modificó significativamente en comparación con la vigencia anterior, cuando se realizaban barridos como insumo principal para su accionar; entre abril y diciembre de 2017 el abordaje de gestión del riesgo se realizó a partir de bases de datos suministrados por nivel central, las cuales deben ser depuradas y geocodificadas, descartando individuos por falta de veracidad en la información. Similar situación se presenta en las acciones familiares, donde la puerta de entrada son eventos de interés en salud pública que corresponden con metas del Plan Territorial de Salud, con los que la información, educación y comunicación está llegando a familias que presentan deterioro en sus condiciones de salud, para aportar en la toma de decisiones para transformar su realidad.

Suba es una de las tres localidades del distrito que cuentan con presencia de los seis estratos socioeconómicos determinados catastralmente, llevando a que en ella residan grupos poblacionales de diversas condiciones. Esto es un factor determinante para el accionar de los equipos del espacio, ya que se focalizan en grupos con condiciones de riesgo y la receptividad de las acciones es mayor en los estratos bajos

Suba se ha caracterizado históricamente por ser una localidad receptora de población migrante, con diferentes culturas, razas y pensamientos, situación que se a incrementando por la llegada de población venezolana que se ha asentado en la UPZ Tibabuyes.

5.5 Gestión de programas y acciones de interés en Salud Pública (GPAISP)

Desde el GPAISP se realiza asistencia técnica y seguimiento a la implementación de estrategias, planes y programas de acciones de interés en Salud Pública a partir de las personas, familia y comunidad en su curso de vida, al interior de las IPS (Públicas y privadas) y espacios de vida cotidiana, en el marco de la Gestión de la Salud Pública (GSP) en Bogotá (34).

Para lograr este objetivo, se definieron las siguientes prioridades enmarcadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que incluyen los siguientes riesgos y eventos:

- Condiciones crónicas: Contempla la exposición a riesgos (sedentarismo, la alimentación no

saludable, consumo nocivo de tabaco y alcohol y riesgos ambientales) y eventos precursores y de desenlace (cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y cáncer)

- Salud oral
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos
- Convivencia y salud mental
- Dimensión transversal de gestión diferencial de población
- Transmisibles
- Infancia

De esta forma desde el GPAISP se desarrollan actividades extramurales y de seguimiento a las IPS caracterizadas, mediante la aplicación de listas de chequeo y generación de planes de mejora (Tabla 27).

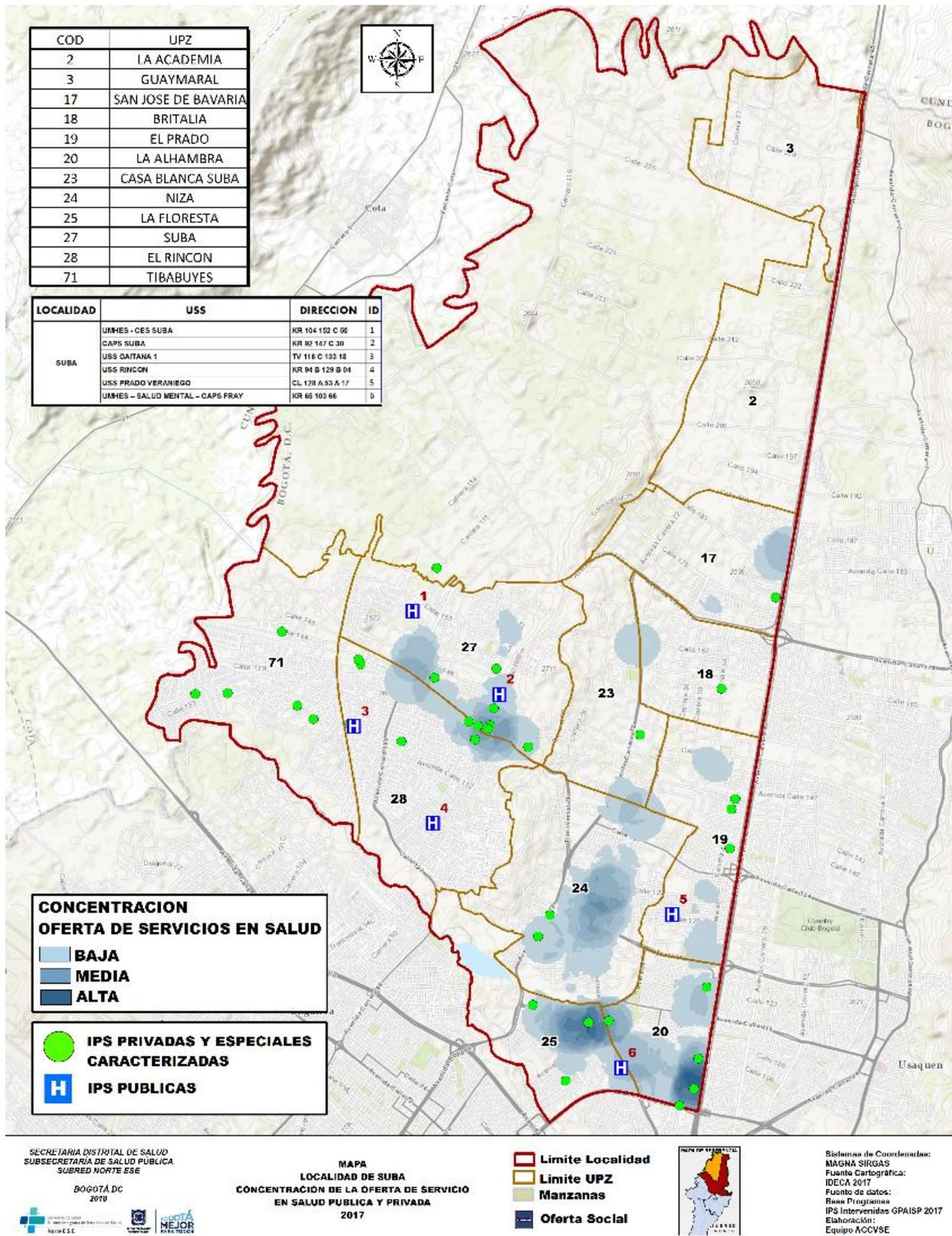
Tabla 27. Acciones desarrolladas por GPAISP, localidad de Suba, 2017

Componente	Producto	Actividades
Gestión y ejecución de acciones extramurales	Jornadas extramurales de intensificación y rutinaria	En los siguientes temas: Salud oral, PAI, Infancia, Lavado de manos, SSR, Crónicas, Salud mental, SAN Para PAI se utiliza: casa a casa, jornadas, concentración y seguimiento a cohorte
	Bloqueos de casos notificados	Bloqueos de los casos notificados de enfermedades prevenibles por vacuna (Meningitis, Tos ferina, Sarampión, Parálisis flácida, Rubéola congénita) Identificación y seguimiento de los casos de ETV, TB, Hansen, TB/VIH farmacoresistente, EPOC, Diabetes en alta vulnerabilidad.
Gestión en IPS	IPS intervenida con Plan de acción	Asistencia Técnica para fortalecer el cumplimiento de los Programas y Acciones de interés en salud pública, con énfasis en los temas priorizados (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar)
	Casos gestionados y seguidos reportados a las EAPB	Activación de rutas: Gestión del Riesgo individual, prioridad alta con EAPB
	Gestión de medicamentos, insumos y dispositivos médicos	Solicitud, distribución, seguimiento, consolidado e informe de los medicamentos (biológicos), dispositivos médicos e insumos, de acuerdo a la necesidad

Fuente: Anexo Operativo GPAISP SDS 2017

Es así como en la localidad de Suba, para el 2015 se identificaron 319 IPS de tipo privada y ocho públicas, para las cuales entre agosto de 2016 a diciembre de 2017 se caracterizaron y aplicaron listas de chequeo a 30 (9,4 %) privadas y el total de las públicas. Según la distribución territorial, la mayor proporción de la oferta privada se encuentra en las UPZ la Alhambra, la Floresta y Niza mientras que la pública se observa en mayor proporción en la UPZ el Rincón, Tibabuyes y Suba (mapa 11).

Mapa 11. IPS intervenidas por GPAISP, localidad de Suba, 2017



Fuente: Bases de datos GPAISP, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

Mediante la aplicación de las listas de chequeo por parte del equipo GPAISP en las IPS públicas y privadas, se encontró cumplimiento apropiado de los requerimientos (mayor al 89 %) en el 10,4 % y 48,8 % de los programas respectivamente. Para la red pública los puntajes más altos se obtuvieron en salud mental, mientras en la red privada fueron RBC y cuidadores (tabla 28).

