

**DIAGNOSTICO LOCAL 2014 CON
METODOLOGÍA PASE A LA EQUIDAD**

LOCALIDAD ANTONIO NARIÑO

E.S.E. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

Gerente

HECTOR JAVIER QUIÑONEZ ALBARRACIN

Subgerente de Servicios de Salud

VERÓNICA BEDRÁN MONTOYA

Subgerente Administrativa y Financiera

HECTOR HORTUA

Coordinadora Salud Pública

SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO

Coordinador – Componente Territorio Saludables - Ámbitos

JUAN CARLOS COCOMA PARRA

Coordinadora de Vigilancia Epidemiología

LIDA MONTENEGRO PARRA

**ELABORACIÓN
EQUIPO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN
DE SALUD Y GESTIÓN DEL
CONOCIMIENTO**

EPIDEMIÓLOGOS:

DARY GISELLE RUIZ

LAURA GISELLE BONILLA LEÓN

JAKELINE GONZÁLEZ GARCÍA

DEICY ANDREA ROZO VILLAMIL

JENNY GONZÁLEZ VARGAS

PROFESIONALES SOCIALES:

ANA MARÍA MANTILLA SARMIENTO - PSICÓLOGA

BORIS DAVID NAVARRETE – SOCIÓLOGO

JUAN CARLOS SANTANDER

GEÓGRAFOS

ESTEBAN CAICEDO FERNANDEZ

JORGE ALFREDO MORENO SALCEDO

TÉCNICOS EN SISTEMAS

DIEGO TORRES ARCINIEGAS

ALEJANDRO ESCUDERO LIZARAZO

COLABORACIÓN

EQUIPO DE GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS

DOCUMENTO EN
CONSTRUCCIÓN

INTRODUCCION

Después de haberse realizado la Cumbre de Río, y la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, todo parece indicar que aun cuando ha habido progresos, estas metas no se alcanzarán en los términos previstos (1). Por lo tanto son calificables las políticas públicas en salud hasta el momento implementadas, como insuficientes para resolver carencias en salud que se traducen en amplios limitantes con los que se amplía la brecha que restringe el desarrollo sostenible, basado fundamentalmente en una población integralmente saludable.

Reviste importancia entonces la necesidad de cambiar la manera como son concebidas las políticas públicas como meras decisiones y acciones gubernamentales, hacía ideas y visiones que las entienda como dispositivos para el control social cuyo fin es comprender la vida cotidiana de las personas en un sistema de actores que se expresan con sus reglas y sus dinámicas habituales, definiendo la forma de proceder frente los problemas que afectan la salud de los grupos humanos (2). Percepción acorde al entendimiento de la salud y la enfermedad como procesos dinámicos de generación de bienestar y padecimiento, tanto en individuos como en colectivos humanos, que resultan de la combinación de los procesos psicosociales, culturales, políticos, económicos, ecológicos y biológicos que hacen parte de la vida de ser humano. (3)

Esta compatibilidad entre carencias en salud y políticas públicas que las superen, solo es posible mediante un elemento articulador que de manera hermenéutica comprenda ampliamente la situación en salud de las poblaciones y haga parte esencial de la planeación y ejecución de las mismas. Solo con políticas públicas basadas en diagnósticos cada vez más completos se posibilitará la exposición de las redes de interacción y dinámicas socio ecológicas que determinan tensiones involucradas en la emergencia de los problemas de salud de la población habitante en la localidad Rafael Uribe Uribe.

De tal manera, la implementación continuada de estos procesos de análisis que cuentan con visiones y construcciones comunitarias, legitiman los micropoderes y habilitan la incidencia de las opiniones reflexivas e informadas de las mayorías, en cambios estructurales. Es entonces lógica la relevancia del presente documento para el mejoramiento del buen vivir de la población y por lo tanto la importancia

para sus autores, comprometidas y comprometidos con una idea de generosidad y de solidaridad, asociada a las acciones por el bienestar de las otras y los otros.

Teniendo en cuenta la nombrada visión integral de salud y la responsabilidad de nuestro quehacer, en el presente documento se analizó e intenta comprender la situación de salud de la población de la localidad, entendiendo a los seres humanos como actores y actrices de su ambiente social, que inciden y son influenciados por el entorno que habitan, que reclaman su justa consideración como principio y fin de todas las acciones estatales (enfoque poblacional). Pero también que exigen la visibilización de acciones o situaciones de discriminación a los que son expuestos diferentes grupos sociales (enfoque diferencial).

En la presente entrega se incluye el marco conceptual, la metodología y los 3 capítulos que componen del diagnóstico 2014 para la Localidad Rafael Uribe Uribe.

La elaboración del documento se ha llevado en diferentes etapas como lo fue la etapa de alistamiento donde se realizaron las acciones necesarias para la disposición de recursos humanos, físicos, técnicos y tecnológicos pertinentes; que incluyó la realización de reuniones de articulación al interior de la ESE con el fin de sensibilizar frente al proceso de diagnóstico, socializar las etapas de elaboración del mismo y coordinar la recolección de información, se estructuró el cuerpo del capítulo 1 en el cual se presentó la Relación población, territorio, ambiente y sociedad de la localidad Rafael Uribe Uribe, desde los contextos territorial y ambiental, demográfico, socioeconómico y las diferentes dinámicas producto de su interrelación.

En el segundo capítulo se efectuó el análisis los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias. En él se describieron las problemáticas encontradas a través del análisis de la mortalidad y morbilidad en la localidad Rafael Uribe Uribe y finalmente se desarrolló un examen de los determinantes que inciden substancialmente en las posibles carencias en salud de los grupos humanos residentes en la localidad Rafael Uribe Uribe.

En el tercer capítulo se articula la información recopilada en los capítulos 1 y 2 permitiendo analizar en conjunto las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de salud Pública, exponiendo los diferentes determinantes sociales que inciden en la presentación de los eventos en salud. Así mismo se realizó la identificación de los elementos generadores y reforzadores que configuran una tensión social, con sus correspondientes implicaciones y los posibles liberadores de la desde las dimensiones poblacional, ambiental, social, económica y de salud.

Por cada una de las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de salud Pública (salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral), se construyó la tensión mediante una descripción de la situación actual o evento central, seguido de la caracterización de sus generadores, implicaciones, reforzadores y liberadores.

La información aquí presentada se constituye en una fuente de consulta de datos importante en el proceso de toma de decisiones por parte de las personas, instituciones y entes de la localidad, además es una herramienta para conocimiento de la localidad por parte de la comunidad que debe ser sujeto activo en los sistemas de salud.

Tabla de contenido

INTRODUCCION	5
MARCO CONCEPTUAL.....	15
MARCO METODOLÓGICO	24
1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO.....	28
1.1 Contexto territorial	28
1.1.1. Localización	30
1.1.1. Características físicas del territorio.	33
1.1.2. Espacio público.....	38
1.2 Contexto demográfico.....	40
Población total.	40
Densidad poblacional.	41
Número de viviendas.	41
Número de hogares.	41
1.1.3. Estructura Poblacional	42
1.1.4. Dinámica demográfica.....	44
1.1.5. Movilidad	45

1.3	Contexto socioeconómico.....	46
2.	CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES.....	50
	Análisis de la mortalidad localidad Antonio Nariño años 2005 – 2012	50
2.1.1.	Mortalidad general.....	50
2.1.2.	Mortalidad específica por grupo etario	51
2.1.3.	Mortalidad específica por grupo	53
2.1.4.	Mortalidad materno – infantil y en la niñez	62
2.1.5.	Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno –infantil	70
1.4	Análisis de la morbilidad	71
2.1.1.	Morbilidad Atendida.....	71
2.1.2.	Morbilidad por subgrupo.....	72
2.1.3.	Morbilidad de eventos de alto costo	77
2.1.4.	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	78
2.1.5.	Identificación de prioridades principales en la morbilidad	88
1.5	Discapacidad	89
1.6	Determinantes sociales de la salud	90
2.1.6.	Análisis de los determinantes intermedios de la salud	90
2.1.7.	Análisis de los determinantes estructurales de la salud	94
1.7	Reconocimiento de las condiciones básicas de salud	96

2.1.8.	Dimensión Salud Ambiental y Nutricional.....	96
2.1.9.	Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles	99
2.1.10.	Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	101
2.1.11.	Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	102
2.1.12.	Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.....	107
2.1.13.	Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles.....	109
2.1.14.	Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres	109
2.1.15.	Dimensión Salud y Ámbito Laboral	113
2.5.9.	Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables	118
2.5.10.	Dimensión fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud.	126
2.2.	CAPÍTULO III. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD	134
3.1	Análisis de tensiones por etapa de ciclo vital.....	135
4.1.1.	Etapa de Ciclo Infancia	135
4.1.2.	Etapa de Ciclo Adolescencia.....	146
4.1.3.	Etapa de Ciclo Juventud	151
4.1.4.	Etapa de Ciclo Adultez	156
4.1.5.	Etapa de Ciclo Vejez	166
4.2.	Valoración por alertas	170

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las UPZ por extensión territorial y área Territorial, Localidad Antonio Nariño, 2014.....	31
Tabla 2. Espacio público efectivo urbano por habitante y espacio público verde por habitante, Localidad Antonio Nariño, 2014	38
Tabla 3. Otros indicadores de la dinámica de la población de la localidad Antonio Nariño, 2014	45
Tabla 4. Identificación de prioridades en salud de la localidad Antonio Nariño 2014	71
Tabla 5. Número de atenciones e individuos según servicio por etapa de ciclo vital localidad Antonio Nariño. 2014	76
Tabla 6. Semaforización de los eventos de notificación obligatoria de la Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2012-2014.....	79
Tabla 7. Eventos de notificación obligatoria reportados en los hombres de la Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2014.	87
Tabla 8. Eventos de notificación obligatoria reportados en las mujeres de la Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2014	87
Tabla 9. Eventos de notificación obligatoria reportados régimen de afiliación Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2014	88
Tabla 10. Prioridades identificadas de morbilidad, Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2014	88

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Espacio público efectivo por habitante	39
Ilustración 2. Espacio público verde por habitante, Localidad Antonio Nariño	40
Ilustración 3. Pirámide poblacional Localidad Antonio Nariño. 2005- 2014	42

Ilustración 4. Tendencias de mortalidad General y específica por grupos de edad. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2005 a 2012.	51
Ilustración 5. Tendencias de mortalidad específica por Diabetes Mellitus. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	54
Ilustración 6. Tendencias de mortalidad específica por tumor maligno del estómago. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	55
Ilustración 7. Tendencias de mortalidad específica por tumor maligno de próstata. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	56
Ilustración 8. Tendencias de mortalidad específica por Accidentes de transporte de motor. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	57
Ilustración 9. Tendencias de mortalidad específica por Agresiones (homicidios) y secuelas. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	58
Ilustración 10. Tendencias de mortalidad específica Tuberculosis y secuelas. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	58
Ilustración 11. Tendencias de mortalidad específica por tumor maligno de la mama de la mujer. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	59
Ilustración 12. Tendencias de mortalidad específica por lesiones autoinflingidas intencionalmente. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	60
Ilustración 13. Tendencias de mortalidad específica por Tumor maligno del cuello del útero. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	61
Ilustración 14. Tendencias de mortalidad específica por las enfermedades infecciosas y parasitarias. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.	62
Ilustración 15. Tendencias de mortalidad materna. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2005 a 2014.	63
Ilustración 16. Tendencia de la mortalidad perinatal en la localidad Antonio Nariño 2005- 2014.	64

Ilustración 17. Tendencia de la mortalidad Infantil en la localidad Antonio Nariño 2005 - 2014.....	66
Ilustración 18. Tendencia de Mortalidad en Menores de 5 años. 2005-2012.....	68
Ilustración 19. Letalidad por meningitis tuberculosa, Localidad Antonio Nariño-Bogotá D.C, 2012-2014.	80
Ilustración 20. Letalidad por tuberculosis, Localidad Antonio Nariño-Bogotá D.C, 2012-2014.....	81
Ilustración 21. Letalidad por Chagas, Localidad Antonio Nariño-Bogotá D.C, 2012-2014.....	83
Ilustración 22 Tensión (1) Etapa de Ciclo Infancia, ETS en Mujeres gestantes...	136
Ilustración 23. Tensión (2) Etapa de Ciclo Infancia. Violencia en niñas y niños de 6 a 12 años	139
Ilustración 24. Tensión (3) Etapa de Ciclo Infancia, Propagación y recirculación de los virus causantes de varicela y parotiditis	142
Ilustración 25. Tensión (4) Etapa de Ciclo Infancia, Malnutrición por exceso en niños y niñas de 5 a 10 años	144
Ilustración 26. Tensión (1.) Etapa de Ciclo Adolescencia, Modos de producción promueven la depredación de la naturaleza y el consumo exagerado de recursos naturales	146
Ilustración 27 Tensión (2) Etapa de Ciclo Adolescencia, Embarazo en adolescentes.....	149
Ilustración 28. Tensión (1) Etapa de Ciclo Juventud, Modos de producción promueven la depredación de la naturaleza y el consumo exagerado de recursos naturales	152
Ilustración 29. Tensión (2) Etapa de Ciclo Juventud, La condición socio económica, cultural y familiar donde el trabajo adolescente hace parte de la contribución económica a la familia.	154

Ilustración 30. Tensión (1.) Etapa de Ciclo Adultez, Identificación inoportuna del riesgo de padecer enfermedades crónicas	156
Ilustración 31 Tensión (2). Etapa de Ciclo Adultez. Violencia emocional y económica hacia las Mujeres.....	158
Ilustración 32. Tensión (3) Etapa de Ciclo Adultez, Alta incidencia de tuberculosis	161
Ilustración 33. Tensión (4) Etapa de Ciclo Adultez, Condiciones de vulnerabilidad en los trabajadores de la economía informal.	163
Ilustración 34. Tensión (1.) Etapa de Ciclo Vejez, Casos de discapacidad por ACV por mal manejo de enfermedades.	166
Ilustración 35. Tensión (2) Etapa de Ciclo Vejez, Hipertensión en Adulto Mayor	168

TABLA DE MAPAS

Mapa 1. Localización de la localidad, Antonio Nariño 2014.....	32
Mapa 2. Características físicas de la localidad, Antonio Nariño 2014.....	34
Mapa 3. Recursos Hídricos de la localidad, Antonio Nariño 2014	35
Mapa 4. Vías Principales y de Acceso, Antonio Nariño 2014	36

MARCO CONCEPTUAL

El ser humano es un ser integral que se desarrolla y se desenvuelve en un ambiente; en él, influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, que posee unas características específicas tales como conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, que conforman la personalidad, y que se deben tener en cuenta dentro de un contexto temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita).

Por esta razón es importante, tener en cuenta, que el individuo es una totalidad imposible de dividir en varias dimensiones, debido a que no es fácil establecer que tanto influye una sobre las otras, o cuánto depende una de las otras, frente al proceso salud-enfermedad (4).

Por lo anteriormente mencionado, el ser humano debe ser analizado en sus diferentes dimensiones las cuales influyen de forma directa e indirecta en el estado de salud tanto del como sujeto o como colectividad. Para concebir esta relación debe entenderse el concepto de salud, la cual está definido por la Organización Mundial de la Salud como:

“... Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (5).

Por otro lado al analizar el concepto de salud, es necesario tener en cuenta que la salud tiene dos aspectos, por un lado existe la salud como un concepto subjetivo, comprendido como el bienestar que siente la persona en diferentes grados y el aspecto objetivo de la salud entendido como la capacidad de funcionar en diferentes grados o niveles. Del mismo modo la enfermedad tiene también dos aspectos, el aspecto subjetivo comprendido como el malestar que siente la persona en diferentes grados, y el aspecto objetivo el cual es el que afecta a la capacidad de funcionar de la persona (6).

Para el análisis de la información, recopilada en el presente documento, y que presenta información relevante sobre los eventos de salud, barreras, causas, consecuencias y características de la población, de las localidades y sus territorios, es importante tener en cuenta otros dos métodos que fortalecen la construcción del Diagnóstico Local en Salud de las localidad Rafael Uribe Uribe del Distrito Capital.

Estos son el enfoque diferencial y el enfoque poblacional, los cuales se convierten en herramientas para el reconocimiento de las diferentes poblaciones que habitan en esta zona de la ciudad y permite identificar características en razón de su “edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad, o si deben recibir un tratamiento especial en materia de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral” (7) entre otras.

El enfoque diferencial. El enfoque diferencial se debe entender como un “método de análisis y una guía para la acción. En el primer caso, emplea una lectura de la realidad que pretende hacer visibles las formas de discriminación contra aquellos grupos o pobladores considerados diferentes por una mayoría o por un grupo hegemónico. En el segundo caso, toma en cuenta dicho análisis para brindar adecuada atención y protección de los derechos de la población” (8)

Estos grupos como los manifiesta el párrafo anterior, deben ser estudiado y analizados, también, a la luz de la Constitución Política de Colombia, que en el Título 1 – Principios Fundamentales, enuncia en el **Artículo 5** que el “Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad, de igual forma en el Artículo 7 dispone que el “Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana” y va un poco más allá en el Título II – Los Derechos, Las Garantías y Los Deberes, Capítulo 1 – Derechos Fundamentales, en el Artículo 13 enuncia que “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, *recibirán la misma protección y trato* de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades *sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica*. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan” (9), razón por la cual es importante, que a la luz de la constitución y las normas de la Republica de Colombia, el análisis involucre la parte legal en la que se evidencia que todo estudio, análisis o diagnóstico se fundamente en los aspectos legislativos, que involucren la protección de los derechos de la población colombiana.

Por esta razón es importante que la conceptualización, alrededor enfoque diferencial, esté bien fundamentado debido a que éste se constituye en una herramienta que permite a las diferentes instituciones (estado, salud, planeación,

hacienda, entre otras), velar por el bienestar y el goce pleno de los derechos de cada uno de los ciudadanos.

Según la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, con sede en Colombia, el Enfoque Diferencial – ED., el enfoque diferencial permite:

- Visibilizar el recrudecimiento de la violencia y violación de los derechos humanos en forma sistemática a poblaciones y grupos considerados histórica y culturalmente con criterios discriminatorios.
- Evidenciar la ausencia de políticas públicas con enfoque de derechos.
- Señalar las dificultades y resistencias para reconocer las asimetrías, desigualdades, vulnerabilidad y necesidades de las poblaciones consideradas como diferentes.
- Mostrar la invisibilización y visión limitada sobre las características de dichas poblaciones (8)

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de igual forma, en el documento MODELO DE ENFOQUE DIFERENCIAL, publicado en el 2013, expresa que el ED se concibe como un método de análisis y actuación, que reconoce las inequidades, riesgos y vulnerabilidades y valora las capacidades y la diversidad de un determinado sujeto -individual o colectivo-, para incidir en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública, con miras a garantizar el goce efectivo de derechos. Se implementa a través de: acciones afirmativas, adecuación de la oferta institucional, desarrollo de oferta especializada (10)

El abordaje de la perspectiva diferencial se puede realizar a partir de las siguientes categorías:

- Pertenencia a diferentes grupos poblacionales (sexo, género, ciclo vital, orientación sexual, identidad de género, grupos étnicos, religiosos o culturales diferenciados).
- Condiciones o circunstancias específicas de diferencia, desventaja o vulnerabilidad (física, psicológica, social, económica, cultural).
- Estar afectado(s) o ser víctima(s) de situaciones catastróficas o de alto impacto emocional y social como desastres, cualquier tipo de violencia, orfandad, entre otros (10)

Tanto el informe de Naciones Unidas Derechos Humanos y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, coinciden en la importancia en el abordaje de otros enfoque que estarían implícitos en el ED, como son:

Enfoque de género: El enfoque de género hace parte del enfoque diferencial, y siguiendo la connotación dada en la definición anterior, al ser aplicado como método de análisis hace visible la calidad de la relación entre hombres, mujeres y otras identidades (travestis, transexuales, transformistas e intersexuales) y como éstas facilitan determinadas acciones que tienen que ver con sus capacidades, necesidades y derechos (8).

Enfoque étnico. El enfoque étnico es otro componente del enfoque diferencial. Tiene que ver con la diversidad étnica y cultural. Esta diversidad se manifiesta en la singularidad y a la vez en la pluralidad de las identidades que caracterizan los grupos y sociedades que contribuyen a la riqueza de la humanidad. Es fuente de innovaciones, de creatividad y de mantenimiento de la necesaria diversidad biológica (8). En este se deben tener en cuenta las poblaciones indígenas, negras o afrocolombianas, palenqueros, raizales de San Andrés y Providencia, y los pueblos ROM o Gitanos presentes en la localidad

Enfoque discapacidad: Teniendo en cuenta la normatividad nacional e internacional adoptada por el estado colombiano en materia de discapacidad, este modelo parte de lo establecido en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde se manifiesta que: “La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (10)

Enfoque de derechos: Este, parte del reconocimiento de los principios generales de los derechos humanos en tanto universales, interdependientes, indivisibles y progresivos. Considera el derecho internacional sobre los derechos humanos como un marco conceptual aceptado por la comunidad internacional, capaz de orientar el proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas. En este sentido, el punto de partida es que las personas son consideradas como el centro de atención sobre el cual se articula y promueve respuesta institucional de la entidad (10)

Estos modelos o enfoques se fundamentan en el reconocimiento de la diversidad que se presenta en la población colombiana y el reconocimiento a los derechos

que la protegen, por esta razón es muy importante, desde el análisis, estudio o diagnóstico visibilizar estas poblaciones y profundizar en sus problemáticas, con el propósito de generar políticas públicas que propendan con una protección integral de la población, en la restitución de sus derechos, eliminar las barreras de acceso y mejorar la calidad de vida y de salud de las personas.

Enfoque poblacional: La población debe ser vista como el principio y fin de todas las acciones del Estado y debe ser considerada de manera especial para los planes de desarrollo buscando la calidad de vida y de salud de las localidades del Distrito Capital.

Para entender la orientación que se debe dar a este enfoque se debe partir de la definición de población, entendida o definida como “un conjunto orgánico de sujetos que interactúan entre sí y con el territorio para su reproducción biológica y social. Cuando hablamos de una población, nos referimos a un conjunto de sujetos vivos, cuya actividad necesariamente crea y recrea permanentemente el territorio en función de sus necesidades biológicas, socio-culturales y políticas y, de manera determinante, en función de la organización para la apropiación, producción y consumo de bienes materiales y no materiales” (11).

El enfoque poblacional diferencial es un marco de referencia, por medio del cual se busca entender la diversidad característica de la sociedad para atender de la mejor manera posible las necesidades de los habitantes en la ciudad y cerrar brechas que impiden la garantía de derechos para sectores determinados de la ciudadanía (12).

En este sentido el enfoque poblacional permite identificar, comprender y responder a las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos. De igual forma se relaciona con los cambios en el tamaño, crecimiento, estructura, ubicación o movilidad de la población municipal, que influyen sobre las condiciones socioeconómicas y ambientales en el territorio, y que afectan la dinámica demográfica en un territorio, municipio, distrito, departamento o país (12).

El enfoque poblacional se debe fundamentar en la Metodología PASE, el cual realiza un Balance de Interacciones y Tensiones y las Dimensiones del desarrollo como son los aspectos: Poblacional, Ambiental, Social y Económico. Este es un proceso de análisis del desarrollo poblacional que da respuesta integral, adecuada y eficaz a la complejidad de los problemas de índole demográfica, social

y económica que enfrentan los municipios y las regiones en el país, y que afectan la calidad de vida de las personas.

Cada una de las dimensiones aborda una temática en la que se ve inmersa la población como cada una de ellas puede llegar a cambiar el entorno, la calidad de vida, de salud y la estabilidad económica y del medio ambiente.

Dinámica Demográfica. Entendida como el movimiento, cambio y transformación de una población, tiene ciclos de expansión-contracción e, incluso, puede detenerse en el tiempo o agotarse, caso en el que la población deja de existir (10)

Dinámica Poblacional. Es el conjunto de relaciones entre la dinámica demográfica y otros factores de las dinámicas ambientales, sociales y económicas que afectan o modifican la dinámica demográfica, bien sea en su tamaño y crecimiento, en su distribución por edad y sexo, en sus patrones de reproducción (natalidad, fecundidad) y mortalidad o en su movilidad sobre el territorio (migraciones y otras formas de movilidad) (13).

Dinámica Ambiental. El ambiente se entiende como el conjunto de elementos vivos (incluido el ser humano) e inanimados que comparten un área geográfica; estos elementos actúan entre sí en forma regular y consistente, garantizando la autorregulación del sistema, su supervivencia y reproducción. El proceso por el cual los ecosistemas cambian con el tiempo se conoce como dinámica ambiental. Cuando el hombre los interviene, impidiendo su maduración y/o regresándolos a etapas de desarrollo simple, se fragilizan y entran en desequilibrio permanente (13).

Dinámica Social Dado que las poblaciones humanas no pueden sostenerse y reproducirse sino en sociedad, cabe diferenciar el término población humana del término sociedad humana: ésta es entendida como el conjunto de individuos que comparten un mismo territorio, un mismo patrimonio simbólico y una misma estructura de regulación social y de producción material, a partir de los cuales se orienta y organiza la acción humana, en función de una idea de bienestar y una meta desarrollo material y no material compartida por la sociedad (13).

Dinámica Económica. Entendida como el movimiento, cambio y transformación del ambiente para la producción de los bienes materiales necesarios a la satisfacción de las necesidades sociales, se genera en la interacción entre los hombres, su organización social y el ambiente. Esta dinámica hace parte del

sistema social, pero aquí se le ha dado un lugar específico debido al carácter dominante que tiene las sociedades industriales (13).

Estas 5 dinámicas serán la base para el análisis de las problemáticas que se presentan en los territorios y en las localidades, objeto de este diagnóstico, y razón por la cual, este primer ejercicio descriptivo, deben reflejar la realidad de lo que sucede en cada una de ellos.

Determinantes sociales de la salud. En 2005 se creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, encargada de brindar asesoría a todos los países, con el objeto de mitigar el impacto de éstos, en la población y buscar el mejoramiento de la calidad de vida y de la situación de salud de los habitantes de un territorio, localidad, ciudad o país.

Los determinantes sociales de la salud – DSS, se entienden como las condiciones sociales y económicas que influyen, en diferencias individuales y colectivas, del estado de la salud.

Los determinantes son las circunstancias, en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, e inclusive el sistema de salud que les atiende. Son, por tanto, el resultado de la distribución de la riqueza y de los recursos en todas las escalas (mundial, nacional, local), y que a su vez depende de las políticas públicas y sus acciones, así como la ideología política de las colectividades que se encuentren en el gobierno (14).

Estos determinantes se relacionan con los riesgos asociados a las condiciones de vida y trabajo, más que en los factores individuales, por ello puede entenderse que:

“La distribución desigual de los fenómenos que dañan a la salud no es un fenómeno natural de modo alguno, ante todo es el resultado de una combinación tóxica de políticas públicas, de pobreza, acuerdos económicos desiguales y mal gobierno (15)

En la actualidad es notoria la influencia ocurrida a partir de las crecientes políticas neoliberales sobre la salud, tanto en el mundo como en América Latina, de lo cual Colombia no ha salido inmune, el concepto de salud como un derecho se ha debilitado, pasando a ser considerado como un sistema de prestación de servicios que actúa influenciado por las dinámicas del mercado. Este mercado creciente de la salud y la onda neoliberal en el país lograron precarizar el trabajo, los salarios,

el gasto público en salud, aumentar el desempleo, desarticular la seguridad social y privatizar los servicios y la industria farmacéutica, donde no han existido los controles suficientes, tales situaciones han incidido en el deterioro de la salud colectiva (16)

Razón por la cual la Comisión de DSS en su informe final, publicado en el 2008, propone tres recomendaciones generales para intervenir en la mitigación de los DSS a saber:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medición y análisis del problema.

Plan Decenal de Salud 2012 – 2021. Finalmente el Plan Decenal de Salud, que es el fundamento para todas las políticas públicas de la República y de las que las Secretarías de Salud de los municipios y distritos del país, implementan los diversos programas y proyectos que serán puestos en marcha con las diferentes comunidades, se convierte en el orientador y una herramienta en la conceptualización y la construcción del presente diagnóstico local de salud.

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP, 2012 – 2021 es una apuesta política por la equidad en salud (Whitehead, 1992), entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”. Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. (17)

Por medio de la implementación del Plan Nacional de Salud, se busca la reducción de la inequidad a través del cumplimiento de los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables; además se tiene en cuenta como indicativo de la situación de salud de la población en Colombia y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social. (17)

Es integral, porque se plantea partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona; y es iterativo, porque deberá ser reorientado permanentemente a

partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social enmarcado en el proceso de planeación territorial definido en la Ley 152 de 1994 (Colombia, Congreso de la República de, 1994).

Incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de Determinantes Sociales de Salud, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos, que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y han sido reconocidas como el problema de fondo dominante en la situación de salud en las Américas, a lo cual no escapa Colombia. (17)

Recopila además, las diferentes dimensiones prioritarias, que representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial. Las dimensiones tienen cuatro entradas: los ciclos de vida, eventos en salud, diferenciales desde sujetos y colectivos, y perspectiva de los determinantes sociales en salud. Cada una de ellas define su importancia y trascendencia para la salud y alguna en particular determina la forma en que se denomina y su carácter de prioridad no negociable en salud pública. Las dimensiones cuentan con una definición y unos componentes técnicos que fueron enriquecidos con los aportes ciudadanos. Esta ruta trazada para el mediano y largo plazo se desarrolla al interior de las dimensiones prioritarias, que son: salud ambiental; derechos sexuales y sexualidad; seguridad alimentaria y nutricional; comportamiento y convivencia social; vida saludable libre de enfermedades transmisibles; vida saludable libre de condiciones evitables no transmisibles y discapacitantes, y respuestas efectivas ante emergencias y desastres. (17)

MARCO METODOLÓGICO

El Hospital Rafael Uribe Uribe, elabora el Diagnóstico Local para la Localidad Rafael Uribe Uribe con el objetivo de analizar y comprender la situación de salud de la población a su cargo.

En este diagnóstico se han tenido en cuenta aquellas situaciones, condiciones o circunstancias que se presentan en los territorios las cuales ejercen influencia sobre la salud de las personas y actuando e interactuando determinan el estado de salud de sus habitantes.

Para el diagnóstico local 2014, la Secretaría Distrital de Salud adaptó, en algunos pasos, la Estrategia “Pase a la Equidad en Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual asume la salud como el resultado de la interacción entre la población y las demás dimensiones del desarrollo (ambiental, social y económica). Por tanto comprender el estado de salud de una población exige desentrañar el entramado de relaciones entre las distintas dimensiones del desarrollo, y entre estas y la salud, estableciendo de qué manera generan o determinan (modifican, mejoran o deterioran) el estado de salud de la población en un territorio y un momento histórico particulares. (18)

El proceso de diagnóstico 2014 se desarrolló teniendo en cuenta las siguientes etapas las cuales permitieron la construcción del presente documento:

1. Etapa de Alistamiento:

Consistió en la realización de acciones que generaron las condiciones necesarias para disponer en proceso de diagnóstico de los recursos humanos, físicos, técnicos y tecnológicos necesarios.

En esta etapa se realizó actualización de mapa de actores, identificación de potenciales espacios de coordinación interinstitucional, alistamiento de fuentes de datos para el contexto territorial, demográfico y socioeconómico.

Adicionalmente, se realizaron reuniones de articulación al interior de la ESE con el fin de sensibilizar a los funcionarios frente al proceso de diagnóstico, socializando las etapas de elaboración del mismo y coordinando acciones para la recolección de información.

2. Recolección de información:

Se llevó a cabo la búsqueda y organización de datos. La información obtenida, fue clasificada para el capítulo 1 de acuerdo a cada una de las dimensiones básicas del desarrollo (poblacional, ambiental, social y económica), este ejercicio exigió la articulación con gestión de políticas y programas, puente de comunicación con otros sectores que podían proveer datos y se constituyó en el insumo para el diligenciamiento de las matrices dispuestas por el lineamiento para el capítulo 1. Con ellas se construyó el documento que describe la situación actual de la localidad en lo relacionado con la dinámica demográfica (tamaño, estructura, distribución de la población), características ambientales (ambiente natural, ambiente construido y riesgos) y esfera socioeconómica (acceso a bienes y servicios, actividades económicas, trabajo, entre otros).

Dentro de los retos a los que se enfrentó el equipo en esta etapa, se encontraron los siguientes: 1) se evidenciaron los indicadores adecuados para sustentar la situación presente en la localidad en el contexto territorial, demográfico y socioeconómico, 2) se identificaron las diferentes instituciones encargadas de medir los indicadores de interés o de proveer la información necesaria, 3) se seleccionaron cuidadosamente las fuentes de información (estudios, encuestas y documentos oficiales)

La recolección de información para la construcción del capítulo 2, se sustentó en la bases de datos oficiales entregadas por la Secretaría Distrital de Salud y los RIPS 2014 del Hospital Rafael Uribe Uribe.

Los aspectos consignados en los capítulos 1 y 2 sirvieron como insumo principal para el análisis de los determinantes sociales y la identificación de tensiones que se realizó en el capítulo 3.

3. Construcción del perfil de Salud – Enfermedad.

Los efectos en salud (mortalidad, morbilidad y discapacidad) presentes en la población de la localidad fueron descritos en el capítulo 2 y para su análisis se tuvo en cuenta la Guía Conceptual y Metodológica en la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales del Ministerio de Salud y Protección Social del año 2013.

Se usaron como fuentes de información las estimaciones y proyecciones por localidad de la población del censo 2005 y los indicadores demográficos de la

población, para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad de la localidad se utilizó la información reportada en el periodo 2012 de las bases de mortalidad general por “agrupación 105 causas”, procesadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Este análisis se desagregó por quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible 2012.

Se estimaron las medidas de frecuencia y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencia y la razón de tasas. Para ellas se estimaron los intervalos de confianza al 95%.

Para el análisis de la morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencia y la razón de letalidad. Para ellas también se estimaron los intervalos de confianza al 95%,

Se emplearon diferentes métodos de análisis como ajuste de tasas, análisis de tendencias, análisis de carga de la mortalidad mediante valoración de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), métodos de estimación de medidas simples y relativas de desigualdad. Se utilizaron diferencias absolutas y relativas de desigualdad, riesgos atribuibles poblacionales e índices de concentración. Las diferentes los ejercicios estadísticas fueron realizadas mediante el uso de hojas de cálculo de Excel en complemento con el empleo de los programas estadísticos Epidat versión 3.0 y 4.0

3. Priorización

Este momento se desarrolló con el fin de puntualizar las UPZ de la localidad Rafael Uribe Uribe con mayor concentración de problemáticas y se realizó mediante el Método de Hanlon el cual clasifica los problemas con base en la magnitud, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención. (19).

En la priorización de las UPZ se tuvieron en cuenta los indicadores demográficos, el tamaño de la población, la población vulnerable evaluada por distribución de la población por etapas de ciclo vital, natalidad, indicadores de dependencia y condiciones medioambientales entre otros. Además de los resultados de algunos indicadores trazadores (mortalidad evitable) del año 2014.

5. Etapa de Identificación y Evaluación de Tensiones

En esta fase se abordó la descripción del entramado de relaciones que suceden en la localidad y que determinan los resultados en salud de la población.

Fue durante esta etapa, donde la información de los capítulos 1 y 2 se analizó de manera conjunta para tratar de explicar el proceso salud - enfermedad e identificar los determinantes estructurales e intermediarios que inciden en él.

Para tal fin, por cada una de las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de salud Pública (salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral), se construyó la tensión mediante una descripción de la situación actual o evento central, seguido de la caracterización de sus generadores, implicaciones, reforzadores y liberadores.

Finalmente se llevó a cabo un proceso de puntuación de las tensiones que permitió identificar los eventos más críticos para cada una de las etapas de ciclo y las dimensiones, de acuerdo a lo definido en la Estrategia PASE a La Equidad en Salud.

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

El primer capítulo caracteriza la localidad en los contextos territorial, demográfico y social

1.1 Contexto territorial

El proceso de urbanización de la localidad Antonio Nariño se inicia en los barrios Santander y Luna Park hacia 1920, en donde el sector de Luna Park se caracterizaba por la presencia de un lago, convirtiéndolo en un sitio de recreo; el lago progresivamente fue secándose, rellenándose extendiéndose al Restrepo (1934) y Centenario (1938). Posteriormente en el barrio Restrepo, según escritura pública, existía un terreno de una urbanización llamada La Urbina, que asignó lotes para venta al sector popular y, a mediados del siglo XX el sector pasó de ser residencial obrero a uno comercial e industrial con un desarrollo progresivo e intenso, que inició con pequeños fabricantes de calzado desplazados por la violencia de sus tierras en el norte del Valle y todo el viejo Caldas, hasta volverse un emporio de cueros, marroquinería, calzado, confecciones y comercio en general, que es hoy centro comercial e industrial, de primer orden distrital, que genera una buena proporción de los impuestos y puestos de trabajo en el distrito. (20) (21)

Dentro de esta reseña cabe mencionar la importancia del surgimiento de barrios populares con un antecedente histórico fuerte como lo es el Barrio Policarpa Salavarrieta. En el año de 1946 los comités Provienda que existían en Cali, acordaron constituirse en una Federación con el fin de afrontar unidos la represión policial en las ocupaciones. A la reunión constitutiva asistieron delegados de 40 comités nombrando una junta directiva integrada, entre otros, por Luis Morales y Pedro Salas, militantes comunistas que posteriormente participarían en la fundación de la Central Nacional Provienda y del barrio Policarpa Salavarrieta en Bogotá. En ese orden de ideas, provienda proporcionó a los destechados la manera de intervenir directamente en la solución de los problemas que afectaban

su vida cotidiana, de diseñar estrategias de sobrevivencia en la ciudad con recursos no monetarios como el saber ancestral, el apoyo mutuo, el tiempo disponible y la creatividad. También se buscó evitar la soledad moral, creando lazos afectivos y espacios de solidaridad. Para muchos de ellos, pertenecer a la colectividad del barrio significó tener un techo para su familia y simultáneamente construir una identidad barrial. Así con frecuencia el nombre del barrio expresa en cierta medida esa nueva identidad ligada a su militancia política: Policarpa Salavarrieta, Manuela Beltrán, María Cano, Diana Cardona, Primero de Mayo, Comuneros, José Antonio Galán, Atahualpa, Simón Bolívar, Camilo Torres Restrepo, Julio Rincón, Barrio Obrero, Barrio Popular, Isla de Cuba, Salvador Allende, Nuevo Chile, Pablo Neruda, Ciudad Latina, La Libertad, El Porvenir, Nueva Esperanza, Bello Horizonte. Se movilizaron por las reivindicaciones inmediatas de techo y servicios, por las reformas políticas favorables a los destechados, alojaron a los campesinos marchantes y acompañaron a los obreros huelguistas.

En este sentido, en Bogotá fue emblemático el barrio Policarpa Salavarrieta, pues representa un modelo de barrio pensado por pobladores comunistas con el propósito de construir un modo de vida contrario al que impera en la sociedad capitalista, con un sentido y una forma diferente de propiedad de la vivienda y con mayor unidad popular. En este barrio se buscó movilizar a sus vecinos en acciones de protección comunitaria; la vigilancia nocturna estaba a cargo de las mujeres que utilizaban como alarma un riel y un martillo, al sonido del cual, en la mitad de la noche, se acudía masivamente a apagar el incendio en el rancho del vecino, disuadir intentos de robo o de desalojo. También, en este período, adelantaron acciones de solidaridad con el movimiento obrero y social en general. Fue un barrio pensado como una fortaleza popular que tenía una política orientada por el Partido Comunista ajena al clientelismo y al gamonalismo de los partidos políticos tradicionales (22).

Antecedentes del Barrio Restrepo. El Restrepo (cuyo nombre original es Urbanización Carlos E. Restrepo según consta en los planos aprobados desde 1935) es un barrio construido por etapas que fue finalizado solo hasta mediados de la década de los cincuenta, y en una parte de él se materializó el primer proyecto de vivienda financiado por el Banco Central Hipotecario a mediados de 1936 utilizando un novedoso modelo económico que se perfeccionaría con el tiempo, como bastión de su política social.

A diferencia de las veintiséis casas financiadas por el Banco Central Hipotecario - BCH y construidas por la misma compañía urbanizadora, las casas de la mayoría

de los habitantes del barrio Restrepo (campesinos inmigrantes cundiboyacenses que en Bogotá se convirtieron en empleados, propietarios de pequeños negocios, celadores, albañiles, carreteros, conductores, tranviarios, sobanderos, loteros, entre otros) tenían cerramiento de lata con piso de tierra. También tenían vivienda allí grupos de empleados del tranvía, carreteros y empleados del Banco de Colombia y Gaseosas Colombianas que fueron suministradas por la administración distrital de la época. Con la aparición de este barrio como uno de los asentamientos pioneros en la zona, se rebasaron los límites de la ciudad tradicional que hasta entonces tímidamente superaban la barrera del río Fucha, y no solo se aprovechaba de éste para el suministro de agua para los habitantes sino que además se ubicaba entre los dos caminos más importantes de ese sector de la ciudad, los caminos a Tunjuelo y a Soacha. La ruta del tranvía llega al barrio Restrepo en 1938 y se convierte en el elemento de mayor importancia para la comunicación con el resto de la ciudad, no solo de éste sino de todos los barrios de la zona. Todo esto sumado a la existencia de una importante conexión con el oriente de la ciudad a través de la calle 22 sur. Esta posición estratégica le permitió al barrio desde el comienzo convertirse en referente y prestador de servicios para todo el sector.

Tan importante fue el barrio desde sus comienzos que hasta él llegaba la línea del tranvía municipal y fue dotado con equipamientos de escala zonal como plaza de mercado, escuela, iglesia parroquial y centro de salud. En ningún otro barrio fuera del centro de la ciudad de ese entonces se podía encontrar este tipo de servicios concentrados en tan poco espacio. Rápidamente, se convirtió en un barrio importante, jerarquía que al día de hoy aun ostenta como proveedor de servicios de buena parte del suroriente de la ciudad por su vocación comercial y prestadora de servicios. (20)

1.1.1. Localización

Localizada en el sector centro oriente de Bogotá DC, la Localidad de Antonio Nariño limita al norte con las Avenidas Calle 1 o Avenida de la Hortúa, la Avenida Calle 8 Sur o Avenida Fucha y las localidades Los Mártires y Santa Fe; al sur con las Avenida Calle 22 sur o Avenida Primero de Mayo, la Avenida Carrera 27 o Avenida General Santander y la localidad Rafael Uribe Uribe; al oriente con la Avenida Carrera 10 o Avenida Darío Echandía y la Localidad San Cristóbal y al occidente con la Avenida Carrera 30 o Avenida Ciudad de Quito y la Localidad Puente Aranda. (Ver mapa 1)

De acuerdo con el documento técnico soporte del Decreto 619 del 2000 por el cual se adoptó el Plan de Ordenamiento Territorial, las UPZ se clasificaron, según sus características predominantes, en ocho grupos que para la localidad corresponden a:

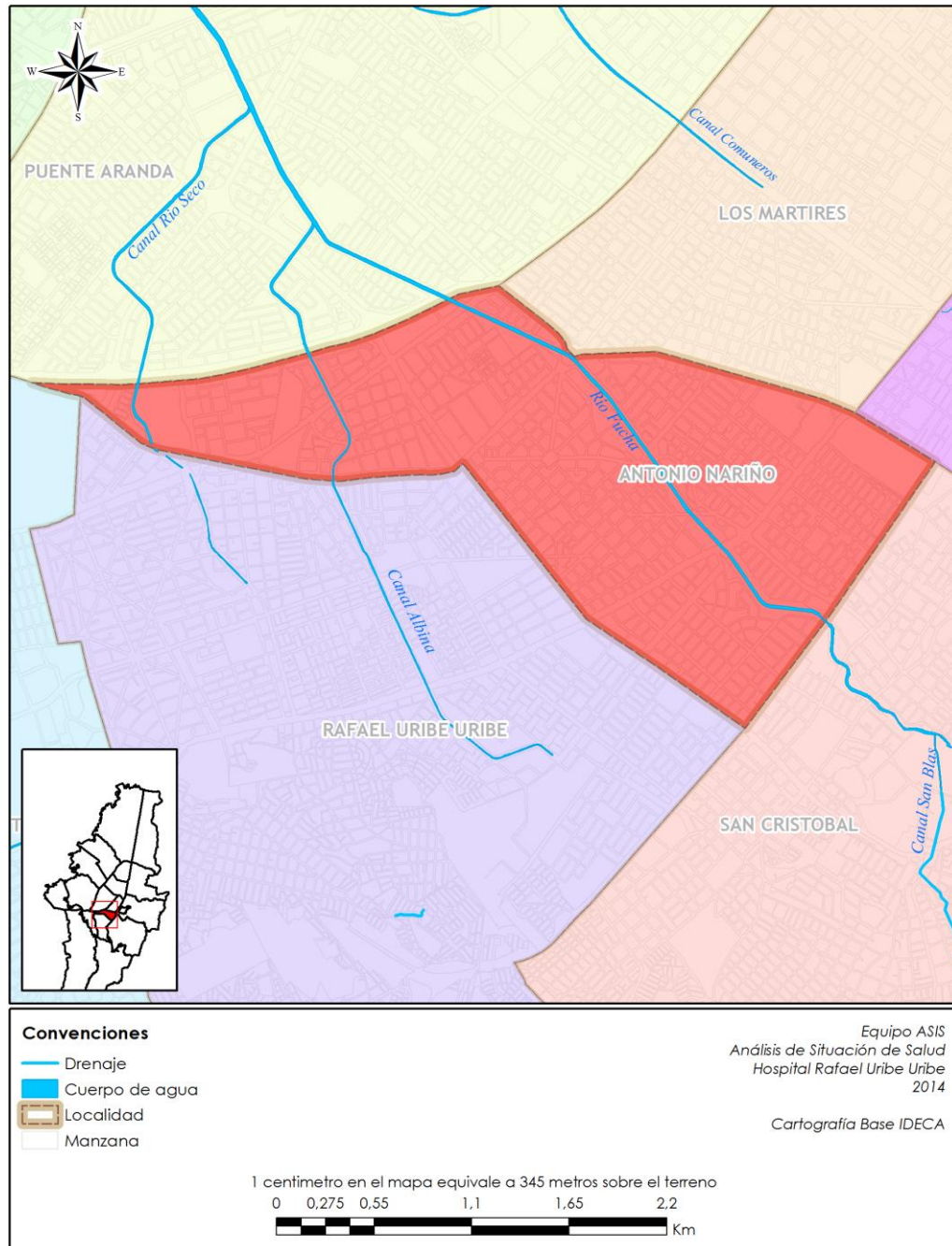
1. Unidades tipo 2 (Residencial consolidado): son sectores consolidados de estratos medios de uso predominantemente residencial, donde se presenta actualmente un cambio de usos y un aumento no planificado en la ocupación territorial.
2. Unidades tipo 5, con centralidad urbana: son sectores consolidados que cuentan con centros urbanos y donde el uso residencial dominante ha sido desplazado por usos que fomentan la actividad económica (22). (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de las UPZ por extensión territorial y área Territorial, Localidad Antonio Nariño, 2014

UPZ	Extensión Urbana Total		Clasificación	Estrato
	Extensión (Hectáreas)	Porcentaje (%)		
Ciudad Jardín	134,17	27,18	Residencial Consolidado	3
Restrepo	359,42	72,82	Con Centralidad Urbana	3
TOTAL	493,59	100		

Fuente: SDP, Decreto 619 del 2000, Decreto 190 del 2004 y Decreto 544 de 2009, Bogotá D. C.

Mapa 1. Localización de la localidad, Antonio Nariño 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases cartográficas de la Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA)

1.1.1. Características físicas del territorio.

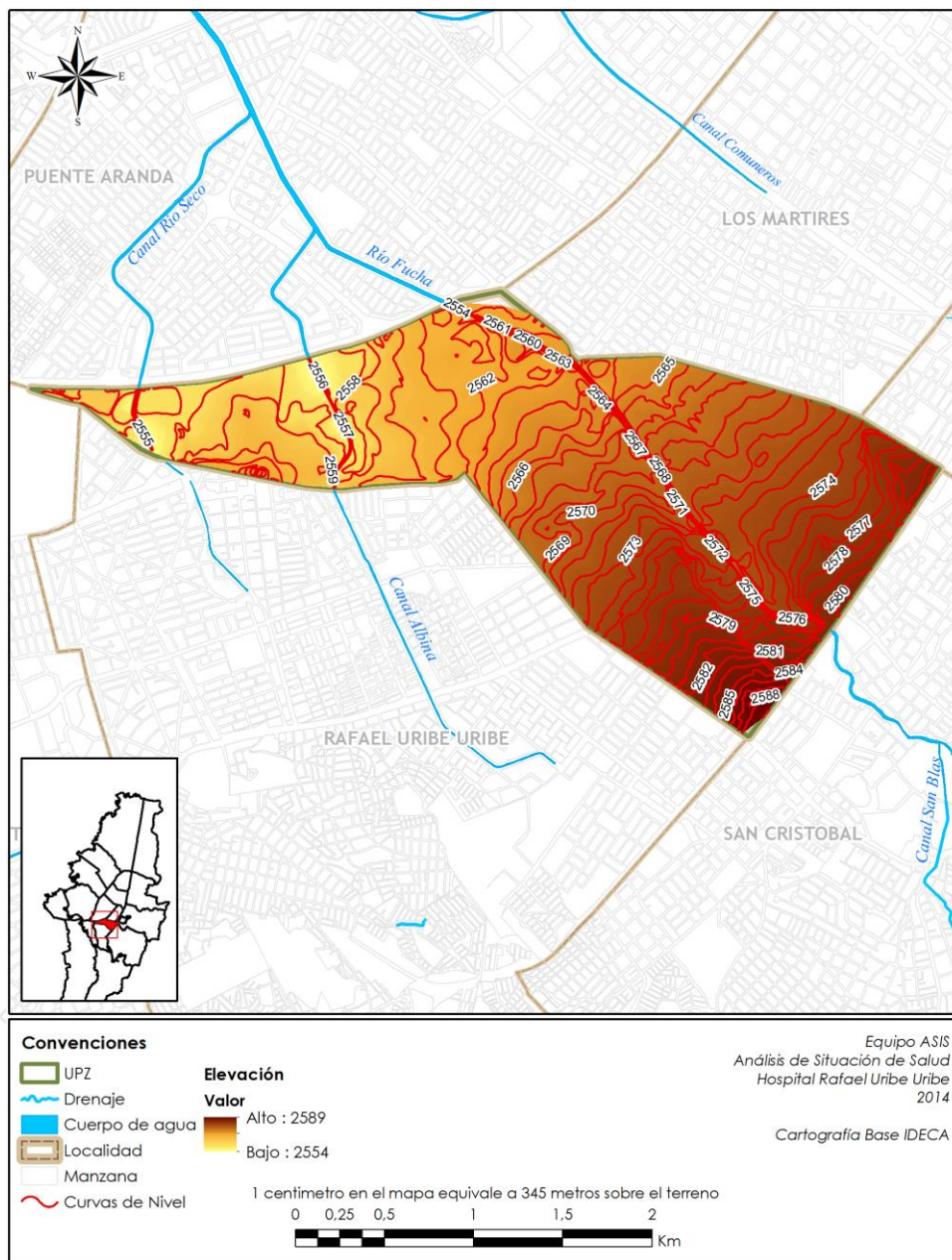
La localidad de Antonio Nariño ocupa un terreno plano con ligero desnivel de oriente a occidente, y parte de su territorio actual se encuentra sobre áreas que constituyeron humedales. La altura promedio aproximada sobre el nivel del mar es de 2.600 m. (Ver mapa 2)

1.1.2.1. Recursos Hídricos. Dentro de las fuentes hídricas de la localidad Antonio Nariño se encuentran diversos cauces como el Canal del río Fucha cuyo recorrido inicia en la carrera 7 con calle 13 y cruza la localidad desde la carrera 10 con calle 13 sur hacia el noroccidente. El Canal de La Albina, comprendido desde la carrera 13 con calle 29 sur, ingresa a la Localidad por la Avenida carrera 27 sur con calle 31 sur en dirección al occidente en el límite de los barrios Santander Sur, Eduardo Frey y periferias del barrio San Jorge Central y el Canal del Rio Seco. (22)(Ver mapa 3)

1.1.2.2 Temperatura y clima. La temperatura superficial se refiere esencialmente a la temperatura del aire libre o temperatura ambiental cerca de la superficie de la tierra, en la localidad de Antonio Nariño puede referirse a los datos registrados por la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá, en la estación Puente Aranda durante los años 1999 a 2010, teniendo como promedio 14,43 grados centígrados durante los años de estudio. (22)

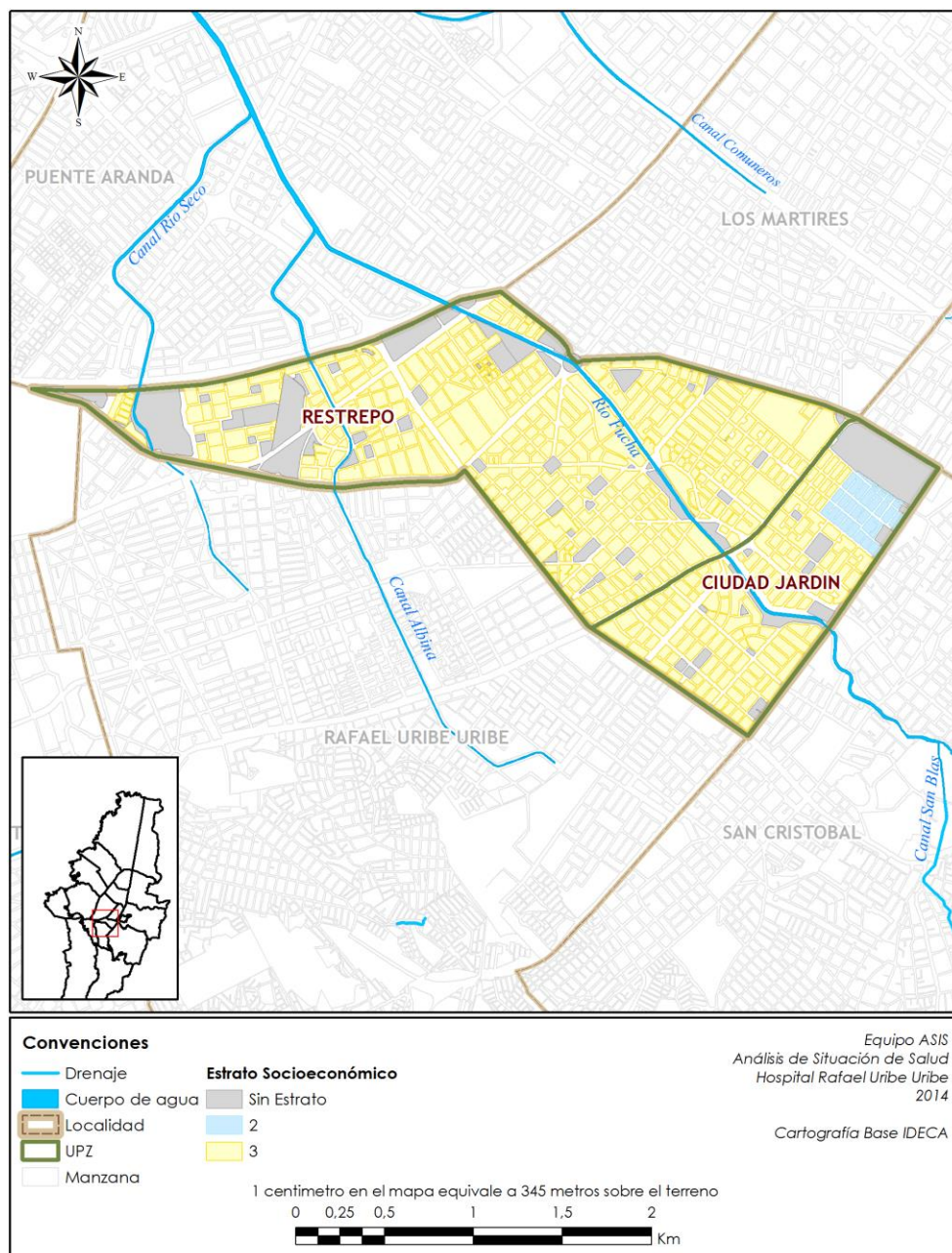
1.1.2.3 Accesibilidad Geográfica y principal Vías. Según la Secretaría Distrital de Salud, la localidad de Antonio Nariño cuenta con cuatro sectores ampliamente reconocidos: el área hospitalaria de La Hortúa, ubicada entre las calles primera y segunda sur, entre las carreras décima y la Avenida Caracas; el área del Cementerio del Sur, en los límites del barrio Eduardo Frey, el área de las Fosas Comunes, en el límite sur de los barrios San Jorge Central y Eduardo Frey; el área del hospital Santa Clara y Sena de la construcción, en el barrio San Antonio, y por último el área Sena de la carrera 30. En algunos documentos estos sectores aparecen discriminados como barrios pero realmente corresponden a áreas identificadas por la comunidad como puntos de referencia dentro de la localidad. (22). (Ver mapa 4)

Mapa 2. Características físicas de la localidad, Antonio Nariño 2014.



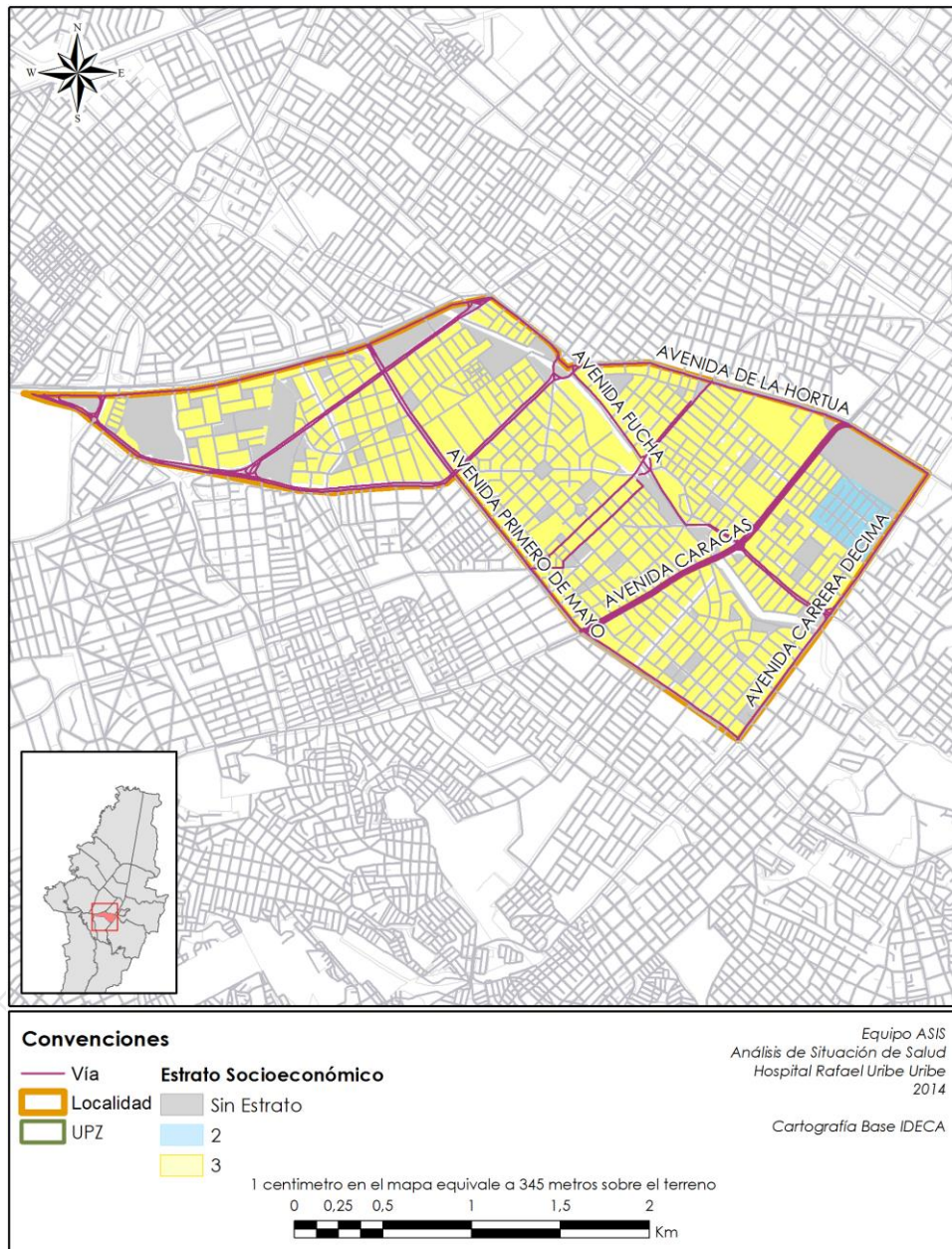
Fuente: Elaboración propia a partir de bases cartográficas de la Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA)

Mapa 3. Recursos Hídricos de la localidad, Antonio Nariño 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases cartográficas de la Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA)

Mapa 4. Vías Principales y de Acceso, Antonio Nariño 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de bases cartográficas de la Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA).

1.1.2.4 Contaminación atmosférica.

Según la Secretaría Distrital de Salud, las fuentes móviles, en especial el elevado tráfico automotor que tiene lugar en algunas zonas de congestionamiento vial, ubicadas a lo largo de los principales ejes viales de la localidad, como Avenida Caracas, Avenida Primero de Mayo, Avenida 27, carrera 30, calle 1, Avenida 10 y las vías del barrio Restrepo, constituyen una fuente importante de contaminación atmosférica en la localidad.

A su vez, la alta concentración de microindustrias y de pequeñas y medianas empresas, que representan más de mil establecimientos de gran diversidad en cuanto al producto final, así como a los insumos empleados en el proceso productivo, genera gases y vapores de diversa índole, que constituyen una fuente importante de contaminación ambiental (23).

1.1.2.5 Contaminación auditiva

Con el paulatino incremento del desarrollo comercial e industrial de algunos sectores de la localidad, se ha producido una proliferación en la aparición de tabernas y discotecas, así como la utilización de megáfonos y parlantes como recurso publicitario, lo que ha generado altos niveles de contaminación auditiva, con agravantes como el alto flujo vehicular y la industrialización de la zona. En el sector comprendido entre las carreras 18 y 16, entre las calles 17 y 18 sur, así como en inmediaciones a la calle 22 sur, la Avenida primera, carrera 10^a, calle 11 sur, carrera 27, carrera 24, calle 4^a sur y calle 5^a sur, a la altura de la localidad (24)

1.1.2.6 Contaminación del suelo

Disposición inadecuada de residuos sólidos. Existe proliferación de basuras sobre las vías públicas, lotes vacíos y rondas de río, debido a la falta de educación de los habitantes. Estos sitios se convierten así en fuentes de malos olores y en focos de proliferación de artrópodos y roedores. Se han identificado sectores como la Avenida primera, desde la carrera 10a hasta la Av.27, en la Avenida 1 a la altura del puente peatonal del hospital San Juan de Dios, y a lo largo de la ronda del río Fucha, particularmente en los cruces con la Av. Caracas, Diagonal 12 sur, Kr. 22, Kr. 27 y Autopista del Sur, en donde el problema es permanente.

Invasión de rondas e inundaciones. Se evidencia la presencia de habitantes de calle en la ronda de los canales, sumado a la construcción de los “cambuches” en los que ellos habitan. Lo anterior evidencia que en algunos tramos de las inmediaciones de los canales hídricos que cruzan la localidad no se cumple la norma que prohíbe construir a menos de 30 m de distancia de la ronda del río.

Invasión del espacio público. Se genera principalmente en la zona de la centralidad del Restrepo que forma parte de la localidad, tanto por parte de automóviles estacionados en la vía pública, lo que dificulta el tráfico, como por parte de vendedores ambulantes.

1.1.2. Espacio público

El espacio público total de la ciudad lo conforma la totalidad del espacio verde, sumado al espacio en el que los ciudadanos se movilizan como vías vehiculares y peatonales, andenes, separadores, ciclovías y, además en el que pueden permanecer como plazas, plazoletas y parques. Según cifras del Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público Bogotá. EL DADEP 2013, Bogotá cuenta con 16,9 m² por habitante, sin reportar aumento entre el 2012 y 2013 (24).

Tabla 2. Espacio público efectivo urbano por habitante y espacio público verde por habitante, Localidad Antonio Nariño, 2014

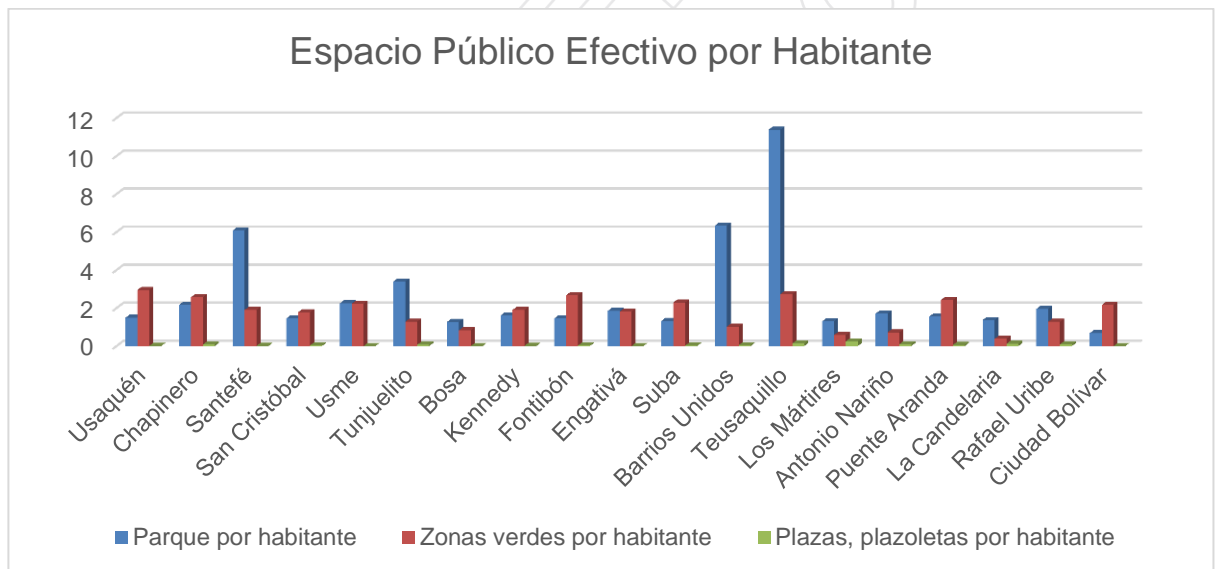
LOCALIDAD	Espacio público efectivo por habitante			Total espacio público efectivo urbano por habitante	Espacio público verde por habitante			Total espacio público verde por habitante
	Parque por habitante	Zonas verdes por habitante	Plazas, plazoletas por habitante		Parque por habitante	zonas verdes por habitante	Estructura Ecológica Principal por habitante	
Usaquén	1,49	2,95	0,01	4,36	1,4	2,95	4,56	8,91
Chapinero	2,17	2,57	0,08	5,37	2,72	2,57	5,72	11,01
Santafé	6,08	1,9	0,01	7,99	6,08	1,9	2,75	10,73
San Cristóbal	1,45	1,78	0,04	3,27	1,45	1,78	2,58	5,81
Usme	2,25	2,23	0	4,48	2,25	2,23	8,58	13,06
Tunjuelito	3,4	1,28	0,07	4,75	3,4	1,28	1,02	5,7
Bosa	1,27	0,83	0	2,1	1,27	0,83	4,51	6,61
Kennedy	1,61	1,9	0,01	3,52	1,61	1,9	1,44	4,95
Fontibón	1,45	2,67	0,03	4,15	1,45	2,67	4,69	8,81
Engativá	1,85	1,81	0	3,68	1,87	1,81	1,56	5,24
Suba	1,32	2,29	0,02	3,63	1,32	2,29	1,47	5,08
Barrios Unidos	6,34	1,02	0,05	7,41	6,34	1,02	0,03	7,39
Teusaquillo	11,38	2,73	0,14	14,25	11,38	2,73	0,71	14,82
Los Mártires	1,3	0,58	0,25	2,13	1,3	0,58	0,02	1,9
Antonio Nariño	1,71	0,72	0,1	2,53	1,71	0,72	0,46	2,89
Puente Aranda	1,55	2,43	0,06	4,04	1,55	2,43	0,3	4,28
La Candelaria	1,37	0,38	0,12	1,87	1,37	0,38	1,51	3,26
Rafael Uribe	1,95	1,28	0,09	3,32	1,95	1,28	0,19	3,42
Ciudad Bolívar	0,68	2,16	0	2,84	0,68	2,16	1,66	4,5
Sumatoria	51,1	33,51	1,08	85,69	40,9	26,09	30,73	97,72
Promedio Bogotá	1,97	1,93	0,03	3,93	1,97	1,93	2,4	6,3

Fuente: Departamento Administrativo del Espacio Público, 2013

El espacio público verde urbano presenta un indicador de 6.3 m² en promedio por habitante en Bogotá y mide la cantidad de espacio público verde destinado a la recreación, permanencia al aire libre y de encuentro ciudadano; constituido por las áreas para la conservación y preservación de los sistemas orográficos e hídricos, los parques y las zonas verdes de la ciudad.

Las localidades con mayor cantidad de espacio público verde urbano son: Teusaquillo, Usme, Chapinero y Santa Fe y las que presentan mayor escases son: Los Mártires, **Antonio Nariño**, La Candelaria, Rafael Uribe y Puente Aranda (Ver Ilustración 1.). Partiendo de lo anterior, el indicador de la localidad Antonio Nariño presenta un promedio bastante bajo con respecto a otras localidades como Teusaquillo que tiene 14.82 m², aunque Teusaquillo se caracteriza por tener una gran cantidad de parques y zonas comunes que hace parte del espacio público. Si bien es cierto la localidad se divide en 2 UPZ, es importante precisar que en la UPZ Restrepo el índice es aún menor que en la UPZ Ciudad Jardín.

Ilustración 1. Espacio público efectivo por habitante

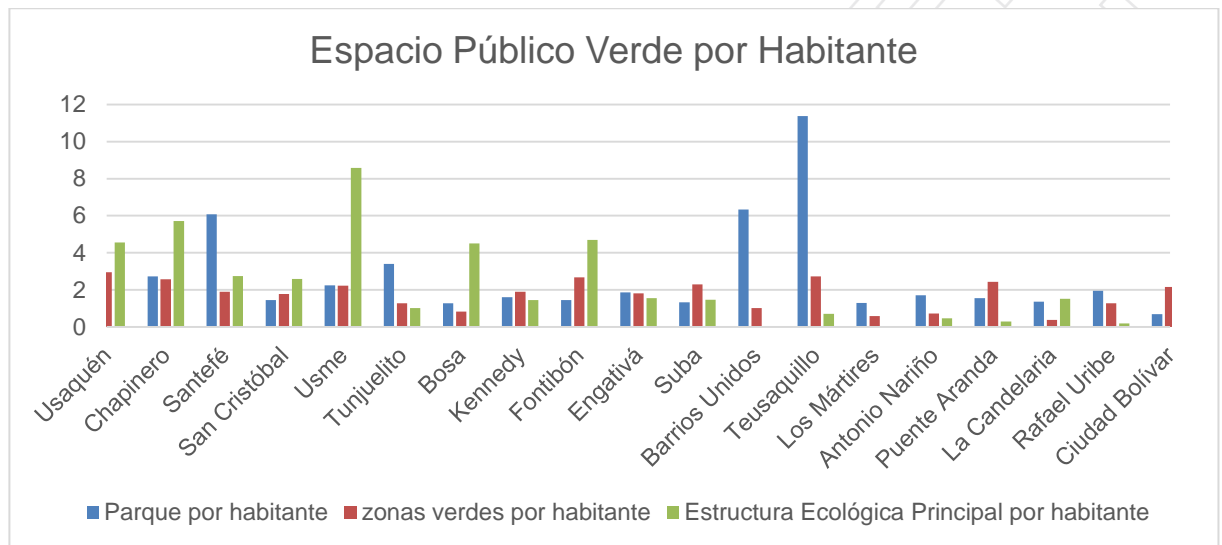


Fuente: Departamento Administrativo del Espacio Público, 2013

Actualmente el Espacio Público Efectivo Urbano en Bogotá por habitante con carácter permanente es de 3.93 m²/ habitante. Si se toma como meta de ciudad, el índice mínimo de espacio público efectivo por habitante (15m²) definido por la OMS y retomado por la política Nacional, se concluye que hasta el momento la ciudad ha alcanzado apenas un 26% de la meta de espacio público en función de

su población actual y solamente las localidades de Teusaquillo, Santafé y Barrios Unidos garantizan más de 6m²/ habitante, indicador mínimo establecido por el Distrito Capital(Plan Maestro de Espacio Público); las otras 6 localidades que cubren más del 75% del territorio urbano aún presentan déficit, incluyendo a la localidad Antonio Nariño (23). (Ver Ilustración 2).

Ilustración 2. Espacio público verde por habitante, Localidad Antonio Nariño



Fuente: Departamento Administrativo del Espacio Público, 2013

La carencia de espacio público y su inequidad en la distribución espacial en la localidad se han convertido en factores de desigualdad y de segregación social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) para dar atención al goce efectivo de los habitantes de un lugar, recomienda mínimo un árbol por cada tres habitantes, y con ello, garantizar una mejor calidad del aire.

1.2 Contexto demográfico

Población total. Según proyecciones realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, tomando como base los resultados ajustados de población del Censo 2005, en el año 2014 la localidad Antonio Nariño cuenta con un total de 108.766 habitantes que representan el 1,3% de los habitantes del Distrito Capital, al realizar comparación con datos de

población total de la localidad del año 2005, se evidencia un aumento en la misma de 2% para el año 2014 (25)

Densidad poblacional. La densidad de población se refiere al número promedio de habitantes de un área urbana o rural en relación a la superficie de la misma. La superficie total de la localidad Antonio Nariño es de 488 hectáreas, la totalidad del área se clasifica en suelo urbano, ocupando el segundo lugar de las localidades con menor superficie dentro del Distrito Capital, dado el número de habitantes en la localidad la densidad poblacional corresponde a 222 habitantes por hectárea - ha, siendo mayor que la calculada para Bogotá de 192 habitantes por ha a nivel de UPZ, Ciudad Jardín presenta una densidad mayor de 230 habitantes/ha., la UPZ Restrepo con 220 habitantes/ha (20). La localidad Antonio Nariño se subdivide en dos Unidades de Planeamiento Zonal - UPZ: Ciudad Jardín y Restrepo, según sus características predominantes de uso de suelo se clasifican en residencial consolidado y con centralidad urbana respectivamente.

Las unidades clasificadas como residencial consolidados, son aquellos sectores consolidados de estratos medios de uso residencial, donde se presenta un cambio de usos y un aumento no planificado en la ocupación territorial. Por otro lado las UPZ con centralidad urbana, son sectores consolidados que cuentan con centros urbanos y donde el uso residencial dominante ha sido desplazado por usos que fomentan la actividad económica (26).

Número de viviendas. En la Localidad Antonio Nariño, según datos de la encuesta nacional 2005 se identifican un total 26.891 viviendas (25), según encuesta multipropósito del año 2011, para este año la cantidad de viviendas de la localidad alcanzó 28.736 (27) con un aumento de 6,8%, en cuanto al tipo de vivienda según encuesta multipropósito en Antonio Nariño el 48,4% de las viviendas son tipo apartamento, 47,2% son casas y el 4,4% se clasifican como otros (28)..

Número de hogares. Según datos de la encuesta nacional 2005, en la Localidad Antonio Nariño, se identificaron un total de 29.057 hogares (25), Según encuesta multipropósito 2011, la cantidad hogares presentó un aumento de 3% respecto al año 2005 llegando a 30987 hogares, en cuanto a número de hogares por vivienda en la localidad según la misma encuesta es de 1,1 y cada hogar está conformado por 3,5 personas, siendo muy similar al comportamiento a nivel distrito el cual es 1,0 hogares por vivienda y 3,4 personas por hogar (28)

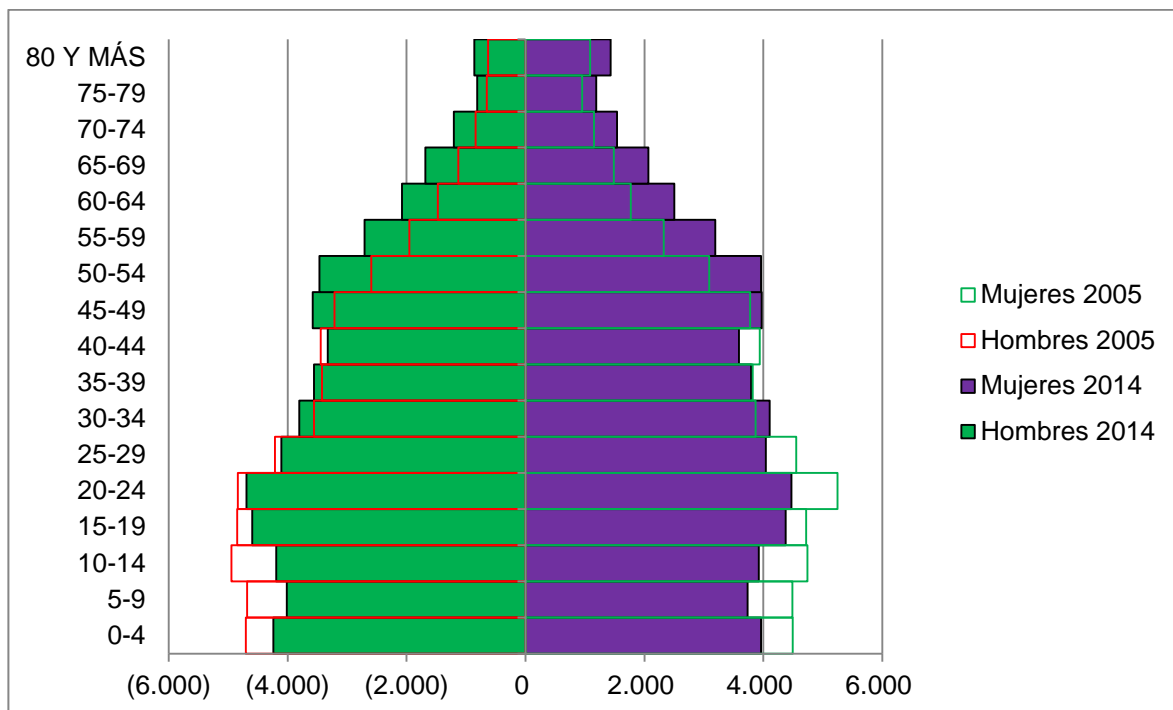
Población por pertenencia étnica. En cuanto a la población perteneciente a grupos étnicos según datos del censo 2005, en Bogotá habitaban un total de 113440 personas que se reconocían como pertenecientes a un grupo étnico que representa el 2% de la población total, en la localidad Antonio Nariño 0,01% de las personas declararon pertenecer a un grupo étnico, 213 indígenas, 5 raizales y se reconocieron 1095 como negro, mulato o afrocolombiano; no se identificó población ROM Gitanos, ni palanqueros (29).

Según el boletín local de Salud Colectiva para Las Diversidades y la inclusión, por medio del cual se realiza un balance de los resultados de la estrategia Territorios Saludables, para el periodo Enero de 2013 a Septiembre de 2014, se atendieron por medio de las diferentes líneas de intervención un total de 9 personas que se reconocen como indígena y 59 como Afro Colombianos (24). Según datos del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI, de la Secretaría de Salud se identifican 70 personas residentes en la localidad como pertenecientes a etnias indígenas de las cuales el 92,8% pertenece a la etnia Kichwa y el restante pertenece a la etnia Inga (30).

1.1.3. Estructura Poblacional

De acuerdo a las características la pirámide poblacional de la localidad se clasifica como pirámide de campana o estable ya que posee una base ancha que va disminuyendo lentamente, la cual es propia de una población que tiende al envejecimiento y que ha concluido su transición demográfica. Mostrando una mayor representación de la población en edades intermedias, que corresponden a los quinquenios de 10 a 24 años, con una disminución constante de manera ascendente y una base con amplitud intermedia, reflejando un mayor control de la natalidad (31). La Ilustración 3. Muestra la pirámide poblacional de la localidad Antonio Nariño comparando la población del año 2005 y del año 2014 donde se observa un estrechamiento significativo en la base (grupos etarios menores de 30 años), lo que ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, se evidencia un ensanchamiento en su cúspide para el año 2014 comparado con el año 2005, que representa descenso en la mortalidad.

Ilustración 3. Pirámide poblacional Localidad Antonio Nariño. 2005- 2014



Fuente: Base de Datos Proyecciones DANE 2006-2015

Población por grupo de edad. Al realizar el análisis comparativo de la población de la localidad del año 2005 y la población proyectada para el año 2014, se puede observar que en los grupos etarios menores se presenta una notable disminución hasta el grupo de 25 a 29 años, con mayor proporción en el grupo de edad de 10 a 14 años, por el contrario la población mayor de cincuenta años muestra un aumento siendo más notable el grupo de 50 a 55 años.

Otros indicadores demográficos. Prevalece el sexo femenino con un índice de masculinidad de 96,4%, al analizar este índice por quinquenios se observa que a mayor edad, menor índice de masculinidad, iniciando en 107 en el quinquenio de 0 a 4 años y disminuyendo a 60 en el quinquenio de 80 años y más.

La población de la localidad Antonio Nariño se clasifica como madura según el índice de Fritz, con un resultado de 111. La distribución de la población de la localidad por etapa de ciclo vital, muestra predominio de población adulta (47%), seguido de la población infantil en un 20,6% y en tercer lugar vejez con el 14,1%, según distribución por Unidades de Planeamiento Zonal – UPZ, se encuentra el 71,8% de los habitantes residen en la UPZ 70 - Restrepo, y el 28% reside en la UPZ 69 – Ciudad Jardín (32).

La relación de dependencia mide la población en edades "teóricamente" inactivas en relación a la población en edades "teóricamente" activas, durante el año 2014, la localidad Antonio Nariño presenta un índice general de dependencia de 47%, lo que indica que de 100 personas entre 15 a 64 años, habían 47 personas menores de 15 años y mayores de 65, al analizar la dependencia por etapa de ciclo se evidencia un índice de dependencia infantil de 32% y un índice de dependencia en mayores de 14%, lo que se relaciona con un índice de infancia de 22% y un índice de vejez de 9,9%.