Tabla 28. Cumplimiento de planes de trabajo en IPS públicas y privadas, localidad de Suba, 2017

Tipo	Programa	Rojo		Amarillo		Verde		Total IPS
		n	%	n	%	n	%	
Pública	Cáncer	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5
	Crónicos	1	50	1	50,0	0	0,0	2
	Enfermedades Transmitidas por Vectores	0	0	5	100,0	0	0,0	5
	Higiene manos y etiqueta de Tos	1	14,29	4	57,1	2	28,6	7
	Hx Salud mental	1	33,33	1	33,3	1	33,3	3
	IAMI	0	0	1	100,0	0	0,0	1
	Infancia	2	40	2	40,0	1	20,0	5
	Instrumento con Sala ERA	0	0	1	100,0	0	0,0	1
	Instrumento sin sala ERA	2	100	0	0,0	0	0,0	2
	PAI	2	40	2	40,0	1	20,0	5
	RBC Barreras	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5
	RBC Explorativa	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
	Salud mental	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5
	Salud Oral	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5
	Salud Sexual y Reproductiva	1	16,7	5	83,3	0	0,0	6
	Seguridad Ali mentalria y Nutricional	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4
Tuberculosis	2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	
Privadas	Cáncer	1	5,3	10	52,6	8	42,1	19
	Crónicos	0	0,0	8	40,0	12	60,0	20
	Enfermedades Transmitidas por Vectores	1	4,0	12	48,0	12	48,0	25
	Higiene manos y etiqueta de Tos	1	3,7	6	22,2	20	74,1	27
	Hx Salud mental	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4
	IAMI	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5
	Infancia	2	9,1	4	18,2	16	72,7	22
	Instrumento con Sala ERA	0	0,0	3	42,9	4	57,1	7
	Instrumento Cuidadores	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
	Instrumento sin sala ERA	2	13,3	8	53,3	5	33,3	15
	PAI	0	0,0	9	50,0	9	50,0	18
	RBC Autoevaluación	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3
	RBC Barreras	3	12,5	11	45,8	10	41,7	24
	RBC Explorativa	0	0,0	1	25,0	3	75,0	4
	Salud mental	16	72,7	5	22,7	1	4,5	22
	Salud Oral	3	18,8	4	25,0	9	56,3	16
Salud Sexual y Reproductiva	3	12,5	12	50,0	9	37,5	24	
Seguridad Ali mentalria y Nutricional	2	9,5	12	57,1	7	33,3	21	
Tuberculosis	1	4,2	8	33,3	15	62,5	24	

*Rojo: Cumple < 70 %; amarillo: cumple entre el 70 % y 89 %; Verde: Cumple >89 % de requerimientos.

Fuente: Base de seguimiento -GPAISP-. Bases de datos GPAISP, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

Para el seguimiento de las IPS por parte de programas, en todas sus acciones integradas, se presenta una dificultad relacionada con los tiempos de atención de las IPS y la disponibilidad para realizar el seguimiento y aplicar la lista de chequeo. De igual forma, la cobertura de las IPS se limita debido a la distancia que se deben recorrer entre las localidades que integran la Subred Norte. La organización de la subred Norte no solo no integra acciones, sino que no facilita los procesos y, sumado al desconocimiento de los programas al interior de sus funcionarios, conlleva a se le reste la importancia a las actividades por desarrollar; de allí que se sugiera un fortalecimiento de insumos para la movilización de profesionales.

Se ha evidenciado en el trabajo práctico que el sistema de información para las historias clínicas no está estructuradas y estandarizadas, que junto al hecho de el continuo cambio de talento humano que no tienen un buen proceso de inducción para el manejo de las herramientas, truncan los procesos adelantados. Específicamente de ámbito público, las herramientas e infraestructura de la red son insuficientes, y la centralización no permite acceder con facilidad a la información por lo cual se desconoce la población que se está atendiendo en realidad.

Por otro lado, es de resaltar que las IPS privadas permiten y tienen la voluntad de articularse para generar el trabajo mancomunado, les parece que les permite mejorar su accionar. De esta manera, los procesos de las IPS privadas están fortalecidas y se pueden apropiar a las IPS públicas en esfuerzos de trabajo más prolongados y continuos, no obstante, a que los indicadores no miden las acciones realizadas ni tampoco el impacto real.

6 CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Este capítulo sintetiza la información del documento ACCVSE, donde a partir de la descripción de los nodos se evidencian las principales tensiones en salud con sus más relevantes problemáticas que se distribuyen en la localidad de Usaquén. Estos nodos contemplan las situaciones en salud y sus determinantes, la respuesta institucional e intersectorial, promoviendo la generación de propuestas y la orientación a la toma de decisiones.

Como bien se describe en el PDSP, la salud es el producto de las interacciones a las que ven sujetas las dimensiones del desarrollo en un contexto específico. En ese sentido, se debe abordar de una manera integral tanto los determinantes sociales de la salud como sus principales eventos en un tiempo y espacio, es decir, comprender las condiciones y situaciones características de un territorio que configuran el desarrollo óptimo de las comunidades.

6.1 Descripción metodológica

En concordancia con la implementación de la metodología de Balance de las Tensiones en las Interacciones entre las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas -BIT PASE- a la Equidad en Salud, se llevó a cabo la construcción de tensiones y formulación de nodos para cada una de las localidades de la Subred Norte. Este ejercicio se desarrolló en tres momentos: preparación de insumos, definición de tensiones y generación de nodos.

Para la preparación de insumos se realizó un balance de la información en articulación con los líderes de los diferentes espacios y procesos transversales, con quienes se consolidó una matriz de información que incluyó la tendencia de los indicadores en salud, las problemáticas y potencialidades de los territorios, la información disponible de los espacios de vida cotidiana y los diagnósticos locales de años anteriores; de igual forma, con el Componente 1 de Gobernanza se identificó la respuesta sectorial e intersectorial disponible para cada localidad; también se contó con el trabajo territorial de los recorridos rápidos, mesas locales y fuentes de información secundaria como boletines, revistas indexadas, noticias, entre otros.

En la definición de las tensiones se identificaron las situaciones de salud prioritarias para la localidad, ya que al comprender los eventos prioritarios se permite describir las interacciones, condiciones, circunstancias y causas que conllevan a una situación problemática en salud, por lo que fue analizada conforme a los siguientes parámetros:

- Generadores: Situaciones o condiciones que originan la tensión, según las dimensiones PASE.
- Reforzadores: Elementos que aumentan o cronifican la tensión e impiden su resolución.
- Liberadores: Elementos que contribuyen a la superación de la tensión.
- Implicaciones: Consecuencias que ponen en riesgo el equilibrio territorial.

A partir de estos insumos, en un trabajo articulado con los espacios de vida cotidiana, procesos transversales de la Subred Norte y SDS, se construyeron las tensiones teniendo como ordenador los momentos de curso de vida; para estructurarlas se utilizaron dos matrices, una de valoración de las situaciones en salud y de análisis, consolidación y priorización de las tensiones. Cabe anotar que cada tensión obtenida fue analizada a la luz de su magnitud, tendencia y lugar de ocurrencia, elementos que conducen a una debida valoración y comprensión.

En el tercer momento se construyeron los nodos, donde se estableció la relación de las tensiones, mediante la identificación de generadores comunes y su ubicación territorial, que a su vez resaltó los impactos sociales, poblacionales, económicos, ambientales, entre otros. Adicionalmente, se incluye la respuesta sectorial e intersectorial de la Localidad. Es en definitiva un “momento de comprender” en la cual se entiende de forma integral la salud mediante la configuración (nodo) dada de la relación entre tensiones sobre un eje territorial particular.

6.2 Descripción de los nodos

Al realizar la especialización de las tensiones de la localidad de Suba se identificaron tres nodos que concentran condiciones sociales, ambientales y económicas, las cuales determinan la salud y calidad de vida de los residentes del territorio. De esta forma, a continuación, se describen las interacciones entre generadores, reforzadores y liberadores, que caracterizan las situaciones en los espacios geográficos delimitados para la Localidad.

Nodo 1: Condiciones de habitabilidad, recreación y ocio

En la UPZ Suba, y en algunos barrios de Casa Blanca, se configuran escenarios que obedecen a las características poblacionales del territorio, pues allí prevalecen las clases medias y

medias bajas que, aunque subsisten en el medio social y económico con una gran demanda de personas ocupadas laboralmente, generalmente corresponde a población profesional, empleados de empresas, dueños de negocios (incluyendo informal), pensionados, en territorios en continuo proceso de urbanización y expansión territorial, aun pesan sobre ellos la menor cantidad de equipamientos respecto a su población, una ausencia considerable de oferta pública de servicios sanitarios y asistenciales, y una densidad poblacional que se incrementa con la truncada movilidad.

La ausencia de espacios públicos, especialmente de parques, andenes y alamedas, entre otros, no permiten actividades al aire libre tanto para sus habitantes como para los visitantes, lo que además de un hacinamiento de población flotante y residencial, impacta las situaciones de la población de estas UPZ visualizadas en eventos como malnutrición por exceso en menores (inadecuados hábitos alimenticios provocado por las economías informales a menor costo) y condiciones crónicas en personas mayores (afectados por el poco espacio y la infraestructura).

Así mismo, la existencia de proyectos viales sin ejecutar o sin concluir, fomenta la inseguridad de los sectores, e incrementa la contaminación por el flujo vehicular; zonas en las cuales confluye gran cantidad de trabajadores informales que sumado a las condiciones ambientales, la falta de aseguramiento y el esfuerzo físico que implica las actividades económicas, desembocan en afectaciones de salud que al ser subestimadas en sus inicios por las mismas dinámicas laborales y de sobrevivencia, se degradan y consumen con el tiempo conduciendo a costos sociales y económicos de las enfermedades crónicas y aquellas derivadas del trabajo.

Las condiciones de vida y convivencia familiar suelen fortalecer las conductas suicidas en las personas, pues los contextos de dependencia, de desencantamiento por el sobreesfuerzo y la necesidad, y las mismas dinámicas de desarrollo personal, generan pensamientos recurrentes que cuestionan la vida en las esferas sociales y naturales de los individuos.

En síntesis, a pesar de que se ha consolidado en estas UPZ desarrollo en actividades de comercio, servicios financieros y vivienda, aún necesita de grandes proyectos que complementen y favorezcan la convivencia y el desarrollo personal y familiar tanto de los residentes como de los visitantes. En ese sentido, las interacciones entre la dimensión social,

lo económico y lo ambiental debe favorecer un hábitat saludable que responda a las metas de la dimensión ambiental y la convivencia social que prevalezca la vida saludable de cada persona. Así mismo, los cuidados de la población deben fortalecerse en las condiciones no transmisibles y en el mantener la seguridad alimentaria y nutrición especialmente en los niños.

Nodo 2: Migración e integración social en un medio geográfico

En la UPZ Tibabuyes ha existido un proceso de migración constante que ejerce presión en la dinámica territorial y económica a causa de la expansión urbana que se produce en la demanda de tierras y en la permanente construcción de viviendas sin planificación e informalidad; debido a esto y a la alta densidad poblacional (residencial y flotante), hay un deterioro en las vías de la localidad, contaminación de las zonas ambientales (río Bogotá y humedales) y un hacinamiento de viviendas en continuo auge.

Es de las UPZ con la mayor densidad poblacional de la Localidad y con el menor índice de equipamientos por habitante, pues al no ser barrios completamente planificados ni regidos en un ordenamiento, han tenido incluso situaciones conflictivas con áreas protegidas como los humedales. Es de resaltar que estos territorios se caracterizan, en general, por problemáticas de adaptación de nuevas poblaciones al medio, disfuncionalidad familiar, pobreza y bajos niveles de educación; que suelen conllevar a contextos de violencias (intrafamiliar y de género), naturalización y consumo de SPA, embarazo adolescente y conductas suicidas.

Las dificultades de estos territorios recaen no solo en el individuo sino en el elemento natural y fundamental de la sociedad, la cual tiene derecho a la protección de la comunidad y del Estado mismo, y es la familia. La institución social que promueve el cooperativismo y la protección de la infancia se ve desdibujada por la presión social, ausencia de patrones de crianza inculcados, pocas habilidades de afrontamiento, baja tolerancia a la frustración y conductas patriarcales; de allí que la infancia se vea expuesta a problemas generacionales, mencionados en el párrafo anterior, y permeada por negligencias, enfermedades prevalentes y descuidos en la salud oral.

En esta medida, es primordial actuar en los aspectos de una salud ambiental y laboral que permitan un desarrollo óptimo de los colectivos, fortaleciendo a su vez las estrategias de

posicionamiento de la convivencia social y la prevención de las condiciones no transmisibles. De igual manera, el desempleo, la precariedad y falta de recursos requiere de la intersectorialidad que distensionen la interacción entre las dimensiones social y poblacional, en relación con el ambiente y lo económico.

Nodo 3: Elementos socializadores negativos, abandono e inadecuada pautas de crianza al interior de los hogares

La UPZ Rincón, cuenta con el mayor número de equipamientos educativos, de salud y de bienestar social, sin embargo, la necesidad desborda la respuesta institucional, conllevando a que se presenten situaciones negativas que suelen concentrarse en las familias vulnerables de diversidad cultural y étnica, residentes en estratos socioeconómicos bajos, que ejercen una transmisión cultural y social de la pobreza y la violencia ligada a una segregación espacial

A pesar de contar con una ley de salud mental que establece la atención oportuna y digna bajo los preceptos positivos de salud mental, y una política pública nacional que define las estrategias y metas para promover y gestionar las violencias, trastornos mentales, abusos y dependencias, en la localidad de Suba no se ha logrado mejorar las condiciones familiares de la UPZ, enmarcadas por situaciones problemáticas de violencia de género, intrafamiliar, conducta suicida, consumo SPA y embarazos adolescentes en la mentalidad de asumir maternidades tempranas con el fin de mejorar sus condiciones de vida.

Debido a elementos socializadores y de pautas de crianza al interior de los hogares, las conductas de riesgo hacia sus miembros cobran un alto protagonismo en la salud pública, puesto que el abandono de funciones parentales: educativas y cuidado, que en su carencia conduce la aparición continua de negligencias, problemas orales, enfermedades respiratorias, y nutricionales que sin su acompañamiento concluyen en sobrepeso; dispersión de los miembros, falta de valores y proyectos, sobresalen fortaleciéndose con condiciones de vulnerabilidad económica, que en condiciones informales de ventas ambulantes y un esfuerzo físico como lo implica un trabajo en plaza de mercado, conducen enfermedades ocupacionales a tempranas edades, y una respuesta institucional limitada frente a la situación.

Por ende, es menester fortalecer las acciones de convivencia social y salud mental, pues como se evidencia la promoción de la salud mental y la convivencia es el campo de intervención principal en esta UPZ.

Metáfora: Pulpo

Suba es un territorio cuyas características y dinámicas sociales se asemejan a las de un pulpo, ya que su cabeza se almacenan los ojos (miradores), los cuales están muy bien desarrollados dado que son capaces de formar imágenes y distinguir colores; el cerebro (parte institucional) y tres corazones (plaza central tradicional e histórica, sector comercial y equipamientos educativos). En general, todos sus sentidos funcionan a la perfección, exceptuando el oído, pues son sordos al igual que la institucionalidad que suele abstenerse de escuchar las reclamaciones, sugerencias y demandas de la comunidad, según se manifiesta en los espacios de participación como la Estrategia de Abordaje Territorial - EAT.

Las pieles de los pulpos en general contienen células de pigmentación en la dermis llamados cromatóforos, que les permiten cambiar su color con precisión y rapidez en caso de que se presenten situaciones de peligro; Suba a su vez tiene una capacidad de respuesta rápida y oportuna ante situaciones que afectan el bienestar social, esto a pesar de los procesos burocráticos del mismo sistema político. La comunidad tiene una habilidad de organización ágil y cooperativa ante situaciones de vulneración.

Sus ocho brazos están conectados a un cerebro de tamaño pequeño que a su vez depende del principal, esto les permite coordinar y controlar todos sus movimientos. En la localidad se evidencia el control desde su centro gubernamental que integra la gran extensión territorial y poblacional dependiendo de pequeños centros administrativos; sin embargo, en cuestiones de adversidad suele perder tentáculos, es decir, sus partes más vulnerables son las más perjudicadas, lo que evidencia una marcada ruptura en la integración de las distintas comunidades.