1.1.4. Dinámica demográfica

La dinámica demográfica analiza como la población va variando a lo largo del tiempo, mediante el análisis de diferentes indicadores:

Tasa de crecimiento natural. Hace referencia a la diferencia entre el número de nacimientos y el número de defunciones de una población; según proyecciones DANE, en la localidad Antonio Nariño, la tendencia es a la disminución, con 8,6 en el 2005 a 7,25 en el 2014 a expensas de la reducción de la tasa de natalidad en la población de la localidad (33).

La tasa bruta de natalidad. Depende tanto del nivel de fertilidad y de la estructura por edades de la población, en la localidad Antonio Nariño la tasa de mortalidad presenta el siguiente comportamiento: para el 2005 fue de 14 por cada 1000 habitantes, para el año 2014 fue de 12,8 por cada 1000 habitantes y en Bogotá en el periodo 2005 a 2010 la tasa fue de 16,8 presentando disminución a 15,9 (34) Lo anterior evidencia una disminución tanto en la tasa local como distrital en el último año, a nivel nacional se presenta similar comportamiento con 20,8 en el 2005 y 16,73 por 1000 habitantes en el año 2014.

La tasa bruta de mortalidad Corresponde al cociente entre el número de defunciones ocurridas en un determinado período y la población medida en ese mismo momento. En la localidad Antonio Nariño durante el año 2014, por cada 1000 habitantes, murieron 6,2 personas, presentando un aumento respecto al año 2005 donde se presentó una tasa bruta de mortalidad de 5,09.

Según los informes de proyección del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, en el 2014 en la localidad Antonio Nariño, la tasa general de fecundidad se calculaba en 45, lo cual indica que por cada 1000 mujeres nacen 45 niños. En el año 2014 la tasa global de fecundidad para la localidad fue de 1.6 lo que quiere decir que se espera que una mujer tenga 2 hijos al llegar a los 49 años.

Al revisar la tasa específica de fecundidad, el grupo de edad que aportó una mayor tasa de fecundidad fue el quinquenio de 20 a 24 años con una tasa específica de 79 por 1000 mujeres entre 20 y 24 años. (35)

Tabla 3. Otros indicadores de la dinámica de la población de la localidad Antonio Nariño, 2014

Indicador	2005	2014
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada)	36	45
Tasa global de fecundidad - TGLF, (2010 - 2015)	1,7	1,66
Edad media de fecundidad -EMF (estimada)	27,41	27,36
Tasa de reproducción (estimada)	0,82	0,80

Fuente: Bases de datos DANE-RUAF.-El año 2005-2014, DANE-SDP, Proyecciones de población según Localidad, 2005-2015.

Esperanza de vida. La esperanza de vida en la localidad Antonio Nariño para el periodo 2010 a 2015 se calcula en 74,2 años para los hombres y para las mujeres de 79,9 años, presentando un leve aumento respecto al periodo 2005 a 2010 donde la esperanza de vida para los hombres era de 72,9 años y para las mujeres era de 79,4 años, lo cual explica el ensanchamiento de la cima de la pirámide poblacional. Para este mismo periodo Bogotá presentará las siguientes cifras: 75.9 años para hombres y para las mujeres será de 80.2 años, con un promedio de 79 años para ambos grupos. A manera general se puede decir que el comportamiento demográfico de la localidad Antonio Nariño es similar al de Bogotá (36).

La esperanza de vida en el quinquenio 2010-2015 en la Localidad Antonio Nariño será de 75,6 años, presentando una variación por sexo: hombres 73,1 y en mujeres de 78,3; evidenciándose en la relación hombre/mujer en los mayores 80 y más, explicando el ensanchamiento de la pirámide poblacional en el grupo de mujeres de mayores 80 años (34).

1.1.5. Movilidad

La localidad Antonio Nariño es receptora de población víctima del conflicto armado que pertenece o se acoge a cualquiera de los hecho victimizantes mencionados anteriormente, dentro de las cuales la más sobresaliente es el Desplazamiento forzado.

Al indagar sobre población víctima del conflicto armado en la localidad Antonio Nariño surgen algunos datos de diferentes fuentes como las que a continuación serán presentadas:

Según datos preliminares de la Alta consejería en el periodo comprendido entre enero de 2012 y marzo de 2014; en Bogotá a través de los servicios prestados en los Centros Dignificar de la ciudad se atendieron 2747 personas quienes informaron residir en la localidad Antonio Nariño el 77.32% en la UPZ Restrepo (2124 personas) y el 22.67% restante en la UPZ Ciudad Jardín.

Por otro lado el número de personas víctimas del conflicto armado atendida mediante la estrategia de territorios saludables en periodo enero 2013 a septiembre 2014 por hospital RUU fue de 62 personas en el 2013 y 63 personas en el 2014. De las cuales 1 se reconoce como afrocolombiano el resto no se identificó como población étnica.

1.3 Contexto socioeconómico

En Bogotá, se ha observado que mientras la pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas o por Índice de Pobreza Multidimensional tiende a reducirse sistemáticamente, la pobreza por línea de Pobreza es más fluctuante en el tiempo, para la localidad Antonio Nariño el número de personas pobres por Necesidades Básicas Insatisfechas para el año 2011 esta en 2.194 equivalente al 2% en relación con la ciudad de Bogotá, la cual es de una población de 383.956 personas pobres; del mismo modo se encuentra que el número de personas pobres por ingresos en la localidad es de 15.019 personas equivalente al 13,95% en relación con la ciudad de Bogotá que está en 1.287.982 personas durante el año 2011. Así mismo el índice de pobrezas múltiples indica que el número de personas pobres es de 15.863 personas equivalente al 14,6%, frente al comportamiento en Bogotá el cual es de 1.227.878 personas. En Bogotá el número de hogares con pobreza reciente, cuyo significado es aquellos hogares que podrían ser hogares que tuvieron un ingreso suficiente como para satisfacer sus necesidades básicas, pero que posiblemente han sufrido un deterioro en sus ingresos (37), los cuales se encuentra en el 13,4% y la proporción de hogares estimados en Pobreza Crónica entendida como los hogares que no disponen de suficientes bienes y servicios para satisfacer sus necesidades básicas, ni poseen ingreso suficiente para adquirirlos (37); y en Pobreza Inercial, comprendida como aquellos hogares que podrían ser hogares cuyo ingreso se haya incrementado, pero que todavía no puede satisfacer todas sus necesidades básicas (37), la cual es muy similar, 1,8% y 1,7% respectivamente. En lo que respecta a la localidad se reporta una pobreza inercial del 83,4%. (38)

En concordancia con lo anterior, la Encuesta nacional de Calidad de Vida 2007, el 4,4% de la población de la localidad se encuentra en la pobreza y el 0,0% se encuentra en la miseria, sin embargo refiere que se presenta hacinamiento crítico, el cual se entiende cuando más de tres personas duermen en una misma habitación. (39) (37)

Según el documento “21 Monografías de las Localidades”, se evidencia que en la localidad Antonio Nariño, el 93% de la población se encuentra en el estrato medio-bajo, el 4,6% en el bajo y el 2,4% clasificado sin estrato. Estrato medio – bajo. De las 100.740 personas que se encuentran en estrato socioeconómico medio, el 74,4% se ubican en la UPZ Restrepo y el 25,6% en Ciudad Jardín, mientras que el 100% de las personas que se encuentran en la UPZ Ciudad Jardín pertenecen al estrato bajo (5.014 habitantes); y la población sin estratificar (2.553 personas) se encuentra el 99,5 en la UPZ Restrepo y 0,5% en la UPZ Ciudad Jardín. Respecto a la UPZ Ciudad Jardín el 83,7% se encuentra en el estrato medio-bajo y el 16,3% en el estrato bajo; y para la UPZ Restrepo de 77.501 habitantes localizados en esta UPZ, el 96,7% se ubican en el estrato medio-bajo y el 2,4% restante, corresponde a población clasificada sin estrato. (20)

Respecto a las condiciones de vivienda se encuentra que en la localidad existe un déficit de hogares de 3.452 equivalentes a un 11,1%, se presenta un déficit cuantitativo de 1.665 equivalente al 5,4% y un déficit cualitativo de 1.787 equivalentes al 5,8%; se presentan viviendas en condiciones de hacinamiento, debido a las zonas de desmejoramiento reciente ubicadas en las UPZ de Restrepo y Ciudad Jardín. (40)

En la localidad, de acuerdo con lo referenciado por la Secretaria de Integración Social en el año 2010, el 55.4% de las familias viven en cuartos, el 38.2% viven en apartamento o casa y tan sólo el 6.3% de las familias tienen casa propia. De las familias que viven en arriendo el 71% pagan por él un valor oscila entre \$100.000 y \$250.000 mientras que el 29% entre \$250.001 y \$350.000. (41)

Así mismo, la Cámara de comercio de Bogotá - CCB, expone la cobertura de servicios públicos básicos que para la ciudad en este año cuenta con una cobertura del 100% en los servicios de acueducto, alcantarillado y de recolección de basuras y coberturas del 99% para energía eléctrica y del 88% en gas natural para un total de 2.185.874 hogares en Bogotá; equitativamente en la localidad se cuenta con una cobertura de acueducto en un 99,8%, alcantarillado en un 99,6%, energía eléctrica en un 100%, Gas Natural la cobertura se encuentra en el 87,9%, y la recolección de basuras: 99,8%. (42)

Las dificultades que se presentan frente a la prestación de servicios públicos, de acuerdo con la UAESP, está relacionada con la prestación del servicio de aseo y recolección de basuras, por la infraestructura que se presenta en conjuntos residenciales y viviendas multifamiliares, cuyas vías de acceso son peatonales y estrechas, además se encuentran vías en mal estado y postes en las mismas que dificultan el acceso de los vehículos recolectores.

Para el año 2004 según la Secretaria de Hacienda Distrital, en la localidad existen 5 establecimientos educativos oficiales y 59 establecimientos no oficiales, concentrando el 2,2% de la concentración de Instituciones Educativas Distritales para el año 2004 en la localidad Antonio Nariño se presentó un incremento del 2,4% en el número de cupos escolares, al pasar de 11.580 a 11.862 cupos escolares durante el periodo 1998 al 2003; en la localidad para este año se encontraban inscritos 157 niños y jóvenes de la Localidad de Bosa y 82 de la Localidad Ciudad Bolívar. (43)

La localidad Antonio Nariño, en el año 2007 de acuerdo con lo referenciado por la Cámara de Comercio de Bogotá, el porcentaje de analfabetismo de 1%, es muy inferior al de Bogotá (2,2%); además, la población mayor de cinco años tiene en promedio 9 años de educación, mientras que en Bogotá, el promedio es de 8.7 años, y en todos los grupos de edad la localidad cuenta con niveles superiores a los del distrito. (44)

En cuanto a instituciones de educación superior se encuentra que en la localidad se encuentra 1 Universidad, 1 Institución Universitaria, 2 Instituciones de Régimen Especial y 1 Técnica. En la UPZ Restrepo se encuentran 8 Colegios Oficiales, 35 Establecimientos Educativos No Oficiales, 1 Institución Universitaria, 2 Instituciones Educativas de Régimen Especial y 1 Instituto Técnico; mientras que en la UPZ Ciudad Jardín se encuentran 3 Colegios Oficiales, 21 No Oficiales y 1 Universidad. (45)

La localidad cuenta con diferentes tipos de equipamientos entre ellos se cuenta con 53 centros de bienestar social, 8 centros de salud, 72 centros educativos, 12 centros de cultura, 27 centros de culto religioso, 1 centro de recreación y deporte, 2 centros de abastecimiento de alimentos, 7 centros de administración, 7 centro de seguridad, defensa y justicia, 3 cementerios y servicios funerarios. (46)

Frente a la situación de salud de los habitantes de la localidad, se reporta que el 90,2 % de su población se encuentra afiliado, frente a 9,4 % que no lo está. A diferencia de Bogotá en donde la población en general afiliada al SGSSS es de

92% en donde el 72,3% se encuentra en el régimen contributivo frente al 71,7% de la localidad Antonio Nariño; en el régimen subsidiado esta un 23,9% de la población de Bogotá frente a 24,8% de la localidad Antonio Nariño.

En la UPZ Ciudad Jardín, con una población total de 30.913 habitantes, se encuentran equipamientos que desde diferentes instituciones entre ellos se cuenta con 17 instituciones de bienestar social, 2 instituciones de salud, 25 instituciones educativas, 3 instituciones relacionadas con cultura, 12 instituciones de culto religioso, 1 institución de seguridad, defensa y justicia. (46)

Para UPZ Restrepo, con una población total de 77.022 habitantes, se cuenta 36 centros de bienestar social, 6 centros de Salud, 47 establecimientos educativos, 9 instituciones culturales, 15 instituciones de culto religioso, 1 institución de recreación y deporte, 2 instituciones para el abastecimiento de alimentos, 7 instituciones administrativas, 6 centros de seguridad, defensa y justicia, 3 cementerios e instituciones de servicios funerarios. (46)

En relación con los equipamientos destinados a apoyar la organización social y las expresiones culturales y recreativas, la localidad cuenta centros cívicos, 1 casa juvenil y 9 salones comunales y 1 biblioteca, siendo estos lugares son utilizados para actividades de atención a la niñez, para sesiones de conciliación en la comunidad y para la realización de eventos culturales, la biblioteca cuenta con 20.000 libros en todas las áreas y atiende aproximadamente 600 usuarios por día, En cumplimiento del objetivo de desarrollar el intelecto cultural de la comunidad, la biblioteca ofrece a sus usuarios el servicio de préstamo a domicilio, sala de referencia, sala infantil, audiovisuales, multimedia, cajas viajeras y servicio de alerta. (43)

Además la localidad cuenta con dos parques polideportivos, el Polideportivo La Fragua y el Polideportivo Ciudad Jardín. Se considera que la ciclo vía constituye otra iniciativa que ha permitido el aprovechamiento del espacio local para la práctica deportiva. Durante los días de ciclo vía se aprovechan los parques, como es el caso de La Valvanera en el barrio Restrepo, para la realización de ejercicios aeróbicos y otras actividades recreativas. (43)

2. CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

En el capítulo 2 se presenta el análisis de la mortalidad por las grandes causas, específica por subgrupo y materno – infantil y en la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales. El análisis incorporará variables que causan gradientes como el género, el nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad (47).

Análisis de la mortalidad localidad Antonio Nariño años 2005 – 2012

2.1.1. Mortalidad general

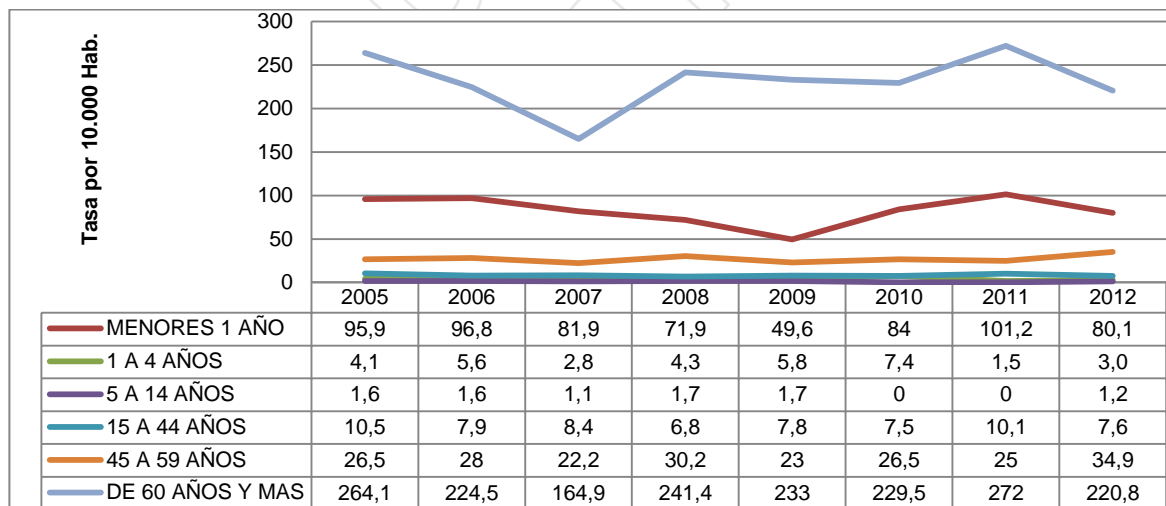
La mortalidad general indica el número de defunciones de un lugar en un intervalo de tiempo en relación al total de la población. La tasa de mortalidad general para la localidad Antonio Nariño , se ha mantenido en el tiempo desde 2005 hasta 2010 con un promedio de 37, presentando un aumento significativo durante el año 2011 a 45,7 y durante el año 2012 se redujo en 5 puntos porcentuales llegando a 40,7 por 10.000 habitantes, con un total de 442 muertes durante el año, para este mismo periodo a nivel distrital la tasa de mortalidad fue de 38,6 por 10.000 habitantes; según la clasificación por 105 causas de mortalidad-sexo-edad y localidad de la Secretaria Distrital de Salud 2012, la mayor causa de mortalidad fue la *Enfermedad Isquémica del Corazón* con una tasa de 7,2 muertes por cada 10.000 personas, que comparada con el dato del año anterior aumento en 0,5 puntos porcentuales siendo también la primera causa durante el año 2011, al compararlo con el comportamiento a nivel distrital la tasa 5,8 por 10.000 habitantes, la razón de tasas de 1,2, por esta causa de muerte se perdieron aproximadamente 1.670 años de vida potencial (AVPP) en la población de la localidad. Las siguientes causas de mortalidad según número de casos durante el año 2012, son las enfermedades cerebrovasculares (tasa 3,1 muertes por 10.000 habitantes, representando 618 años de vida potencialmente perdidos y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (tasa 3 muertes por 10.000 habitantes), con 497 AVPP.

Los grupos de edad con mayor tasa de mortalidad son: 60 años y más con 220,7 muertes por 10.000 habitantes en este grupo de edad, menores 1 año con una tasa 80,1 y el grupo de edad de 45 a 59 años con una tasa de 34,9 por 10.000 habitantes en este grupo de edad. Al analizar la mortalidad general según régimen de aseguramiento en salud durante el año 2012 en la localidad Antonio Nariño, se encuentra que un 53,8% de las mortalidades ocurrieron en personas que se encontraban afiliadas al régimen contributivo (238 casos), 26% al régimen subsidiado (115 casos), 7% al régimen de excepción, 0,9% al régimen especial, 7,9% no se encontraban asegurados y el 4,3% no cuenta con información. Con respecto a la pertenencia étnica se encuentra 0,2% de las muertes en raizales (1 caso), 0,7% negro, mulato o afro (3 caso), el 98,9% ninguna pertenencia étnica y 0,2% no cuentan con esta información.

2.1.2. Mortalidad específica por grupo etario

El Ilustración siguiente presenta la tendencia de la mortalidad específica por grupos etarios desde el año 2005 hasta el año 2012, que refleja que grupo de edad que presenta mayor tasa de mortalidad en la localidad Antonio Nariño es el de 60 y más años, seguida de los menores de 1 año.

Ilustración 4. Tendencias de mortalidad General y específica por grupos de edad. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2005 a 2012.



Fuente 2005-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Fuente 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Fuente 2011: Certificado de defunción -Bases de datos DANE y

RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales.-Preliminares (Ajustado 21-10-2013). Fuente 2012: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014).

Al realizar el análisis de las causas de mortalidad por grupos de edad se evidenció en los menores de un año un descenso en las cifras, desde el 2005 con 95,9 muertes hasta el año 2012 con 80,1 muertes por cada 10.000 menores, sin embargo la tendencia ha sido variable y ha sufrido fluctuaciones a lo largo del periodo 2005- 2012 según lo muestra la ilustración 4, las principales causas de muerte en este grupo de edad durante el año 2012 fueron las *malformaciones congénitas* con una tasa de 28,6 muertes por cada 10.000 menores de 1 año, representando el 35,7% de las muertes en este grupo etéreo (5 casos), seguido por *trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal* con 11,4 muertes por cada 10.000 menores, (2 casos) que representan el 14,3% del total de las muertes en este grupo de edad y la tercera causa de mortalidad en los menores de 1 año fueron las infecciones específicas del período perinatal con 5,7 por 10.000 menores de 1 año, con el 7,1% del total de las muertes en este grupo de edad (48) (49) (50). Este hecho está determinado por las condiciones socioeconómicas, las condiciones sanitarias y de contaminación de la zona entre otras.

En cuanto a la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años se evidencia un comportamiento homogéneo en el periodo 2005 a 2012, presentando una tasa de 3 muertes por cada 10.000 menores que corresponde a 2 muertes. Al analizar las causas de mortalidad se encuentran malformaciones congénitas del sistema circulatorio 1 caso y resto de causas 1 caso.

El grupo de edad de 5 a 14 años es el grupo que presenta menor tasa de mortalidad, con una tendencia lineal, con baja fluctuación, para el año 2012 se presentó una tasa de 1,2 por 10.000 habitantes en este grupo de edad, lo que representa dos casos, las causas de estos fueron leucemia y lesiones autoinflingidas intencionalmente.

La mortalidad en el grupo de edad de los 15 a los 44 años, ha tenido una tendencia variable con una reducción de 2,9 puntos porcentuales en el año 2012 en comparación al año 2005 llegando a 7,6 muertes por 10.000 habitantes. La primera causa fue agresiones (homicidios) y secuelas con 5 Casos representados en una tasa de 1,2 mortalidades por 10.000 habitantes en este grupo de edad, en segundo lugar se encuentran los accidentes de transporte de motor con 4 casos y una tasa de 0,8 mortalidades por 10.000 habitantes, en tercer lugar se encuentra tuberculosis con 2 casos y una tasa de 0,5 mortalidades por 10.000 habitantes.

La mortalidad en adultos de 45 a 59 años ha tenido una tendencia fluctuante con un aumento significativo en el 2012 con respecto al periodo analizado, con 34,9 muertes por cada 10.000 personas en este grupo de edad, entre las principales causas de mortalidad en el año 2012 se encuentran las Enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 4,9 por 100.000 habitantes, con 10 casos (14% del total de muertes en este grupo de edad), seguida de las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 2,5 por 10.000 habitantes con 5 casos (7% del total de muertes en este grupo de edad; en tercer lugar se encuentran las Enfermedades del hígado con 4 casos, una tasa de 2 por 10.000 habitantes

En cuanto a la mortalidad de las personas Mayores de 60 años en Antonio Nariño, se evidencia un descenso en las cifras, desde el 2005 con 264,1 muertes hasta el año 2012 con 220,8 muertes por cada 10.000 menores, sin embargo la tendencia ha sido variable y ha sufrido fluctuaciones a lo largo del periodo 2005 - 2012 según lo muestra la ilustración 4, la primera causa de morbilidad se debe a las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 47,5 por 10.000 habitantes, 68 casos que equivalen al 21% de las muertes en este grupo de edades, seguido de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y las enfermedades cerebrovasculares y con tasas de 22,4 y 20,3 por 10.000 habitantes respectivamente.

2.1.3. Mortalidad específica por grupo

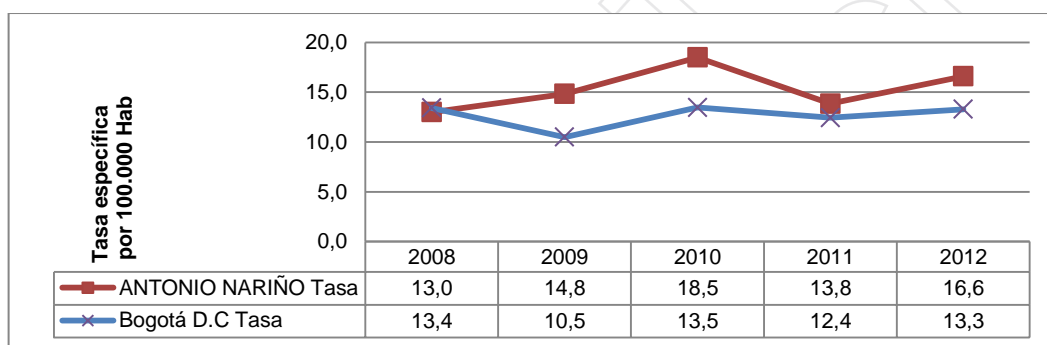
Se realiza un análisis detallado que permite identificar los grupos de causas de mortalidad, para realizar monitoreo y seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, donde se definieron una serie eventos mortales, que se medirán a través de tasas de incidencia. Estos eventos son:

Accidentes de transporte terrestre, tumor maligno de mama, tumor maligno del cuello uterino, tumor maligno de la próstata, tumor maligno del estómago, diabetes mellitus, lesiones auto-infringidas intencionalmente, trastornos mentales y del comportamiento, agresiones (homicidios), tuberculosis, enfermedades infecciosas, emergencias y desastres.

Tasa de mortalidad por diabetes mellitus La Diabetes Mellitus es una enfermedad de tipo crónico degenerativo que se ha asociado a los determinantes intermedios de la salud, según la OMS en 2012 en el mundo fallecieron 1,5 millones de personas por esta causa, además más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios (51).

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para esta patología fue de 16,6 por 100.000 habitantes ubicándose en la cuarta posición en causas de muerte en la localidad, siendo mayor en las mujeres (Tasa de mortalidad por diabetes mellitus en mujeres 23,3), en cuanto al grupo de edad más afectado es el de 60 y más años con el 88,8% de los casos. Al analizar la tendencia de la mortalidad por esta causa en la localidad Antonio Nariño, según muestra la siguiente ilustración, se observa que tiene un comportamiento variable presentando un aumento de 2,8 puntos porcentuales respecto al año anterior, siendo superior a la tasa de mortalidad distrital por esta causa, con una razón de tasas de 1,2.

Ilustración 5. Tendencias de mortalidad específica por Diabetes Mellitus. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.



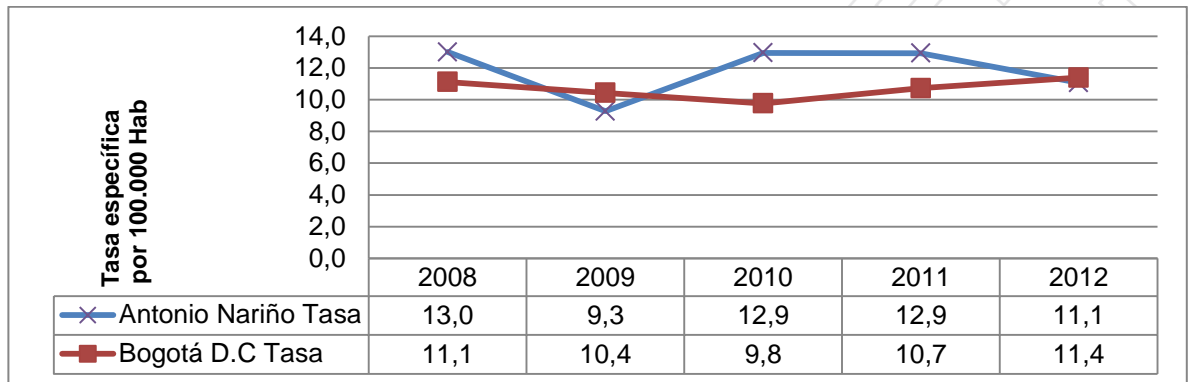
FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Tasa de tumor maligno del estómago. El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo con 8,2 millones de defunciones 2012, el cáncer gástrico se encuentra entre los que causan mayor número de defunciones con 723.000 muertes a nivel mundial (52).

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para esta patología fue de 11,1 por 100.000 habitantes, fue la sexta causa de muerte, siendo mayor en los hombres (Tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago en hombres 13,3), en cuanto al grupo de edad más afectado es el de 60 y más años con el 66,6% de los casos. En la siguiente ilustración se observa que tiene un comportamiento variable presentando una disminución de 1,8 puntos porcentuales respecto a los años 2010 y 2011 donde la tasa fue de 12,9, en comparación con el comportamiento a nivel distrital se observa, que para el año

2012 la tasa es menor (razón de tasas 0,9) a diferencia de los años anteriores donde estaba por encima de este.

Ilustración 6. Tendencias de mortalidad específica por tumor maligno del estómago. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.

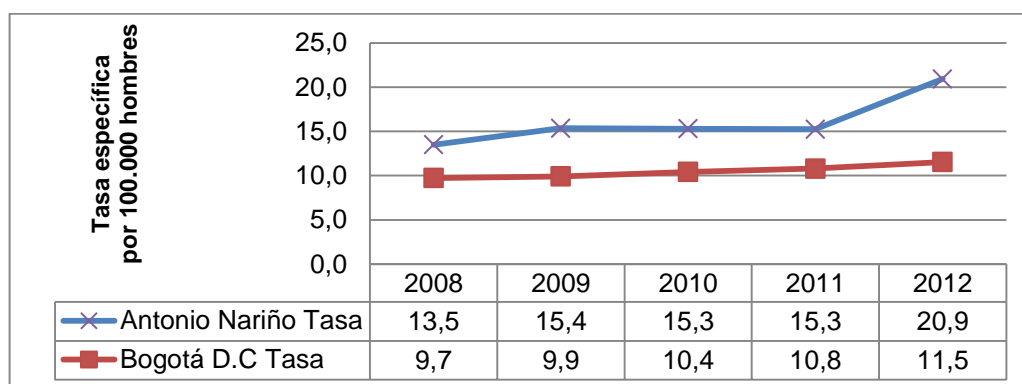


FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Tumor maligno de la próstata. El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, en 2012 se diagnosticaron cerca de 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer, el cáncer de próstata se encuentra entre los diagnosticados con más frecuencia (52).

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para esta patología fue de 20,9 por 100.000 hombres, fue la octava causa de muerte, siendo mayor en el grupo de edad de 60 y más años con el 72,7% de los casos. Al analizar la tendencia de la mortalidad por esta causa en la localidad Antonio Nariño, según muestra la siguiente ilustración, se observa que tiene un comportamiento tendiente al aumento, para el año 2012 presenta una elevación en 5,6 puntos porcentuales respecto a los años 2010 y 2011 donde la tasa fue de 15,3, en comparación con el comportamiento a nivel distrital se observa que ha sido mayor analizando los años 2008 a 2012 con una razón de tasas de 1,8.

Ilustración 7. Tendencias de mortalidad específica por tumor maligno de próstata. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.

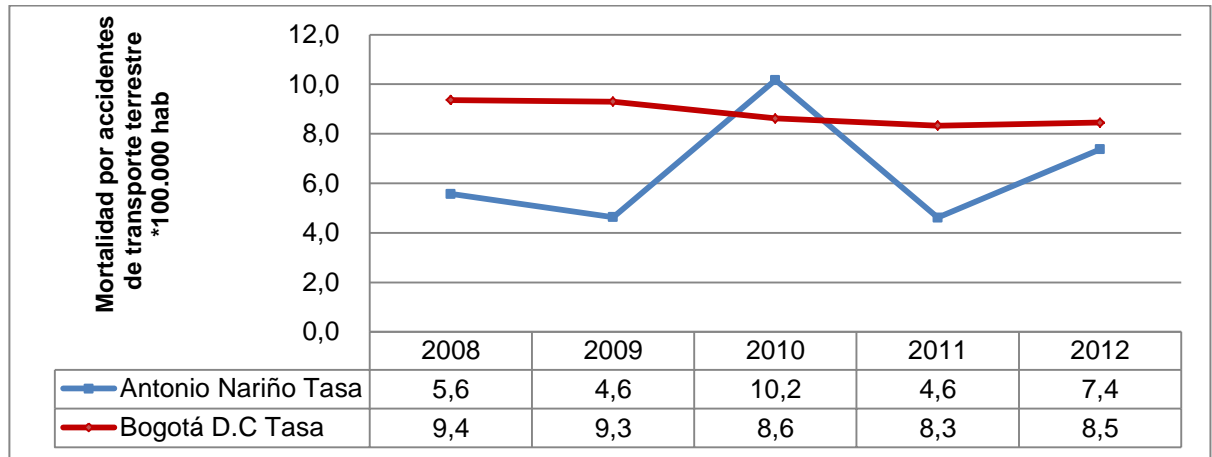


FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Accidentes de transporte de motor. Según el informe de la situación mundial de la seguridad vial, Alrededor de 1,24 millones de personas mueren cada año por accidentes de tránsito (53). En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para este evento fue de 7,4 por 100.000 habitantes, ocupando el decimoquinto puesto en las causas de muerte de los habitantes de la localidad, siendo mayor en los hombres (Tasa de mortalidad por accidente de tránsito en hombres 11,4), el grupo de edad más afectado es el de 15 a 44 años con el 50% de los casos.

Al analizar la tendencia de la mortalidad por esta causa en la localidad Antonio Nariño presentada en el siguiente ilustración, se observa que tiene un comportamiento variable presentando un aumento de 2,8 puntos porcentuales respecto al año 2011 donde la tasa fue de 4,6, al realizar la comparación con Bogotá, se observa que la tasa de la localidad está por debajo de la tasa distrital (razón de tasas de 0,87) con excepción del año 2010 en el que presentó un pico significativo,

Ilustración 8. Tendencias de mortalidad específica por Accidentes de transporte de motor. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

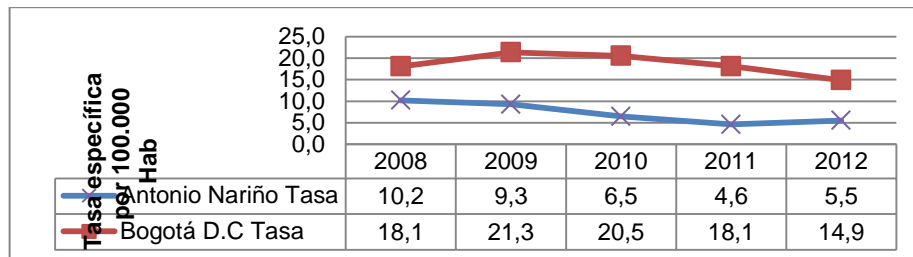
Agresiones (homicidios) y secuelas

Según informe de la OMS- Organización Mundial de la Salud, sobre la violencia, las tasas más elevadas de homicidio se registran en los países de ingresos bajos y medianos siendo mayor en la región de las Américas, con 28,5 homicidios por 100.000 habitantes, la tasa a nivel global para el año 2012 fue de 6,7 por 100.000 habitantes con cerca de 475.000 muertes por homicidio (54).

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para este evento fue de 5,5 por 100.000 habitantes, el 100% de los casos, eran varones, el grupo de edad más afectado de 15 a 44 años con el 83% de los casos, que convierte al homicidio en la primera causa de muerte para los varones de ese grupo etario.

La siguiente ilustración presenta el comportamiento del homicidio durante los años 2008 a 2012 en la localidad Antonio Nariño en comparación a Bogotá, donde se observa que la tasa de la localidad está por debajo de la tasa distrital con una razón de tasas de 0,36, presentando tendencia a la disminución, sin embargo para el año 2012 presenta un aumento de 0,9 puntos porcentuales respecto al año 2011 donde la tasa fue de 4,6.

Ilustración 9. Tendencias de mortalidad específica por Agresiones (homicidios) y secuelas. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.

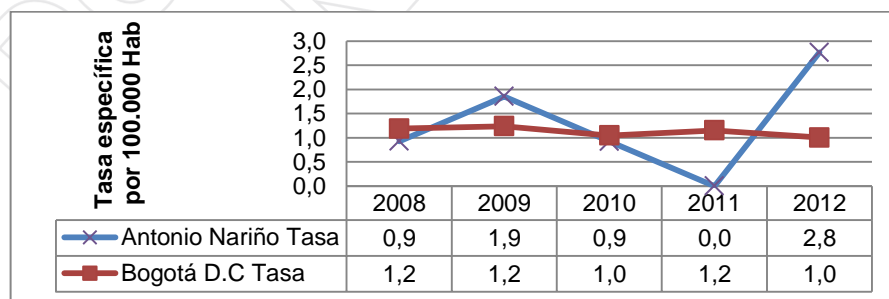


FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Tuberculosis y secuelas Según informe mundial sobre la tuberculosis publicado por la OMS, La tuberculosis – TB, sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más mortales, la tasa de mortalidad a nivel global por TB ha disminuido un 45% entre los años 1990 a 2013 registrando 1,5 millones de muertes al año a nivel mundial (55).

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica por tuberculosis fue de 2,8 por 100.000 habitantes con 4 casos, siendo mayor en los hombres con el 75% de los casos, el grupo de edad más afectado fue de 15 a 44 años con el 50% de los casos, en la localidad Antonio Nariño, en los años analizados la tuberculosis presentó un comportamiento variable dado que en el 2011 no se registran casos y en el 2012 se presenta la mayor tasa del periodo analizado, según se puede observar en la siguiente ilustración, registrando una tasa de mortalidad por encima de la distrital con una razón de tasas de 2,8.

Ilustración 10. Tendencias de mortalidad específica Tuberculosis y secuelas. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.

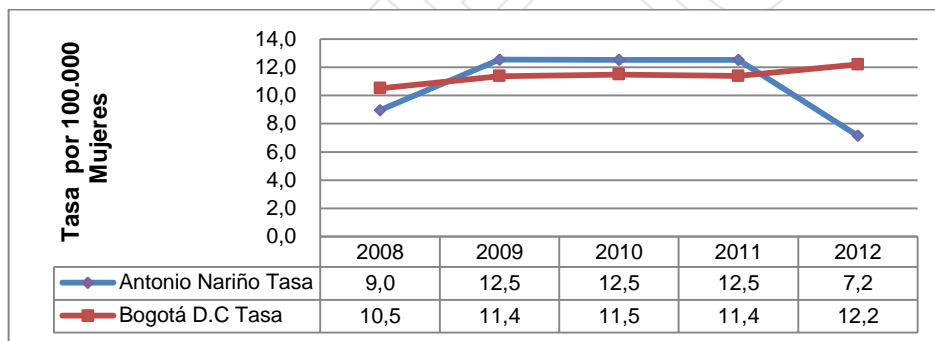


FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Tumor maligno de mama de la mujer. Es el cáncer más diagnosticado en mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo, en el año 2012 se registraron cerca de 521.000 defunciones por esta causa en el mundo (56).

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para esta patología fue de 7,2 por 100.000 mujeres (4 muertes por esta causa), siendo mayor en el grupo de edad de 60 y más años con el 75% de los casos. Al analizar la tendencia de la mortalidad por esta causa en la localidad Antonio Nariño, se observa que la tasa se había mantenido en 12,5 durante los años 2009 a 2011 y para el año 2012 presenta una disminución en 5,3 puntos porcentuales, al realizar la comparación con el comportamiento de Bogotá se observa que ha sido mayor, con excepción del año 2012 donde fue significativamente menor respecto al comportamiento a nivel distrital (razón de tasas de 0,5)

Ilustración 11. Tendencias de mortalidad específica por tumor maligno de la mama de la mujer. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.



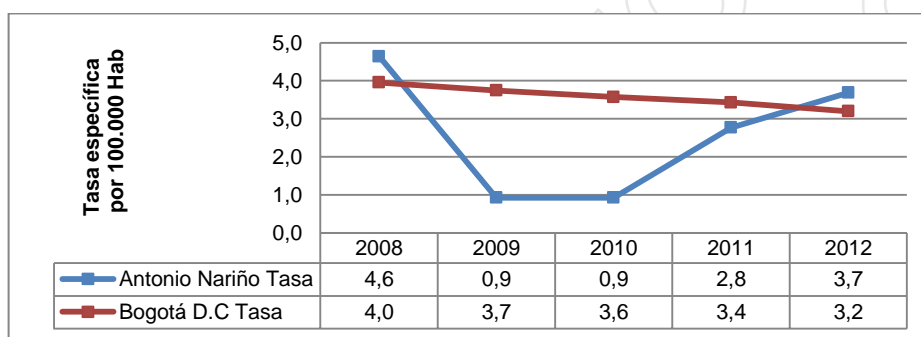
FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas. El suicidio ocupa el puesto 20 entre las causas de defunción a nivel mundial. Cada año se suicida casi un millón de personas, lo que se representa en una tasa de mortalidad de 16 por 100.000 habitantes (57).

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para este evento fue de 3,7 por 100.000 habitantes (4 casos), el 75% de los casos eran varones, el grupo de edad más afectado de 45 a 59 años con el 50% de los casos y 1 caso en menores de 5 a 14 años. La siguiente ilustración presenta el

comportamiento del suicidio durante los años 2008 a 2012 en la localidad Antonio Nariño en comparación a Bogotá, donde se observa que la tasa de la localidad estuvo por debajo de la tasa distrital durante los años 2009 a 2011, en el año 2012 se presenta aumento de 0,9 puntos porcentuales respecto al año 2011, con una notable tendencia al aumento, siendo superior respecto a la tasa distrital con una razón de tasas de 1,1.

Ilustración 12. Tendencias de mortalidad específica por lesiones autoinflingidas intencionalmente. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.

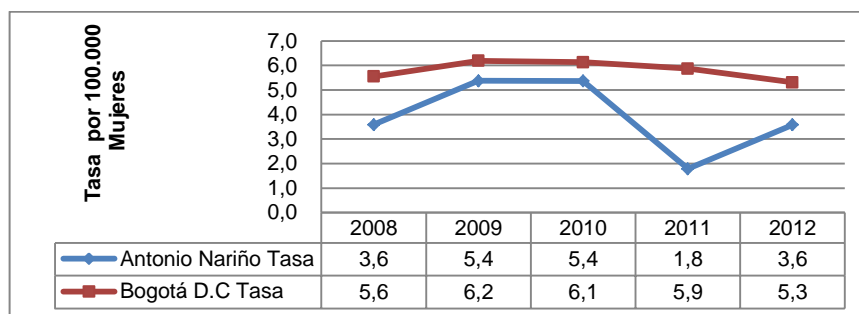


FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Tumor maligno del cuello del útero. El cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, la mayor parte de las muertes por esta causa se registran en países de bajos ingresos, En Colombia la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha presentado una disminución de 14 por 100.000 mujeres en 1987 a 7,08 por cada 100.000 en el 2013 (58).