Una vez fecundada, el macho se aleja y abandona a la hembra; todo un mes la hembra protege, defiende y oxigena el ambiente para sus huevos hasta que eclosionan. Se concentra tanto en esta tarea que no se alimenta y muere inmediatamente después del nacimiento de las

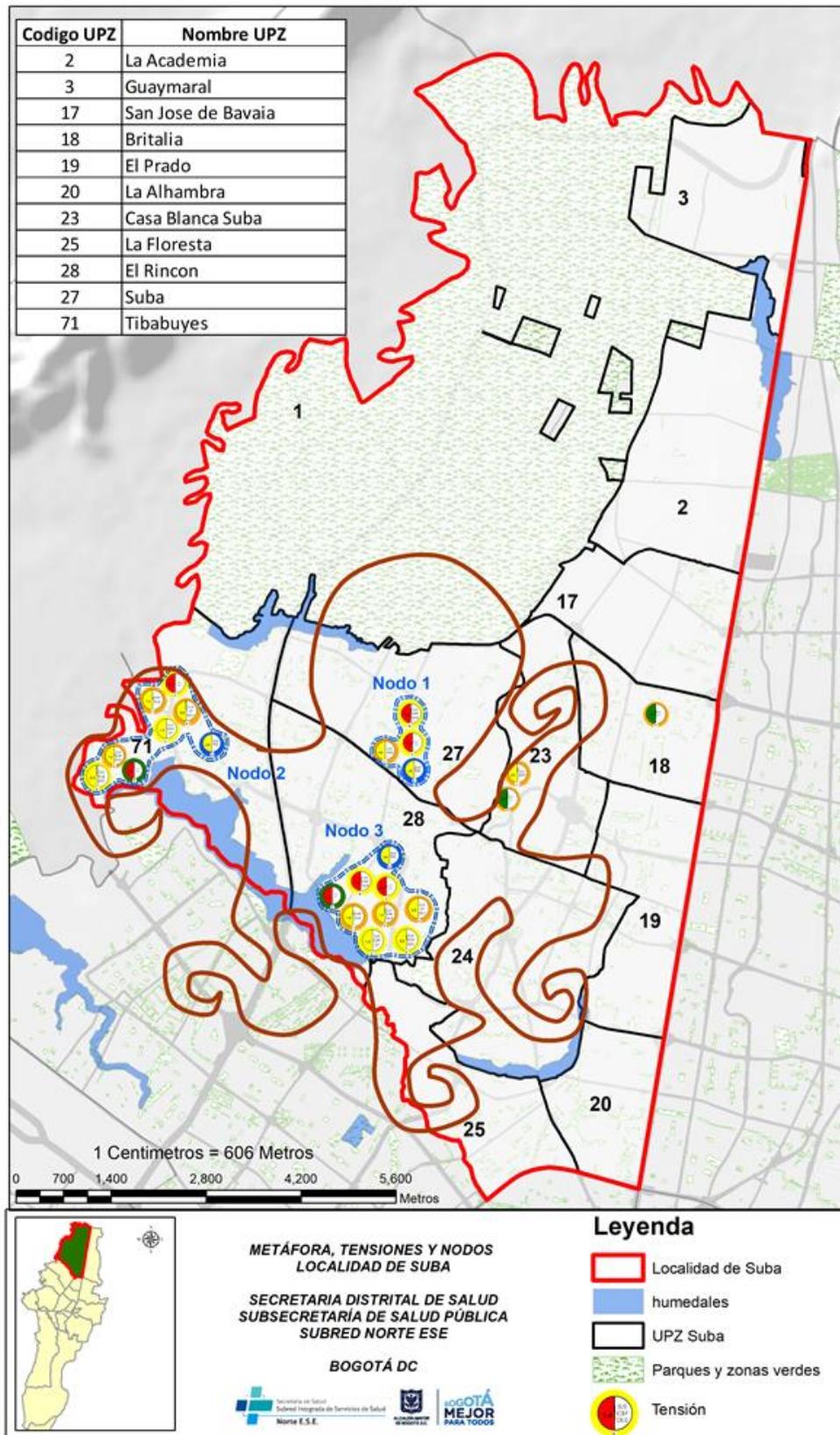
crías. Suba tiene una de las situaciones más graves de embarazos tempranos y familias monoparentales que como se describe son factores de riesgo para eventos de salud: morbilidad materna, bajo peso, desnutrición y enfermedades respiratorias.

Los pulpos son animales tímidos, ya que pasan la mayor parte del tiempo escondidos en cuevas o grietas y salen a cazar por las noches, prefieren pasar desapercibidos arrugando sus pieles para camuflarse con rocas marinas y evitar llamar la atención. Características similares de poblaciones diferenciales y de inclusión presentes en la localidad tales como los grupos étnicos Muisca y la población LGBTI y en ejercicio de prostitución.

Por otro lado, los pulpos poseen una gran capacidad de memoria, inteligencia y aprendizaje que ha sido muy sorprendente incluso para los investigadores; por su parte Suba es de los territorios ancestrales que conserva gran parte de su cultura local, indígena y tradicional como emblema de su identidad. Su área rural refleja prácticas y saberes que continuamente se acoplan a la urbanización constante del territorio.

Este juego de fuerzas y situaciones que impactan la salud colectiva se encuentra sustentada en la morbilidad que encierra la dimensión poblacional del PASE; Suba engloba sus particularidades en los propósitos que se busca cumplir en la dimensión convivencia social y salud mental en la promoción de los mismos (mapa 12).

Mapa 12. Tensiones, nodos y metáfora, localidad de Suba, 2017



Fuente: Elaboración propia. Equipo ACCVSYE. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

6.3 Validación de contenidos

El proceso de validación se realizó en tres momentos; inicialmente, en un trabajo articulado con los espacios de vida cotidiana y con el direccionamiento técnico de la SDS, se definieron las tensiones a partir de información histórica cualitativa y cuantitativa, de esta forma se acordaron las situaciones de salud prioritarias de la localidad.

Durante el segundo momento, al interior de la Subred en los grupos funcionales por curso de vida, donde participan representantes de los espacios de vida cotidiana y de los procesos transversales, las tensiones se presentaron, ajustaron y complementaron con la respuesta sectorial.

A partir de los momentos previos, el equipo de ACCVSyE identificó los determinantes comunes entre las tensiones de la localidad para la construcción del nodo; de acuerdo con la georreferenciación de las mismas se elaboró la metáfora correspondiente.

6.4 Análisis de la respuesta

Frente a las complejidades territoriales y teniendo en cuenta las problemáticas descritas, se evidencia una gran concentración de acciones que difieren de cada UPZ abordada. Para el nodo 1, en sus condiciones de habitabilidad y recreación, el componente de espacio público es el que más concentra su actividad en la UPZ Suba, con acciones itinerantes y servicios de “cuídate y se feliz”, que realizan acciones promocionales relacionadas con hábitos de vida saludables, fomentando conductas para la prevención y manejo adecuado de condiciones crónicas.

Así mismo, donde se distribuye gran parte del eje estructurante, se abordan las UTIS desde el espacio Trabajo, identificando las situaciones laborales de la población e implementando la estrategia de entornos laborales saludables; apoyada por jornadas lideradas por la Política Pública de Trabajo. A pesar de que la oferta institucional coincide con los orígenes espaciales del nodo, su permanencia solo refleja que el peso de los determinantes estructurales, son la mayor causante de las dificultades.

En cuanto al nodo 2 y 3, para la población en las UPZ Rincón y Tibabuyes, existe la mayor densidad de acciones que coinciden donde radica los racimos de tensiones. Desde el espacio Vivienda se viene realizando seguimiento a menores de 5 años, inasistentes a programas de detección temprana, al igual que acciones en HCB basados en la estrategia AIEPI comunitario, con las cuales se busca fortalecer el conocimiento de padres y cuidadores frente a la prevención y manejo de enfermedades prevalentes en la infancia, acción fundamental teniendo en cuenta la variedad cultural de Tibabuyes y Rincón. Empero, dichas acciones se concentran en las familias de régimen subsidiado, que al emplearse formalmente cambian su condición de aseguramiento, no obstante, la necesidad de las acciones brindadas son permanentes en este tipo de familias.

Por su parte, desde el espacio Educativo y con las iniciativas en SAN y AIEPI desde espacio Público, se trabajan el fomento de estilos de vida y promoción de alimentación saludable, al tiempo que se busca la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia. En ese sentido, la respuesta del sector salud atiende las dificultades de la infancia en sus principales necesidades dentro de los colegios principalmente; no obstante, las causas directas de las problemáticas se concentran en situaciones familiares de cuidado y redes de apoyo la cual carecen de trabajo institucional.

Frente a las problemáticas de la juventud, la implementación de la estrategia SOJU y servicios de acogida desde el componente vincúlase de espacio público, junto con la estrategia “sintonizarte” del espacio educativo, aportan a la prevención y atención al uso incipiente de SPA, mientras que desde ODISPA se hace seguimiento al consumo problemático superior a un año, gestantes y menores de 13 años, población que a su vez se beneficia de la oferta de servicios gratuitos de planificación familiar. Sin embargo, la prevención debe ser trabajada tanto al interior de los hogares como en una capacidad intersectorial, como en una estrategia efectiva que impacte el micro tráfico y sus áreas de influencia.

En cuanto a la adultez, desde el espacio Vivienda se realiza identificación y acompañamiento a casos de violencia intrafamiliar, mientras que desde SIVIM el seguimiento está orientado a la restitución de derechos a partir de la activación de rutas, al tiempo que se sensibiliza en medidas de auto protección para prevenir nuevas situaciones de violencia. Estas acciones se

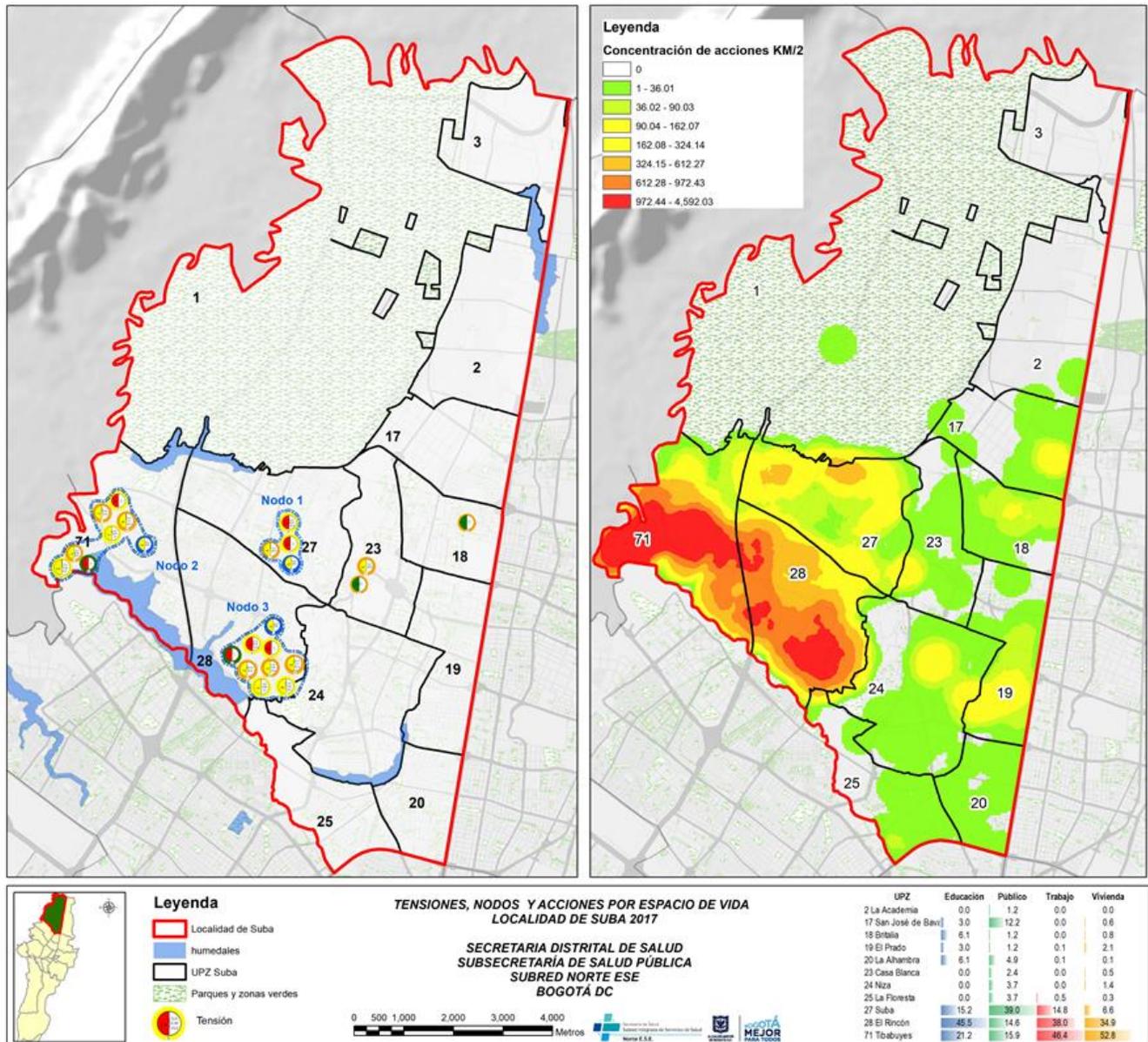
acompañan con las iniciativas que se generan desde espacio Público en torno a la promoción de la salud mental en los diferentes cursos de vida. Pese a lo anterior, la violencia de la localidad desborda la capacidad institucional pues los determinantes se han fortalecido y la mitigación de sus consecuencias se evidencia en la falta de operatividad con poblaciones cuyos imaginarios culturales requieren de procesos continuos y de larga duración.

La respuesta si bien impacta los determinantes más proximales de los principales eventos y problemáticas en ambos nodos, los cuales afectan la integración, la convivencia y el desarrollo familiar; los determinantes estructurales como la constante migración, la falta de ordenamiento territorial y la disfunción familiar, permanecen como los principales agentes de dificultades en las UPZ críticas.

A modo de síntesis, cabe anotar que la brecha en la respuesta se ubica en dos ángulos: por un lado, en cuanto a la cobertura de la población dado que la atención no alcanza a los residentes en estratos bajos, o con condiciones de vulnerabilidad por los criterios de inclusión que requieren; adicionalmente las acciones de prevención de consumo están orientadas a población escolar y restringidas a los colegios priorizados por el espacio educativo, dejando descubierta a la demás población adolescente y juvenil; y por otro lado, las áreas de mejores condiciones en las que habitan clases medias, la respuesta sectorial e intersectorial no ofrece orientación alguna en materia de prevención.

Frente a las situaciones de violencias, las acciones están orientadas al seguimiento posterior a la ocurrencia del evento, con excepción de las iniciativas desarrolladas por espacio público en torno a salud mental, lo que en parte implica que debe darse un evento para poder activar rutas de atención y no existen mecanismos que trabajen la reducción y mitiguen la aparición de los mismos fenómenos.

Mapa 13. Tensiones, nodos y acciones por Espacio de vida cotidiana, localidad de Suba, 2017



Fuente: Elaboración propia. Equipo ACCVSYE. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. 2017

Las acciones implementadas en respuesta a las necesidades locales por parte de los espacios se fortalecen con procesos como el posicionamiento de las Políticas Públicas, que a su vez se articulan con diferentes sectores que aportan al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad. Es así como desde el CRBT se realizan procesos de posicionamiento de Políticas, socialización de indicadores de eventos en salud mental y rutas de atención, además de

coordinar acciones para el desarrollo de jornadas como la semana del buen trato en el marco de la prevención de la violencia intrafamiliar y jornadas de prevención de consumo de SPA.

Para la problemática del consumo de SPA, se trabaja en articulación liderada por la política de Salud Mental con el Consejo de Seguridad de Suba, se realizan acciones enfocadas en las problemáticas identificadas, priorizándose la UPZ Rincón, donde se ejecutó una actividad en articulación con Espacio Público, donde se promocionaron los servicios de acogida por medio de la Estrategia “Vincúlate”.

En el accionar de respuestas que le apuntan a la violencia intrafamiliar y violencia de género, desde la Política de Mujer y Género se trabajó en alianza con la Alcaldía, Personería Local e Integración Social en el espacio de la CIO, para la conmemoración de fechas especiales con lo que se buscó posicionar los temas y direccionar los casos de violencias. Dentro del accionar de la política de Familias, se trabaja con la articulación de la Casa de Igualdad de oportunidades y el enlace SOFIA.

Respecto a las tensiones identificadas en el curso de vida de infancia, desde la Política de Salud Ambiental se realiza un proceso de solicitud en la Comisión Local relacionado al tema de material particulado a causa de las vías en mal estado, citándose a la Alcaldía Local de Suba, con la finalidad de socializar los proyectos de infraestructura relacionados con la malla vial que se están adelantando y los futuros proyectos contemplados en reparación de las vías, principalmente en las UPZ Tibabuyes y Rincón.

De igual manera, a partir del ejercicio de los Host Post (Puntos donde se concentran la emisión de partículas contaminantes al aire), que se desarrolló junto con el equipo ACCVSYE, se espera el cruce de información para determinar las zonas a intervenir desde el sector salud y sugerir a la Alcaldía Local, las zonas donde se puede disponer el presupuesto para aportar en la reducción de enfermedades respiratorias.