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para esta patología fue de 3,6 por 100.000 mujeres (2 muertes por esta causa), un caso en el grupo de 45 a 59 años y 1 en el de 60 y más años. Al analizar la tendencia de la mortalidad por esta causa en la localidad Antonio Nariño, se observa que la tasa se ha mantenido con una reducción en el año 2011 a 1,8 por 100.000 mujeres y un aumento de 1,8 puntos porcentuales respecto al año 2011, al realizar la comparación con el comportamiento de la tasa de Bogotá se observa que ha sido menor durante el periodo analizado, la razón de tasas para el año 2012 fue de 0,67.

Ilustración 13. Tendencias de mortalidad específica por Tumor maligno del cuello del útero. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.

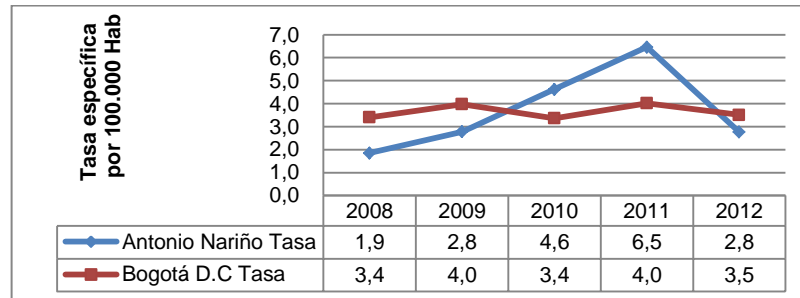


FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

Trastornos mentales y del comportamiento. Más del 25% de la población padece de trastornos mentales y conductuales, siendo el más frecuente el de la depresión (59). En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para este evento fue de 1,8 por 100.000 habitantes (2 casos), 1 caso en el grupo etéreo de 15 a 44 años y 1 en el grupo de 60 y más. La tasa de mortalidad por este evento a nivel distrital es de 0,42 por 100.000 habitantes, siendo menor en comparación de la tasa local (razón de tasas 4,28)

Enfermedades infecciosas y parasitarias. En este grupo se encuentran las enfermedades clasificadas por el CIE -10 con los códigos entre A00 a B99. En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para este grupo de enfermedades, fue de 2.8 por 100.000 habitantes (3 muertes por esta causa). Al analizar la tendencia de la mortalidad por esta causa en la localidad Antonio Nariño, se observa una tendencia al aumento desde 1,9 en 2008 a 6,5 en el 2011 presentando una reducción en el año 2012 en 3,7 puntos porcentuales respecto al año 2011, al realizar la comparación con el comportamiento de Bogotá se observa que ha sido variable fue menor durante los años 2008-2009 y mayor en los años 2010-2011 y durante el año 2012 la tasa de mortalidad local para este evento, fue menor a la distrital con una razón de tasas de 0,8.

Ilustración 14. Tendencias de mortalidad específica por las enfermedades infecciosas y parasitarias. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2008 a 2012.



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

2.1.4. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

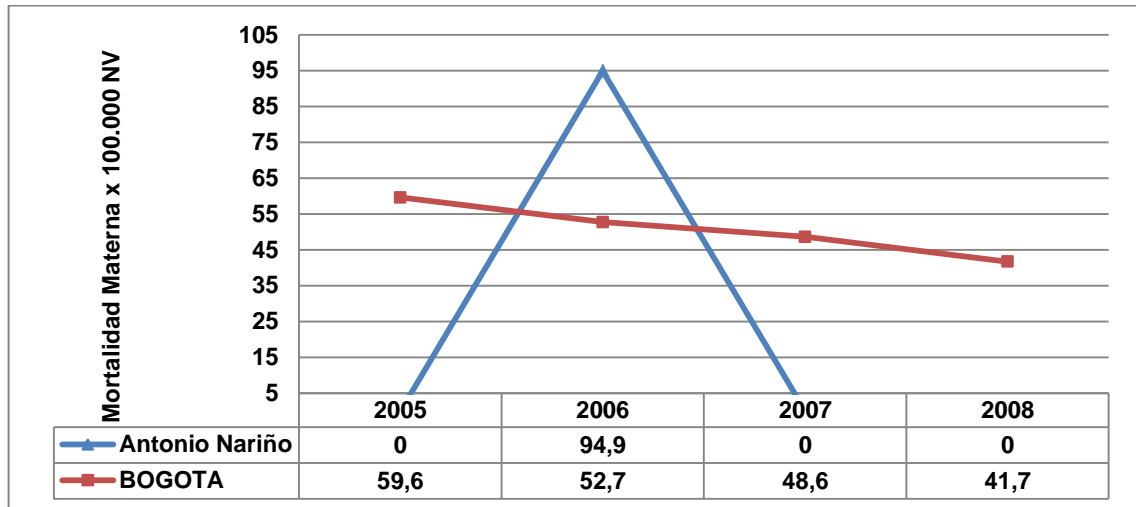
Para realizar el análisis de la mortalidad materno-infantil y en la niñez se abordara la mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad infantil y la mortalidad en menores de 5 años, incluyendo la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA), mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y mortalidad por desnutrición.

Mortalidad Materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas (60)

La mortalidad materna ha presentado una reducción progresiva en el número de casos y en las tasas por 100.000 nacidos vivos desde el 2005 a nivel distrital, en la localidad ha tenido una tendencia variable, registrando casos en los años, 2006, 2009 y 2013, años en los que se supera la tasa distrital, el pico más alto alcanzado en los últimos 10 años fue en el 2013 con 2 muertes maternas y una razón de 153.3 x 100.000 NV. En cuanto al año 2014, en la localidad no se registraron muertes maternas a diferencia de la tasa distrital para el mismo periodo que fue de 29 muertes maternas por 100.000 NV (30 casos) (Ver Ilustración 15).

Ilustración 15. Tendencias de mortalidad materna. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2005 a 2014.



FUENTE 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos finales
 FUENTE 2008 al 2012.-Bases de datos DANE-RUAF .2012 actualizado 31-10-2014- datos finales
 FUENTE 2013 Y 2014: Preliminar 2013 Actualizado 02-02-2014 y 2014 preliminar bases de datos SDS- RUAF-ND AJUSTADO 16-06-2015 (CORTE 7 ABRIL 2015)

Al revisar la literatura y las variables sociales que pueden configurarse como riesgo para una mortalidad materna, como la edad, red familiar, la división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social.

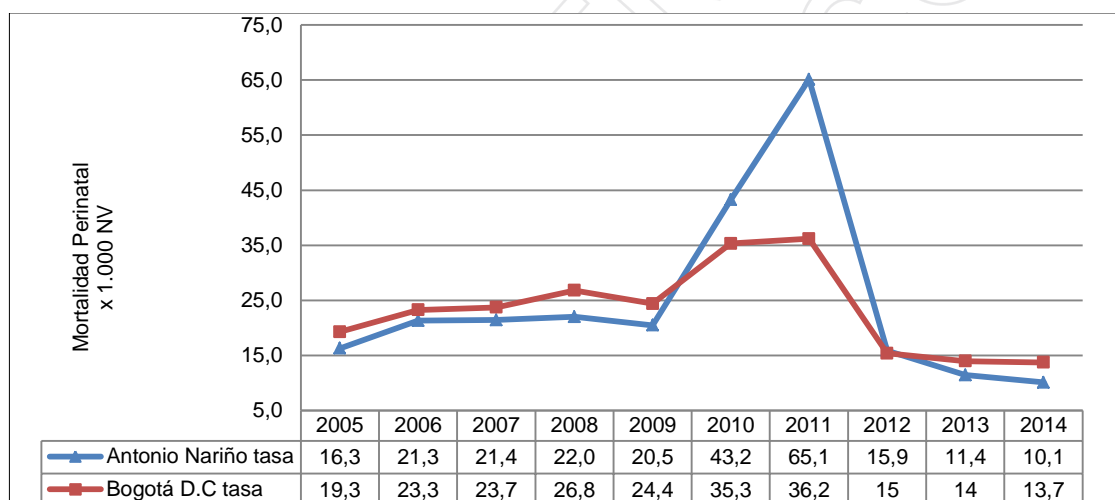
Al realizar el análisis de los casos reportados en la localidad en el año 2013, se evidencia que las dos mortalidades se presentaron en la UPZ 38. El primer caso se presentó en el barrio Luna Park, en el mes de agosto, mujer de 35 años de edad, casada, de oficio modista, madre de otros 2 niños, el nivel de educación secundaria completa, con régimen de salud contributivo, el segundo caso se presentó, en el barrio la Fragueta, mujer de 43 años de edad, unión libre, de oficio comerciante, madre de otros 2 niños, el nivel de educación secundaria completa bachiller técnico, con régimen de salud contributivo.

Mortalidad Perinatal. Son las defunciones que ocurren a partir de la semana 22 de gestación hasta los 7 días de nacido o muerte del feto que alcanza los 500

gramos de peso. (61) En la localidad Antonio Nariño para el periodo de enero a diciembre de 2014 se reportaron 13 mortalidades perinatales (tasa de 10,1 por 1000 NV), mostrando reducción en 2 casos pues para el año 2013 se presentaron 15 casos con una tasa de 11,4 por 1000 NV. Tanto en el 2012 como en el 2013 la localidad 15 se ha encontrado por encima del dato distrital (17,6 y 14,5 respectivamente). (62)

Al analizar la tendencia local de la mortalidad perinatal se encuentra un comportamiento variable presentando fluctuaciones con un aumento significativo en el año 2011 con una tasa de 65,1 por 1.000 nacidos vivos, al realizar la comparación con el distrito se observa que han tenido similar comportamiento en el tiempo, generalmente el indicador local está por debajo del distrital a excepción de los años 2010 y 2011 donde fue superior.

Ilustración 16. Tendencia de la mortalidad perinatal en la localidad Antonio Nariño 2005- 2014.



FUENTE 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos finales FUENTE 2008 al 2012.-Bases de datos DANE-RUAF .2012 actualizado 31-10-2014- datos finales. FUENTE 2013 Y 2014: Preliminar 2013 Actualizado 02-02-2014 y 2014 preliminar bases de datos SDS- RUAF-ND AJUSTADO 16-06-2015 (CORTE 7 ABRIL 2015)

Al analizar los casos presentados durante el año 2014, según UPZ de residencia de, se encuentra que el 23% ocurrieron en la UPZ 35 donde se reportaron 3 mortalidades perinatales, en la UPZ 38 se reportaron 10 casos. Este fenómeno se presentó de manera dispersa dentro de la localidad en casos muy aislados, a excepción del microterritorios 773 donde se presentaron 5 casos cercanos. Al analizar pertenencia a régimen de afiliación, en la UPZ 35, los 3 casos pertenecían

al régimen contributivo y en la UPZ 38 Restrepo, 4 casos pertenecía a régimen contributivo, 5 al subsidiado y 1 no contaba con ninguna afiliación.

Dos variables importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la prematurez y el bajo peso al nacer (63) por lo cual se revisó la distribución según edad gestacional y peso de los casos de mortalidad de la localidad Antonio Nariño, encontrando que en la UPZ 35 Ciudad Jardín 2 casos contaban con más de 37 semanas de gestación, 1 caso contaban con 27 semanas. En cuanto al peso uno de los casos nació con peso muy bajo y dos con peso bajo.

En la UPZ 38 Restrepo, 3 casos contaban con más de 37 semanas de gestación, otros 7 casos contaban con 30 o menos semanas. En cuanto al peso seis casos tuvieron peso extra bajo, dos con peso muy bajo y uno con peso bajo, dos con déficit.

Debido a que la razón de mortalidad perinatal aumenta en los hijos de mujeres jóvenes se revisó la variable edad de la madre encontrando que en la UPZ 35 Ciudad Jardín, 1 caso se presentó en una madre de 18 años y los otros 2 en mujeres con edades de 23 y 27 años. En la UPZ 38 Restrepo, cuatro casos ocurrieron en madres menores 19 años y los demás en mujeres entre 25 y 36 años.

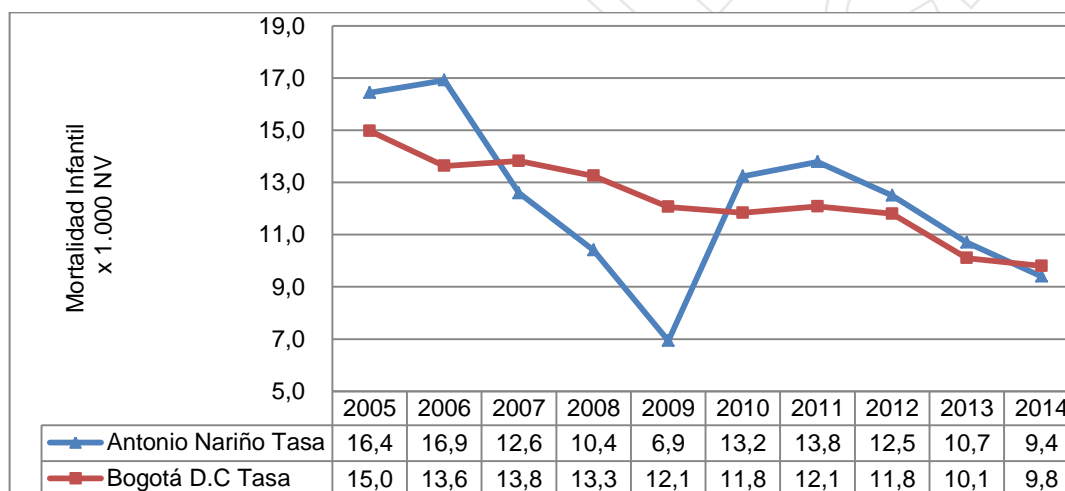
Según la encuesta de Demografía y salud 2010, a mayor nivel de educación menor mortalidad perinatal (64), al revisar la variable educación de la madre se encuentra que en la UPZ 35 Ciudad Jardín dos casos se presentaron en madres con nivel de educación media académica clásica, los demás casos contaban con algún nivel de educación superior. En la UPZ 38, tres contaban con básica secundaria, las siete restantes con media académica clásica o superior. Respecto al estado civil en la UPZ 35 Ciudad Jardín se identificó que 2 se encontraban en unión libre hace dos años o más y una era soltera. Y en la UPZ 38 Restrepo se observó que 1 se encontraba soltera, 8 con algún tipo de unión y 1 sin información.

Mortalidad infantil. La mortalidad infantil es el indicador que muestra el número de defunciones en menores de 1 año de vida por cada mil nacimientos registrados es considerado como uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población.

La tendencia de la tasa de mortalidad infantil de la localidad Antonio Nariño, desde el 2011 al 2013 estuvo por encima de las tasas distritales, presentando un descenso paulatino de 13,7 por 1000 NV a 9,4 por 1000 NV en el 2014. Esta tendencia también se observó a nivel distrital aunque menos marcada pues pasó en el 2011 de una tasa de 12,1 X 1000NV a 9,6 en el 2014.

En la localidad Antonio Nariño, la razón de mortalidad infantil en el periodo enero a diciembre de 2014 presentó una tasa de 9,4 x 1000 NV que corresponde a 12 mortalidades, mostrando una reducción en 2 casos respecto al mismo periodo del año 2013, durante el año 2014 se mantuvo levemente por debajo del registro distrital (mortalidad infantil distrital 2014: 9,8 por 1000 NV). (62)

Ilustración 17. Tendencia de la mortalidad Infantil en la localidad Antonio Nariño 2005 - 2014



FUENTE 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos finales FUENTE 2008 al 2012.-Bases de datos DANE-RUAF .2012 actualizado 31-10-2014- datos finales. FUENTE 2013 Y 2014: Preliminar 2013 Actualizado 02-02-2014 y 2014 preliminar bases de datos SDS- RUAF-ND AJUSTADO 16-06-2015 (CORTE 7 ABRIL 2015).

Al realizar el análisis geoespacial de los casos de mortalidad de la localidad registrados en el año 2014, se encuentra que un 25% de los casos pertenecen a UPZ 35 - Ciudad Jardín y en la UPZ 38 – Restrepo se presentaron 9 casos. En la UPZ 35 de los 3 casos presentados, 2 pertenecían al régimen contributivo y 1 al subsidiado, en la UPZ 38 44% de los casos reporta régimen subsidiado, 33% al régimen contributivo y 22% no se encontraba afiliado (65).

Al analizar la distribución por edad se evidencia para la UPZ 35 que 2 de los casos tenían días de edad y uno de los casos tenía 10 meses, para la UPZ 38 44% tenían entre 1 y 11 meses (4 casos), 22% tenían días de edad y 33% tenían menos de 1 día de nacidos. En cuanto al peso al nacer del infante, se presentaron 4 casos con muy bajo peso que representa un 33% del total de las muertes (igual o menor a 1499), 41% de los casos presentaron bajo peso al nacer (igual o menor a 2499), es decir que 74% de los casos de mortalidad infantil de la localidad presentaban factor de riesgo para una mortalidad neonatal temprana, pues según la literatura, un peso por debajo de 2500 gramos al nacer presenta un OR de 41,89 (IC 95% 15,44-113.66) (66). Por otro lado se presentaron otros 2 casos en déficit de peso y uno en peso normal.

En cuanto al estado civil de las madres de los niños, las 2 eran solteras, 9 con algún tipo de unión y una no registra información. Se revisó la variable edad de la madre encontrando que 5 eran menores de 19 años y las otras siete se encontraban entre 20 y 35 años.

El análisis de las causas de muerte en estos grupos de edades da una perspectiva respecto a la calidad y cobertura del sistema de salud (67) en este caso de la localidad. Las causas de mortalidad infantil incluyen los casos de muerte perinatal revisados en el anterior indicador no fetales en donde el 58,3% ocurrió antes de los 15 días de nacimiento secundario a prematuridad y bajo peso al nacer, llama la atención que en éstas muertes infantiles se presentaron 5 casos de muerte relacionados con anomalías genéticas o anormalidades fetales que produjeron discordancia de la conexión ventricular y enterocolitis necrosante del producto. Posso et al., 2003 afirman que los factores genéticos que aumentan el riesgo de anomalía fetal son: edad materna, antecedentes raciales, antecedentes familiares, enfermedades maternas y paternas.

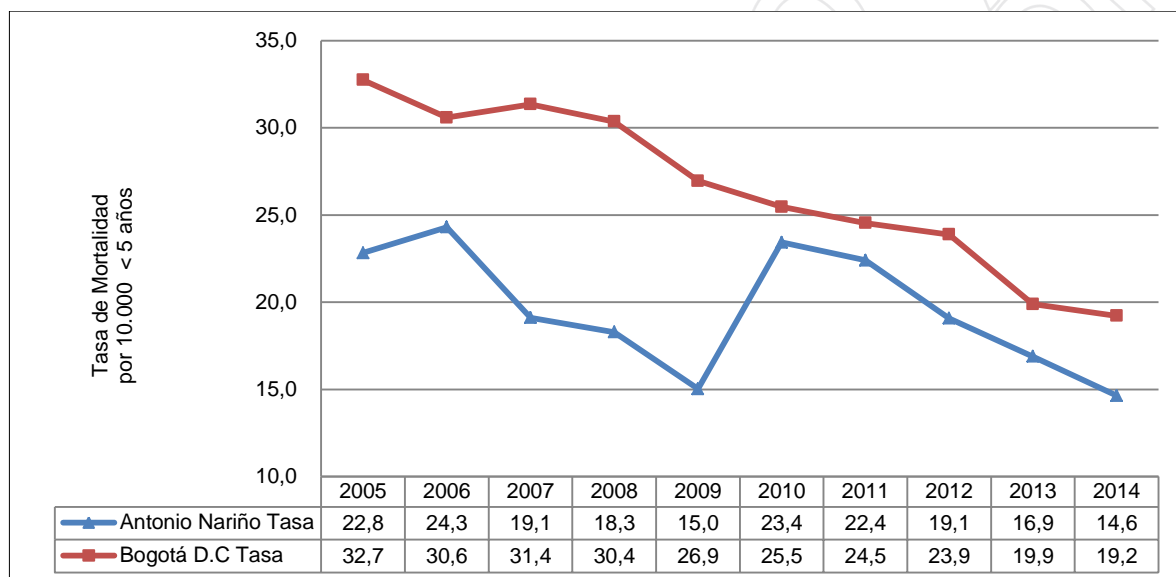
Mortalidad en menores de 5 años. La mortalidad de la niñez es un indicador de las condiciones de vida de la población y de las oportunidades sociales de desarrollo (68). Según las estimaciones a nivel mundial, unos 6,3 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en 2013. (69)

La tendencia de la tasa de mortalidad en menores de 5 años en la localidad Antonio Nariño, al igual que la tasas Distritales muestran reducción paulatina a partir del año 2010. (Ver Ilustración 18). En la localidad Antonio Nariño para el año 2010 la tasa fue de 23,4 por 10.000 y para el 2014 bajó a 14,6 por 10.000 menores de 5 años, logrando una reducción de 13,5 puntos porcentuales. En el

distrito se reportó una tasa de 25,5 por 10.000 menores de 5 años y 19,2 durante el 2014 logrando una reducción de 6,3 puntos porcentuales en este periodo.

Al comparar las tasas locales de la mortalidad de menores de 5 años, con las distritales, la localidad Antonio Nariño se ha mantenido por debajo en el periodo analizado (Ver ilustración). (65) La tasa de mortalidad en menores de 5 años en la localidad Antonio Nariño en el 2014 fue de 14,6 por 10.000 menores de 5 años, con 12 casos registrados.

Ilustración 18. Tendencia de Mortalidad en Menores de 5 años. 2005-2012



FUENTE 2005-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Datos finales FUENTE 2008 al 2012.-Bases de datos DANE-RUAF .2012 actualizado 31-10-2014- datos finales
 FUENTE 2013 Y 2014: Preliminar 2013 Actualizado 02-02-2014 y 2014 preliminar bases de datos SDS- RUAF-ND AJUSTADO 16-06-2015 (CORTE 7 ABRIL 2015)

De los casos ocurridos en la Localidad Antonio Nariño, 9 se presentaron en la UPZ 38 - Restrepo, con una tasa de 14,3 por 10.000 menores de 5 años y los 3 restantes en la UPZ 35 Ciudad Jardín, lo que se reflejó en una tasa de 15,8 por 10.000 menores de 5 años (65).

Al analizar el régimen de afiliación de los menores se encuentra que 41,6% pertenecían al régimen subsidiado e igual porcentaje del régimen contributivo, y 2 de los menores no se encontraban afiliados al sistema general de salud. La distribución por edad se evidencia que todos los casos son menores de 1 año, de

los cuales 41,6% tenían entre 1 y 11 meses (5 casos) 22% tenían días de edad (4 casos) y 25% tenían menos de 1 día de nacidos (3 casos)

Las causas de mortalidad de menores de 5 años de la localidad Antonio Nariño corresponden a los casos de muerte infantil – menores de un año-, no se documentaron muertes adicionales niños y niñas en este grupo de edad, por lo cual las causas no varían en este grupo de edad.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda. En la localidad Antonio Nariño, el último caso reportado de mortalidad por esta causa se presentó en el año 2008, año en que la tasa local de mortalidad por esta causa fue de 11,4 por 100.000 menores de 5 años. En 2014 en la localidad Antonio Nariño no se presentaron casos de mortalidad por IRA.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). La mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda es aquella muerte por deshidratación o desequilibrio electrolítico debido a una enfermedad diarreica aguda en un niño menor de cinco años. Según la OMS cerca 1,8 millones de personas mueren cada año en el mundo por causa de enfermedades diarreicas y el 90% de esas personas son niños menores de cinco años, de países en desarrollo (70).

En la localidad Antonio Nariño, el último caso reportado de mortalidad por esta causa se presentó en el año 2008, año en que la tasa de mortalidad por esta causa fue de 11,4 por 100.000 menores de 5 años. En el distrito la tendencia de este indicador es la disminución iniciado con una tasa 8,2 por 100.000 menores de 5 años (50 casos) durante el año 2001 a 0,5 por 100.000 menores de 5 años (3 casos durante el año 2014).

Mortalidad por desnutrición. Se consideran en este indicador defunciones de un niño o niña menor de cinco años cuyas causas de muerte incluyan la desnutrición y/o deficiencias nutricionales, excluyendo las muertes en la que la desnutrición se presenta como patología secundaria. La desnutrición contribuye a la muerte de 5,6 millones de niños y niñas menores de cinco años a nivel mundial (71).

En la localidad Antonio Nariño, el último caso reportado de mortalidad por esta causa se presentó en el año 2009, año en que la tasa de mortalidad fue de 11,6 por 100.000 menores de 5 años. En el distrito la tendencia de este indicador es a la disminución iniciando con una tasa 5,4 por 100.000 menores de 5 años (32 casos) durante el año 2004 a 0,7 por 100.000 menores de 5 años (4 casos durante el año 2012, en los años 2013 y 2014 no se registraron casos.

Mortalidad por malformaciones congénitas en menores de cinco años. Las anomalías congénitas son en muchos países causas importantes de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad. Se calcula que cada año 276.000 recién nacidos fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida en el mundo debido a anomalías congénitas.

En la localidad Antonio Nariño durante el año 2012 las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas configuraron la principal causa de mortalidad en el grupo de edad de menores de un año con una tasa de 28,6 por 10.000 menores de 1 año, (5 casos), representando el 35,7% de las muertes en este grupo etáreo, las malformaciones congénitas del sistema circulatorio fueron la cuarta causa en este grupo de edad, con una tasa de 5,7, por 10.000 menores de 1 año, (1 caso), este último también fue la primera causa de muerte en el grupo de menores de 1 a 4 años con una tasa de 1,51 por 10.000 menores de 1 a 4 años, en el año 2011 en los menores de 1 año la segunda y tercera causa de mortalidad fueron las malformaciones congénitas del sistema circulatorio y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas con una tasa de 16,9 por 10.000 menores de 1 año para los dos grupos de patologías. A nivel distrital tiene similar comportamiento para el año 2012, las malformaciones congénitas del sistema circulatorio, son la principal causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años (tasa 0,4 muertes por 10.000 menores de 1 a 4 años) y la segunda causa en el grupo de menores de 1 año (tasa de 15,3 por 10.000 menores de 1 año), las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas son la segunda causa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años (tasa 0,3 por 10.000 menores de 1-4 años) y la tercera en el grupo de menores de 1 año (tasa de 15,3 por 10.000 menores de 1 año).

2.1.5. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno –infantil

De acuerdo al análisis de mortalidad general, específica y a mortalidad materno infantil, en la tabla se enlistan a continuación las prioridades identificadas en la mortalidad general según la clasificación de 105 causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y niñez, de acuerdo a las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de la salud de la localidad Antonio Nariño.

Tabla 4. Identificación de prioridades en salud de la localidad Antonio Nariño 2014

	Causa de mortalidad identificada	Valor del indicador Localidad Antonio Nariño	Valor del indicador Bogotá	Tendencia
Mortalidad general por 105 causas	Enfermedades isquémicas del corazón	Tasa de 7,2 * 10.000 Habitantes	Tasa de 5,8 * 10.000 Habitantes	AUMENTO
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	Tasa de 3,0 * 10.000 Habitantes	Tasa de 2,7* 10.000 Habitantes	AUMENTO
	Enfermedades cerebrovasculares	Tasa de 3,1 * 10.000 Habitantes	Tasa de 2,4* 10.000 Habitantes	AUMENTO
Mortalidad específica por grupo	Diabetes	Tasa de 16,6* 100.000 Habitantes	Tasa de 13,3 * 100.000 Habitantes	AUMENTO
	Tumor maligno de estomago	Tasa de 11,4 * 100.000 Habitantes	Tasa de 11,1 * 100.000 Habitantes	CONSTANTE
	Tumor maligno de próstata	Tasa de 20,9 * 100.000 Hombres	Tasa de 11,5 * 100.000 Hombres	AUMENTO
Mortalidad materno-infantil	Tasa de mortalidad Materna	Tasa de 0 * 100.000 NV	Tasa de 29 * 100.000 NV	VARIABLE
	Tasa de mortalidad perinatal	Tasa de 10,1 * 1000 NV	Tasa de 13,7 * 1000 NV	DISMINUCIÓN
	Tasa de mortalidad Infantil	Tasa de 9,8 * 1000 NV	Tasa de 9,4 * 1000 NV	DISMINUCIÓN

Fuente: Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2012

1.4 Análisis de la morbilidad

2.1.1. Morbilidad Atendida

Teniendo en cuenta que el modelo de atención en salud que sigue el distrito en el actual periodo es la APS, la medida de la mortalidad/morbilidad permite valorar y evaluar las intervenciones compararlas y proponer las que sean pertinentes para

mejorar la atención de la población, pero en especial apunta a generar acciones que permitan mejorar la calidad de vida de la comunidad en general.

Es por este motivo, que se le da importancia a conocer los tipos de enfermedades que afectan a la población de la localidad, hizo a través de la revisión del registro individual de pacientes atendidos desde la E.S.E., de la población capitada por aseguramiento al régimen subsidiado y atención a la población vinculada o no afiliada. Ésta información se extrajo de las bases proporcionadas por la secretaría distrital de salud, de las atenciones realizadas en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa.

En la localidad de Antonio Nariño el registro individual de pacientes atendidos muestra que las tres enfermedades atendidas por consulta externa son hipertensión primaria con el 4.18% de la población atendida, seguida de la atención materna por inmunización por Rhesus con el 3.80% y en tercer lugar la infección de vías urinarias – sitio no identificado. En la morbilidad atendida por urgencias el evento más representativo fue el dolor pélvico perineal con el 7.43%, en segundo lugar la amenaza de aborto con el 5.71% y en tercer lugar la atención materna por inmunización por Rhesus 5.71%. La morbilidad atendida por hospitalización los tres eventos más presentados en la localidad fueron parto único espontáneo – presentación cefálica 22.73%, Infección de vías urinarias 9.09% y falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación 7.95%.

2.1.2. Morbilidad por subgrupo

Menores de 1 año

Durante el año 2014 en la localidad Antonio Nariño se registró un total de 22 individuos menores de 1 año atendidos, a los cuales se les brindó 31 atenciones en consulta externa. Las causas de consulta externa más frecuentes fueron: Atención a recién nacidos pretérmino (7 casos), hipoglicemias neonatales (7 casos), Ictericia neonatal (5 casos). Frente al total de casos atendidos en consulta externa se evidencia una disminución en la atención de niños menores de 1 año en 56 casos (64%) frente al año 2013 el cual presento 87 casos.

La atención por urgencias registro un total de 28 atenciones dadas a 18 individuos, la atención que más se brindó fue Infección de vías urinarias (8 casos), seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido (3 casos) y hernia hiatal congénita (2 casos). En esta atención también se registra una disminución de la atención frente

al año 2013, puesto que la primera causa de visita a urgencias en este periodo fue bronquiolitis aguda de 11 casos, seguido de ictericia neonatal con 9 casos.

Por otro lado la atención brindada para hospitalización a estos niños y niñas fue de 9 en total, las primeras 3 causas por las cuales se reportó hospitalización fue Infección de vías urinarias (3 casos), Hipoglicemias neonatales (1 caso) y Paro cardíaco con resucitación exitosa (1 caso). En comparación con el año 2013 disminuyó el número de niñas y niños hospitalizados por bronquiolitis aguda, pues no se presentó ningún caso en el 2014; al igual que la ictericia neonatal el cual no presento ningún caso.

Menores de 1 a 5 años

Frente a las atenciones brindadas a las niñas y los niños de 1 a 5 años se en la atención de consulta externa se atendieron 20 casos, siendo las más recurrentes el absceso periapical sin fístula (4 casos), Nauseas y vómito (2 casos), e infección de vías urinarias (2 casos). Frente al 2013 se disminuyó en 20% las atenciones por consulta externa en este grupo de edad (5 casos en total). La atención registrada en urgencias más frecuente fue fiebre no especificada (5 casos), en segundo lugar las náuseas y vómito (5 casos) y la tercera causa la laringotraqueítis aguda (4 casos). En hospitalización todas las causas presentadas se presentaron solo en 1 caso cada una, se presentaron 8 niños y niñas a estas atenciones siendo en su mayoría niñas.

Menores de 6 a 13 años

En el grupo de niñas y niños de 6 a 13 años se registraron 25 consultas externas, 5 más de las presentadas en el grupo de niñas y niños de 1 a 5 años. Las causas de consulta externa más frecuentes fueron en primer lugar dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (3 casos), en segundo lugar hipotiroidismo no especificado (3 casos) y en tercer lugar asma no especificada (2 casos). Frente a la atención registrada en servicios de urgencias se atendieron 22 casos las tres más frecuentes fueron: dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (4 casos), otros dolores abdominales no especificados (3 casos) y asma no especificado (2 casos). Frente a la atención de hospitalización en este grupo de edad se atendieron en total 5 casos siendo el más representativo el dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (2 casos).

Menores de 14 a 17 años

En el grupo de adolescentes de 14 a 17 años se presentaron en total 12 casos para atención de consulta externa la sepsis puerperal fue la más reportada (1 caso, 7 atenciones a éste), seguido de la atención materna por isoimmunización Rhesus (1 caso, 2 atenciones), y en tercer lugar dermatitis alérgica de contacto debida a otros agentes. Frente a la atención de urgencias se prestaron 13 en 11 individuos, las 3 primeras causas de atención fueron en primer lugar ruptura prematura de las membranas (2 casos), en segundo lugar Infección de vías urinarias (2 casos) y en tercer lugar trastorno del sistema urinario (2 casos). En hospitalización en este grupo se atendieron 4 casos, los cuales fueron parto único espontáneo (2 casos), Dolor en el pecho al respirar (1 caso) y sepsis puerperal (1 caso).

Población de 18 a 26 años

En la población joven de 18 a 26 años, en consulta externa se atendió a 30 personas, de las cuales 6 son mujeres y se les realizó atención materna por isoimmunización de Rhesus, 3 mujeres fueron atendidas por complicación con relación al embarazo y 1 mujer recibió atención materna por otros problemas fetales. Por otro lado la atención de urgencias se dió a 41 mujeres, las 3 atenciones que más se presentaron fueron dolor pélvico perineal (10 casos), amenaza de aborto (7 casos) y Atención materna por isoimmunización de Rhesus (8 casos). Frente a la atención de hospitalización los 3 eventos más atendidos fueron en primer lugar parto único espontáneo (14 casos), en segundo lugar falso trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación (5 casos) y en tercer lugar parto por cesárea de emergencia (3 casos).

Población de 27 a 44 años

En el grupo de adultos de 27 a 44 años se atendieron en consulta externa 26 casos, de los cuales la causa de consulta más frecuente fue aumento excesivo de peso en el embarazo (4 casos), seguido de la atención materna por isoimmunización de Rhesus (3 casos) y finalmente la atención materna por cicatriz uterina debido a cirugía previa, infección de vías urinarias, aborto incompleto, y complicación relacionada con el embarazo (2 casos para cada una).

En la atención de urgencias para este grupo de edad se atendieron a 29 individuos que representaron 32 atenciones, la causa de consulta a urgencias que más se presentó fue la amenaza de aborto (3 casos), dolor pélvico perineal (3 casos) y cefalea (3 casos). En la atención brindada por el servicio de hospitalización en el 2014 para este grupo de edad los 3 más presentados fueron parto único

espontaneo (4 casos), parto por cesárea (3 casos), aborto incompleto sin complicaciones (2 casos).

Población de 45 a 59 años

Para las personas adultas de 45 a 59 años los casos que se presentaron en consulta externa fueron 17 en total, de estos el más frecuente fue la consulta para la atención por enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (3 casos), el segundo motivo de consulta fue hipertensión esencial y dolores abdominales (3 casos cada uno) y los demás casos fueron de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación, Infección de vías urinarias, radiculopatía, enfermedad cerebrovascular no especificada, tumor maligno de la piel de otras partes, alteraciones visuales y displasia cervical leve, cada una de éstas con 1 caso.

En este mismo grupo de edad, la cantidad de individuos atendidos en urgencias fueron 10 en total, de los cuales 8 fueron mujeres y 2 hombres, las causas más frecuentes de atención por urgencia fueron: enfermedad por virus de inmunodeficiencia (1 caso), dolor en el pecho no específico (1 caso) e infección de vías urinarias (1 caso), entre otras. En la atención de hospitalización la más relevante fue la infección de vías urinarias (2 casos) seguido de dolor abdominal (1 caso), neumonía no especificada (1 caso), entre otros.

Población de 60 a 69 años

Para el grupo de edad de personas mayores de 60 a 69 años, en la consulta externa por el diagnóstico que más se les atendió fue hipertensión esencial (4 casos), seguido de hiperplasia prostática (1 caso) y gonartrosis no especificada (1 caso), en la atención de urgencias se presentaron solo dos casos 1 por traumatismos superficiales no especificado y cefalea vascular. En atención de hospitalización no se atendieron personas en este rango de edad.

Población de 70 a 79 años

Para las personas mayores entre 70 a 79 años las causas por las que más acudieron a consulta fue en primer lugar Hipertensión esencial primaria (3 casos), las demás enfermedades presentaron cada una un caso, dentro de las cuales se destaca, enfermedad cardiovascular no especificada, hipotiroidismo, traqueomalacia congénita, entre otras. En la atención de urgencias se registró atención a 3 personas por diagnósticos como hemorragia gastrointestinal,

accidente cerebro-vascular no identificado, e hipertensión esencial. En Hospitalización se atendieron 4 individuos por diagnósticos como enfermedad cerebrovascular, traqueomalacia, traumatismo, e infección de vías urinarias, para cada evento solo se registró 1 caso.

Población de 80 a 89 años

En el grupo de 80 a 99 años la atención prestada en la consulta externa se atendieron a 11 personas disminuyendo en 52% respecto al año anterior, por la causa que a cada uno se le brindó atención por 1 procedimiento, las causas más relevantes son diabetes mellitus insulino dependiente, hipertensión esencial enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hiperplasia de la próstata. En la parte de urgencias se brindó atención a 2 personas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus insulino dependiente, de cada diagnóstico solo se presentó 1 caso. Frente a la atención hospitalaria solo se brindó a 1 persona por diabetes mellitus insulino dependiente.

Tabla 5. Número de atenciones e individuos según servicio por etapa de ciclo vital localidad Antonio Nariño. 2014

Etapa de ciclo	Atenciones		Individuos		Total Atenciones	Total Individuos
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino		
HOSPITALIZACIÓN						
Menores de 1 año	3	6	3	6	9	9
De 1 a 5 años	5	3	5	3	8	8
De 6 a 13 años	5	3	5	3	8	8
De 14 a 17 años	3	1	3	1	4	4
De 18 a 26 años	28	1	27	1	29	28
De 27 a 44 años	15	0	15	0	15	15
De 45 a 59 años	6	5	6	5	11	11
De 60 a 69 años	0	0	0	0	0	0
De 70 a 79 años	5	0	4	0	5	4
De 80 a 99 años	0	1	0	1	1	1
Total	70	20	68	20	90	88
URGENCIAS						
Menores de 1 año	15	13	10	8	28	18
De 1 a 5 años	21	26	12	13	47	25
De 6 a 13 años	13	9	8	6	22	14
De 14 a 17 años	11	2	9	1	13	10
De 18 a 26 años	51	0	41	0	51	41
De 27 a 44 años	26	6	24	5	32	29
De 45 a 59 años	8	3	8	2	11	10
De 60 a 69 años	2	0	2	0	2	2
De 70 a 79 años	5	0	3	0	5	3
De 80 a 99 años	0	2	0	2	2	2

Total	152	61	117	37	213	154
CONSULTAS						
Menores de 1 año	5	31	5	17	36	22
De 1 a 5 años	11	9	7	9	20	16
De 6 a 13 años	13	12	10	10	25	20
De 14 a 17 años	10	2	3	2	12	5
De 18 a 26 años	66	9	28	2	75	30
De 27 a 44 años	43	20	18	8	63	26
De 45 a 59 años	20	91	7	10	111	17
De 60 a 69 años	15	18	15	14	33	29
De 70 a 79 años	36	8	14	7	44	21
De 80 a 99 años	10	11	7	4	21	11
Total	229	211	114	83	440	197

Base de datos RIPS 2014 SDS, 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.

2.1.3. Morbilidad de eventos de alto costo

Los eventos de alto costo comprenden aquellas patologías que por sus características requieren para su atención una alta complejidad técnica, Para Colombia, entre las enfermedades de alto costo definidas por el ministerio de salud están: Enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia linfocítica aguda, la leucemia mieloide aguda, el linfoma Hodgkin y no Hodgkin, la epilepsia, la artritis reumatoidea y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (72)

Para el análisis de este grupo de enfermedades de la localidad de Antonio Nariño, se tomarán los indicadores de: incidencia de VIH notificada, incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada e incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años notificada, tomando como fuentes de información el sistema de vigilancia Sivigila.

Durante el 2014, la tasa de incidencia de VIH en la localidad fue de 23,9 con 26 casos que representan el 1,31% los casos notificados en Bogotá. Según la distribución de los casos en la localidad, la mayor tasa de incidencia se presentó en la UPZ 38-Restrepo (58,8 por 100.000 habitantes), en la UPZ 35 – Ciudad Jardín se presentaron 8 casos se presentaron Respecto a la leucemia mieloide y linfocítica en menores de 15 años, en la localidad no se reportaron casos durante el año 2014. En estos eventos la localidad obtuvo resultados menor valor frente al Distrito, sin embargo estas diferencias no fueron significativas estadísticamente.

2.1.4. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.

El Sistema de Vigilancia para la Salud Pública – Sivigila, recoge información de 79 eventos de interés en salud pública cuya notificación es obligatoria por parte de los prestadores de servicios de salud, los cuales se dividen en 4 grupos: grupo factores de riesgo ambiental, grupo transmisibles, grupo no transmisibles y grupo epidemiología aplicada.

Los eventos de enfermedades transmisibles a su vez se dividen en: inmunoprevenibles, enfermedades transmitidas por vectores, infecciones de transmisión sexual, micobacterias, zoonosis. A continuación se realiza un análisis descriptivo de la estimación de la razón letalidad y sus intervalos de confianza al 95% durante los años 2012 a 2014 de estos eventos.

Según base de datos de SIVIGILA año 2014, se notificaron 1074 ENOS al Sistema de Vigilancia de Salud Pública residentes de la localidad Antonio Nariño, lo que representó el 1.3% del total de notificaciones realizadas para el Distrito en el mismo año. Respecto a la Localidad de Antonio Nariño las UPZ con el mayor número de casos notificados fue la UPZ 38 Restrepo (70%), seguido de la UPZ 36 Ciudad Jardín (30%).

Los eventos notificados con mayor frecuencia fueron: Varicela Individual con 347 notificaciones, seguido de agresiones por animales potencialmente transmisores de Rabia 216 casos notificados, intoxicación por medicamentos con 46 casos, bajo peso al nacer y VIH/SIDA/mortalidad por SIDA con 44 casos y parotiditis 37 casos, de los eventos notificados el 51% corresponde al sexo femenino y 49% corresponde al sexo masculino respectivamente.

Los eventos notificados como Mortalidad fueron: Tuberculosis Pulmonar (6 casos), Tuberculosis Meníngea (2 casos) y por Chagas(un caso), la siguiente tabla muestra la tasa de letalidad específica para cada evento en comparación con el comportamiento distrital, donde se observa que la mortalidad por meningitis Tuberculosa, la mortalidad por tuberculosis pulmonar y la mortalidad por Chagas presentaron tasas de Letalidad más altas que el Distrito, con un índice de confianza del 95%. Los demás eventos no presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto al dato distrital.

Semaforización de eventos de notificación obligatoria

Tabla 6. SemafORIZACIÓN de los eventos de notificación obligatoria de la Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2012-2014.

Eventos de Notificación Obligatoria	BOGOTÁ 2014	LOCALIDAD ANTONIO NARIÑO 2104	2012	2013	2014
Letalidad por Chagas	2,1	50	-	↗	↘
Letalidad por eventos supuestamente atribuidos a inmunización (ESAVI)	0,9	0,01	-	-	-
Letalidad por hepatitis B	0,7	0,01	-	-	-
Letalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	0,5	0,01	-	-	-
Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas)	0,2	0,01	↗	↘	-
Letalidad por meningitis tuberculosa	25	75	-	↗	↘
Letalidad por sífilis congénita	6,3	0,01	-	-	-
Letalidad por tosferina	3	0,01	-	-	-
Letalidad por tuberculosis	11,2	33,3	↗	↗	↘
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	21,2	0,01	↘	-	-
Letalidad por tuberculosis pulmonar	6,7	0,01	↗	↘	-
Letalidad por varicela	0	0,01	↘	-	-

Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS año 2012- 2014

Eventos por Micobacterias

Respecto a las enfermedades causadas por micobacterias en 2014 se reportaron a nivel distrital 427 casos de TB de los cuales 48 fueron letales, a nivel de la localidad se notificaron un total de 43 casos de todos los tipos de tuberculosis ,8 con condición final muerto , de los cuales 6 corresponden a mortalidad por tuberculosis pulmonar y 2 mortalidades por tuberculosis extrapulmonar (tuberculosis meníngea) lo anterior indica que a nivel local la tasa de letalidad por

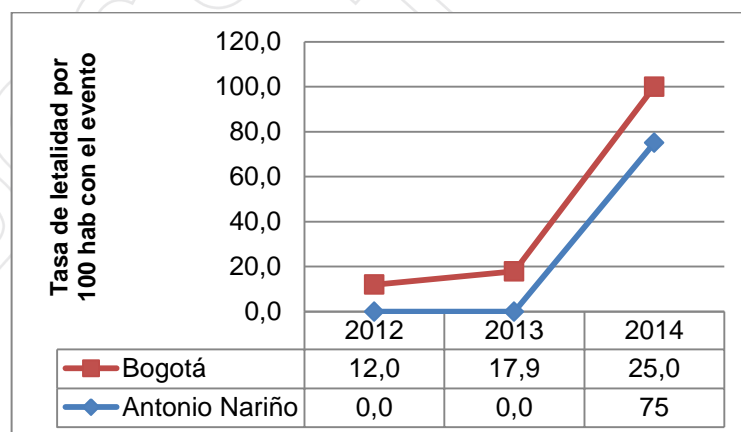
Tuberculosis fue de 33, 3 por 100 habitantes con la enfermedad y a nivel distrital de 11,2 por 100 hab. Con la enfermedad. En este periodo la diferencia de tasas fue de 2,9 (IC 2,1 – 4,1) lo cual muestra que el indicador local fue más alto y la diferencia es significativa.

Letalidad por meningitis tuberculosa

Respecto a la meningitis tuberculosa, en la Localidad se presentaron 3 casos de los cuales 2 terminaron en mortalidad por lo que la tasa de letalidad fue de 75%. Uno de los casos ocurrió en una persona de sexo femenino de 40 años de edad, quien pertenecía al régimen de afiliación subsidiado, residente de la UPZ Ciudad Jardín. De acuerdo a la base de datos el fallecido no pertenecía a ningún grupo étnico, no reporta discapacidad, el otro caso correspondía al sexo masculino edad 50 años.

De acuerdo a la revisión de las bases de datos de SIVIGILA de los años 2012, 2013 y 2014, es posible observar que a nivel local la tasa de letalidad de meningitis tuberculosa permaneció en cero durante los dos primeros años y posteriormente en 2014 evidencia un aumento significativo en el indicador, lo cual se explica por la ocurrencia de dos casos que finalizan en fallecimiento. Sin embargo es importante observar la tendencia del indicador en Bogotá, el cual va en aumento año por año

Ilustración 19. Letalidad por meningitis tuberculosa, Localidad Antonio Nariño-Bogotá D.C, 2012-2014.



Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS año 2012- 2014

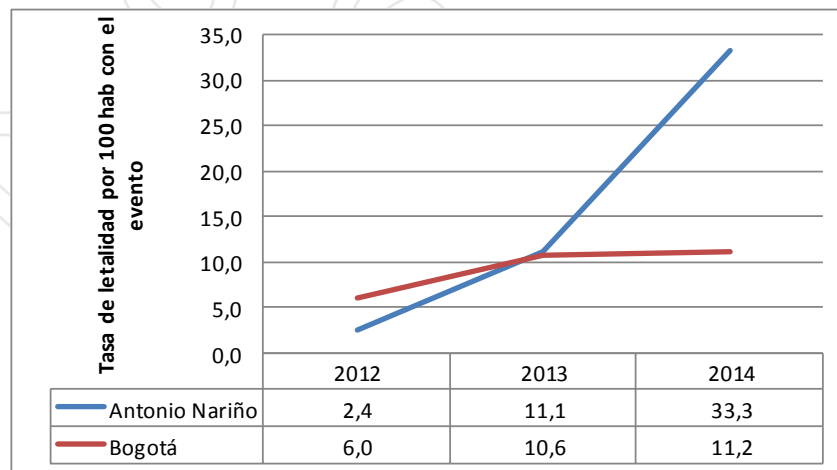
Letalidad por tuberculosis

De acuerdo a la revisión de las bases de datos de SIVIGILA de los años 2012, 2013 y 2014, es posible observar que tanto a nivel local como distrital, la tasa de letalidad de tuberculosis va en aumento progresivo, sin embargo a nivel local en 2014 el aumento es de 33.3 mortalidades por 100 hab. con la enfermedad, mientras que a nivel distrital es de 11.2.

De los 8 casos de mortalidad, 6 corresponden a mortalidad por tuberculosis Pulmonar y 2 mortalidades por tuberculosis extrapulmonar (tuberculosis meníngea), de los cuales 3 correspondían al sexo femenino (edades 46,44,40 años) y 5 a personas del sexo masculino edades (28,56,63,27 y 50 años). Una de las muertes por Tuberculosis Pulmonar sucedió en un hombre de 63 años de edad, con régimen de afiliación especial y residente de la UPZ Restrepo. La otra mortalidad fue por tuberculosis Meníngea sucedió en un hombre de 50 años de edad, sin aseguramiento en salud, residente de la UPZ Ciudad jardín. De acuerdo a la base de datos, ninguno pertenecía a grupos étnicos ni tenían discapacidad.

De acuerdo a la revisión de las bases de datos de SIVIGILA de los años 2012, 2013 y 2014, es posible observar que tanto a nivel local como distrital, la tasa de letalidad de tuberculosis va en aumento progresivo, sin embargo a nivel local en 2014 el aumento es de 33.3 mortalidades por 100 hab. con la enfermedad, mientras que a nivel distrital es de 11.2.

Ilustración 20. Letalidad por tuberculosis, Localidad Antonio Nariño-Bogotá D.C, 2012-2014



Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

De meningitis por *Haemophilus influenzae* – Hi, no se presentaron casos a nivel local y en el Distrito Capital se presentaron 3 casos, de los cuales ninguno fue mortalidad. La tasa de letalidad local se mantuvo en cero en el periodo 2012-2014.

En cuanto a lepra, en el Distrito Capital se presentaron 4 casos de los cuales ninguno pertenece a la Localidad Antonio Nariño. En 2014 no se presentó ninguna mortalidad por esta causa, por tanto las tasas de letalidad quedan en cero.

A continuación se listan los eventos en los cuales ocurrió alguna letalidad a fin de describir características de los afectados:

Enfermedades transmisibles por vectores- ETV

En el análisis de eventos de notificación obligatoria transmisibles por vectores, en la enfermedad de Chagas se encontró la ocurrencia de 2 casos con una tasa de letalidad de 50 mortalidades por 100 casos de enfermedad notificados en la Localidad Antonio Nariño. A nivel distrital la tasa fue de 2,1 por 100 habitantes. La diferencia relativa de tasa es de 23,6 (IC 17,9 – 31,1) lo cual indica que el indicador local es significativamente más alto que el distrital.

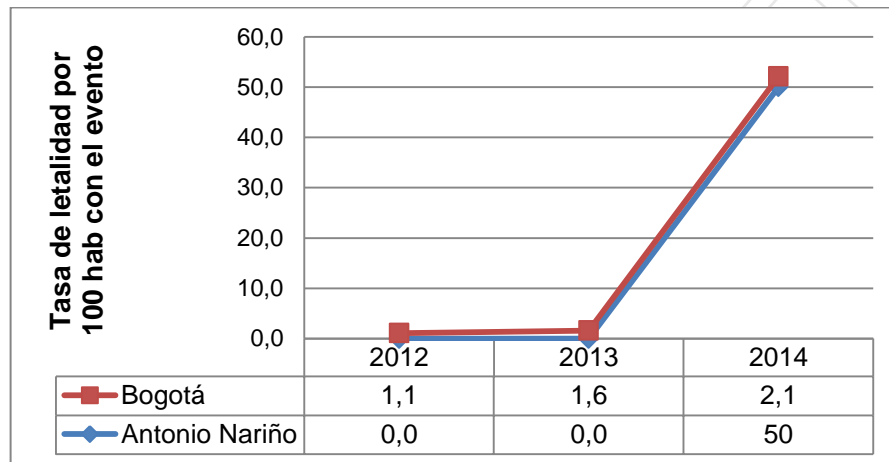
Letalidad por Chagas En la Localidad Antonio Nariño se presentó una mortalidad por Chagas. El caso ocurrió en una persona de sexo masculino de 64 años de edad, quien contaba con régimen de afiliación subsidiado, residente de la UPZ Ciudad Jardín. De acuerdo a la base de datos el fallecido no pertenecía a ningún grupo étnico, no contaba con ninguna discapacidad. El resultado de la prueba de laboratorio fue positivo, este no registra el lugar de procedencia según base de SIVIGILA, la intervención de campo fue inefectiva.

De acuerdo a la revisión de las bases de datos de SIVIGILA de los años 2012, 2013 y 2014, es posible observar que a nivel local la tasa de letalidad de Chagas permaneció en ceros durante los dos primeros años y posteriormente en 2014 evidencia un aumento significativo en el indicador, lo cual se explica por la ocurrencia de dos casos mórbidos de los cuales uno fallece. Sin embargo es importante observar la tendencia del indicador en Bogotá, el cual va en aumento año por año.

Respecto a la letalidad por dengue grave, de acuerdo al análisis de la base de datos SIVIGILA 2014 en la Localidad no se presentó ninguna mortalidad por esta causa, al igual que en el distrito, siguiendo el comportamiento de los dos años

anteriores; como eventos mórbidos en la Localidad se presentó 1 caso en una mujer de 49 años, con régimen de afiliación contributivo; y a nivel distrital 53 casos.

Ilustración 21. Letalidad por Chagas, Localidad Antonio Nariño-Bogotá D.C, 2012-2014.



Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

En 2014, en la Localidad Antonio Nariño no se presentó mortalidad por leishmaniasis, aun cuando se presentaron 3 casos de morbilidad, los cuales corresponden a las formas leishmaniasis cutánea (1 caso) y leishmaniasis mucosa (2 casos), de la forma leishmaniasis visceral no se reportaron casos. Según la distribución por sexo 1 corresponde a femenino y 2 a masculino. A nivel distrital se presentaron 699 casos de morbilidad de los cuales ninguno finalizó en muerte. La tendencia de la letalidad por esta causa se ha mantenido en cero en el periodo 2012-2014.

En cuanto a las diferentes formas de Malaria se encontró lo siguiente:

A nivel local no se presentaron casos de malaria falciparum sin embargo a nivel distrital se notificaron 28, de los cuales ninguno fue letal, obteniéndose tasa de letalidad en las dos entidades territoriales de cero. De malaria malariae se presentó un caso a nivel distrital y cero a nivel local, no se presentaron casos de mortalidad por este evento, quedando tasas de letalidad de cero. Respecto a malaria vivax en la localidad Antonio Nariño no se presentaron casos, a nivel distrital se presentaron en 2014 76 casos de los cuales ninguno fue letal, dejando una tasa de letalidad de cero.

De la enfermedad de Chicunguyá tanto a nivel local como distrital en 2014 se obtuvo una tasa de letalidad de cero. En la Localidad Antonio Nariño se presentó un caso mórbido y a nivel distrital 149.

Eventos Inmunoprevenibles

De la tasa de letalidad por difteria tanto a nivel local como distrital se mantuvo en cero dado que no se presentaron casos de morbilidad y por ende tampoco de mortalidad. De igual manera la tasa de letalidad en 2012 y 2013 fue cero.

En los eventos supuestamente atribuidos a inmunización se encontró a nivel local un caso en una niña menor de un año, pero ninguna mortalidad por esta causa (tasa de letalidad cero), sin embargo a nivel distrital se presentaron 112 casos y 1 caso letal, generando una tasa de 0,9 mortalidades por 100 casos reportados.

La tasa de letalidad de fiebre paratifoidea en la Localidad Antonio Nariño en 2014 fue de cero, por cuanto no se presentaron casos de morbilidad ni mortalidad, situación diferente al nivel distrital en donde se presentaron 12 casos de morbilidad. La tasa de letalidad por este evento se ha mantenido en cero en el periodo 2012-2014.

En cuanto a la parálisis flácida aguda la tasa de letalidad se mantuvo en cero a nivel local durante el periodo 2012-2014.

La parotiditis se caracteriza por ser una enfermedad altamente contagiosa pero de baja letalidad; en la localidad se presentaron 39 casos y a nivel distrital 2599, sin embargo en las dos entidades territoriales la tasa de letalidad fue cero, tal como se ha mantenido desde 2012.

Eventos en eliminación como sarampión y rubeola no se presentaron casos confirmados en la localidad en 2014.

Del síndrome de rubeola congénita se presentó un caso de morbilidad a nivel local y tres a nivel distrital, de los cuales ninguno falleció dejando las tasas de letalidad en cero. A nivel de la Localidad Antonio Nariño la tasa de letalidad se ha mantenido en cero de 2012 a 2014.

Respecto a casos de tos ferina en la localidad en 2014 se presentaron 2, pero ninguno de ellos llegó a ser una mortalidad, manteniendo la tasa de letalidad en cero. A nivel distrital de 67 casos confirmados 2 fueron letales dejando una tasa de letalidad distrital por tos ferina de 3 por 100 habitantes.

A nivel local y distrital la tasa de letalidad por Enfermedad Diarreica Aguda por Rotavirus se mantuvo en cero aun cuando se presentaron 7 casos locales y 61 distritales. De acuerdo a la revisión de bases SIVIGILA desde 2012 se ha mantenido la tasa de letalidad por esta causa a nivel local en cero.

Respecto a la Infección Respiratoria Aguda Grave, en 2014, a nivel local se presentaron 7 casos de morbilidad y ninguno finalizó en mortalidad, por lo cual la tasa de letalidad de la enfermedad fue de cero, mientras que a nivel distrital de 637 casos ocurridos tres terminaron en mortalidad, dejando una tasa de letalidad distrital de 0,5 *100 habitantes.

De tétanos accidental no se reportaron casos en 2014 para la Localidad y a nivel distrital se presentó un caso mórbido. Las tasas de letalidad fueron de cero de este evento.

Respecto al evento de varicela, en 2014 se presentaron 358 casos de los cuales ninguno terminó en mortalidad (tasa de letalidad por varicela 0 por 100 hab.), mientras que a nivel distrital de 36492 casos de morbilidad ocurrieron 6 mortalidades, dejando entonces una tasa de letalidad de 0,02 *100 hab.

Eventos de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Entre los eventos de transmisión sexual encontramos la sífilis congénita de la cual se presentaron 5 casos en la Localidad Antonio Nariño y 207 casos a nivel Distrital. De los casos ocurridos en Bogotá se presentaron 13 mortalidades, quedando una tasa de letalidad de la enfermedad de 6,3 por 100 hab. con la enfermedad.

En cuanto a la Hepatitis B y C (evento 340 de SIVIGILA), se presentaron 9 casos a nivel local y 408 a nivel distrital, de estos últimos ocurrieron 3 mortalidades, dejando para 2014 una tasa de 0,7 por 100 hab. Con la enfermedad en Bogotá.

Eventos de zoonosis

En eventos zoonoticos se realizó el análisis del evento rabia humana, de la cual se encontró que en 2014 no se presentaron casos en esta Localidad y que a nivel distrital ocurrieron 7 casos, de los que no se presentaron mortalidades. Respecto a accidente ofidico no hubo casos a nivel local y en el distrito se notificaron 11 casos de los cuales la totalidad tuvo como condición final vivo. De igual manera de encefalitis (encefalitis equina venezolana, encefalitis del nilo occidental, encefalitis equina del oeste) no se presentaron eventos en Bogotá. Finalmente, de leptospirosis no se presentaron casos en la localidad Antonio Nariño, en el Distrito

se presentaron 98; a nivel local y distrital la tasa de letalidad fue de 0 debido a la no ocurrencia de mortalidades por esta causa.

En síntesis, las enfermedades de origen zoonótico no generaron letalidades en la localidad Antonio Nariño en 2014.

Otros eventos de interés en salud pública

Letalidad por hipotiroidismo congénito

Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos

Con respecto al hipotiroidismo congénito en la Localidad Antonio Nariño no se presentaron casos; en Bogotá por su parte se notificaron 8 casos, los cuales se reportan como vivos, por tanto las tasas de letalidad por hipotiroidismo congénito se mantienen en cero, al igual que en los años 2012 y 2013 en lo que respecta a la localidad.

Con relación al evento de lesiones por pólvora y artefactos explosivos no se registran mortalidades por esta causa. Por lo tanto la tasa de letalidad en la localidad es de cero.

Eventos asociados a factores de riesgo ambiental

En 2014 a nivel local se presentaron 95 casos de intoxicaciones de las cuales ningún caso terminó en mortalidad (tasa de letalidad de intoxicaciones fue de cero por 100 hab.); en tanto que a nivel distrital de 6140 casos 15 fueron mortalidades, con tasa de letalidad de 0,2 por 100 hab. De enfermedades transmitidas por alimentos en la Localidad Antonio Nariño se presentaron 35 casos y a nivel distrital se presentaron 2555 casos con ninguna mortalidad, dejando tasas de letalidad por ETA en las dos entidades territoriales de cero. Frente a la ocurrencia de casos de Hepatitis A, a nivel local se presentaron 4 y a nivel distrital 369, con cero casos de mortalidad, dejando las tasas de letalidad por el evento en cero. A nivel local y distrital no se presentaron casos de morbilidad.

Eventos de notificación obligatoria reportados en hombres

De los eventos analizados en la base de datos de SIVIGILA 2014 se encontró casos de letalidad en hombres en dos eventos: Chagas y tuberculosis.

Por la enfermedad de Chagas se originó el fallecimiento de un hombre de 64 años y por tuberculosis 2 hombres fallecieron, quienes se ubicaron en las etapas de

ciclo adulto y persona mayor. Es importante mencionar que uno de los hombres que murió por tuberculosis no contaba con ningún régimen de afiliación.

De acuerdo a la tendencia de las dos enfermedades, se evidencia que en los dos años anteriores (2012 y 2013) no se presentó letalidad en hombres por estas causas.

Tabla 7. Eventos de notificación obligatoria reportados en los hombres de la Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2014.

Eventos de Notificación	de	Bogotá D.C.	Antonio Nariño	Diferencias relativas	LI 95%	IC 95%	LS 95%	IC 95%	2012	2013	2014
Letalidad Chagas	por	5,1	100,0	19,5000	16,0292	23,7223	0,0	0,0	100,0		
Letalidad tuberculosis	por	9,1	40,0	4,3886	3,2191	5,9829	0,0	0,0	40,0		

Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

Eventos de notificación obligatoria reportados en mujeres

En la Localidad Antonio Nariño, la única letalidad en mujeres ocurrida en 2014 por un evento de notificación obligatoria, se presentó por meningitis tuberculosa. El caso ocurrió en una mujer de 40 años, quien era residente en la UPZ Ciudad Jardín. Según la tendencia del evento en mujeres, se identifica que en 2012 y 2013 no se presentaron muertes por esta enfermedad.

Tabla 8. Eventos de notificación obligatoria reportados en las mujeres de la Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2014

Eventos de Notificación	Bogotá D.C.	Antonio Nariño	Diferencias relativas	LI 95%	IC 95%	LS 95%	IC 95%	2012	2013	2014
Letalidad por meningitis tuberculosa	50,0	100,0	2,0000	1,6440	2,4331	0,0	0,0	100,0		

Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

Eventos de notificación obligatoria por régimen de afiliación

Al revisar la variable régimen de afiliación en cada evento letal, se pudo identificar que el tipo de seguro de afiliación vinculado o sin seguridad social es el que se encuentra en mayor frecuencia, seguido del régimen subsidiado.

Tabla 9. Eventos de notificación obligatoria reportados régimen de afiliación Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2014

Eventos de Notificación Obligatoria	2014				2013				2012			
	Vinculado/no está afiliado	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen excepción	Vinculado/no está afiliado	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen excepción	Vinculado/no está afiliado	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen excepción
Letalidad por Chagas		1										
Letalidad por varicela									1			
Letalidad por intoxicaciones						2				1		
Letalidad por tuberculosis	1			1	1				1			
Letalidad por tuberculosis pulmonar					1		1		1			
Letalidad por meningitis tuberculosa		1										

Fuente: Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

2.1.5. Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Para la priorización de los eventos de morbilidad en la localidad Antonio Nariño se incluyen los eventos reportados por los registros individuales de prestación de servicios y los eventos de notificación obligatoria, teniendo en cuenta el comportamiento de los mismos durante el año 2014 en la siguiente tabla se enlistan las principales causas de morbilidad priorizadas

Tabla 10. Prioridades identificadas de morbilidad, Localidad Antonio Nariño, Bogotá D.C, 2014

	Causas Morbilidad Priorizada	Valor del indicador Localidad	Valor indicador de referencia (Distrito)
Morbilidad Atendida por	HIPERTENSIÓN PRIMARIA	4,18%	3,30%

Consulta Externa	ATENCIÓN MATERNA POR INMUNIZACIÓN POR RHESUS	3,80%	0,20%
	INFECCIÓN VIAS URINARIAS SITIO NO IDENTIFICADO	3,42%	1,97%
Morbilidad Atendida por Urgencias	DOLOR PELVICO PERINEAL	7,43%	3,49%
	AMENAZA DE ABORTO	5,71%	1,55%
	ATENCIÓN MATERNA POR INMUNIZACIÓN POR RHESUS	5,71%	0,33%
Morbilidad Atendida por Hospitalización	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE	22,73%	9,94%
	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	9,09%	2,60%
	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	7,95%	0,83%
Eventos de Notificación Obligatoria	LETALIDAD POR CHAGAS	1 casos	4 casos
	LETALIDAD POR MENINGITIS TUBERCULOSIS	1 casos	2 casos
	LETALIDAD POR TUBERCULOSIS	2 casos	48 casos

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios. Bases de datos SIVIGILA, SDS, 2012, 2013, 2014

Conclusiones

A partir de la revisión de las bases de datos se encontró que la pertenencia étnica no está relacionada con los desenlaces de fatalidad en los eventos estudiados.

De acuerdo al régimen de afiliación el mayor número de mortalidades se presentó en personas vinculadas o sin afiliación.

Según sexo, las mortalidades se presentan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.

1.5 Discapacidad

Según base de datos de caracterización de personas en condición de discapacidad, en la localidad Antonio Nariño durante el 2014, se caracterizaron un total de 226 personas, lo que representa un 1,4% del total de personas caracterizadas a nivel distrital 15.650

De las 226 personas según distribución por sexo, se encuentra que el 57% son mujeres (129 registros), al analizar la edad, se encuentra que el grupo de edad

que presenta registros es el de 60 y más años con un 45% (102 registros), seguido el grupo de 15 a 44 años con un 25% del total de registros (57 registros) y en tercer lugar el grupo de 45 a 59 años con 38 registros (16% del total de registros de la localidad), el 98,2% de las personas caracterizadas no se reconocen como pertenecientes a una etnia, se identifican 2 registros con pertenencia étnica indígena y 1 con pertenecía a grupo étnico negro, mulato o afro, el estrato socioeconómico 3 representó el 80% de los registros con una frecuencia de 182, el estrato 2 el 15% con 35 registros. El 45% de las personas caracterizadas se encuentran afiliadas al régimen contributivo y el 44% al régimen subsidiado. La ocupación del 32% de las personas de la localidad Antonio Nariño con discapacidad es incapacitado permanentemente para trabajar sin pensión y en 4 de estos casos la discapacidad es originada por enfermedad laboral, el 12% se encuentra trabajando (28 registros) y el mismo porcentaje se encuentra estudiando.

En cuanto a las alteraciones que más le afectan a las personas con discapacidad registradas de la localidad Antonio Nariño, se encuentra la alteración del movimiento en 49,3% de los registros con 68 casos, alteración del sistema nervioso en 30% y alteración de los ojos en 7%, al indagar por el origen de la discapacidad el 32% de las personas no lo conocen, el 28% son consecuencia de enfermedad general con 63 casos, y 11,1% de las personas reconocen la alteración genética como origen de la condición de discapacidad. Y en relación a la necesidad de ayuda permanente el 56% de las personas la requieren es decir 128.

1.6 Determinantes sociales de la salud

2.1.6. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

Para poder comprender la situación de salud en la población se debe realizar el análisis de los determinantes sociales de la salud que son entendidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, cuyo significación gira en torno a las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria y a las

condiciones de vida de la población, ejerciendo su influencia sobre los diferentes componentes de lo que se deriva un mejor o peor estado de salud de la población. (73)

Condiciones de vida. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria, encontrándose relacionadas con el acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano. (73)

Teniendo en cuenta que por medio del método de necesidades básicas insatisfechas se identifican las carencias críticas en una población y permite caracterizar la pobreza, se encuentra que en la localidad existen viviendas de uso habitacional de diferentes tipos: apartamentos, casas familiares e inquilinatos, con estructuras antiguas, pero en general en buen estado; se encuentran conjuntos de apartamentos con una infraestructura confortable y adecuada, se encuentran viviendas que han sido ampliadas hasta el tercer piso o hasta convertirse en edificios, la mayoría ubicadas en la zona comercial y bancaria del barrio Restrepo, que comparten el uso comercial en el primer piso con el uso habitacional en los pisos superiores, en el extremo occidental del Restrepo se encuentran viviendas de un piso que en algún momento fueron inquilinatos y que actualmente comparten el uso habitacional con locales comerciales en su mayoría de la industria del calzado y la marroquinería. Otro sector, ubicado entre las carreras 16 y 17 entre Avenida 1° de Mayo y Calle 19 Sur, se caracteriza por las viviendas de construcciones antiguas, algunas con deterioro en sus fachadas, en donde confluyen el uso habitacional con la presencia de talleres y locales de venta de repuestos y partes para automóviles, restaurantes, bares y tiendas en donde se expende licor. (74)

Se encuentra que el 91,9% de la población local habita en estrato 3 y el 8,0% de la población se clasificaría como pobre, constituyendo así la sexta localidad urbana con menor población en condición de pobreza. Según el indicador del NBI, Antonio Nariño concentra la cuarta menor población en situación de pobreza dentro de las 19 localidades urbanas del Distrito, con un total de 3.104 personas en esta condición. (43)

Sin embargo, de acuerdo con lo evidenciado por el observatorio de desarrollo económico, el porcentaje de personas pobres por NBI se ubicó en 2,6%, lo cual representa un incremento de 0,6 puntos porcentuales con respecto a 2011. Por su parte, la miseria por NBI pasó de 0% en 2011 a 0,2% en 2014. (75)

Disponibilidad de alimentos. Entendido como la existencia de cantidades suficientes de alimentos de calidad adecuada, suministrados a través de la producción del país o de importaciones; está relacionada con el acceso a los alimentos, acceso de las personas a los recursos adecuados para adquirir alimentos apropiados y a una alimentación nutritiva. (76)

Del total de empresas de la localidad Antonio Nariño (4.897), hay 677 empresas que se podrían integrar a la cadena de productos alimenticios. Estas empresas representan el 14% del total de empresas de la localidad. Según la actividad que realizan las empresas de la localidad (proveedores, transformación y comercialización), en su mayoría, 50%, pertenecen al eslabón de transformación, el 47% a la comercialización de productos de la cadena y 3% son proveedores de insumo. (77)

Allí se encuentran supermercados, almacenes de cadenas, tiendas pequeñas, misceláneas, venta al detal de frutas y verduras, salsamentarias, panaderías y establecimientos especializados en la venta de productos lácteos, cárnicos, otros productos alimenticios y dos plazas de mercado: Plaza de Mercado Restrepo y Plaza de Mercado Santander. (77)

Condiciones de trabajo. Son relevantes en las condiciones y calidad de vida de las personas y tienen efectos importantes en la equidad sanitaria; cuando las condiciones de trabajo son buenas aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales. (73)

De acuerdo con la CCB, la tasa de ocupación (54,9%) es inferior a la de la ciudad (55,1%). Las actividades que más ocuparon personas residentes en Antonio Nariño fueron: comercio, hoteles y restaurantes (32,9%), industria manufacturera (23,9%) y servicios sociales, comunales y personales (22,3%). Así mismo, la tasa de desempleo (9,4%) es la más baja de la ciudad (13,1%). Es la segunda localidad con la menor participación en el desempleo de la ciudad: el 1% de los desempleados residía en la localidad, equivalente a 4.800 personas. (77)

Igualmente los resultados presentados por el Observatorio de Desarrollo Económico, refiere que la localidad Antonio Nariño registró una tasa de ocupación de 58,1% para 2014, ubicándose 1,3 puntos porcentuales por encima del registro de 2011 (56,8%), esto significa que 3 mil nuevas personas de la localidad ingresaron al mercado laboral en los últimos tres años, siendo la cuarta localidad con menor ocupación en la ciudad. (75)

Las actividades económicas que se destacan, están concentrados en tres sectores: comercio y restaurantes ocupa al 30,9% de los trabajadores, le sigue servicios, comunales, sociales y personales que vincula al 20,3%, y la industria manufacturera que vincula 18,8%. (75)

Aspectos sociales, culturales y psicológicos. Son relevantes ya que pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo a alcanzar la salud, puesto que las condiciones de salud de las personas también son el resultado de la confluencia del entorno que rodea a la persona y confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad con una incidencia directa en las brechas para acceder a los diferentes servicios sociales y de salud. (78)

La localidad Antonio Nariño cuenta con 66 parques distritales, que corresponden al 1,4% del total de parques la ciudad y es la decimocuarta localidad en número de metros cuadrados de parques y zonas verdes por habitante (3,293m²). (77)

Sin embargo, en la localidad se encuentra que presenta un porcentaje muy alto de personas que no practican ningún tipo de actividad artística, siendo solo el 14% de la población que practica algún tipo de alguna de estas actividades, tan solo el 28,4% de sus habitantes manifiestan practicar algún deporte siendo el futbol el deporte favorito (futbol, microfútbol, futbol 5 y banquitas), seguido de ciclismo, baloncesto, atletismo y caminar. (79)

La localidad cuenta con la biblioteca Pública Carlos E. Restrepo, forma parte de la Red Capital de Bibliotecas Públicas, que ha puesto en marcha la Secretaría de Educación Distrital.

Según la Alcaldía Local, la biblioteca cuenta con más de 20.000 libros en todas las áreas y atiende aproximadamente y atiende a 250 usuarios por día, aunque espera incrementar esa cifra a 600 en su nueva sede. En cumplimiento del objetivo de desarrollar el intelecto cultural de la comunidad, la biblioteca ofrece a sus usuarios el servicio de préstamo a domicilio, sala de referencia, sala infantil, audiovisuales, multimedia, cajas viajeras y servicio de alerta. Además cuenta con 9 salones comunales Estos salones podrían ser utilizados para actividades de atención a la niñez, para sesiones de conciliación en la comunidad y para la realización de eventos culturales. (80)

Pobreza. Como el determinante social que tiene diferentes connotaciones y está relacionada con el nivel de privación que tienen las personas frente al acceso a los diferentes recursos ya que afecta a la persona tanto a nivel familiar como social y

que generan como consecuencia exclusión y desigualdad en la población, es importante el carácter transitorio o crónico de la experiencia de pobreza, de tal forma que la línea de pobreza se iguala con "el punto en el cual el retraimiento aumenta de forma proporcional a la disminución de los recursos". (81)

En la localidad no existe población clasificada en estrato 1, y en estrato 2 se concentra el 8,0% de la población local, por lo cual, el 8,0% de la población se clasificaría como pobre, constituyendo así la sexta localidad urbana con menor población en condición de pobreza,

En Antonio Nariño se identificaron, durante el periodo comprendido entre enero de 1998 y enero de 2003, un total de 14.886 habitantes pertenecientes a los niveles I y II del Sisben, que corresponden al 14,3% del total de habitantes de la localidad. De éstos, 199 se encuentran en el nivel I. Lo anterior hace que la localidad se ubique como la tercera con menor participación de habitantes clasificados dentro de estos dos niveles y, por ende, con menor concentración de pobreza según este indicador, antecedida sólo por Teusaquillo y Puente Aranda. (80)

2.1.7. Análisis de los determinantes estructurales de la salud

Dentro del análisis de la situación de salud se deben tener en cuenta los **determinantes estructurales** comprendidos como "aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos. Los principales determinantes son: renta, educación, ocupación, clase social, género y raza o etnicidad. El contexto junto con los determinantes estructurales constituyen *los determinantes sociales de las desigualdades en salud*. (1)

Ingresos. Incide directamente en la calidad de vida de las personas ya que no se cuenta con los recursos suficientes para cubrir las necesidades de subsistencia mínimas siendo "un punto en el cual los recursos son tan inferiores a los que tienen el individuo o la familia media, que, de hecho, los pobres quedan excluidos de las actividades, modelos y costumbres de vida ordinarias".

La Encuesta Multipropósito 2014, define los ingresos como la capacidad de pago de las personas y las posibilidades de pago de los hogares para obtener los bienes y servicios que les son necesarios para alcanzar un nivel determinado de calidad de vida.

En promedio, los hogares de Antonio Nariño pagan \$142.342 por los servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, \$42.092 más que en 2011. El pago mensual promedio en gas natural y energía eléctrica representan \$26.550 y \$69.352 respectivamente. Dichos pagos aumentaron con respecto a los registros de 2011, cifra que puede afectar la capacidad de las personas para disponer de sus recursos—luego de aportar al hogar— para destinarlos a sus gastos personales o al ahorro. (75)

En concordancia con lo anterior, 63,2% de los habitantes de la localidad manifiestan que el ingreso del hogar solo alcanza para cubrir los gastos mínimos, percepción que aumentó 5,4 puntos con respecto a 2011. Esta localidad ocupa el quinto puesto dentro de las localidades que tienen esta percepción, después de La Candelaria, Chapinero, Los Mártires y Santafé. (75)

Educación. Antonio Nariño es la decimoquinta localidad con mayor número de personas en edad escolar (22 mil personas entre 5 y 17 años). El porcentaje de analfabetismo (1%) es inferior al de Bogotá (2,2%). En Antonio Nariño, la población mayor de cinco años tiene en promedio 9 años de educación; en Bogotá, el promedio es de 8.7 años. En todos los grupos de edad la localidad cuenta con niveles superiores a los del distrito. (77)

Antonio Nariño es la decimoséptima localidad con mayor número de personas (24.769) matriculadas en preescolar, primaria y secundaria, en Bogotá. La distribución en términos de matrícula por sector educativo es equilibrada: el 53,3% de la población matriculada estudia en instituciones privadas y el resto, 46,7%, en instituciones distritales. (77)

La calidad de la educación, según los resultados de las pruebas realizadas por la SED, muestra que Antonio Nariño contaba con niveles superiores al conjunto de Bogotá, en básica primaria y secundaria. En primaria, las instituciones oficiales superaron a las no oficiales, mientras que en secundaria las no oficiales obtuvieron los mejores resultados. Sin embargo, las brechas por áreas entre la educación oficial y la no oficial, fueron mayores en secundaria que en primaria. (77)

Régimen de afiliación. El 72% de la población de Antonio Nariño está afiliada al sistema de salud, y es la decimosexta localidad en cobertura de seguridad social en salud en Bogotá. La mayoría de la población afiliada pertenece al régimen contributivo (91%), mientras que 6.847 personas (9%) están dentro del régimen subsidiado. Se presentan barreras de acceso a los servicios de salud

principalmente por dificultad en la asignación de las citas por falta de disponibilidad en la agenda tanto para medicina general como para medicina especializada.

1.7 Reconocimiento de las condiciones básicas de salud

2.1.8. Dimensión Salud Ambiental y Nutricional

El ambiente se entiende como el conjunto de elementos vivos (incluido el ser humano) e inanimados que comparten un área geográfica. Si bien es cierto la actividad humana tiene primacía en la relación entre los Seres Humanos y la 'Naturaleza', los Seres Humanos, en cuanto seres biológico-sociales, comparten con los demás seres determinaciones de orden biológico de los que no pueden desligarse totalmente. Todo desarrollo técnico, social o económico debe tomar en consideración esta determinación puesto que su desconocimiento puede llevar a que la capacidad de respuesta del Ambiente biofísico 'Natural' y 'Construido' no logre adecuarse y/o responder a la actividad humana, para restablecer los equilibrios amenazados, y puede incluir grave riesgo tanto para el Ambiente como para la población humana en su conjunto. En este orden de ideas, para el presente contexto de la dimensión de Salud Ambiental del DX Local, los componentes asociados a esta dimensión son:

a) Hábitat Saludable: Conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales e interdisciplinarias, encaminadas a mejorar la calidad de vida y salud de la población, afectando positivamente los determinantes ambientales y sanitarios de la salud, en los entornos donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

- Vivienda Saludable: "alude a un espacio de residencia caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen de manera favorable en los procesos de restauración, protección y promoción de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje de sus moradores."

- Entornos Educativos Saludables: Los entornos educativos saludables son definidos como el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa; donde se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, se buscan alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno.

- Entornos Comunitarios Saludables: El Entorno Comunitario está constituido por un conjunto de escenarios en los cuales los individuos y los grupos sociales ejercen su autonomía funcional y política, enmarcados en relaciones sociales que pueden proteger o deteriorar su salud y que han sido construidas históricamente.
 - Entornos de Trabajo Saludables: El entorno laboral es el espacio del territorio donde las personas y los grupos sociales se organizan para producir bienes y servicios, en él se expresan las relaciones construidas socialmente, que determinan exposiciones diferenciales y resultados desiguales en la salud de las personas en función de la posición ocupacional en las cadenas productivas nacionales y transnacionales.
 - Procesos Productivos Sostenibles: Corresponde a la base del desarrollo sostenible, que busca la promoción de técnicas de producción limpia que protejan los recursos vivos, el suelo, el aire o el agua, en todos los sectores de la economía; incluyendo la explotación pecuaria, agrícola, energética, minera, extracción de materiales para la construcción, manufactura, servicios, transporte, turismo y cuidado de los bosques.
 - Ecosistemas Estratégicos Saludables: La mayor parte del territorio nacional ha sido sometida a usos no sostenibles, que han dado como resultado una disminución de la capacidad productiva de los ecosistemas por destrucción de biodiversidad, erosión, sedimentación, contaminación de suelos y aguas y afectación del balance hídrico de las cuencas, entre otras razones.
- b) Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales: Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir en aquellas situaciones de interés en salud pública, mediante la intervención positiva de los factores, riesgos y daños de orden social, sanitario y ambiental que permitan modificar la carga ambiental de la enfermedad.
- c) Protección de la salud en los trabajadores: Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir positivamente en las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía (1)

Consecuente a lo anterior los Indicadores concertados con el equipo de Vigilancia Sanitaria, fueron priorizados para el posterior análisis de tensiones y están relacionados a los componentes nombrados anteriormente:

- Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales.