En lo que respecta a las condiciones crónicas como la malnutrición, el accionar se centra en los jardines del ICBF, en donde se realizan talleres de identificación de riesgos de vulnerabilidad en nutrición, haciendo presencia en las UPZ Tibabuyes y Rincón. De igual forma, en articulación con la Red de agricultores urbanos se hizo un ejercicio para la promoción

de la agricultura urbana y huertas caseras, los cuales se concentran en Rincón, Tibabuyes y Chorrillos. Desde el CLSAN se socializaron las nuevas guías alimentarias del ICBF, parámetros de valoración de medidas antropométricas y se gestionaron Jornadas de promoción de hábitos de vida saludables.

En lo que respecta a salud oral, la política participó en el Comité de infancia y adolescencia, para gestionar las diferentes jornadas de aplicación de barniz de flúor, principalmente en la UPZ Rincón. El posicionamiento de la política ha hecho que la situación de la salud oral se haga más visible ante la comunidad y otros sectores, es así como la SLIS e ICBF realizan acciones educativas dirigidas al fortalecimiento de capacidades para el cuidado de la salud oral; en ICBF se le solicita al menor, al momento del ingreso a los jardines, un examen odontológico para identificación de riesgos y seguimiento.

Para el caso de embarazo adolescente, desde la política de Juventud en el marco del CLOPS, se llevó a cabo una sensibilización en derechos sexuales y reproductivos, que incluyó la promoción de uso de condón.

Por último, para condiciones crónicas, desde la política de Envejecimiento y Vejez, se socializó la ruta de crónicos y el portafolio de servicios de salud en el COLEV y en el Centro Día el cual se encuentra ubicado en Tibabuyes.

6.5 Recomendaciones

Es apreciable a modo de resumen que la Localidad de Suba está conformada y fundamentada en gran diversidad de poblaciones y culturas que se permean mutuamente sin que pueda generarse una integración deseable al medio social y que en su interacción determinan espacialmente las diferencias respecto a otros lugares del territorio conllevando a que la comunidad reconozca y segregue lugares “peligrosos”, “contaminados” o “precarios”. En los contextos que surgen de estas dinámicas cohabitan familias con situaciones que han afectado su calidad de vida por medio de violencias, pobreza, desempleo, informalidad, malnutrición, baja escolaridad entre otros.

A diferencia de las anteriores situaciones, es de resaltar las brechas sociales que resultan de la heterogeneidad poblacional y territorial de la localidad que reflejan sus propias dinámicas.

Es así como las UPZ La Alhambra y Floresta, sobresalen por ser territorios con un proceso de asentamiento de familias tradicionales adineradas especialmente nucleares compuesta por profesionales, empleados de empresas particulares y funcionarios del Estado. Bajo una planificación urbanística, cuenta con un conjunto de equipamientos de entretenimiento y de espacio público que han mantenido y preservado la percepción de seguridad y bienestar colectivo, fundamentado en un proyecto planificado de vivienda, impulsado por el Banco Central Hipotecario, permitió el desarrollo adecuado de la zona ubicada al Sur y Oriente de los cerros de Suba.

En estas UPZ, junto al Prado, predomina la actividad económica y financiera, siendo las que conservan establecimientos de mayor escala; mostrando una ventaja frente a su posición geográfica, pues se ubica cerca de la zona céntrica de la ciudad, lo que facilita la movilidad dentro de la misma, al igual que su cercanía a los centros financieros y comerciales, facilitan el acceso al ocio, a la salud, y en general a la oferta distrital de esparcimiento y atención.

No obstante, se ha evidenciado una fuerte cadena de sucesos que reflejan violencia de género y una alta prevalencia de enfermedades crónicas. Esto parece darse por el tipo de familias que residen en las UPZ de clase media y media alta, pues al ser tradicionales conservan patrones culturales de dominación masculina y de hábitos alimenticios, junto a una marcada transición demográfica hacia la vejez, lo que explica las violencias y el incremento de enfermedades crónicas. De allí que se requiera un despliegue de acciones en materia de seguridad alimentaria y nutricional y de convivencia social y salud mental, a través de la prevención y el cambio de hábitos y pensamientos tradicionales, generando sensibilizaciones hacia los nuevos riesgos que plantea la modernidad.

A su vez en la UPZ más aventajadas, a pesar de una carencia de instituciones de salud, hay una significativa presencia de instituciones educativas (jardines), que además de sobrepasar la capacidad de las construcciones donde se constituyen, generan impactos negativos en especial por la atracción de población de otras localidades, de allí que se encuentren en los establecimientos educativos, eventos de malnutrición por exceso en la infancia.

Como es apreciable en Suba, y en todas las sociedades contemporáneas actuales, las personas se expresan en una amalgama de escenarios que no se pueden reducir solo a las características individuales sino colectivas, en este caso la reproducción natural y social: la familia. La institución social más importante no tiene una consideración relevante si no es a través de sus integrantes y sus dificultades, sin embargo, al no contar como actor principal, carece de recursos emocionales, económicos y culturales para ser protegida de acuerdo con la ley (art 42 de la Constitución); la familia no ejerce un protagonismo en los planes de desarrollo, ni en las políticas públicas y en esa medida no tiene tiempos propios para desarrollar sus dinámicas.

La muy reciente Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias 2017, en conjunto con el decreto 545 de 2011, busca devolverle la pertinencia de la familia en la agenda pública y garantizar sus derechos; por ende, se recomienda fortalecer dichos esfuerzos concretamente en los territorios locales.

Dadas las brechas identificadas, las recomendaciones suponen una orientación a la ampliación de la cobertura de las acciones promocionales y preventivas en torno a temas de enfermedades prevalentes de la infancia y salud mental en los diferentes cursos de vida desde los espacios vivienda, escolar y espacio público, atendiendo a los determinantes sociales que afectan las problemáticas identificadas para la localidad. Así mismo, es posible y necesario establecer acuerdos interinstitucionales con actores de los sectores público, privado y comunitario, con el fin de avanzar en el fortalecimiento del buen trato entre los habitantes de Suba, es decir que tengan acciones conjuntas con porcentajes claros de vinculación y compromiso en la implementación de los planes de acción.

Debe ser una prioridad identificar y atender las familias con situaciones difíciles que se distribuyen en varias UPZ sin importar su estratificación, abordando y orientando según necesidades; es menester promover una reorganización estructural del territorio con el fin de potenciarlo como un elemento de desarrollo, adicional a la construcción de nuevas culturas que trasciendan mentalidades e imaginarios que chocan con la realidad actual.

No obstante, las complejidades de la localidad exigen una respuesta institucional mancomunada que impacte los determinantes comunes que han generado una cadena de

situaciones problema a las diversas poblaciones locales y migrantes, integrando no solo un accionar sectorial sino una comprensión real de las dinámicas de la comunidad y su territorio. Esto implica que las intervenciones deben buscar la integración de cada persona en su reconocimiento e identidad frente a un territorio diverso que se encuentra fragmentado administrativamente y socialmente, es decir, que lo debe incluir en la construcción de nuevos escenarios y cambios que mejoren su calidad de vida. Es de esta forma, buscando conjugar y cohesionar las familias y sus miembros con la colectividad que se puede lograr disminuir situaciones tensionantes como las violencias, abandonos y conflictos que sobresalen en la localidad.

Finalmente, en relación a la salud mental es necesario acompañar a las familias de una manera diferencial en la que se reconozcan los tipos de migración que se producen por grandes obras de construcción, conflicto y cuestión económica que yacen en la localidad, implicando en mayor o menor medida una afectación humana: empobrecimiento, desnutrición, incremento de morbilidad, dependencia, ruptura de normas comunitarias, y pérdida de los sistemas de apoyo social (capital social), que incluyen bienes materiales y servicios, información, costos reducidos de transacción, apoyo emocional, reforzamiento de comportamientos positivo, entre otros.

Para esto y en concordancia con la política pública de prevención del Consumo de SPA, se recomienda seguir trabajando en la “Generación y fortalecimiento de espacios comunitarios para el desarrollo de potencialidades preventivas del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas”. Así mismo, se impulsa a que las acciones vinculen de una manera más persistente en su participación a los procesos preventivos, a los integrantes de familias y personas que tienen bajo su responsabilidad el cuidado y formación de niños y niñas y adolescentes.