La importancia de este indicador radica en el interés de la SDS para evitar casos de rabia en el Distrito Capital. De esta manera, el Hospital Rafael Uribe Uribe ha realizado un trabajo de vacunación extramural con el equipo de Vigilancia Sanitaria y Ambiental, a través de jornadas concertadas con la comunidad. Adicionalmente, el equipo del ámbito Territorios Ambientalmente Saludables apoya estas acciones mediante la difusión, concertación y vacunación puerta a puerta, a través de barridos en los diferentes microterritorios. Cabe anotar que la localidad Antonio Nariño no cuenta con un punto fijo para vacunación canina y felina.

Para la localidad se cuenta con un 19% de cobertura (3804 felinos y caninos vacunados) con respecto al número de mascotas censadas (20028). Con relación a los indicadores de la unidad de análisis, se puede evidenciar que en la UPZ 35 – Ciudad Jardín la cobertura de vacunación es de 1154 animales de Compañía, equivalente al 17 % de la población registrada en el censo, con 6809 animales. En la UPZ 38 – Restrepo se han vacunado 2650 animales de compañía, que corresponde al 20% de la población registrada en el censo, con 13219 animales.

Disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. A través del componente de Vigilancia Sanitaria, y específicamente en la línea de Calidad del agua y saneamiento básico, se han logrado realizar acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) a 443 establecimientos, que corresponde al 56% del total de establecimientos reportados (792). En la UPZ 35 – Ciudad Jardín la cobertura de intervenciones de IVC con Concepto Favorable es de 103 establecimientos, correspondiente a 56 % del total de 185 establecimientos visitados y en la UPZ 38– Restrepo la cobertura de intervenciones de IVC con Concepto Favorable es de 340 establecimientos, correspondiente a 56 % del total de 607 establecimientos visitados.

Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano – IRCA Valor Distrital consolidado de Enero a Diciembre del 2014. El indicador a corte de diciembre de 2014 presenta un valor de 0,09%, que corresponde a la localidad Antonio Nariño. Este dato no cuenta con información discriminada por UPZ.

Disponibilidad de políticas relacionadas con la reducción en emisión de contaminantes. Material Particulado Inferior a 10 Micras { μ }. Promedio Anual Distrito: Este indicador se calcula con base en la información registrada por la estación de monitoreo de aire del Tunal, ubicada en la localidad de Tunjuelito. El

indicador corresponde a las mediciones en el Distrito cuyo valor es de $52 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (2014), dado que no se cuenta con información puntual por localidad.

Número de Días que se Excede la Norma de Material Particulado Distrito. Los datos encontrados a nivel Distrital dan cuenta de un incremento de 65 Días en los que se excede la Norma, pasando en el año 2013 de 85 a 150 días en el año 2014. Para la localidad se exceden en 15 días teniendo en cuenta datos relacionados en las estaciones de Tunal 13 días y San Cristóbal 2 días.

Disponibilidad de sistemas de suministro de agua para consumo humano. Cobertura Residencial y Legal Servicio de Acueducto: es de 99,84% para el año 2014.a nivel Distrital.

Disponibilidad de sistemas para el manejo y disposición final de residuos. Número de Rutas de Reciclaje Implementadas en Toda la Ciudad (RRI). Para el año 2014, Magnitud que se proyecta alcanzar en los cuatro años del Plan Ambiental Cuatrienal. (MC)=774 Rutas y Magnitud Programada = Magnitud programada de avance del proyecto en el presente año (MP)= 310 Rutas y Avance Magnitud = Magnitud alcanzada en el año AM=366 Rutas, $\text{RRI} = ((\text{AM}) / (\text{MC})) * 100 = 47,29 \%$ la cobertura de disponibilidad de sistemas para el manejo y disposición final de residuos.

Para la localidad Antonio Nariño no existe un valor determinado, toda vez que la UAESP, entidad encargada de la labor de identificación y georreferenciación, está realizando el ejercicio de verificación con las asociaciones de recicladores de oficio que realizan actividades en la localidad.

2.1.9. Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

En esta dimensión se concentran las políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten materializar el derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles, mediante estrategias orientadas al control, eliminación y erradicación, como lo son la vacunación y la vigilancia epidemiológica.

Como protección específica, se contemplaron los indicadores de cobertura de vacunación completa encontrando una cobertura del 89% en la localidad Antonio Nariño, mediante la gestión integral del plan ampliado de inmunizaciones se logró

Coberturas DPT: 86% coberturas Polio: 86% y coberturas Tripe Viral: 89%, que ha permitido mantener la localidad libre de casos de poliomielitis, sarampión, rubéola, difteria, desde hace varios años y controlar enfermedades reemergentes como la Tosferina por la cual se notifican cero muertes durante año 2014 en la localidad, esto como resultado de las estrategias implementadas desde el ministerio de salud de vacunación a mujeres a partir de la semana 21 de gestación y a nivel distrital como el acortamiento en los esquemas de vacunación, el cual consistía en aplicar el esquema de vacunación con 15 días de anterioridad a lo dispuesto desde el ministerio debido a la evidencia de la alta concentración de muertes en menores de 2 meses (antes de la primer dosis de la vacuna de DPT).

Por otro lado la vigilancia epidemiológica no solo permite la identificación de los casos probables o sospechosos de eventos transmisibles, sino que realiza las intervenciones para tomar las medidas de control necesarias y oportunas para detener la transmisión de los mismos, realizando el seguimiento adecuado para cada caso.

Desde el Programa de Transmisibles de gestión de políticas y programas del hospital, se implementaron estrategias de abordaje a estos eventos, consolidando el programa al nivel nacional no solo en red de prestadores del sector público, sino también del privado; garantizando la integralidad en el seguimiento, así como la accesibilidad efectiva y gratuita al tratamiento y el abordaje de sensibilización al paciente, la familia y la sociedad, logrando una porcentaje de personas curadas de 100% en la UPZ 35- Ciudad Jardín y de 75% en la UPZ 38 – Restrepo.

Para el año 2014 en la Localidad se diagnosticaron 42 casos de Tuberculosis de todas las formas, 88% de tipo pulmonar (37 casos), lo cual indica la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Se ha identificado el alto reporte de pacientes diagnosticados con TB, que son ciudadanos habitantes de calle y por su permanencia en el sector son notificados como habitantes de la localidad, sin embargo no se cuenta con datos de contacto, por lo que se han generado estrategias para evitar el abandono de tratamiento, por las características propias de la tuberculosis, existen factores de riesgo que favorecen la circulación y transmisión de la bacteria y el riesgo de desarrollar la enfermedad, como ambientes poco ventilados, húmedos, sin iluminación.

Además en la localidad durante el año 2014, fue notificado un caso de enfermedad de HANSEN, por lo que entre los objetivos del programa se encuentra la sensibilización a la comunidad frente a estos eventos para evitar la discriminación

hacia las personas que los padecen y garantizando el acceso al tratamiento integral de estas patologías.

2.1.10. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, la dimensión se define como un espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, que permite y facilita llevar a cabo acciones de la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, que desde cada una de las acciones e intervenciones contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial. (82)

Para el presente documento se llevó a cabo el análisis de los siguientes indicadores incluidos en esta dimensión:

Agresiones (homicidios) y secuelas

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para este evento fue de 5,5 por 100.000 habitantes, el 100% de los casos, eran varones, el grupo de edad más afectado de 15 a 44 años con el 83% de los casos, que convierte al homicidio en la primera causa de muerte para los varones de ese grupo etario.

Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas.

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para este evento fue de 3,7 por 100.000 habitantes (4 casos), el 75% de los casos eran varones, el grupo de edad más afectado de 45 a 59 años con el 50% de los casos y 1 caso en menores de 5 a 14 años con lesiones autoinflingidas intencionalmente equivalente a una tasa de mortalidad equivalente a 1,2 por 10.000 habitantes en este grupo de edad,

Trastornos mentales y del comportamiento.

En la localidad Antonio Nariño para el año 2012, la tasa de mortalidad específica para este evento fue de 1,8 por 100.000 habitantes (2 casos), 1 caso en el grupo etáreo de 15 a 44 años y 1 en el grupo de 60 y más. La tasa de mortalidad por

este evento a nivel distrital es de 0,42 por 100.000 habitantes, siendo menor en comparación de la tasa local.

Seguimiento a casos de violencia intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar se define como toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar, este puede ser por afinidad, sangre o afiliación y que transforma en agresores las relaciones entre ellos causando daño físico, psicológico, sexual, económico o social a uno o varios de ellos. Este maltrato se puede especificar como físico entendido como diferentes actos que atentan o agreden el cuerpo de la persona tales como empujones, bofetadas, golpes de puño, golpes de pies; así mismo se encuentra la violencia emocional, representada en actitudes que tienen por objeto causar temor, intimidar, y controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona a quién se está agrediendo como las descalificaciones, insultos, control, etc. (83)

Del mismo modo se contempla la violencia sexual en la cual se coacciona a la persona a realizar actos de carácter sexual en contra de su voluntad, como por ejemplo exposición a actividades sexuales no deseadas, o la manipulación a través de la sexualidad; y la económica que consiste en no cubrir las necesidades básicas de la persona y ejercer control a través de recursos económicos. (83)

2.1.11. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Comprende acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial. Para el análisis de esta dimensión en la localidad Antonio Nariño, se evaluaron los siguientes indicadores: Bajo peso al Nacer, duración de la mediana de la Lactancia Materna, Desnutrición Crónica y Desnutrición Global, según disponibilidad de información.

El presente documento permite el análisis y la interpretación de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional a partir de siete indicadores priorizados en la localidad Antonio Nariño, en términos de las condiciones de alimentación y nutrición de la población, con el objetivo de conocer el comportamiento y determinantes en salud, respecto a estos indicadores:

La Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional comprende los siguientes componentes:

Disponibilidad y acceso a los alimentos está orientado a la oferta y acceso del grupo de alimentos prioritarios.

Indicadores de Referencia: Porcentaje (%) de hectáreas agrícolas sembradas con cultivos permanentes y transitorios de la Canasta de SAN a 3.374.525. Porcentaje (%) Toneladas de producción pecuaria canasta SAN 3837363 con respecto al período anterior. Fuente Encuesta Nacional Agropecuaria ENA-2012 y Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, no se cuenta con datos a nivel de la localidad.

Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos: Acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuado. Tiene en cuenta la alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada.

Para la Localidad de Antonio Nariño se identificaron los siguientes hallazgos en relación a los indicadores de Enero a Diciembre de 2014.

Para el periodo Enero a Diciembre del año 2014, en la localidad Antonio Nariño, la prevalencia de desnutrición global fue de 4.7%

Según notificación de casos al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN, para el periodo de Enero a Diciembre del año 2014, el indicador Talla para la edad fue de 15.4 % de menores presentó desnutrición crónica. Al revisar los casos por UPZ, la 38 fue la de mayor representatividad (109 casos) frente a la UPZ 35 (82 casos). Estos resultados por Localidad nos ubican por encima de la meta distrital generando incumplimiento en el indicador.

Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en la talla para la edad) en menores de 5 años. De acuerdo a estadísticas de SISVAN a corte de Diciembre de 2014 hubo un reporte de 221 casos, de los cuales 144 corresponden a la UPZ Restrepo y 77 a la UPZ Ciudad Jardín. La prevalencia de desnutrición crónica es un indicador de desarrollo ya que este es una de las consecuencias de la inseguridad alimentaria de los hogares, el crecimiento demorado de lo esperado puede ser causado por factores diversos tales como: pobreza oculta, enfermedades crónicas, trastornos endocrinos, salud emocional, infección e inadecuada introducción de la lactancia materna y alimentación complementaria. Se identifica en la localidad que

cuentan con los recursos suficientes para lograr una alimentación adecuada, sin embargo no saben que alimentos deben comprar para acceder a una alimentación balanceada, teniendo en cuenta que la alimentación familiar se basa en el consumo de harinas, grasas, azúcares y proteínas de tipo vegetal leguminosas y por esta razón se presentan posiblemente casos de desnutrición crónica en niños y niñas.

Para el año 2014, en la localidad Antonio Nariño, la razón de mortalidad infantil fue de 8.7 por 1000 Nacidos Vivos, la UPZ que reportó la mayor razón de mortalidad infantil fue la número 38 Restrepo con 6 casos (tasa de 8,7 x 1.000 N.V), la UPZ 35 Ciudad Jardín presento 1 caso y una tasa de 2,9 x 1.000 N.V.

No se presentó ningún caso de Mortalidad por Desnutrición durante el año 2014.

Porcentaje de personas que padezcan hambre. Se encuentra que este indicador no se mide a través de ningún subsistema de vigilancia a nivel local, lo cual no permite tener un dato cuantitativo de la presencia de este indicador, no obstante, para analizar este indicador, se tomó la ENSIN 2010 que arroja ningún caso de personas que padecen de hambre en la localidad. Es de analizar que en la localidad se han detectado algunos casos de pobreza oculta, en familias que habitan en viviendas ubicadas en estrato socio económico 3 pero que no cuentan con los recursos económicos suficientes para su manutención y calidad de vida, lo cual podría derivar que algunas de ellas padezcan de hambre.

Porcentaje de población bajo línea de pobreza. La línea de pobreza es un indicador medido por el DANE a nivel distrital, que no refleja las particularidades y dinámicas propias de la localidad, ya que no se encuentra ningún caso reportado en las dos UPZ, entendiéndose que las familias cuentan con un ingreso per cápita superior a la línea de pobreza y con un ingreso mínimo con el cual satisfacen sus necesidades básicas. Teniendo en cuenta que para hallar la línea de pobreza se calcula el costo de una canasta que supla los requerimientos nutricionales mínimos, se halla la proporción que representa los gastos en alimentos del total de gastos y se divide el costo de la canasta por este valor; en este sentido si un individuo logra suplir su canasta básica de alimentos no se contempla dentro de la línea de pobreza.

Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 3 años (mediana en meses). Teniendo en cuenta la información suministrada por SISVAN se encuentra que la media de lactancia materna en la localidad de Antonio Nariño es de 2.5 meses, sin embargo se evidencia una gran diferencia entre las dos UPZ

Ciudad Jardín es de 4.1 meses y Restrepo 2,6 meses, teniendo, en este sentido se encuentra que la localidad está ubicada dentro del promedio distrital teniendo en cuenta la media distrital de lactancia materna exclusiva, la cual es de 2,6 meses. Sin embargo las acciones intencionadas por los sectores que se relacionan con este indicador se encaminan hacia el logro de una lactancia materna exclusiva de 4 meses de acuerdo a la meta del plan de gobierno. Se debe tener en cuenta que la localidad se caracteriza por tener una alta actividad económica especialmente en la UPZ 38 la cual desarrolla actividades comerciales en su gran mayoría

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. La información suministrada por SISVAN en relación al indicador de bajo peso al nacer, muestra que el número de casos de niños y niñas con bajo peso al nacer a corte de Diciembre de 2014 es de 43 casos, es decir un 3,4%, de los cuales 38 casos corresponden a la UPZ 38 y 14 a la UPZ 35. Pese a que el indicador es bajo, debe tenerse en cuenta que las condiciones socioeconómicas de la localidad no son tan precarias por lo cual se muestra preocupación ante los resultados de este indicador. Las causas asociadas a esta situación pueden ser el embarazo en población adolescente, enfermedad periodontal, causas multifactoriales relacionados a problemas maternos, alimentarios, fetales y ambientales (incineraciones en el cementerio del sur, inadecuado manejo de basuras en los espacios comerciales). La detección tardía del embarazo es un generador de bajo peso al nacer debido a que no se inician a tiempo los controles prenatales así como la suplementación con micronutrientes. La corresponsabilidad entre la madre y los servicios de salud es fundamental para el monitoreo del embarazo y de esta manera reducir las cifras de este indicador y evitar las consecuencias que ocasionan a los niños y niñas entre las cuales se encuentran: riesgo de mortalidad perinatal e infantil, deficiencia en el sistema inmunitario estando expuestos a contraer infecciones con mayor frecuencia, el no desarrollo de sus reflejos por lo cual presentan dificultades para realizar el proceso adecuado de lactancia materna debido a que no pueden succionar, entre otros.

Calidad e inocuidad de los alimentos: Acciones para garantizar que los alimentos no causen daño al consumidor cuando se preparen o consuman de acuerdo con el uso al que se destinan, contribuyendo a la seguridad alimentaria de la población. Este componente se divide en 4 líneas de Observación:

- Plan de seguridad alimentaria y nutricional: indicador de referencia implementación del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional en las entidades territoriales del departamento.

Prevalencia de anemia. La prevalencia de anemia en niños menores de 5 años en Bogotá es de un 21%; en niños de 6 a 12 años 5,4%; adolescentes de 13 a 17 años 8,3%. De acuerdo a la encuesta ENSIN que no desagrega las localidades no se ubica reporte de anemia en Antonio Nariño, esto puede asociarse a las acciones desarrolladas por el Hospital en la identificación de mujeres gestantes para la adherencia a los servicios de salud y la suplementación en la gestación, así como la suplementación que se realiza en algunos de los jardines de la localidad a través del proceso de fortificación.

- Acceso a programas nutricionales seguros y protección de los derechos de los consumidores: indicador reciente de la Localidad: En la Localidad de Antonio Nariño funcionan los Jardines Acunar que ofrecieron 6065 cupos a la población infantil, en los Colegios brindaron 11636 cupos, fuente Secretaria de Integración Social y Secretaria de Educación
- Inspección, vigilancia y control de la cadena alimentaria.

Indicador de Referencia: Porcentaje de brotes con identificación de agentes patógenos en muestras biológicas, alimentos y superficies/ambientales.

Identificación en cada ETA del agente etiológico. Con base a la información suministrada por SIVIGILA, en la localidad se presentaron tres brotes por enfermedades transmitidas por alimentos, ubicándose los tres en la UPZ 38. Las causas posibles de estos eventos pueden ser la presencia de algunos puntos críticos para el control y vigilancia como establecimientos y puntos de ventas, restaurantes ubicados en las plazas de mercados (Santander y Restrepo), y en el centro comercial villa mayor, vendedores ambulantes de alimentos, vehículos transportadores de productos alimenticios, entre otros que en algunas ocasiones no cumplen con la norma técnica sanitaria de alimentación de alimentos que deben cumplir los restaurantes y los manipuladores de alimentos (NTS – USNA 007), para conservar la cadena de frío y la inocuidad de los alimentos.

- Prevención y control de peligros y trazabilidad de los alimentos

Fuente de datos Anuario Epidemiológico. 2010. Hospital Rafael Uribe Uribe

Según datos se presentaron 83.3 % Enfermedades transmitidas por alimentos para Salud Pública, de las cuales 16.7 % se presentaron en la Localidad de Antonio Nariño.

2.1.12. Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Comprendiendo la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y por lo tanto es un componente esencial de los programas nacionales en salud y determinada como un derecho humano (84), la OMS así como las naciones unidas han categorizado esta dimensión como prioritaria.

Para el análisis de la situación de la población en la dimensión de SSR Los aspectos que son abordados en la localidad se relacionan con el ejercicio de los derechos de las y los adolescentes y la satisfacción de sus necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva, estrategias tendientes a disminuir la desigualdad de género en relación con la violencia contra las mujeres y las niñas, mediante la gestión de acciones encaminadas a influir sobre su comportamiento mediante la implementación de servicios de salud amigables ajustados a sus necesidades.

También se han tenido en cuenta los componentes propuestos para la dimensión en el plan de cenal de salud pública 2012-2021, inspirados en los conceptos y diferentes documentos analíticos de la OPS y OMS, como son: Maternidad segura, Salud sexual y reproductiva en el curso de vida y Eventos en salud sexual y reproductiva. Anexo a estos s ha prestado especial atención Específicamente para la localidad las situaciones relacionadas con la Atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual.

A continuación se describen las acciones desarrolladas en torno a los mencionados aspectos para en la localidad Antonio Nariño:

Para el año 2014, en la localidad Antonio Nariño, con respecto al indicador de Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y en garantía de estos y la equidad de género, se propiciaron espacios en instituciones como: Casa de la Juventud, Colegio María Montessori y Arteaga Muñoz; donde participaron 130 jóvenes y adolescentes. Para el tema de enfoque de género, se cuenta con la referente de Mujer y Género; quien participó a nivel interlocal en la mesa de sexualidad y género. Las acciones desde los Servicios amigables, para esta localidad no aplican ya que no se cuenta con una unidad primaria de atención por parte de la ESE para desarrollar las acciones. Se cuenta con las Estrategias desarrolladas desde Territorios saludables de territorio 5 y 6; quienes realizaron

acciones para garantizar la equidad de género en la atención en salud a 20 jóvenes y adolescentes en Colegio María Montessori; Proyecto del Hospital con el Fondo de Desarrollo local llamado Bebe Piénsalo Bien, en el cual se realizó sensibilización a los jóvenes de 2 colegios de la localidad donde participaron aproximadamente 420 jóvenes y adolescentes. Se contó con servicios de salud colectiva para socializar temas en salud sexual y reproductiva, conmemoración día mundial VIH/Sida, realizada en Polideportivo Olaya con aproximadamente 206 personas.

Por otro lado, en cuanto a Prevención y atención integral, humanizada y de calidad; se llevaron a cabo actividades desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, salud plena para las mujeres, componentes mujer y género, programa detección temprana y control de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama; servicios de salud para adolescentes y jóvenes, con participación de la mesa interlocal de sexualidad y género; unidad operativa de fortalecimiento a redes por etapas de ciclo vital y población diferencial, Programas Promoción y Desarrollo, entre los cuales tenemos: Porcentaje de mujeres con uso de algún método anticonceptivo (15 y 49 años): Hormonal Oral, 487, anticoncepción mensual 1383, inyectable trimestral 169, implante subdérmico 198, DIU 53, para un total de 5240 consultas en el año, en métodos de regulación de la fecundidad.

En cuanto al indicador de Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro); Acceden a la institución mujeres desde la consulta de atención al joven en consulta externa, para consulta preconcepcional en los distintos centros, se realiza demanda desde detección y promoción para la adherencia a los controles prenatales y de igual manera por parte de territorios saludables se induce a la demanda y adherencia a los servicios, con el fin de garantizar los derechos de las mujeres gestantes. Algunos partos de bajo riesgo de mujeres habitantes de la localidad Antonio Nariño son atendidos en el CAMI Chircales por personal idóneo y capacitado para el mismo o por urgencias en CAMI Diana Turbay. Los casos de demanda para interrupción voluntaria del embarazo son direccionados a los servicios amigables de Suba y Centro Oriente, por el personal asistencial. Desde los servicios de salud colectiva se realiza capacitación a 155 gestantes.

Por parte de los Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes, Se realiza inducción a la demanda en atención en salud sexual y reproductiva desde las diferentes jornadas y espacios de capacitación a nivel local, con el fin de sensibilizar a los adolescentes y jóvenes y apropiar en la garantía de derechos sexuales y reproductivos. No se realizaron

servicios de salud amigables en la localidad por no contar el hospital con unidad de atención, se realiza demanda a los servicios de salud por medio de la Campaña de Juventud, jornada de prevención del embarazo y conmemoración del día mundial del VIH, acciones de sensibilización en la Casa de la Juventud del barrio Restrepo, se realizó intervención en el colegio María Montessori con jóvenes donde se abordaron temas de consumo de SPA y derechos sexuales y reproductivos.

Dentro de esta misma dimensión en el componente de género también se encuentra el área de observación de Atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual, quien suministra los siguientes datos: Menores de 1 año: 18 casos, Mujeres de 1-5 años: 25 casos, mujeres de 6-13 años: 33, mujeres 14-17 años: 46 casos, mujeres de 18-26 años: 35 casos, mujeres de 27-44 años: 51 casos, mujeres de 45-59 años: 28 casos, mujeres de 60-69 años: 9 casos, mujeres de 70-79 años: 10 casos, mujeres de 80-89 años: 12 casos. Para un total de 267 mujeres víctimas de violencia sexual.

A continuación se realiza tipología de tipos de violencia en la localidad: violencia física 104 casos, violencia sexual 33 casos, violencia económica 21 casos, negligencia 65 casos, abandono 16 casos.

Es de resaltar que tal información es suministrada por la referente de mujer y género del programas de salud plena para las mujeres, sin embargo los datos suministrados son un subministro y por tanto no hay visibilizarían de violencia psicológica.

Finalmente y con relación a la prevención y atención integral para infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/SIDA, los datos encontrados en la localidad son: Mortalidad por VIH: 30 casos 2.1%, proporción de notificación 27.62. Los demás datos no están discriminados en SIVIGILA por tanto no se suministra información.

2.1.13. Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

2.1.14. Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

En la localidad debido a su ubicación en zona plana, las características comerciales e industriales de la zona y la presencia de instituciones prestadoras

de servicios de salud, los riesgos ambientales para emergencias y desastres son los eventos de terremoto, inundación, amenaza tecnológica, riesgo biológico.

Zonas de riesgo de la localidad:

Terremotos. Según estudio de microzonificación sísmica el porcentaje de área destruida, que para la mayor parte de la localidad la afectación podría estar entre el 5 y 10%, para barrios como Ciudad Jardín sur, Ciudad Berna, la Hortúa, la Fragüita y San Antonio principalmente. Para barrios como Carlos E. Restrepo y la Fragua la afectación podría ser inferior o igual al 5%.

Inundaciones. La encuesta de calidad de vida 2003 estableció que un 0.7% de población considera que su vivienda está ubicada en zona afectada por éste riesgo, Amenaza que ha sido en menor escala.

Amenaza tecnológica. Según datos provenientes de la encuesta de calidad de vida 2003, de 29.131 hogares en la localidad 5.937, es decir el 20.4% tienen ubicadas sus viviendas cerca de fábricas o industrias.

La tasa de mortalidad por emergencias y desastres: En la localidad durante el año 2014 no se presentaron eventos de emergencias que causaran muerte.

Porcentaje de cumplimiento de estándares de seguridad hospitalaria: presencia y actividad del Hospital San Juan de DIOS (barrio Policarpa – Hortúa), el Hospital Santa Clara (barrio San Antonio de Padua), Centro dermatológico generadores de residuos hospitalarios, Para éste fin existe una normatividad de codificación de colores en las bolsas y la inscripción en la ruta sanitaria para recolección de desechos según lo estipula el decreto 2676 del 2000 y la resolución 1164 del 2002.

En la localidad Antonio Nariño se conformó el consejo local de gestión del riesgo, la cual es una mesa de trabajo intersectorial para la creación y evaluación de estrategias de prevención y atención ante una emergencia o desastre. Dando alcance a la Ley 1523/2012 Se conforma el Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático; Hace referencia al desarrollo de capacidades territoriales para la prevención de la propagación internacional de enfermedades, la protección contra esa propagación, el control y la respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando a las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

La Red de bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea de Bogotá es un sistema técnico administrativo y asistencial, coordinado por la Secretaría Distrital de Salud. Esta red está conformada por los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea públicos y privados que existen en la ciudad de Bogotá; Hace referencia al conjunto de acciones coordinadas desde el sector salud para la atención en emergencias y desastres, y la gestión transectorial para la reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias y desastres.

Desde la SDS, se realiza un proyecto especial con el Hospital de Fontibón para realizar toda la vigilancia en los puertos de entrada al país, como son el aeropuerto y terminal terrestre de transporte. Presencia de Unidades Comando en las localidades para la atención o intervención de eventos de propagación; Hace referencia a las acciones o estrategias desarrolladas para garantizar a la población el acceso seguro, oportuno y suficiente a sangre y componentes sanguíneos.

La Unidad Comando a cargo de la localidad durante el 2014 realizó 4 atenciones a brotes de varicela, todos ellos familiares, aumentando en este periodo lo del año 2013, donde no se presentaron notificaciones de este caso.

En la localidad debido a su ubicación en zona plana, las características comerciales e industriales de la zona y la presencia de instituciones prestadoras de servicios de salud, los riesgos ambientales para emergencias y desastres son los eventos de terremoto, inundación, amenaza tecnológica, riesgo biológico.

Zonas de riesgo de la localidad:

Terremotos. Según estudio de microzonificación sísmica el porcentaje de área destruida, que para la mayor parte de la localidad la afectación podría estar entre el 5 y 10%, para barrios como Ciudad Jardín sur, Ciudad Berna, la Hortúa, la Fragüita y San Antonio principalmente. Para barrios como Carlos E. Restrepo y la Fragua la afectación podría ser inferior o igual al 5%.

Inundaciones. La encuesta de calidad de vida 2003 estableció que un 0.7% de población considera que su vivienda está ubicada en zona afectada por éste riesgo, Amenaza que ha sido en menor escala.

Amenaza tecnológica. Según datos provenientes de la encuesta de calidad de vida 2003, de 29.131 hogares en la localidad 5.937, es decir el 20.4% tienen ubicadas sus viviendas cerca de fábricas o industrias.

La tasa de mortalidad por emergencias y desastres: En la localidad durante el año 2014 no se presentaron eventos de emergencias que causaran muerte.

Porcentaje de cumplimiento de estándares de seguridad hospitalaria: presencia y actividad del Hospital San Juan de DIOS (barrio Policarpa – Hortúa), el Hospital Santa Clara (barrio San Antonio de Padua), Centro dermatológico generadores de residuos hospitalarios, Para éste fin existe una normatividad de codificación de colores en las bolsas y la inscripción en la ruta sanitaria para recolección de desechos según lo estipula el decreto 2676 del 2000 y la resolución 1164 del 2002.

En la localidad Antonio Nariño se conformó el consejo local de gestión del riesgo, la cual es una mesa de trabajo intersectorial para la creación y evaluación de estrategias de prevención y atención ante una emergencia o desastre. Dando alcance a la Ley 1523/2012 Se conforma el Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático; Hace referencia al desarrollo de capacidades territoriales para la prevención de la propagación internacional de enfermedades, la protección contra esa propagación, el control y la respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando a las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

La Red de bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea de Bogotá es un sistema técnico administrativo y asistencial, coordinado por la Secretaría Distrital de Salud. Esta red está conformada por los bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea públicos y privados que existen en la ciudad de Bogotá; Hace referencia al conjunto de acciones coordinadas desde el sector salud para la atención en emergencias y desastres, y la gestión transectorial para la reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias y desastres.

Desde la SDS, se realiza un proyecto especial con el Hospital de Fontibón para realizar toda la vigilancia en los puertos de entrada al país, como son el aeropuerto y terminal terrestre de transporte. Presencia de Unidades Comando en las localidades para la atención o intervención de eventos de propagación; Hace referencia a las acciones o estrategias desarrolladas para garantizar a la población el acceso seguro, oportuno y suficiente a sangre y componentes sanguíneos.

La Unidad Comando a cargo de la localidad durante el 2014 realizó 4 atenciones a brotes de varicela, todos ellos familiares, aumentando en este periodo lo del año 2013, donde no se presentaron notificaciones de este caso.

2.1.15. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Desde el Plan Decenal de Salud Pública, la dimensión se comprende como el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía. (85)

Teniendo en cuenta dicha definición, se realiza el análisis de la situación laboral de los y las trabajadoras de la localidad Antonio Nariño, encontrándose que durante el año 2014 la población ocupada a fue de 52.000 personas que trabajaban a cambio de una retribución (salario, jornal o beneficio empresarial) en dinero o especie, también son ocupados quienes teniendo trabajo han estado temporalmente ausentes del mismo por enfermedad o vacaciones, los ocupados pueden ser trabajadores en la economía formal e informal.

En este sentido en 2014 se presentó una tasa de ocupación de 58,1%, ubicándose 1,3 puntos porcentuales por encima del registro de 2011 (56,8%), esto significa que 3 mil nuevas personas de la localidad ingresaron al mercado laboral en los últimos tres años, siendo la cuarta localidad con menor ocupación en la ciudad.

La población trabajadora de la localidad desarrolla sus actividades laborales en los sectores de comercio y restaurantes (30.9%), servicios comunales, sociales y personales (20,3%) y la industria manufacturera (18.8%) (Observatorio de desarrollo económico, 2015).

Con respecto al mercado laboral por género se evidencia que la tasa de ocupación femenina en la localidad fue de 50,7%, mejorando así el 48,4% de hace tres años. Mientras que para los hombres, la tasa de ocupados fue de 66.2%, aumentando solo 0,1 puntos porcentuales a la observada en 2011 (Observatorio de desarrollo económico). Teniendo en cuenta estos resultados se infiere que en la localidad se mejoró el acceso al mercado laboral para las mujeres con respecto a los hombres, sin embargo es necesario tener en cuenta que no se presentó un aumento significativo de la tasa de ocupación en la localidad con respecto al promedio del distrito.

En la localidad según la encuesta multipropósito 2014 el 52,6% de los trabajadores están en la economía informal que según la definición del DANE se refiere a los empleados particulares y los obreros que laboran en establecimientos, negocios o empresas que ocupen hasta cinco personas, incluyendo al patrono y/o socio; los trabajadores familiares sin remuneración; los trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares; los empleados domésticos y los trabajadores por cuenta. Sin embargo la localidad disminuyó su porcentaje de informales en 8,9 puntos porcentuales en los últimos 3 años.

En el año 2014 en el marco del eje de promoción del trabajo decente y saludable de la política para la salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras desde el Hospital Rafael Uribe Uribe se abordaron 435 unidades de trabajo informal (base de datos UTIS 2014) ubicadas en la localidad Antonio Nariño. Las actividades económicas predominantes son: restaurantes, panaderías, salas de belleza, confección de prendas, marroquinería, comercio de prendas de vestir, textiles y artículos de cuero, talleres de mecánica, carpinterías y comercio al por menor de alimentos. En menor número se abordaron unidades de trabajo como: misceláneas, papelerías reciclaje y actividades de telecomunicaciones.

Los trabajadores y trabajadoras abordados en actividades donde se realizan procesos productivos están expuestos a peligros como: ruido, temperaturas extremas, movimientos repetitivos, manejo de cargas, posturas, elementos cortantes y punzantes, manejo inadecuado de máquinas y herramientas, proyección de partículas, polvos, gases y vapores químicos, deficiencias en señalización, almacenamiento inadecuado, orden y aseo deficiente, conexiones eléctricas deficientes, entre otros.

En la localidad Antonio Nariño según la SDP (Secretaría Distrital de Planeación, 2013) se estima que el 38% de la población ocupada está afiliada a riesgos laborales, que corresponde aproximadamente a 19760 trabajadores, siendo la segunda localidad con menor porcentaje de población trabajadora afiliada a riesgos laborales después de los Mártires. Esta situación se relaciona con el fenómeno de la informalidad de manera que el 52,6% de la población ocupada está en este sector de la economía siendo Antonio Nariño la séptima localidad con mayor tasa de informalidad laboral en el distrito, donde los trabajadores y trabajadoras no tienen acceso a la afiliación al sistema general de seguridad social integral, por ende no cuentan con la protección ante accidentes de trabajo y enfermedades de origen laboral cargando el sistema general de seguridad social

en salud con la cobertura de estos eventos. Asimismo dependiendo del tipo de evento que sufra el trabajador esta situación genera consecuencias en su vida laboral y familiar, por cuanto al reducir o perder su capacidad productiva, bajan los ingresos del hogar limitando la cobertura de las necesidades básicas. Por otra parte, al no existir cobertura del sistema general de riesgos laborales no se hace control de los efectos del evento en la salud del trabajador deteriorando su estado inicial, siendo esto un factor de riesgo que puede desencadenar una incapacidad permanente traducida en discapacidad, limitando el desarrollo del capital humano en la localidad.

Sin embargo de acuerdo con los resultados de la encuesta multipropósito 2014 con respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, donde el 77,8% de la población de la localidad está afiliada al régimen contributivo siendo la novena localidad en afiliación a este régimen. Por otra parte, el 18,5% de la población tiene afiliación al régimen subsidiado siendo una localidad con bajo porcentaje de población en este régimen.

En las unidades de trabajo informal abordadas en 2014 por el ámbito laboral se identificaron 377 trabajadores y trabajadoras que refieren vivir en la localidad Antonio Nariño, de los cuales 15 expresaron tener enfermedades relacionadas con el origen laboral, 6 casos tienen diagnóstico confirmado por el médico tratante, identificando que los sistemas orgánicos vinculados con la enfermedad laboral son: osteomuscular y visual, en actividades económicas de restaurantes, peluquería y comercio al por menor de productos diversos. Por otra parte, 3 trabajadores refirieron haber sufrido un accidente de trabajo relacionados con caídas, cortaduras y quemaduras, en actividades económicas de restaurantes y cultivo y venta de plantas.

Asimismo, desde el sistema vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal en el año 2014 realizaron 187 investigaciones de accidentes de trabajo y 97 investigaciones de enfermedad laboral que afectaron a 111 mujeres y 76 hombres. Las actividades económicas que presentaron mayor accidentalidad fueron: comercio, reparación de vehículos y motocicletas (39,8%), actividades de alojamiento y servicios de comida (36,36%), industria manufacturera (17,11%) y otras actividades de servicios (5,35%) Las lesiones que más afectaron los trabajadores y trabajadoras fueron las heridas (118 casos), seguidas por las quemaduras (32 casos) y los golpes, contusiones y aplastamientos (31 casos), estas lesiones comprometieron las manos (136 casos), los miembros superiores (26 casos), la cabeza (7 casos) y los miembros inferiores (5 casos). Estas lesiones fueron leves en 170 casos, moderadas en 10 y severas

en 7, sin embargo no se causó la muerte al trabajador y en solo 7 casos se presentó incapacidad médica.

Durante el año 2014 el marco de la estrategia de entornos de trabajo saludable se identificaron y caracterizaron 435 unidades de trabajo informal en la localidad Antonio Nariño (base de datos UTIS, 2014), donde se brindaron asesorías motivacionales a los representantes de las unidades de trabajo informal, a partir de la cual se iniciaba el proceso de identificación de condiciones de peligro del sitio de trabajo y se asesoraba a los trabajadores en prevención de riesgos y accidentes de trabajo estableciendo compromisos para el mejoramiento de las condiciones laborales.

Las actividades económicas en las que se ocupaban los trabajadores de la economía informal identificados fueron: restaurantes, panaderías, salas de belleza, confección de prendas, marroquinería, comercio de prendas de vestir, textiles y artículos de cuero, talleres de mecánica, carpinterías y comercio al por menor de alimentos.

Teniendo en cuenta que la reivindicación de los derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras es un aspecto fundamental que permite posicionar las necesidades de la población trabajadora, en la localidad se desarrollaron procesos de formación de grupos de trabajo saludable y líderes en salud y seguridad social, para promover la movilización de las organizaciones sociales buscando la resignificación del trabajo como derecho fundamental que dignifica la vida de las personas y les permite desarrollar sus capacidades, lo cual a su vez genera avances hacia mejores condiciones de vida de la población.

En el proceso se identificó que los trabajadores y trabajadoras de la economía informal percibían bajos ingresos, el 67% expresa recibir un salario mínimo legal vigente al mes, mientras que el 8% refiere ganar menos del salario mínimo, razón por la cual es difícil afiliarse al sistema general de seguridad social de forma completa así que ante los accidentes de trabajo o enfermedades laborales están desprotegidos.

Esta información es coherente con los datos de la localidad donde según la encuesta multipropósito 2014, el 63,2% de los habitantes de la localidad manifiestan que el ingreso del hogar solo alcanza para cubrir los gastos mínimos, percepción que aumentó 5,4 puntos con respecto a 2011.

El equipo del ámbito laboral evidenció que en la localidad Antonio Nariño existe falta de oportunidades laborales en condiciones dignas, con afiliación al sistema general de seguridad social integral, salarios adecuados, prestaciones sociales y contratación estable, lo cual conduce a que los trabajadores desarrollen actividades de subsistencia en la economía informal a partir de la conformación de unidades de trabajo en condiciones precarias y en otros casos a emplearse en actividades con bajos ingresos y sin aseguramiento.

En este sentido las condiciones de trabajo en las unidades de trabajo informal son inseguras e influyen en el desarrollo de las actividades laborales, donde generalmente no se cumplen los requisitos establecidos en la normatividad en salud y seguridad en el trabajo. Lo cual conduce a prácticas y condiciones inadecuadas que no tienen medidas de control establecidas aumentando la probabilidad de presentar accidentes de trabajo y enfermedades laborales, con el agravante que los trabajadores no cuentan con afiliación al sistema general de seguridad social integral de manera que no tienen cobertura ante estos eventos en relación con la atención integral en salud y la cobertura de las incapacidades laborales.

En cuanto a los estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral se evidencia que los trabajadores de la economía informal presentan problemáticas relacionadas con los bajos niveles de escolaridad, no cuentan con las competencias para enfrentar el mercado laboral, barreras de acceso a programas de formación para la población en condición de vulnerabilidad, trabajo infantil, barreras de acceso al crédito para las unidades de trabajo informal y la cultura arraigada en la población que impide la formalización de las unidades de trabajo.