7 BIBLIOGRAFIA

1. Planeación SDd. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos de Suba. 2011..
2. Departamento Nacional de Estadística. Proyecciones Poblacionales 2005-2020. 2016..
3. FOSYGA B. Base afiliados régimen contributivo y subsidiado. corte a 31 de diciembre de 2016. Contributivo y subsidiado.
4. Planeación DNd. Base de datos SISBÉN certificada DNP. Noviembre de 2016, vigente a 31 de diciembre de 2016..
5. Secretaría Distrital de Salud DANE. Bases RUAF Nacimientos y Defunciones. 2017 Enero 19. Base 2011 a 2014 Oficiales. Bases 2015 y 2016 preliminares.
6. Z. Gant MLHIHXHXGaRS. A County-Level Examination of the Relationship Between HIV and Social Determinants of Health: 40 States. The Open AIDS Journal. 2006-2008; 1(6).
7. Duy Nguyen LJBMG. Asian-American elders' health and physician use: An examination of social determinants and lifespan influences.. Health. 2012; 4(11).
8. Beltrán JP. CRECIMIENTO URBANO, POBREZA Y MEDIO AMBIENTE EN BOGOTÁ: LOS EFECTOS SOCIO AMBIENTALES EN TRES HUMEDALES. Diversidad y Desigualdad. 2008.
9. Dirección de Prevención y Atención de Emergencias de Bogotá, Fondo de Prevención y Atención de Emergencias – FOPAE..
10. Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático IDIGER. PLAN DISTRITAL DE GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO PARA BOGOTÁ D.C., 2015 – 2050.
11. El Tiempo. Viviendas de clase media, las más comunes en Bogotá.
12. EL Espectador. Por riesgo de colapso 16 familias deberán evacuar conjunto residencial.
13. Hospital de Suba ESE. Diagnostico Local con participación social 2014. Bogotá.; 2015.
14. Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multiproposito 2014 Principales resultados en Bogotá y la Región. Boletín 65.
15. Observatorio de Desarrollo Economico. Boletín Localidades.

16. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Mortalidad general, agrupación 6/67, causas por localidad, sexo y edades quinquenales 2012-2014. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; Junio 2016.
17. Salud SDd. Base de Nacimientos y Defunciones RUAF. 2009 a 2016..
18. Secretaría Distrital de Salud. Base de datos RIPS, población Vinculada, Desplazada y Atenciones no POS. 2016..
19. Secretaría Distrital de Salud. Base de datos RIPS, población vinculada, desplazada y atenciones no POS. 2015..
20. Subred Integrada de Servicios de Salud NORTE ESE Documento de Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad.
21. Secretaría Distrital de Salud. Base de datos Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. 2016..
22. Secretaría Distrital de Salud. Bases de datos Subsistemas de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. 2016..
23. Salud SDd. Plan de Intervenciones Colectivas. [Online].; 2011 [cited 2014 Abril 15].
24. Capital S. [Online]. [cited 2017 07 01].
25. DANE - SDP. Proyecciones poblaciones por localidad 2005-2020. 2016..
26. Hospital de Suba ESE. ASIS Diferencial Fase exploratoria. Bogotá;; 2014.
27. Secretaría Distrital de Salud. Base Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2013-2016..
28. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020. 2016 Jun 09..
29. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo espacio educación. 2017..
30. Secretaría Distrital de Salud. Anexo Operativo Espacio Trabajo. 2017..
31. Secretaría Distrital de Salud. Anexos Operativos Espacio Público. 2017..
32. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE Informe PIC abril a junio. 2017..
33. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo espacio vivienda. 2017..
34. Secretaría Distrital de Salud. Anexo operativo Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública. 2017 Abril..

ANEXO MATRIZ DE DETERMINANTES

DIMENSION PASE ASOCIADA	DESCRIBA LA CONDICION QUE SE IDENTIFICA	REALICE UN ANALISIS DE PORQUE SE PODRIA CONSTITUIR EN UN POTENCIAL DETERMINANTE (YA SEA POSITIVO O NEGATIVO PARA EL ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD	CURSO DE VIDA MAS AFECTADO	DIMENSION PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA	LUGAR DE OCURRENCIA (UPZ, BARRIO, Institución)
Poblacional: crecimiento inmigración	Procesos históricos de inmigración de familias hacia Suba, atraídas por el carácter rural y la construcción de vivienda	En la localidad ha existido un proceso de migración constante que ejerce presión en la dinámica territorial y económica a causa de la expansión urbana que se produce en la demanda de tierras y en la permanente construcción de viviendas sin planificación; relacionado a su vez con una agroindustria, principalmente con el cultivo de flores, que demandan mano de obra. Desde los años 60 un fenómeno de gran migración de familias enteras procedentes de otros municipios de Cundinamarca, Boyacá, Santander y Tolima que ejercieron un papel relevante en los cambios sociales económicos y culturales del territorio impulsando así mismo la aparición de urbanizaciones informales y de invasión, procesos de construcción con mínimas normas de desarrollo humano trayendo como consecuencia un crecimiento urbano carente de planificación. Para la actualidad Suba concentra gran parte de la población de Bogotá (16%) y casi la mitad de la población de la subred norte (40%) que obedecen a los procesos constantes de poblamiento, aumento de construcciones y áreas laborales fomenta el traslado de ciudadanos impactando la densidad poblacional, las zonas ambientales y aspectos territoriales como la movilidad y el espacio público.	Adultez	Dimensión salud ambiental: hábitat saludable: Urbanismo, ruralidad y espacio público.	Aunque la localidad en general presenta un auge de expansión son las UPZ Rincón y Tibabuyes las que reportan mayores densidades poblacionales con mayor dinámica de construcción y un gran número de nacidos vivos. Sus densidades reportan hasta tres veces la densidad distrital (474,7 hab/ha y 353,8 hab/ha respectivamente). Son lugares urbanos de tipo mixto: residenciales y de comercio fluido, generalmente entre estratos 1,2,3 según el sector, donde se ubican las vías principales más transitadas de la localidad; es el centro de residencia de población migrante y desplazada que busca una oportunidad laboral en especial el sector informal.
Ambiente Construido: espacio público y movilidad	Malla vial compuesta por las avenidas principales son en gran parte los límites territoriales que generan problemas respiratorios y alta accidentalidad por densidad de flujo vehicular.	Debido a la mala planificación sumado a la alta densidad poblacional (residencial y flotante), hay un deterioro de las vías en la localidad reflejada en los dos tipos: malla vial arterial: con un 10,7% en mal estado; malla vial local: con un 58,3% en mal estado. Obteniendo un total de 620 Km/carril en inadecuado estado vial promoviendo la facilidad de accidentes y en zonas residenciales enfermedades respiratorias.	Adultez e Infancia	Dimensión salud ambiental: hábitat saludable: movilidad	La relación del estado de las vías con la contaminación del aire se distribuye en la zona norte con la UPZ Guaymaral en un permanente polvo suspendido por las vías sin pavimentar y el flujo de vehículos pesados; en la zona centro y suroccidente con las UPZ San José de Bavaria, Prado, Britalia, Niza, Casa Blanca y La Floresta donde se genera una contaminación atmosférica a razón de un alto rodamiento de vehículos, construcción de obras y vías en regular estado; el sector suroccidental las UPZ Rincón y Tibabuyes con un marcado flujo de transporte público, vías en mal estado reforzado con un sector comercial de gran uso de las chimeneas bajas cercanas a las viviendas.
Ambiente natural: clasificación y delimitación del territorio.	el crecimiento urbanístico principalmente en áreas de los cerros y las rondas de los ríos y humedales deteriora el ambiente y promueve la aparición de enfermedades.	El fuerte fenómeno de la construcción de viviendas dada la gran demanda de las mismas se han localizado en zonas de alto riesgo de inundación, remoción en masa e incendios que junto a una inadecuada malla vial permiten que la oferta ambiental se deteriore por factores como la contaminación, el manejo inadecuado de residuos, la tenencia inadecuada de mascotas, invasión de espacios públicos; ocasionando problemas de salud a los residentes. Se resalta la edificaciones ilegales realizadas por habitantes de calle y recicladores alrededor del Humedal Juan Amarillo y del Río Bogotá.	Infancia y Vejez	Dimensión salud ambiental: Situaciones en salud relacionadas con condiciones	La situación es observable en las UPZ Rincón y Tibabuyes ubicados como puntos críticos por el manejo de los residuos, deterioro del espacio público, contaminación de la ronda hidráulica del río (río Bogotá) y del humedales (Juan Amarillo y Conejera), generando malos olores, rebeco de aguas lluvias residuales, proliferación de vectores, pastoreo de bovinos y equinos que acrecientan la problemática sanitaria. También hay contracción de la problemática en barrios como Villa Cindy, Lisboa, Santa Cecilia y lotes urbanizados no edificados en la Avenida Longitudinal de occidente.
Ambiente Natural: Áreas de Riesgo y amenaza	riesgos en naturales por inundación	La localidad de Suba tiene 8,8 hectáreas (0,49%) con riesgo de amenaza alta por movimientos en masa, 869,3 hectáreas (8,65%) en amenaza media y 229,5 hectáreas (2,28%) en amenaza baja. Por otro lado 1621,93 hectáreas por riesgo de inundación, el 60% con amenaza alta.	Infancia y Vejez	Dimensión salud pública en emergencias y desastres: gestión integral en riesgos y emergencias	Siendo el riesgo aluvial más frecuente en la localidad se diferencian dos tipos de eventos, a saber: encharcamientos con principal presencia en los sectores de Santa Cecilia, Villa Cindy, Santa Rita, Bilbao, San Pedro, Berlín y Lisboa; también en las vías Suba-Cota, la vereda Chorrillos, vía Guaymaral, San José, Arrayanes, Fontanar del Río y Rincón Frontera. Por otro lado, en cuanto a la inundación se distribuye en los barrios Villa Cindy, Bilbao, Lisboa, La Carolina, La Cañiza y alrededores del Humedal Juan Amarillo y la Conejera.
Social: Bienestar y protección social.	situaciones de reclutamiento forzado y desplazamiento intra-urbano	Como gran receptora de población desplazada de diferentes zonas del país y de la capital misma, Suba es una localidad que concentra una gran cantidad de registros de personas con pertenencias étnicas especialmente afrodescendientes. La adaptación a un contexto receptor genera cambios de costumbres, estigmas sociales, dificultades en la tensión y una serie de tensiones y situaciones que dificultan la integración social de la comunidad. Para el periodo 2012-2014 en la localidad de suba hay caracterizadas 1699 personas víctimas del conflicto de las cuales cerca del 21% tienen pertenencia étnica.	Juventud	Dimensión salud mental y convivencia social: promoción de la salud mental y convivencia/ Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Por cuestión de confidencialidad no se sabe su lugar de residencia específica pero se concentran en las UPZ Rincón y Tibabuyes.