Las precarización del trabajo en el país asociada a condiciones estructurales de orden económico, normativo y social, enmarcadas en el modelo de desarrollo actual, donde con la globalización, la liberalización económica y la flexibilización del trabajo se ha transferido los costos de las actividades económicas a los trabajadores a través del abaratamiento de la mano de obra, la reducción de los salarios, la supresión del pago de prestaciones sociales, el pago al destajo, entre otras condiciones que han generado en las personas de la localidad desesperanza por el quebrantamiento de la dignidad de los trabajadores, de manera que la situación actual limita el desarrollo de la población en edad productiva, debido a que el acceso al trabajo en condiciones decentes constituye la base fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y sus familias.

2.5.9. Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables

Esta dimensión ha sido seleccionada dentro del plan decenal de salud pública como un elemento ordenador y articulador para las dimensiones prioritarias. Dentro de las políticas internacionales y estatales se debe su trascendencia a la directa relación con el desarrollo humanizado pues se basan en la protección de los derechos humanos, reconociendo diversas situaciones o acciones de vulneración de derechos o desventaja socioeconómica de algún sector social o grupo poblacional o comunitario, por su cultura, sus costumbres o la relación específica que han generado con su entorno socio ambiental.

Las poblaciones contempladas tanto por el plan decenal de salud, como por este diagnóstico de la localidad Antonio Nariño Son: Sector LGBT, la población de ciudadanas y ciudadanos habitante de Calle, las personas que se desempeñan laboralmente en el reciclaje, las personas en el ejercicio de la prostitución, la población con discapacidad, las víctimas del conflicto armado en Colombia y las poblaciones étnicas, afrocolombianas e indígenas.

A continuación se exponen las diversas acciones emprendidas y el panorama general en la localidad para cada uno de los sectores poblacionales anteriormente nombrados.

1.7.2.3 Víctimas del Conflicto Armado.

Para abordar esta temática es importante aclarar que el Proceso de Gestión de la Política Pública de desplazamiento se articula y desarrolla a través de lo dispuesto en la Ley 1448 de 2011, ya que el desplazamiento forzado aparece como uno de los hechos victimizantes. En consecuencia de ello, el escenario de las víctimas del conflicto armado se amplía a las demás tipificaciones y las acciones que antes se desarrollaban con la población desplazada y deben ser extendidas al universo de víctimas que establece la ley.

En cumplimiento de lo anterior, el Plan de Atención Distrital a Víctimas, (construido con todos los sectores responsables en el tema, liderado por la *Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación* (ACDVPR) y aprobado por el *Comité Distrital de Justicia Transicional*, recoge las acciones en salud a desarrollar con la población y se convierte en el referente de las actividades que se realizarán en los territorios.

A razón de esto, el Programa Territorios Saludables con el Proceso central: Planificación y Gestión Integral de los Territorios Saludables y el subproceso Gestión de Políticas y Programas de interés en salud pública e intersectorialidad, articula dinámicas de planeación y gestión integral en salud en las localidades y los territorios, por medio de la construcción de conocimiento, la participación y movilización social, la articulación sectorial e intersectorial de las políticas públicas y los programas de interés en salud pública, con el fin de orientar y coordinar la planeación e incidir en la transformación de la situación y condiciones de salud y calidad de vida de la población víctima del conflicto armado a través de la implementación de la Ley 1448 de 2011.

Describir la situación de la población víctima del conflicto armado en la localidad de Antonio Nariño es muy complejo por cuanto esta población no se encuentra georeferenciada, además porque no ha sido identificada ni caracterizada por las instituciones prestadoras de servicios de salud. A través del Programa Territorios Saludables y del Programa de Unidad de Víctimas, se proporcionan algunos datos de atención, los cuales no son de fácil verificación.

Según datos informales compartidos por la Alta Consejería en el periodo comprendido entre Enero de 2012 y Marzo de 2014; en Bogotá a través de los servicios prestados en los Centros Dignificar de la ciudad, se atendieron 2747 personas quienes informaron tomar residencia en la localidad Antonio Nariño, abordando el territorio de la siguiente manera: el 77.32% en la UPZ Restrepo (2124 personas) y el 22.67% restante en la UPZ Ciudad Jardín.

1.7.2.4 Población LGBTI.

Desde las poblaciones LGBT, y las orientaciones sexuales e identidades de género se tiene el siguiente panorama relacionado con la garantía de los derechos:

Como primera medida es de suma importancia mencionar que la información que a continuación se registra es el resultado de la consulta de diferentes investigaciones y publicaciones de la organización Colombia Diversa: "Derechos Humanos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgenerista en Colombia, 2006-2007", publicación que no se atribuye directamente a la situación de la población de Lesbianas, Gays y Bisexuales que prevalece en la Localidad Antonio Nariño.

En primer lugar, la cuantificación de la población LGBT en esta localidad, tiene ciertas dificultades: en primer término, la Constitución de Colombia ordena

garantizar la confidencialidad sobre la orientación sexual y la identidad de género de las personas. Según la jurisprudencia constitucional se trata de un dato sensible, de información personal delicada y por ello en estrecha relación con los derechos fundamentales (Corte Constitucional, Sentencia T-729 del 2002. Magistrado ponente: Eduardo Montealegre). Para acceder a esta información, en consecuencia, es necesaria la libre y expresa voluntad de la persona. En segundo término, la visibilidad de la orientación sexual y de la identidad de género puede generar condiciones de vulnerabilidad relacionadas con los siguientes derechos:

Derecho a la Salud: se identifican problemáticas relacionadas con la falta de atención con enfoque diferencial a la población LGBTI, aún más evidente cuando no existe un centro de atención en salud de primer nivel y los existentes corresponden a centros de atención del régimen contributivo, donde el enfoque diferencial es poco reconocido en la atención, agudizándose las barreras por concepto actitudinal y actitudinal por parte de los profesionales de la salud, pues el personal no reconoce pautas del trato humanizado en especial en las mujeres lesbianas.

Los temas relacionados con la salud de las mujeres lesbianas, hombres gay y personas bisexuales se reducen a temas como el VIH/Sida, asociando de la misma manera el desconocimiento de otras necesidades asociadas con prevención de cáncer, salud mental, estado nutricional, etc.

Alternativo a esto, es frecuente dentro del discurso de los gays y las lesbianas las prácticas sexuales sin protección con personas de diferentes grupos étnicos, lo anterior producto del débil acompañamiento familiar e institucional en el auto reconocimiento de las orientaciones sexuales e identidades de género, así como la construcción responsable de un proyecto de vida.

Por otro lado las personas LGBT comparten problemas de salud con las demás mujeres y hombres como se presenta en cada momento de ciclo vital, como se relaciona a continuación:

- Consumo de alcohol, tabaquismo y sustancias psicoactivas
- Violencia intrafamiliar
- Problemas de salud mental como depresión, conducta suicida, aislamiento, miedo en especial en personas jóvenes y adolescentes.

Otra problemática se relaciona con el desconocimiento que tiene la población de las rutas de atención y portafolio de servicios sociales y de salud, pues éstos en su

mayoría se concentran en otras localidades priorizadas, suponiendo la poca existencia de poblaciones LGBTI en este sector de la ciudad.

Derecho a la participación ciudadana: Por otro lado, la comunidad señala que el Gobierno Local no ha destinado los recursos suficientes para la movilización y defensa de los derechos de esta población. Se hace necesario visibilizar a otras etapas de ciclo vital excluidas en temas de diversidad sexual (vejez), pues se considera que este asunto se atribuye únicamente a jóvenes y adultos de las localidades, siendo necesario realizar búsqueda activa de las y los adultos mayores.

Derecho a la Educación: Es común encontrar actos discriminatorios al interior de los planteles educativos que pone a un segmento de la población en ayuda psicológica con orientación con el estudiante, la familia, docentes y compañeros de clase, como si se tratara de una enfermedad contagiosa. Por otro lado, en algunas instituciones no existen rutas de atención para casos de hostigamiento escolar a causa de orientaciones sexuales e identidades de género no heteronormativas.

Otra tendencia que se identifica es que las instituciones educativas hacen alusión a la educación en valores de manera general, para así justificar que no exista una visibilidad del tema y un trabajo específico para evitar la homofobia y generar respeto a la diversidad sexual.

Así mismo, existe en muchos casos negación, desconocimiento y confusión frente al tema de identidades de género y orientaciones sexuales diversas. Éstas se hacen evidentes, por ejemplo, cuando se relaciona el concepto de “intersexual” con el de orientaciones sexuales o identidades de género no normativas. También existen afirmaciones que asocian la orientación sexual con ser hombre o mujer y la identidad de género con ser homosexual o lesbiana.

Desde la Política Pública LGBT no existen indicadores de referencia, sin embargo existen diversos estudios que permiten aproximarse a la realidad de estas poblaciones en términos cuantitativos (identificación de personas) y cualitativos con respecto a la garantía y restitución de sus derechos.

Según la Encuesta Multipropósito, en el Boletín número 65 se afirma que al analizar la orientación de género según el sexo, se encontró que para el año 2014 en Bogotá y en localidades como Antonio Nariño la suma de las poblaciones homosexuales y bisexual no alcanza el 1%. En consecuencia con lo anterior, del

total de población habitante de la localidad Antonio Nariño (108.607), menos de 1000 personas hacen parte de los sectores LGBT.

Con respecto a los datos locales, durante el año 2014 se generaron canalizaciones desde el Programa Territorios Saludables, cuyos datos se encuentran en la "Matriz como apoyo a la 869" enviada mensualmente a la Referente Distrital, relacionándose de la siguiente manera:

- Lesbianas: 2 mujeres
- Gays: 11 hombres
- Bisexuales: 1 persona
- Personas Transgénero: 2 personas.

Según la Base de datos Programa Territorios Saludables y APS en línea, con corte de información Enero 2013 a Septiembre de 2014, y el Boletín de poblaciones diferenciales y de inclusión social se encontró la siguiente información:

- Lesbianas: 3
- Gays: 1
- Bisexuales: ninguno
- Transgénero: Ninguno
- Intersexuales: 2 mujeres y 1 hombre.

No obstante, en la Encuesta Multipropósito, dentro del Boletín número 65 del año 2014, se afirma que al analizar la orientación sexual según el sexo, se encontró que en Bogotá la segunda orientación sexual más frecuente fue la homosexual, a la que pertenecían el 0,7% de los hombres, un 0,4% de las mujeres, y un 36,6% de las personas intersexuales. La menos frecuente fue la bisexual, a la que pertenecían el 0,1% de los hombres, un 0,1% de las mujeres, y el 1,1% de las personas intersexuales.

1.7.2.5 Población con Discapacidad.

Dentro del proceso de caracterización de la población con discapacidad se resaltan las causas principales asociadas en la localidad Antonio Nariño, donde corresponde a las enfermedades generales con un 30%, seguida de las alteraciones genéticas o hereditarias con un 10%, los accidentes con mayor proporción en el género masculino 13% y en mujeres en un 5%. La dificultad permanente más frecuente es la relacionada con el movimiento; caminar, correr y saltar 19%, seguido de pensar o memorizar con un 15%, percibir la luz, objetos o

personas a pesar del uso de gafas 14%, y por último desplazarse en trechos cortos por dificultades cardio-respiratorias, con un 13%; adicionalmente la tercera parte de la población en condición de discapacidad requiere de un cuidador para realizar las actividades de la vida diaria.

De la misma manera se destacan los tipos de limitación más frecuentes como se relacionan a continuación: Cognitiva, Auditiva, Visual, Sordo – Ceguera, Mental o psicosocial, Múltiple, Física, la de menor población en esta localidad es la Sordo – Ceguera. Toda esta información de acuerdo al Sistema de Atención Primaria en Salud.

Como indicador de referencia, el Observatorio Nacional de Discapacidad, señala que al 30 de abril de 2014 se encontraban registradas un total de 1.152.510 personas con discapacidad en Colombia; para el caso de Bogotá según los datos preliminares del registro de caracterización y localización hasta el 30 de noviembre de 2014 se han identificado y caracterizado 219,988 personas con discapacidad, de las cuales el 58% son mujeres y 42% son hombres.

De acuerdo a los datos preliminares obtenidos por el registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad 2004 a mayo de 2015 se identifica un total 22.963 personas con discapacidad, lo que representa un 10.1% en Bogotá.

En relación a la estructura corporal la función más afectada para la población en condición de discapacidad en orden descendente son: movilidad del cuerpo, sistema nervioso, los ojos, el sistema cardio-respiratorio y las defensas, en menor porcentaje otros órganos como el oído y otras estructuras.

1.7.2.6 Población Étnica.

La localidad Antonio Nariño se caracteriza por tener un territorio corto en extensión y limitar con el centro de la ciudad, otorgándole características comerciales e industriales. Debido a lo anterior, la dinámica étnica se encuentra enmarcada en el comercio y es mínima la presencia de población con alguna pertenencia étnica. Sin embargo, se encuentra población indígena en los dos únicos territorios de la localidad, el 5 y el 6. Adicionalmente se identifican las siguientes etnias indígenas: Ingas (Putumayo), Kichwas (originarios del Ecuador) y Ambika Pijaos (Tolimense caracteriza por tener un territorio corto en extensión y limitar con el centro de la ciudad, otorgándole características comerciales e industriales.

Debido a lo anterior, la dinámica étnica se encuentra enmarcada en el comercio y es mínima la presencia de población con alguna pertenencia étnica. Sin embargo, se encuentra población afro en los dos únicos territorios de la localidad el, 70 y el 69.

En el Territorio 70 se identifica población indígena que se dedica a la comercialización de productos, generalmente textiles y accesorios, se ubican en la Plaza Centenario en casetas (UTIS fijas) y en los alrededores de la Plaza de Mercado del Restrepo (UTIS móviles).

En cuanto al Territorio 69 se identifican personas con pertenencia étnica indígena que viven en el sector del Policarpa, especialmente los denominados *Kichwas*, que tienen sus microempresas o residencias en este sector. Cabe aclarar que las microempresas son de elaboración de textiles, que son posteriormente vendidos en el Restrepo, en las UTIS ya referenciadas.

Se cuenta con una Mesa Afro caracterizada por su ejercicio de autonomía respecto al accionar de las instituciones, se encuentra compuesta por población afro de la localidad e integrantes del Kilombo Yumma, entre hombres y mujeres de las diferentes etapas de ciclo vital, específicamente adultez. El objetivo de este espacio es velar por la reivindicación y garantía de los derechos de las comunidades afros, sumado a lo anterior, se busca visibilizar sus usos y costumbres.

En la Localidad Antonio Nariño se identifican los siguientes indicadores:

9 personas reconocen pertenecer a una comunidad indígena (Primera Infancia 0 H y 1 M, Infancia 0 H y 2 M, Adolescencia 0 H y 1 M, Juventud 0 H y 1 M, Adultez 2 H y 0 M, Vejez 0 H y 2 M)

1.7.2.7 Población recicladora, carretera y pequeña bodeguera

En la localidad Antonio Nariño de acuerdo al censo de recicladores de oficio de la UAESP (86), residen 65 recicladores que corresponde al 0,47% de la población recicladora de Bogotá.

Asimismo en los resultados del censo de recicladores de oficio de la UAESP se evidencia un bajo nivel de ingresos de la población trabajadora donde el 86% expresa recibir menos de un salario mínimo (86) (en el año 2012 el salario mínimo correspondía a \$ 566700), generando condiciones de vida muy limitadas que

solamente cubre sus necesidades básicas. Adicionalmente se evidencia que el 38% de los recicladores expresaron tener personas a cargo lo cual dificulta acceder a servicios como educación; vivienda, recreación, pago de seguridad social y posibilidad de ahorro, limitando las perspectivas del mejoramiento de la calidad de vida.

En la localidad Antonio Nariño no se cuenta con datos oficiales de la UAESP de distribución de la población recicladora por etapa de ciclo vital, sin embargo de acuerdo con lo evidenciando en territorio se relaciona con la información distrital (86) donde el 68% son personas adultas y el 3% adolescentes entre 14 y 17 años de edad. Teniendo en cuenta lo evidenciando en los procesos de gestión comunitaria se presume que existe mayor presencia de esta población en el canal Fucha y el canal Albina, puesto que transitan en el corredor centro oriente (Mártires, Candelaria y Antonio Nariño) en el proceso de recolección de material y comercialización.

De acuerdo al censo de recicladores de oficio de la UAESP (86) respecto a la distribución por sexo se evidencia una mayor participación de hombres en el oficio de reciclaje con el 77% mientras que el 23% son mujeres, esto se relaciona con el tipo de actividades que desarrollan en el proceso productivo donde la recolección y transporte de material lo realizan los hombres, mientras que tareas como la separación y acopio la hacen las mujeres.

Como mitigadores de los riesgos laborales a los cuales se encuentra expuesta esta población, es importante resaltar que instituciones como la UAESP hace entrega de uniformes y elementos de trabajo que los protegen del contacto con el material de recolección, de igual forma se está trabajando con la comunidad en procesos de sensibilización para la separación de los residuos en la fuente planteada por el Programa Basura Cero y el Fondo de Desarrollo Local CODES, además de los procesos de sensibilización y educación en temáticas de salud desde el Programa Territorios Saludables - Ámbito Laboral - Red Recicladores, así como la capacitación en diferentes temas y el apoyo en el fortalecimiento de las organizaciones de recicladores y la ejecución de procesos de sensibilización por parte de las diferentes asociaciones.

En la población recicladora abordada por el programa territorios saludables se evidencian bajos niveles de escolaridad que limitan el acceso al empleo en la economía formal de los trabajadores del sector reciclaje. (87) Otra de las problemáticas sentidas que se visibiliza en este grupo poblacional es la falta de prácticas de auto cuidado teniendo en cuenta que han sido naturalizadas las

diferentes situaciones de riesgo ya que se presentan de forma cotidiana que no acuden a ningún tipo de servicio médico, adicional a la escasa capacitación frente en el manejo de las situaciones y la poca importancia que estas personas le dan a los mismos así como la no afiliación al sistema de riesgos laborales puesto que no se cuenta con una aseguradora de carácter público.

2.5.10. Dimensión fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud.

Con el fin de garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud y dar respuesta a las necesidades en salud de la población se establece la dimensión transversal “Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud” que permiten mediante la implementación de un conjunto de acciones proactivas y reactivas, reducir al mínimo el nivel de vulnerabilidad de la salud colectiva y gestionar adecuadamente las respuestas para la detección temprana del riesgo, el daño individual, la reparación y recuperación de la salud.

Consecuentemente, y para dar cumplimiento a los indicadores que componen esta dimensión se desarrolla desde la Secretaría Distrital de Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas a través del Programa Territorios Saludables, por medio de los recursos asignados a los hospitales de la Red Pública Distrital, basándose en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

En ese sentido, El programa Territorios Saludables - PTS se constituye como un modelo preventivo, a través del cual se realizan acciones integrales de promoción de la salud bajo un enfoque de derechos, territorial y poblacional, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud-APS con el propósito de afectar positivamente los determinantes sociales.

En la localidad Antonio Nariño la ejecución del programa Territorios Saludables permitió visibilizar los derechos de la población para proyectar acciones de empoderamiento en la afectación de sus problemáticas en un contexto de determinantes sociales en Salud.

Desde el ámbito familiar se presentan los datos de la familias caracterizadas, familias activas, (Aquellas que han sido caracterizadas en periodos anteriores y se han mantenido adheridas al programa), y finalmente se presentan las familias que tuvieron seguimiento por parte de los equipos ERI y ERC; el ámbito familiar realizó el 66% de acciones, dando cumplimiento al enfoque de atención primaria definido en documento marco de salud de Bogotá Humana 2012 - 2016, en busca

de la movilización y participación ciudadana a la exigibilidad de los derechos en salud.

Así mismo desde el ámbito comunitario, se promovió la conformación e implementación de escenarios de deliberación en los niveles microterritoriales favoreciendo la movilización social y la gestión comunitaria en salud. Estos espacios permiten identificar las respuestas a nivel institucional así como el reconocimiento de los territorios que hacen parte la localidad, de igual manera se establecieron diálogos con la comunidad frente a la gestión en el programa, que contribuyen a dar respuesta a las necesidades en salud.

En cada territorio se realizó el proceso de intervención de las Instituciones Educativas Distritales – IED, pertenecientes a las dos localidades, donde se ejecutaron acciones de valoración individual y grupal por parte de los perfiles de medicina, enfermería, psicología, terapia, nutrición y ambiente, de acuerdo a las necesidades de la población de los dos territorios de la localidad.

Desde el ámbito laboral, las actividades económicas que se han intervenido principalmente son restaurantes, panaderías, salas de belleza, talleres de mecánica, carpinterías, ornamentación y fábricas textiles, donde se han identificado riesgos mecánicos, químicos, físicos y biomecánicos entre otros. Por otra parte, se ha realizado trabajo articulado con la línea de seguridad química de vigilancia sanitaria, con el fin de emitir concepto favorable de las UTIS para su funcionamiento, realizando asesorías a UTIS y asesorías a niños, niñas y adolescentes en procesos de prevención del trabajo infantil y promoción del trabajo protegido.

También se desarrollaron Servicios de Salud Colectiva para cada uno de los siguientes grupos poblaciones Infancia, Juventud, Adulterez Humana e Incluyente, Vejez, Salud Plena para las Mujeres y población diferencial.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI

El proceso del programa Ampliado de Inmunizaciones, hace parte del macro tiene como objetivos disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacunas, Contribuir a la eliminación, erradicación, y control de las enfermedades inmunoprevenibles a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI.

Durante el año 2014 se implementaron estrategias que permitieron generar una cobertura óptima de vacunación entre ellas el fortalecimiento de las del grupo extramural donde casa a casa, se verifica el carne de vacunación, lo cual permite realizar barrido en un 100% del territorio, se fortalecieron las jornadas de vacunación con puntos estratégicos que permiten brindar este servicio de manera eficaz y oportuna, se mejoró en un 80% el sistemas de información lo que permite verificar en tiempo real, dosis administradas e inventario. Se trabajó continuamente con territorios saludables contando con un equipo de vacunadoras por territorio, generando canalizaciones efectivas y más niños vacunados. Mediante el seguimiento a cohortes articulado con las IPS Públicas y privadas, se generó demanda inducida para la vacunación, garantizando la atención integral, y búsqueda activa de los menores con esquemas de vacunación incompleto.

Se alcanzaron coberturas útiles de vacunación con terceras de pentavalente y Triple viral de un año, generando un comportamiento estable en terceras de pentavalente y aumento de triple viral. Fortalecimiento del componente Extramural con Casa- casa, Concentración, Jardines, Colegios garantizando una cobertura del 90%.

Se realizó un proceso de fortalecimiento de sistemas de información generando un formato unificado para las IPS públicas y privadas donde les permite realizar en tiempo real y mínimo lo administrado y las dosis perdidas y permite dar cuenta de los biológicos en nevera, y se promovió la estrategia de horarios extendidos para vacunación en el Centro comercial Centro Mayor.

VIGILANCIA SANITARIA

La vigilancia sanitaria se define en las normas nacionales vigentes (Decreto 3518 de 2006) como la “función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana” consecuente con lo anterior durante el año 2014 se desarrollan actividades frente a las siguientes líneas de intervención.

Calidad del Agua y Saneamiento Básico

El objetivo de la línea de intervención es disminuir los factores de riesgo relacionados con el abastecimiento de agua, manejo de residuos sólidos y disposición de vertimientos mediante la identificación e intervención de condiciones higiénico sanitarias, para potencializar factores protectores, promover entornos ambientalmente saludables y garantizar la seguridad sanitaria; a partir de esto se llevan a cabo visitas a 1040 establecimientos a establecimientos enfocadas en determinar y corregir los factores de riesgo por malas prácticas higiénico sanitarias.

Aire, Ruido y Radiación Electromagnética

Esta línea de intervención tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y salud de la población, previniendo y controlando los contaminantes del aire, el ruido y la radiación electromagnética y promoviendo hábitos de vida saludable, se realizó la recepción de 3 quejas de aire, tabaco, ruido y REM las cuales fueron por demanda, se realiza proceso de caracterización a 14 Instituciones educativas y 179 personas caracterizados, se llevaron a cabo 7 operativos que permitieron tener espacios libres de humo, así como 48 notificaciones referentes a incumplimientos de la Ley 1335/09 remitidos a alcaldía local; se ejecutaron 19 procesos de capacitaciones en control tabaco y calidad del aire con 271 personas sensibilizadas, se da respuesta a 2 quejas atendida en ruido, se aplican 54 encuestas sobre la temática de radiación electromagnética aplicadas a personas de la localidad, 3 procesos de capacitación en ruido con 60 personas sensibilizadas y 15 procesos de capacitación en monóxido de carbono con 225 personas sensibilizadas.

Se intervienen un total de 1280 personas en diferentes ciclos poblacionales a través de las acciones implementadas en la línea, con el objetivo de identificar enfermedades respiratorias en menores de 14 años y mayores de 60 años relacionados con exposiciones ambientales como son material particulado, adicionalmente se identifica zonas de exposición a radiaciones electromagnéticas por presencia de infraestructura de ondas magnéticas.

Alimentos

Esta línea de intervención tiene como objetivo vigilar y promover la calidad e inocuidad de los alimentos y bebidas alcohólicas en establecimientos que los preparan, almacenan, distribuyen, transportan y comercializan, a través de acciones de información, educación y comunicación que permitan disminuir el consumo de alimentos y bebidas alcohólicas adulteradas, alteradas, falsificadas o

contaminadas y reducir la incidencia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos de acuerdo con el análisis de los riesgos asociados al consumo y contribuir la calidad de vida de la población en el Distrito Capital.

Para la localidad se realizan 3.968 visitas de Inspección, vigilancia y control y 49 operativos diurnos y nocturnos a establecimientos que preparen, almacenen, distribuyan, transporten y comercialicen alimentos, incluyendo plazas de mercado, además de realizar operativos de seguimiento de alimentos y bebidas y brindar capacitación y sensibilización mediante los cursos de manipulación de alimentos.

Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico

La presente línea de intervención tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y salud de los habitantes del Distrito Capital, a través de intervenciones integrales sobre los determinantes que generan eventos transmisibles de origen zoonótico.

Las actividades de la línea ETOZ correspondientes al seguimiento de animales agresores se desarrollan teniendo en cuenta la dinámica del evento (307); todos los casos notificados son objeto de seguimiento por parte de vigilancia sanitaria, no obstante no se logran hacer todas las observaciones debido a causas como dirección errónea, no disposición del usuario para que se logre la visita.

En cuanto a la vacunación antirrábica el objetivo de la línea fue dar cubrimiento a la meta de vacunación distrital, dando cumplimiento al 100% de las metas propuestas desde nivel central, por lo tanto se pudo revertir en un 100% la presencia de casos de rabia humana autóctonos en el Distrito.

El control de vectores se realizó como respuesta a las solicitudes que presenta la comunidad, para el año 2014 se cuenta con un acumulado de 95 visitas de Inspección, Vigilancia y Control, con 9 conceptos desfavorables, 37 favorables, 47 se aplaza concepto y dos conceptos terminados.

Para el 2014 se logra un acumulado de 27 observaciones de animales, en actividades de vacunación se logra un acumulado 3172 animales inmunizados, además se cuenta con un acumulado en desinsectación de 7700 mts² intervenidos 5,1 focos y en desratización 7700 mts² en 5,1 focos.

Medicamentos

El objetivo de la línea de intervención es contribuir por los derechos de las personas a que les sean suministrados medicamentos, dispositivos médicos y productos farmacéuticos, de calidad, gestionándolos integralmente en procura de un ambiente sano, se llevaron a cabo 541 visitas de Inspección Vigilancia y Control a establecimientos farmacéuticos, cuyos resultados fueron la generación de 306 conceptos favorables, 203 conceptos pendientes, 16 conceptos desfavorables y 16 establecimientos terminados, llevando a cabo visitas a todos los establecimientos farmacéuticos (Depósitos, Droguerías, Droguerías de Alto Riesgo, Distribuidor Cosmético, Tienda Naturista, Tienda Naturista de alto riesgo, Pañaleras, Farmacias Homeopáticas Tipo I y II, Droguerías con Medicamentos de control especial, Hiperdroguerías, Distribuidores de Dispositivos médicos y visitas a Supermercados).

Adicionalmente se efectuaron capacitaciones al personal responsable de los establecimientos farmacéuticos promoviendo una gestión integral y segura del manejo de medicamentos y dispositivos médicos y sensibilizando en relación con el reporte de cualquier evento adverso al programa de farmacovigilancia; y capacitaciones al usuario promoviendo el uso racional de los medicamentos principalmente de los antibióticos, dispositivos médicos y productos farmacéuticos, las intervenciones de la línea impactan directamente a la comunidad de Antonio Nariño, logrando que adquieran productos farmacéuticos que cumplan con la normatividad vigente y con la calidad en la cual fueron diseñados, dado que en los establecimientos farmacéuticos se exige el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento de los productos

Seguridad Química

Esta línea de intervención tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de la población local, con base en la vigilancia de las condiciones higiénico-sanitarias y de bioseguridad mediante la reducción del riesgo a la exposición de sustancias químicas peligrosas teniendo en cuenta su uso como consumidor final, o debido a la gestión inadecuada de las mismas durante el desarrollo de las actividades económicas que las emplean.

Para el año 2014 en la localidad Antonio Nariño, la línea de seguridad química desarrollo actividades de Inspección, Vigilancia y Control, contempladas en el portafolio de servicios de acuerdo al riesgo químico, en la industria textil, en Industrias manufactureras, en la industria Automotriz y sus servicios, al sector de la belleza y a otras industrias. También se llevan a cabo actividades educativas en riesgo químico generando procesos de actualización en normas de bioseguridad

En desarrollo de las actividades, la población a la cual van dirigidas las acciones tanto de IVC como el desarrollo de jornadas de capacitación corresponde a todos aquellos que de alguna manera almacenan, manipulan, transforman y comercializan sustancias químicas y prestan servicios de atención personal como es el caso de las peluquerías y los centros de estética.

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

La vigilancia en salud es la función esencial de la salud pública asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva, constituyendo un proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública (1).

El Hospital Rafael Uribe suscribe con la SDS el Contrato PIC, para garantizar el cumplimiento de lo establecido en la normatividad, en lo relacionado con la vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en Salud Pública y ejercer como autoridad sanitaria en las localidades Rafael Uribe y Antonio Nariño; para lo cual se estructuran en el Componente, 12 subsistemas de vigilancia epidemiológica.

Durante el periodo 2014, se ejecutaron las acciones y las intervenciones formuladas según el plan de acción, con un cumplimiento del 100% de los productos e intervenciones solicitadas, desde las diferentes líneas de intervención. Como parte del proceso de consolidación de la red, se caracterizan y se realiza seguimiento a las UPGD y UI de las localidades de Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño.

Análisis Demográfico y Estadísticas Vitales

Dicho subsistema da cuenta del comportamiento demográfico y epidemiológico de la población, a través de indicadores de natalidad, fecundidad y mortalidad, necesarios para la planeación de programas de salud, adicionalmente se trabaja para garantizar el fortalecimiento y mantenimiento del proceso de modernización tecnológica de las estadísticas vitales, es decir, la captura de los datos a través del Aplicativo RUAF- ND.

Vigilancia de Condiciones, Eventos y Enfermedades no Transmisibles

Desde las intervenciones denominadas no transmisibles se articulan acciones para el seguimiento a condiciones, eventos y enfermedades no transmisibles que permita apoyar la toma de decisiones para las acciones que se lleven a cabo desde salud pública como en la atención de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que esta línea de intervención incluye diferentes subsistemas, se evidencia que desde SIVIM se realizaron 370 visitas epidemiológicas, para SISVECOS se llevaron a cabo 126 intervenciones, el subsistema de SISVESO realizó 661 intervenciones, para el Subsistema de Discapacidad se efectuaron 104 caracterizaciones de personas con discapacidad, SIVELCE desarrollo 1056 procesos de intervención, y desde el subsistema de SIVISTRA realizó 862 seguimientos a casos

Transmisibles

Fortalecer la Vigilancia en Salud Pública de los eventos transmisibles para generar información de calidad que permita realizar una aproximación al análisis de la determinación social, identificando diferenciales de vulnerabilidad en las poblaciones, así como sus prácticas de riesgo; del mismo modo se realizan las acciones necesarias para la mitigación o eliminación de los efectos negativos de dichos eventos, así como la evaluación y seguimiento a políticas públicas en salud.

Dentro de los eventos Transmisibles se incluye SIVIGILA cuyo objetivo es garantizar la notificación de Eventos de interés en Salud Pública a través del sistema de información SIVIGILA según los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino por parte de cada uno de los actores que intervienen en el proceso de vigilancia en salud pública. Durante el año 2014 se encontró que desde el Subsistema SIVIGILA se desarrollaron 109 Intervenciones epidemiológicas de campo

Urgencias y Emergencias en Salud Pública

Fortalecer el soporte organizacional y técnico para dar respuesta oportuna a las Urgencias y Emergencias con impacto en la Salud Pública, donde permita el abordaje y contención de las mismas.

Vigilancia de la Salud Materno Infantil

La vigilancia de la salud materno infantil busca monitorear su comportamiento, analizarlo y generar conocimiento con el fin de orientar la definición,

implementación y evaluación de estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana, seguimiento y tratamiento acorde a las guías actualizadas para el manejo de estos eventos, con el fin de garantizar una maternidad segura y cumplimiento con los objetivos 4 y 5 de desarrollo del milenio. Frente al proceso de Salud Materna Infantil realizaron 12 seguimientos, en recién nacidos se generaron 26 seguimientos y 13 a mujeres gestantes.

Vigilancia en Salud Pública Comunitaria

Es un proceso que se asume desde un enfoque epidemiológico crítico comunitario y social con el propósito de identificar situaciones o problemáticas socioculturales, ambientales en la comunidad que afectan la salud o que puedan relacionarse con las causas que intervienen en la aparición de los eventos patológicos que son de interés en salud pública, a partir del reconocimiento de intereses acumulados y la lectura de necesidades con el fin de contribuir a mejorar la respuesta social a la situación de salud en los comunidades y el Distrito Capital; es importante resaltar que desde Vigilancia comunitaria se realizaron 234 notificaciones y canalizaciones

3. CAPÍTULO III. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD

El tercer capítulo presenta el resultado del proceso de identificación y valoración de las tensiones presentes en la localidad, desarrollado a partir de la información analizada en los primeros dos capítulos con el fin de reconocer las situaciones o condiciones que impactan positiva o negativamente la salud de la población, desde el abordaje de dimensiones prioritarias del Plan Decenal de salud Pública 2012-2021 y la metodología PASE para la equidad en salud, estableciendo así el entramado de relaciones entre las distintas dimensiones del desarrollo, que permiten comprender de manera integral los eventos en salud de la población, así como sus determinantes estructurales e intermediarios (88).

Según la OMS “Los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” que reflejan la manera en la que está distribuido el poder, la riqueza y los recursos en la sociedad (89). El enfoque de Determinantes Sociales de la Salud surge como un campo desafiante en la medicina social, debido a la creciente evidencia de que la contribución de la medicina y la atención de la salud

no es suficiente para garantizar mejoras en el estado de salud de la población, por lo que se plantea ampliar la mirada para comprender la explicación y acción hacia los modelos sociales y estructurales que originan las oportunidades para ser saludable. La referencia conceptual utilizada en este capítulo para analizar los determinantes sociales de la salud, se basa principalmente en el concepto de la producción social de la enfermedad (90).

Es importante tener en cuenta el contexto socioeconómico y político de la localidad Antonio Nariño, que abarca el conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social ejerciendo influencia formativa en los patrones de estratificación social y por lo tanto, en las condiciones de salud de la población.

3.1 Análisis de tensiones por etapa de ciclo vital

A continuación se muestra el análisis de las tensiones identificadas teniendo en cuenta las dimensiones del Plan Decenal del Salud Pública.

3.1.1. Etapa de Ciclo Infancia

Tensión 1. ETS en Mujeres Gestantes

Dimensión: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Componente: Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos.

Área de observación: Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en Salud Sexual y Reproductiva.

Ilustración 22 Tensión (1) Etapa de Ciclo Infancia, ETS en Mujeres gestantes



De acuerdo a las diferentes fuentes consultadas y al análisis mixto de información, teniendo en cuenta la dimensión prioritaria del Plan Decenal de salud, Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, se evidencia en la localidad la falta de acciones de autocuidado, así como una cultura basada en imaginarios patriarcales que sumada al modelo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, generan barreras en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual en las mujeres gestantes. De igual forma, se tienen como elementos que refuerzan el problema, la falta de oferta del portafolio de servicios y otras limitantes administrativas para la autorización de exámenes de diagnóstico. También inciden situaciones de carácter cultural y social como la Paternidad irresponsable, poca

adherencia al tratamiento en pareja, promiscuidad, Imaginarios patriarcales y falta de cultura preconcepcional.

De acuerdo a los eventos notificados en el sistema de vigilancia (SIVIGILA) año 2014 se evidenciaron 73 casos de ITS, de ellos los de mayor prevalencia para la localidad Antonio Nariño fueron los eventos de Hepatitis B-C, Sífilis Congénita, Sífilis Gestacional y VIH. Del total de la población notificada por Hepatitis B -C de 10 casos, 4 se presentaron en mujeres gestantes, con relación a Sífilis gestacional se identificaron 12 casos y cero mortalidades, en cuanto a VIH se presentaron 36 casos en población general de los cuales 2 casos se presentaron en mujeres gestantes. Adicional a la repercusiones en salud a las gestantes, existen afectaciones al producto del embarazo tales como: malformaciones congénitas que conllevan a diferentes condiciones de discapacidad, mortalidad perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer y aborto.

Análisis de determinantes sociales en salud.

Las barreras de acceso debido al enfoque del modelo del sistema de seguridad social vigente se presentan como determinantes estructurales preponderantes para este caso. A diferencia de la localidad de Rafael Uribe, de acuerdo a la base de datos de SIVIGILA, no se encuentra una relación visible entre el nivel socioeconómico del evento. Las UPZ en donde se notifican más casos son las de Ciudad Jardín y El Restrepo, lugares en donde no se registran elevados niveles de pobreza.

Si bien se cuenta con marco normativo que beneficia el tratamiento y la detección oportuna de sífilis gestacional, no hay suficiente adherencia a las políticas de salud sexual y reproductiva, debido que el Sistema de Seguridad Social percibe la salud como un servicio y no como un derecho. De lo cual se derivan diferentes barreras administrativas para la autorización de exámenes de diagnóstico y el desinterés de las EPS por promocionar el portafolio de servicios y los derechos de las usuarias y los usuarios frente al tema.

Como determinantes intermedios en el sector de servicios de salud, se encontró la Falta de articulación entre las aseguradoras para propiciar acciones interinstitucionales relacionadas con la celeridad de procesos de canalización o remisión, y una limitada adherencia a guías y protocolos, derivados del desconocimiento de normas y políticas públicas con relación al debido manejo de la enfermedad.

Se estiman como determinantes de importante incidencia la falta de conductas de auto cuidado y de prácticas sexuales seguras como la asistencia a citas preconcepciones. Las pautas androcéntricas o patriarcales, son consideradas factores que restringen estas prácticas seguras de sexualidad y otras acciones de prevención de la enfermedad, pues limitan el uso del preservativo, la permanencia del hombre en el tratamiento, la asistencia a citas preconcepciones, la adhesión a métodos anticonceptivos en pareja y aumenta las relaciones sexuales desordenada.

También se evidencia la falta de responsabilidad y conciencia materna y paterna sobre las repercusiones de la enfermedad en el neonato. Por lo tanto se aduce que puede haber carencia de procesos de educación y comunicación frente al tema tanto en entornos familiares como en espacios institucionales, bien sean educativos o de salud.

Sin embargo, es importante exponer como determinante liberador de la tensión, el Seguimiento por parte de Vigilancia en Salud Pública e IPS's - EPS's de los casos detectados y los programas de educación sobre las enfermedades de transmisión sexual que se desarrollan desde el programa de Territorios Saludables.

Tensión 2. Violencia en niñas y niños de 6 a 12 años

Dimensión: Salud mental y convivencia

Componente: promoción de la salud mental y convivencia

Área de observación: autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social

Ilustración 23. Tensión (2) Etapa de Ciclo Infancia. Violencia en niñas y niños de 6 a 12 años



Las dificultades en la interacción y comunicación familiar, historia familiar de violencias y consumo de SPA por parte de los padres, inciden en los modelos parentales y estilos de crianza inadecuados que desencadenan en eventos de violencia emocional (48), física (23), negligencia (23) contra los niños y niñas en la localidad Antonio Nariño, ya que de acuerdo a los casos notificados por el subsistema de SIVIM se presentaron durante el 2014, un total de 112 casos de niños y niñas víctimas de violencias de un total de 504 casos notificados, afectando en mayor número a la etapa de ciclo infancia (de 6 a 12 años), evidenciando las acciones desarticuladas en la ejecución de la política pública de infancia por parte de las diferentes instituciones de tal manera que no generan el impacto esperado en la reducción del evento; cuyas repercusiones en la salud

mental se ve reflejada en comportamientos y actitudes de baja autoestima, auto concepto, problemas de aprendizaje y rendimiento académico; replicando además dichos comportamientos en su entorno escolar.