Social: pobreza.	desigualdades socio-económicas	De acuerdo al NBI Suba tiene el 2,8% de sus hogares en condición de pobreza (92.517 hogares) que según la línea de pobreza los ingresos del 11,6% se encuentran por debajo y el 3,1% en condición de indigencia. El 0,2% de los hogares tienen servicios públicos inadecuados, 1,6% vive en condiciones de hacinamiento crítico y 0,7% tiene una alta dependencia económica. Cerca de 25.860 personas se encuentran por debajo de la línea de pobreza monetaria extrema (2,3%), no obstante a que los ingresos según los rangos de salarios mínimos mensuales legal vigente sean superiores a cuatro SMMLV, es la localidad con mayor población de la subred norte con puntaje inferior a 40 del SISBEN. Por otro lado, el estándar de vida en la localidad a través del Índice de Condiciones de vida a través del capital humano, el acceso potencial a bienes físicos y composición del hogar así como también el acceso a los servicios escolares, Suba registra tiene un calificativo de 93,2 por encima de Bogotá (92,0), que se traduce en una acomodada acumulación de capital humano, acumulación colectiva de bienes, y una acumulación individual de bienes materiales. Sin embargo, la realidad local es más compleja y heterogénea, ya que existen barrios de estratos 4, 5, 6 (que población) con mejores condiciones infraestructurales, equipamientos, seguridad, mejores condiciones materiales, niveles de ocupación, lo que implica un contraste social de gran diferenciación.	Adulthood	Dimensión: salud y ámbito laboral	Las inequidades son visibles en las zonas vulnerables de la localidad, lo que en cierta forma visibiliza la segregación espacial por clase social, pues las poblaciones más vulnerables se concentran, como bien se ha mencionado, en las UPZ Tibabuyes y Rincón. Sin embargo, en otras UPZ en donde predominan clases sociales medias como Suba Centro, Casa blanca, Prado, también residen personas que se encuentran en condiciones vulnerables por su condición de discapacidad o étnica, las cuales se ubican principalmente en zonas de invasión o barrios que han sido constituidos ilegalmente en el costado occidental. De esta manera, se encuentran los estratos socio económicos bajos en estas zonas mientras que en la parte oriental los estratos de mayor capacidad económica, separados estos dos sectores por los cerros de suba y la conejera que son una barrera natural, para que se presente este fenómeno dentro de la localidad.
Económica: Actividades económicas	Empleo informal	Para el año 2014 la tasa de ocupación fue de 62,5%, lo que implica un crecimiento en la oferta laboral. No obstante, este indicador desvirtúa una realidad en la situación laboral: desigualdad de género. En esa medida, la tasa de ocupación femenina en Suba fue 55%, siendo este dato superior 0,3 puntos al del año 2011 (54,7%), mientras que por el lado de los hombres, la tasa de ocupados fue 71,2%, aumentando 4,6 puntos porcentuales a la observada en 2011 (66,5%). Esto conduce a la gran dependencia económica de parte de la mujer y su búsqueda laboral en la informalidad: existen aproximadamente 589 mil ocupados a 2014, de los cuales 26,2% realiza actividades en el sector de comercio, seguido de un 24,1% en el sector servicios comunales, sociales y personales; y un 35,2% de los trabajadores en Suba están en la informalidad.	Adulthood y Vejez	Dimensión: salud y ámbito laboral	EL sector laboral informal se concentra en las UPZ Rincón y Tibabuyes
Social: educación	Analfabetismo y bajo acceso a educación superior	Existe una situación de baja escolaridad en la localidad representada en un porcentaje de alfabetismo del 98,9% en la población masculina y del 99,8% en la femenina, de lo que se deduce que el 1,2% (n=4554) hombres y el 0,9% (n=3935) mujeres mayores de 15 años de la localidad de Suba son analfabetas. La mayoría de la población de la localidad de Suba accede a estudios correspondientes a primaria y secundaria, sin embargo, a partir de los 16 años el escaso acceso a la educación superior se ve limitada por la calidad de educación y por falta de recursos económicos. En relación, la localidad presenta una tasa de cobertura educativa en instituciones públicas y privadas de 99,6%, que aunque es alta en la localidad, no tiene una tasa de deserción escolar de 1,7, que asciende a 2,2 en la secundaria o educación media.	Adolescencia y juventud	Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables: Niños y niñas y adolescentes	Instituciones educativas de la localidad
Social: salud	necesidad de fortalecer la cobertura y los procesos de afiliación al sistema de salud	Según la encuesta Multipropósito 2014, respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud la Localidad de Suba cuenta con 1.075.845 personas afiliadas algún RGSSS lo que corresponde al 93,2% de la población proyectada para el año 2014; cabe mencionar que 895.104 habitantes es decir el 83,2% de los residentes se encuentran afiliados al régimen contributivo, el 3% al régimen especial con 32.704 afiliados, el 13,2% es aportado por el régimen subsidiado con 141.646 afiliados y por último el 6%, 68.275 de los residentes no cuentan con afiliación a ningún régimen de seguridad social.	Infancia, Adulthood	Dimensión transversal de fortalecimiento de la autoridad sanitaria.	Localidad en general
Económico: infraestructura desarrollo económico	Ocupaciones de riesgo por inadecuada pautas de salud ocupacional	Respecto a la salud y el trabajo, especialmente en la informalidad, se evidencia que en la localidad de Suba existe una frecuencia de alteraciones en la salud relacionado a las actividades que desarrollan las personas y que han implicado un riesgo permanente: de 232 accidentes, 3 hipoacusia y 111 enfermedades de las cuales el 91% (101 casos) se clasificaron como fuerte en cuanto a la asociación enfermedad-trabajo, durante el año 2016, se encontró que los accidentes con mayor frecuencia se presentan en la ocupaciones de Mecánico 32,3% y estilistas con un 30,6%; las heridas en manos son la lesión más frecuente en los eventos relacionados con accidente, y la manifestación clínica o condición morbida (síntomatología) más relevante es síndrome del túnel carpiano 27,9%(31) y lumbago 25,2%(28). De allí, que los centros de estética y establecimientos de latonería, pintura y mecánica automotriz sean un punto de concentración de morbilidades pues la forma de trabajo implica horarios extensivos con movimientos repetitivos y sin pausas activas.	Adulthood	Entornos saludables desde la institucionalidad	UTIS identificadas y personas residentes en estratos 2