Determinantes sociales en salud

Es importante reconocer que los determinantes intermedios predominan en la incidencia de la violencia contra los niños y niñas a nivel local, teniendo en cuenta que en Colombia el 84 % de las víctimas de violencia intrafamiliar son niños y niñas (91); es así como los obstáculos que se presentan en la vida familiar generan alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud físico y mental de los niños y las niñas tales como la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras. “Es muy grave que la familia, que debería ser por excelencia el ámbito de protección de los niños y niñas, sea en la mayoría de los casos el escenario de la vulneración de sus derechos” (91)

Del mismo modo se encuentra como determinante intermedio que las pautas de crianza se ven afectadas por las relaciones agresivas, la deprivación afectiva y otras problemáticas de la familia, tal como lo encontró en sus resultados de investigación Bradley (2000) citado en Ezpeleta (2005), quien plantea que la falta de afecto, el afecto negativo o la desaprobación a toda acción o comportamiento de los padres, se relaciona con problemas externalizantes y con baja autoestima en niños y, además, la vinculación insegura con los cuidadores como un factor de mayor vulnerabilidad para la psicopatología infantil (92).

Las pautas de crianza inadecuadas están estrechamente relacionadas con estilos parentales inadecuados, autoritarios y castigadores, generan un desarrollo emocional disfuncional y deficitario en estrategias y competencias emocionales para la adaptación en distintos contextos a lo largo de la vida. (92)

Del mismo modo se encuentra como determinantes intermedios, el consumo de drogas y licor por parte de los padres que concentró el mayor porcentaje de manifestaciones de violencia física y psicológica dirigida hacia los niños y niñas lo cual aumenta la vulnerabilidad de los niños frente a la violencia en sus hogares (92)

El consumo de drogas y licor por parte de los padres alcohol como determinante intermedio que concentró el mayor porcentaje de manifestaciones de violencia

física y psicológica dirigida hacia los niños y niñas lo cual aumenta la vulnerabilidad de los niños frente a la violencia en sus hogares (92).

Lo anterior se puede verificar con el documento Maltrato infantil por Agresores bajo Efecto del Alcohol, donde se menciona que con respecto a abuso sexual, fue encontrado que 74.4% de las familias eran disfuncionales y de estas 35 % eran caracterizadas por presencia de alcoholismo, ya que los padres alcohólicos o que usaron drogas tenían más posibilidades de agredir y violentar sus hijos que otros. Estos padres tienden a ignorar a sus hijos, se apartan de ellos, no tienen vínculos fuertes, dejan de cuidar de los niños y pueden ser agresivos y violentos. (93)

Por otro lado se contempla como determinante estructural el bajo nivel de incidencia que tiene la política pública de infancia y adolescencia como consecuencia de la desarticulación interinstitucional, para minimizar las situaciones de violencia en niños y niñas, el cual en el artículo séptimo que hace referencia a la protección integral, materializado en el conjunto de políticas planes y programas que se deben ejecutar a nivel nacional, departamental y distrital y la corresponsabilidad que debe existir entre la familia, la sociedad y el Estado para la atención, cuidado y protección (94).

Tensión 3. Propagación y recirculación de los virus causantes de varicela y parotiditis

Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Componente: Enfermedades Inmunoprevenibles

Área de observación: Carga de enfermedades Inmunoprevenibles.

Ilustración 24. Tensión (3) Etapa de Ciclo Infancia, Propagación y recirculación de los virus causantes de varicela y parotiditis



Al analizar la situación de salud de la localidad con respecto a la dimensión de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles se encuentra que el desconocimiento sobre las enfermedades Inmunoprevenibles y sus implicaciones, por parte de cuidadores y actores intersectoriales, junto con las características de transmisibilidad (antes de aparición de signos y síntomas patognomónicos) generan prácticas de cuidado y manejo inadecuado a las personas que presentan los eventos produciendo alta propagación y recirculación de los virus causantes de varicela y parotiditis, debido a los costos que generan las estrategias de prevención e inmunización, afectando el estado de salud de la

población en etapa de ciclo infancia reflejado en la alta incidencia de varicela y parotiditis.

Como elementos reforzadores del evento se encuentran los factores socioeconómicos y nivel educativo de los cuidadores, la consulta inoportuna a los servicios de salud por mitos y creencias frente a la enfermedad, barreras en los servicios de salud debido a expedición de incapacidades cortas y la presencia de casos importados.

Por otro lado al realizar la identificación de liberadores se encuentra la existencia de programa ampliado de inmunizaciones en la localidad y la inclusión de vacuna específica contra la varicela en el año 2014, así como la formulación de diferentes estrategias para la ampliación de la cobertura de vacunación en los niños y niñas de la localidad. Manejo y seguimiento de los casos presentados e intervención de brotes reportados desde la unidad comando que buscan cortar la cadena de transmisión, el Sistema de Vigilancia Comunitaria, que permite el empoderamiento de la comunidad frente a los diferentes eventos de interés en salud pública y su notificación y reporte.

Análisis de determinantes sociales de la salud

Entre los determinantes intermediarios de la prevalencia de las enfermedades trasmisibles se encuentran las condiciones y hábitos particulares de los individuos que pueden ser prevenibles mediante el conocimiento de las mismas, en relación a las medidas necesarias frente al aislamiento de casos identificados, por lo que es necesaria educación en salud pública en los medios de comunicación.

Desde el análisis de acceso a los servicios de salud, es importante mencionar que ante la identificación de un caso en lugares donde el riesgo epidémico es alto, el CDC recomienda la inmunización sin embargo no lo cubre el Plan Ampliado de Inmunizaciones de Colombia, sino en edades específicas. Además es importante analizar el comportamiento de las coberturas de vacunación en la localidad, durante el año 2014 no se logró el cumplimiento de cobertura esperado para los biológicos trazadores. En un estudio realizado En Ghana, Se demuestra que hay una significativa relación entre los determinantes de salud (educación, ocupación, riqueza) y el estado de inmunización (95). Se encontró que las variables asociadas estadísticamente a las bajas coberturas de vacunación en los distritos del estrato 1, son aquellas relacionadas con el contexto social, económico y social, pero también las condiciones de vida como la situación del distrito en determinados pisos ecológicos, que presentan ciertas condiciones particulares de vida.

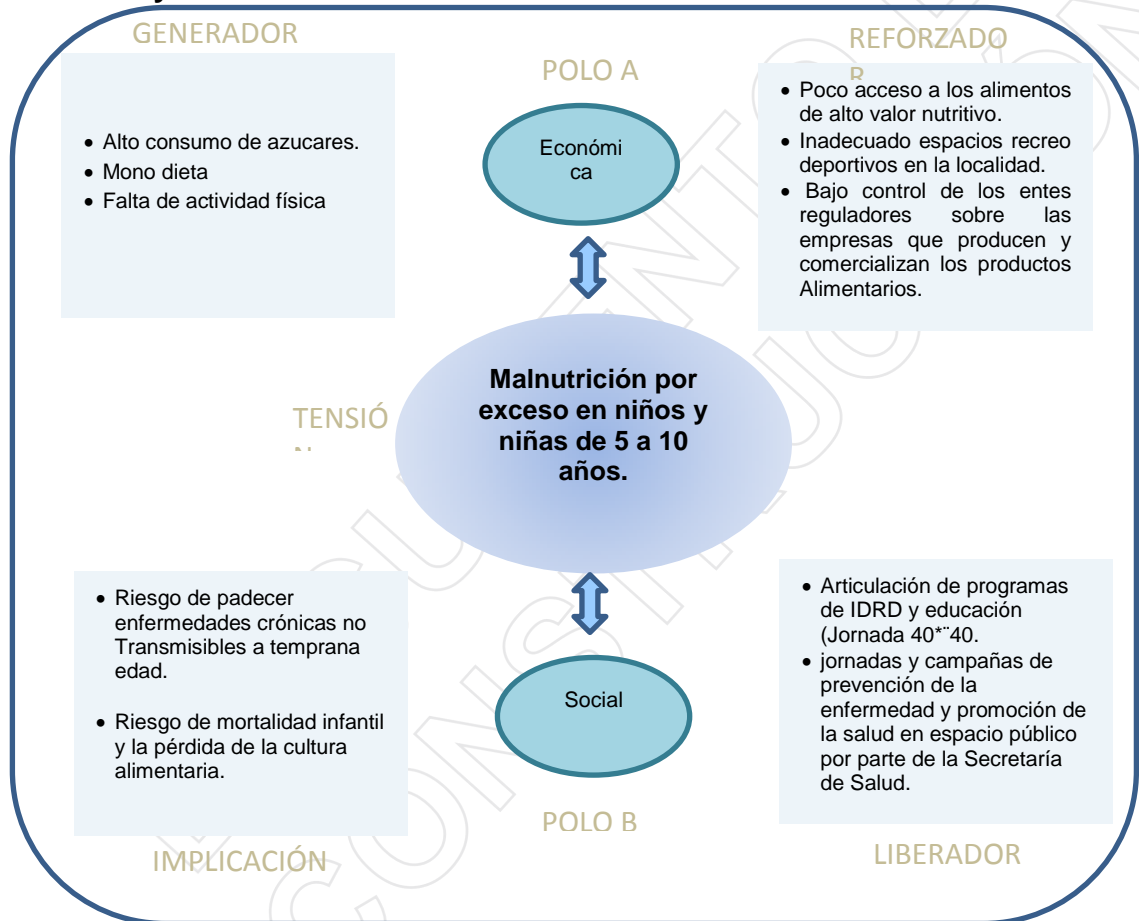
Tensión 4. Malnutrición por exceso en niños y niñas de 5 a 10 años.

Dimensión: Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos

Área de observación: Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos.

Ilustración 25. Tensión (4) Etapa de Ciclo Infancia, Malnutrición por exceso en niños y niñas de 5 a 10 años



Como resultado del análisis de los indicadores en la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se identificó la siguiente problemática Malnutrición por exceso en niños y niñas de 5 a 10 años para la Localidad de Antonio Nariño. Según la priorización de esta tensión uno de los factores generadores es la falta de actividad física asociada a la inseguridad en los espacios de recreación y deporte incide negativamente en la no realización de actividad física lo que ocasiona sedentarismo en esta etapa. Además la ausencia de estilos de vida saludables que se originan desde la familia contribuye al aumento de esta problemática.

REFORZADOR El Asistencialismo en programas alimentarios establecidos por el Gobierno Nacional inciden en esta problemática.

En cuanto al Polo Social incide negativamente la influencia que ejercen los medios de comunicación, la publicidad y mercadeo incentivan el consumo de alimentos hipercalóricos en esta población lo que genera malnutrición por exceso en niños y niñas de 5 a 10 años.

En cuanto al Polo Económico existen programas de apoyo alimentario que no tienen en cuenta el estado nutricional de cada niño y niña, lo cual genera malnutrición por exceso en esta población.

Determinantes:

Los determinantes de la salud que se relacionan al evento en mención son los intermediarios, pues los hábitos alimentarios de la población infantil están determinados por patrones alimentarios familiares, los cuales a su vez, están ligados a los aspectos culturales de una determinada región o país, que tienen unas costumbres y tradiciones alimentarias propias (alimentos, recetas típicas, horarios de comida, comportamiento en la mesa, creencias religiosas e ideológicas).

Por otro lado, los factores asociados a la educación alimentaria, también determinan el estado nutricional, un estudio en Perú reveló que frente a los determinantes se encuentran factores que se asocian a la formación alimentaria, puesto que, las familias no encuentran un sano balance de la comida que debe ser ofrecida al niño en sus tiempos fuertes a la ofrecida en los de las loncheras. (96) Igualmente en el programa de alimentación escolar (PAE) en los colegios oficiales se ofrecen refrigerios reforzados, que si bien suplen un tiempo de alimentación de las niñas y los niños, en muchos casos aumentan el requerimiento calórico

requerido por las niñas y los niños, por lo que es importante reconocer la importancia de refrigerios basados en el actual estado nutricional de las y los niños de la localidad. En cuanto al sedentarismo, la gran mayoría de estos las niñas y los dedican su tiempo libre a realizar actividades pasivas, entre ellas ver televisión, jugar juegos de video y hablar con sus amigos. Otro estudio encontró que considerando globalmente el tiempo medio diario dedicado al desempeño de actividades sedentarias (estudio, televisión, ordenador, videojuegos, etc.), la prevalencia de obesidad fue más elevada entre los chicos y chicas que dedican mayor tiempo a este tipo de actividades en comparación con los que dedican menos tiempo. (97)

5.1.1. Etapa de Ciclo Adolescencia

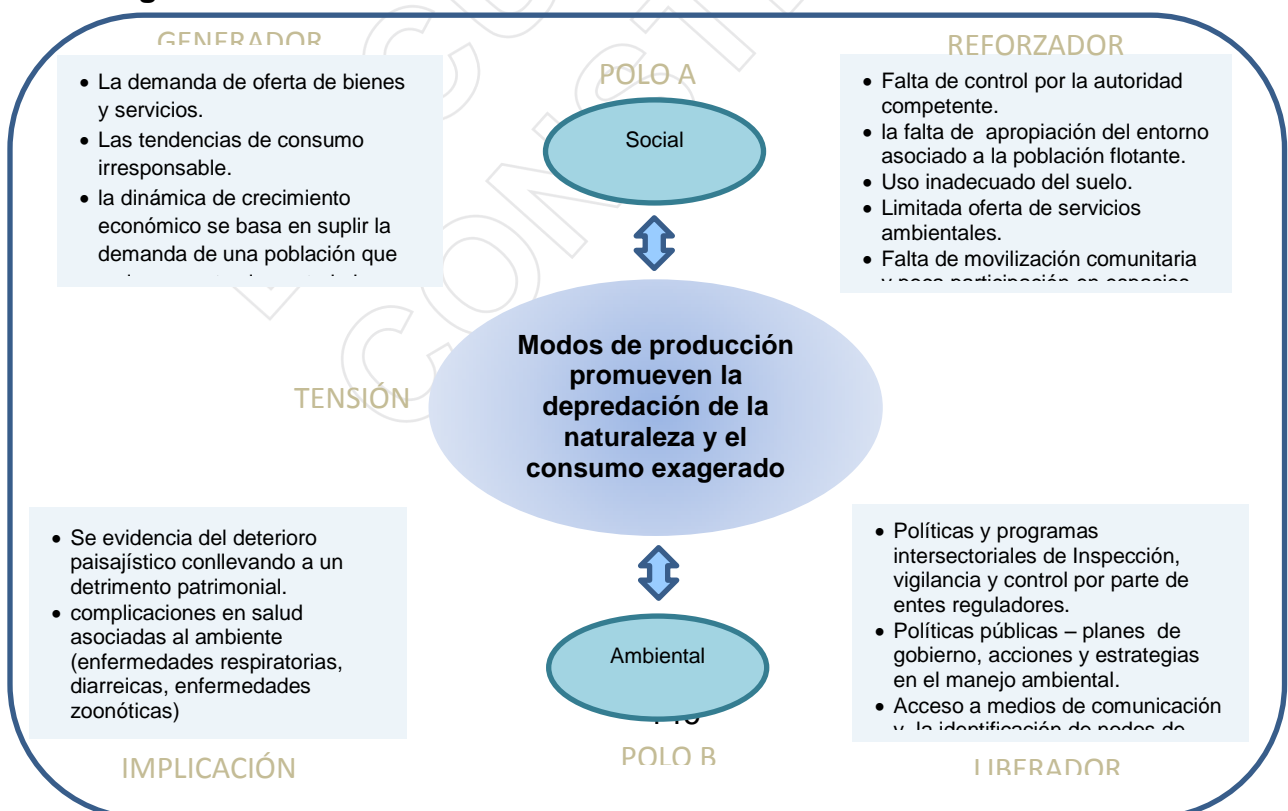
Tensión 1. Modos de producción promueven la depredación de la naturaleza y el consumo exagerado de recursos naturales.

Dimensión: Salud Ambiental

Componente: Habitación Saludable

Área de observación: Adaptación e implementación de políticas nacionales e internacionales en salud ambiental.

Ilustración 26. Tensión (1.) Etapa de Ciclo Adolescencia, Modos de producción promueven la depredación de la naturaleza y el consumo exagerado de recursos naturales



Como factores reforzadores están Falta de control por la autoridad competente y la falta de apropiación del entorno población flotante, uso inadecuado del suelo limitada oferta de servicios ambientales, falta de movilización comunitaria, falta participación en espacios locales de decisión, falta de corresponsabilidad y co-interés de la comunidad.

Como factores liberadores se encuentran: Políticas y programas intersectoriales Inspección, vigilancia y control por parte de entes reguladores. Iniciativas comunitarias limitadas localizadas, Políticas públicas, Planes de gobierno, acciones y estrategias, acceso a medios de comunicación y la identificación de nodos de interés ambiental.

Determinantes

Como reforzadores está la falta de control por la autoridad competente y la falta de apropiación del entorno población flotante, uso inadecuado del suelo limitada y oferta de servicios ambientales, falta de movilización comunitaria, falta participación en espacios locales de decisión, falta de corresponsabilidad y cointerés de la comunidad.

Como liberadores están las políticas y programas intersectoriales de Inspección, vigilancia y control por parte de entes reguladores. Iniciativas comunitarias limitadas localizadas, Políticas públicas, Planes de gobierno, acciones y estrategias ambientales, acceso a medios de comunicación y la identificación de nodos de interés ambiental.

El concepto de salud ambiental tiene una relación directa con los factores ambientales que podrían incidir en los proceso de salud-enfermedad basándose, principalmente, en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud (89). Partiendo de este hecho los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales en la localidad son el mercado de trabajo y la alta concentración de microindustrias, de pequeñas y medianas empresas. Estos son representados en más de mil establecimientos de gran diversidad en cuanto al producto final, pero que al utilizar ciertos insumos empleados en el proceso productivo, genera gases y vapores de diversa índole, que constituyen una fuente importante de contaminación ambiental y carga a la enfermedad. A la actividad Comercial e industrial de la localidad están asociados la contaminación sonora, (discotecas, promoción y oferta de servicios, alto tráfico automotor, industrias y fábricas), también influyen y condicionan el alto grado de contaminación visual y favorecen

la invasión del espacio público, no solo por ventas ambulantes de toda índole, sino automóviles, talleres, chatarrerías entre otros.

Además es necesario señalar que las rondas de los ríos de la localidad se sitúan como un factor de protección sólo de manera potencial, pues no son empleadas adecuadamente, ya que las acciones de arborización y embellecimiento son demasiado puntuales y no involucran a la comunidad en su conjunto, lo que hace que sigan siendo vistos como espacios sin dueño, asociados a los habitantes de calle que improvisa su alojamiento en estas zonas, acumulando los materiales propios de la actividad recicladora a la que generalmente se dedican y, no generan sentido de pertenencia y se usen como botaderos de basuras y escombros. Los parques adolecen de circunstancias semejantes y, como vimos, el manejo de las mascotas no es coherente con una visión de responsabilidad ciudadana derivada de proyectos de educación ambiental de impacto (98).

Los servicios de salud y el modelo de desarrollo económico, permiten que se reproduzcan inequidades en estos procesos productivos y desigualdades en el goce de espacios o entornos saludables a los que los habitantes de la localidad tienen derecho, por lo que continúa la afectación en el ambiente e incide directamente en la salud humana.

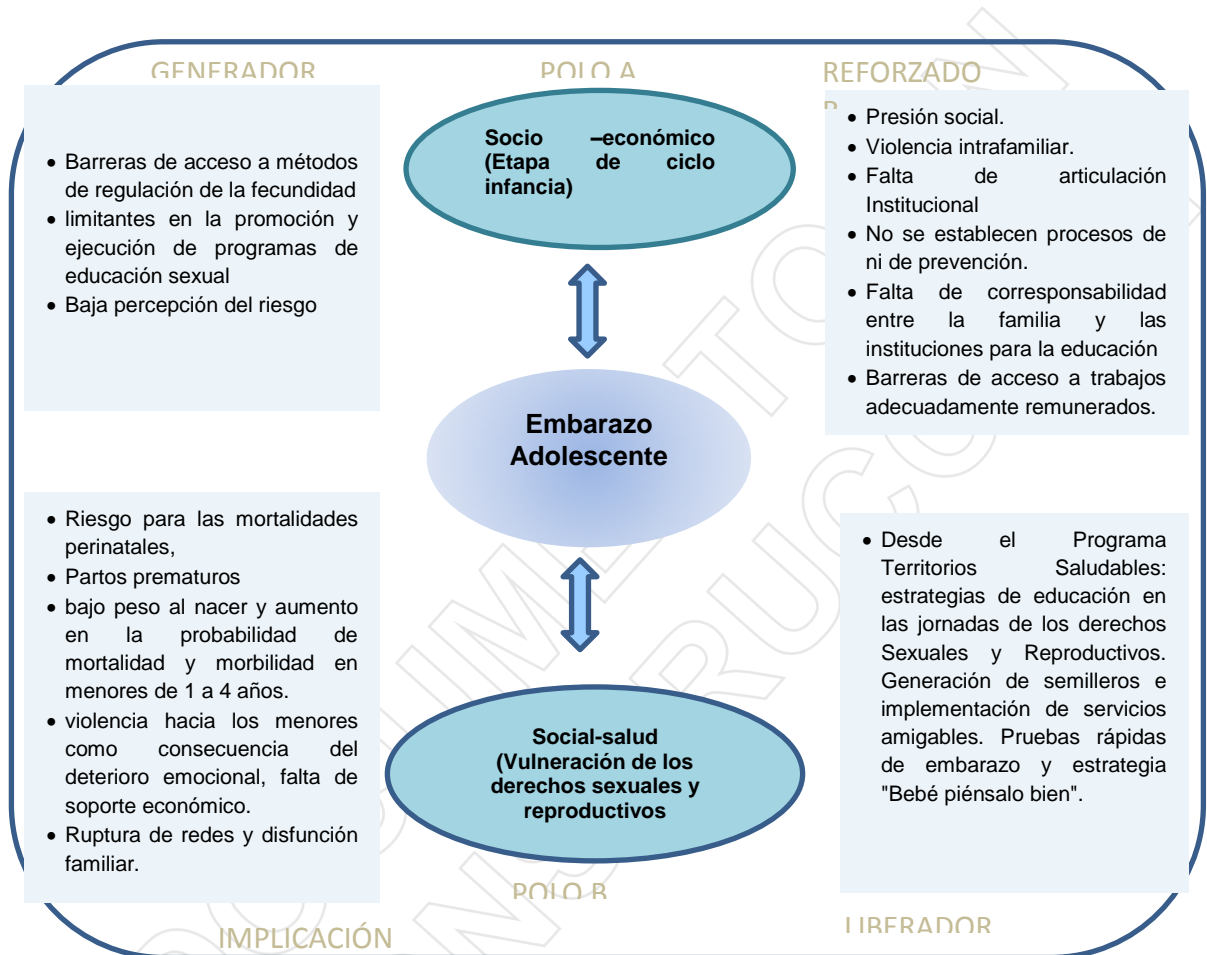
Tensión 2. Embarazo en Adolescentes

Dimensión: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Componente: Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género

Área de observación: Garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género

Ilustración 27 Tensión (2) Etapa de Ciclo Adolescencia, Embarazo en adolescentes



De acuerdo con la ilustración en la localidad de Antonio Nariño se identifica como factores generadores la presencia de barreras de acceso a métodos de regulación de la fecundidad, limitantes en la promoción y ejecución en programas de educación sexual enfocados en el fortalecimiento de habilidades sociales y de comunicación junto con la baja percepción del riesgo y las consecuencias frente al proyecto de vida de las y los jóvenes, reflejan limitantes en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos que se enmarcan en la tensión relacionada con embarazo en adolescentes. De acuerdo al comportamiento presentado durante el

año 2014 en eventos notificados al RUAF se identificó que del total de la población de mujeres embarazadas, el 16,3% se encuentra en la etapa de ciclo de la adolescencia con un total de 206 casos. De acuerdo al análisis espacial se encuentra que la mayoría de casos se identifican en la UPZ 38, sin embargo en la UPZ 35, en el barrio Policarpa también se presenta una concentración de casos.

Como elementos que refuerzan el problema se encuentra La presión social. Referente a Violencia intrafamiliar. Falta de articulación Institucional que permita la construcción real de procesos tendientes a la disminución de la problemática. En los lineamientos de las políticas no se establecen procesos de seguimiento a gestantes ni prevención de embarazo adolescente. Falta de corresponsabilidad entre la familia y las instituciones para la educación de las y los adolescentes Barreras de acceso a trabajos adecuadamente remunerados. Este evento afecta a la ECV de Infancia puesto que el embarazo en adolescentes implica mayor riesgo para las mortalidades perinatales, partos prematuros, bajo peso al nacer y aumento en la probabilidad de mortalidad y morbilidad en menores de 1 a 4 años. Por otro lado, se incrementa los índices de diferentes tipos de violencia hacia los menores como consecuencia del deterioro emocional y la inmadurez física y mental así como la falta de soporte económico de los padres y las madres. Para las adolescentes las consecuencias se enmarcan desde lo social con la generación de tensiones y ruptura en su red familiar así como el surgimiento de nuevas familias disfuncionales.

Análisis de determinantes sociales en salud.

Se presentan varias condiciones en la localidad que desde el orden estructural aumentan la tensión e inciden en la salud de la población. Si bien se cuenta con una política nacional de salud sexual y reproductiva y una distrital de juventud en donde se protegen los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes, estas no establecen entes de control que regulen el diseño y la implementación de estrategias de Información, Educación, Comunicación, y protocolos de prevención que establezcan procesos de seguimiento a mujeres adolescentes gestantes y consideren la idoneidad del talento humano y la sensibilidad de este ciclo vital. Tampoco hay claridad sobre las entidades e instituciones obligadas a ejecutarlas y la manera como debe ejercerse la interinstitucionalidad.

El modelo educativo vigente genera proyectos pedagógicos de SSR insuficientes para desarrollar comprensión, responsabilidad en cuanto autocuidado, proyecto de vida, y conocimientos sobre oferta de servicios de métodos de regulación de la fecundidad. Asociado a esto, los programas de educación se enfocan únicamente

en la parte biológica dejando de lado aspectos psicosociales y culturales que podrían ampliar el visión analítica de las y los jóvenes.

Como situaciones intermedias que influyen a la población se evidencia desinformación en las familias sobre los mecanismos que garantizan los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. También se presentan pautas culturales que limitan el uso de métodos de planificación masculina así como la promoción del embarazo en adolescentes (por ejemplo en algunas culturas étnicas) como parte fundamental en la estructuración familiar. Con relación a las interacciones familiares, se verifican determinantes de violencia reflejados en el manejo inadecuado de conflictos, la reproducción de modelos androcéntricos de crianza, perpetuación del ciclo del embarazo en adolescentes heredando modelos de acción social de madre a hija que aumentan la probabilidad de que se presente el evento y falta de responsabilidad en los cuidadores para generar procesos de concienciación sobre la repercusión del embarazo en los proyectos de vida.

En los servicios de salud aún se encuentran barreras en el ejercicio de los controles de planificación familiar al exigir la presencia de un adulto. Los procesos de promoción y prevención por parte de las EPS's muestran un limitado impacto.

5.1.2. Etapa de Ciclo Juventud

Tensión 1. Modos de producción promueven la depredación de la naturaleza y el consumo exagerado de recursos naturales.

Dimensión: Salud Ambiental

Componente: habitad saludable

Área de observación: protección y recuperación de entornos y ecosistemas estratégicos.

Ilustración 28. Tensión (1) Etapa de Ciclo Juventud, Modos de producción promueven la depredación de la naturaleza y el consumo exagerado de recursos naturales



Como factores reforzadores están: El enfoque inadecuado de la educación ambiental, ha propiciado el arraigo de hábitos inadecuados, que redundan en una falta de apropiación del entorno físico por parte de la comunidad, dificultando por un lado, la correcta separación en la fuente de residuos y por otro la disposición final de los mismos.

Como factores liberadores se encuentran: La comunidad en general se ve afectada por el deterioro del ambiente, dado que esto promueve el detrimento en

la salud y en las condiciones de vida de la población, con una mayor incidencia en la población vulnerable socioeconómicamente.

Determinantes

La UPZ Restrepo posee una gran variedad de oferta de servicios destinados a proveer a los ciudadanos servicios sociales con carácter formativo, cultural, educativo, de salud, de culto religioso, de bienestar social, deportivo y recreativo; pero, por otro lado, industrial y comercial, encontrándose en la localidad zonas bancarias, centros comerciales, restaurantes, centros educativos públicos y privados, plazas de mercado etc., que conllevan a un alto flujo de población flotante que están inmersos en tendencias de consumo ecológicamente no sustentable y originan un deterioro ambiental importante que se traduce en emisiones de gas particulado, alto flujo vehicular y contaminación auditiva que afectan directamente la salud como enfermedades respiratorias; y por otro lado, está la desvalorización y precarización de los bienes raíces que es evidente por el deterioro paisajístico que causan altos niveles de estrés ambiental, el manejo inadecuado de basuras y no separación de residuos, además, de la percepción de inseguridad y del riesgo que esto conlleva. Con base en la información del Diagnóstico de Prevención y Atención de Emergencias de la Secretaría de Gobierno, se estableció que el porcentaje afectado de la localidad, en caso de presentarse emergencias de grandes proporciones, oscilaría entre el 5 y 10%, siendo los barrios más vulnerables Ciudad Jardín sur, Ciudad Berna, La Hortúa, La Fragueta y San Antonio, principalmente, ubicados en la UPZ Ciudad Jardín. De otra parte, en barrios como Restrepo y La Fragua, la afectación podría ser inferior o igual al 5%; lo anterior teniendo en cuenta los fenómenos ambientales (E.S.E, 2011)

Otro factor de riesgo son las inundaciones, las cuales se presentan por la falta de limpieza de las redes hídricas, lo que produce taponamiento de alcantarillas, rebosamiento de aguas negras y en algunos casos, encharcamientos en las vías.

Actualmente en la localidad las zonas verdes se localizan en los siguientes espacios ecológicos que hacen parte del suelo de protección del Distrito Capital: Ronda del río Fucha, Ronda del canal de La Albina y Ronda del canal de río Seco. El total de áreas protegidas en suelo urbano de Antonio Nariño suma 21,25ha, que corresponde al 4,3% de la superficie total de la localidad. En teoría y según la base de datos del Instituto de Recreación y Deporte de 2011, El 95.5 % de la localidad tiene un desarrollo urbanístico, lo cual implica poca disponibilidad de superficies para áreas verdes; la localidad cuenta con 66 zonas verdes y parques

que suman 446.064,85 m², el papel que juegan estas áreas se relaciona con la mejora de la calidad del aire, la reducción de partículas, vientos y olores, la recuperación del espacio público entre otras, es decir una mejora en la calidad de vida teniendo en cuenta la población urbana del año 2011 este indicador está por debajo del promedio de la ciudad que registra 4,4 m²/hab (Nariño, 2013). Si a lo anterior se le añade que dichos espacios también son utilizados por habitantes de calle, propietarios de mascotas que no recogen el excremento, personas que arrojan escombros en las rondas de los canales y vendedores ambulantes ubicados en parques públicos, generan un detrimento en la calidad de vida de la población especialmente en la infancia y adolescencia, ya que disminuye la percepción de seguridad y salubridad de estos espacios de importancia ambiental (E.S.E, 2011).

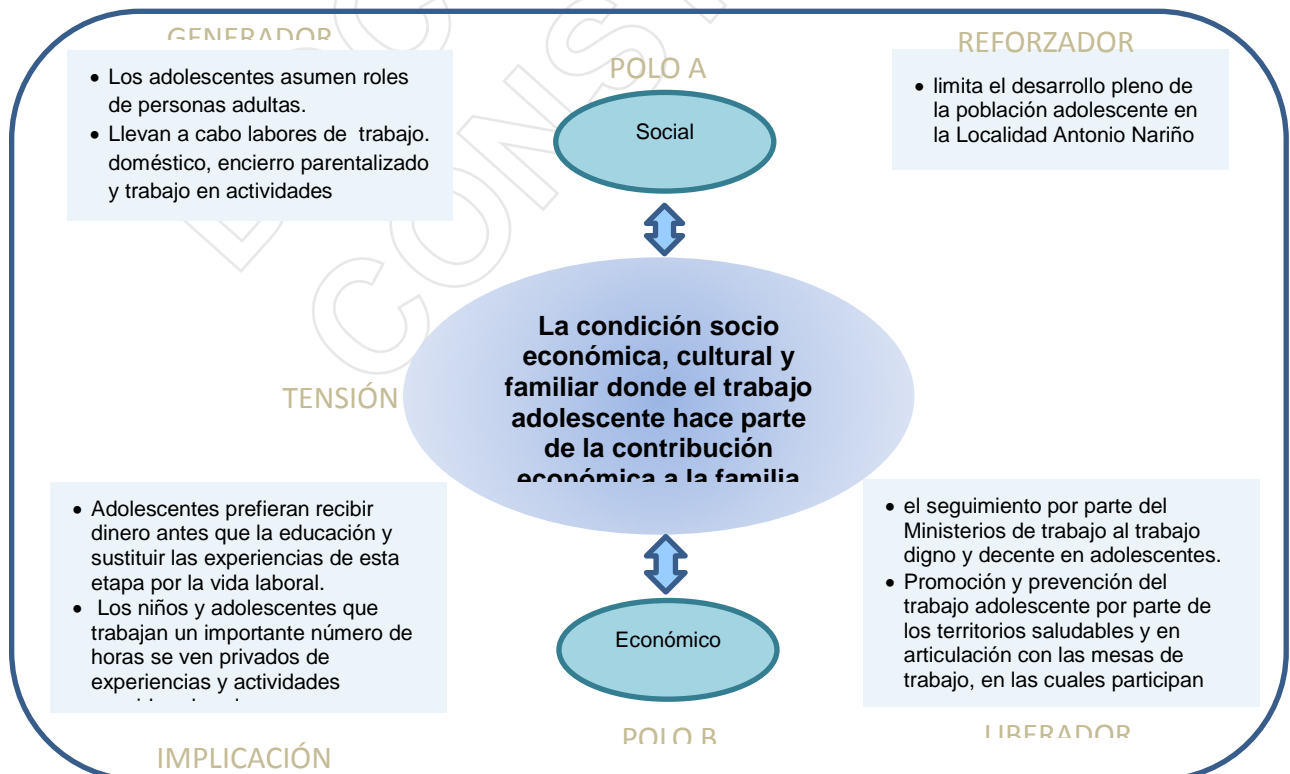
Tensión 2. La condición socio económica, cultural y familiar donde el trabajo adolescente hace parte de la contribución económica a la familia.

Dimensión: Salud y Ámbito Laboral

Componente: Seguridad y salud en el trabajo

Área de observación: Poblaciones Laborales en el Sector formal e Informal de la Economía

Ilustración 29. Tensión (2) Etapa de Ciclo Juventud, La condición socio económica, cultural y familiar donde el trabajo adolescente hace parte de la contribución económica a la familia.



Como factores reforzadores están: Como reforzadores están la falta de acompañamiento por parte de un adulto responsable en el desarrollo de los auto-esquemas, medios masivos de comunicación que influyen y promueven el consumismo y la oferta oportunista de trabajos mal remunerados.

Como factores liberadores se encuentran: el seguimiento por parte del Ministerios de trabajo al trabajo digno y decente en adolescentes. Promoción y prevención del trabajo adolescente por parte de los territorios saludables y en articulación con las mesas de trabajo, en las cuales participan diferentes instituciones.

Determinantes

Como lo menciona la literatura las condiciones económicas del hogar y de las familias definitivamente se comportan como determinante para el trabajo adolescente sin embargo los patrones culturales y sociales merecen gran atención. Un estudio realizado en Chile, reveló que, si bien la necesidad económica efectivamente continúa siendo el principal motor del trabajo adolescente principalmente en grupos más vulnerables, las preferencias culturales y la participación de los adolescentes en esta decisión tienen un peso cada vez más importante. (99)

Según el estudio, si bien el trabajo adolescente ocurre mayormente en los estratos de menores recursos económicos no todas las familias pobres permiten que sus hijos se incorporen al mercado laboral en forma permanente (de los niños ocupados de NSE bajo, solo el 46,4% trabaja más de 30 horas semanales) (99).

Según un estudio de nivel económico, el incremento del salario mínimo disminuye el empleo adolescente (100), es comportamiento hace inferir que una disminución del salario aumentaría el trabajo adolescente, una posible explicación es que a los productores sólo les es rentable contratar adolescentes cuando los salarios son muy bajos (100), Por su parte en la localidad Antonio Nariño se tiene que según la caracterización de las condiciones socioeconómicas del ámbito laboral en el año 2014, el 67% refiere ganar un SMLV (salario mínimo legal vigente) mientras que el 8% devenga menos de 1 SMLV, lo que lleva a suponer que el factor económico posiblemente puede ser un fuerte determinante intermedio.

Como determinante intermedio, también se deben tomar en cuenta otros factores asociados al funcionamiento de las familias, tales como la creciente participación que los niños tienen en la toma de decisiones familiares a medida que se acercan a la adolescencia. Desde esta perspectiva, las necesidades de los adolescentes

(tener dinero propio) influyen en decisión de ingresar a la vida laboral, decisión apoyada o aceptada por sus padres (99) y como se comentaba con el ámbito laboral reforzada por los medios masivos de comunicación que influyen y promueven el consumismo, siendo posiblemente éste último un determinante casi de tipo estructural.

5.1.3. Etapa de Ciclo Adultez

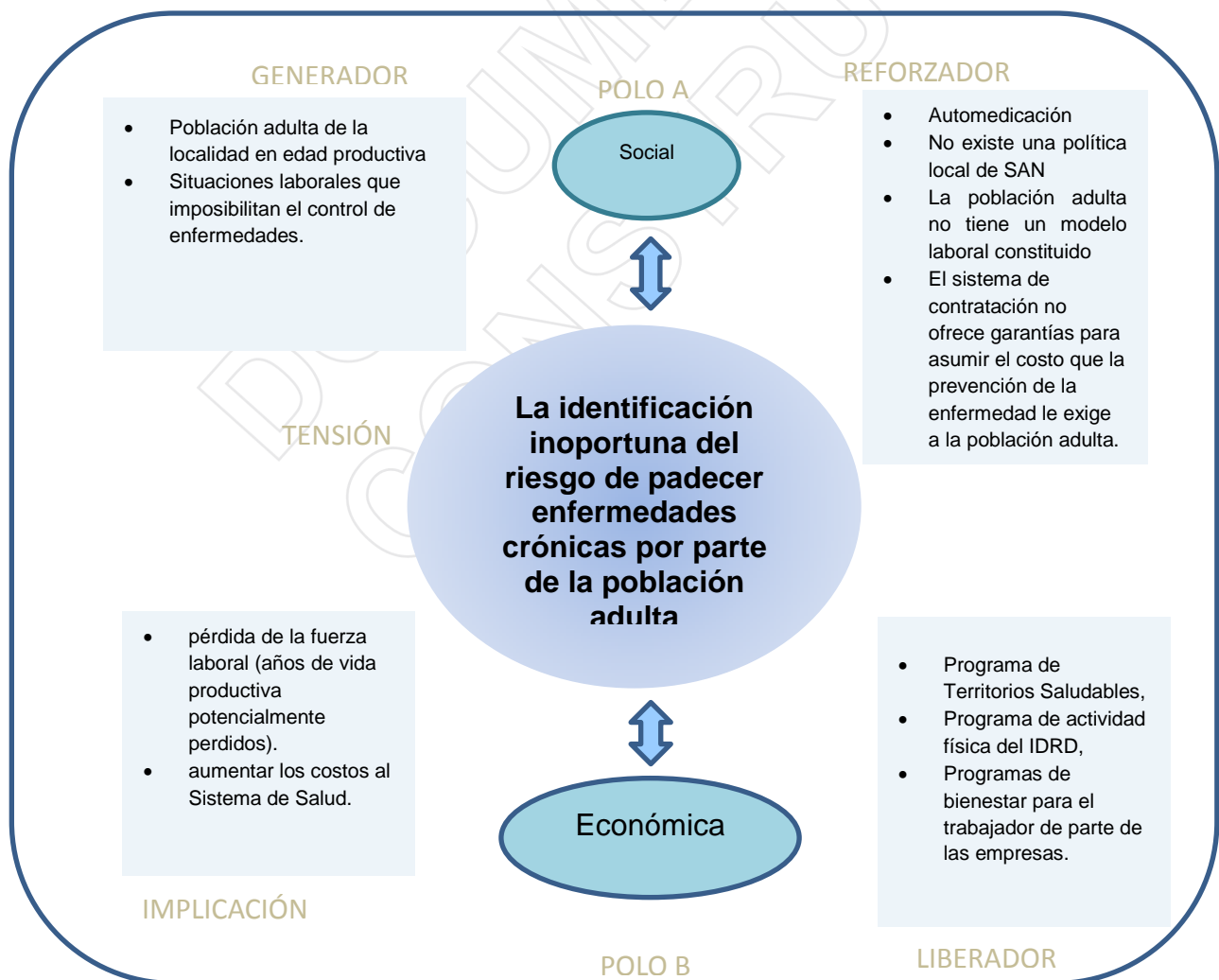
Tensión 1. Identificación inoportuna del riesgo de padecer enfermedades crónicas

Dimensión: Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

Componente: Modos, condiciones y estilos de vida saludables.

Área de Observación: Empoderamiento y corresponsabilidad social

Ilustración 30. Tensión (1.) Etapa de Ciclo Adultez, Identificación inoportuna del riesgo de padecer enfermedades crónicas



La población adulta de la localidad Antonio Nariño se caracteriza por ser la etapa de ciclo productiva, sin embargo se ve inmersa en afecciones de salud a los cuales no les presta atención y debido a sus ocupaciones no asiste a controles médicos preventivos. Esto genera la identificación inoportuna de padecer enfermedades crónicas por parte de la población adulta, las cuales no poseen una cultura de autocuidado. Adicionalmente se identifican fallas en la prestación de servicios de salud por parte de las EAPB's en los programas de promoción y prevención para brindar la educación hacia dicha población sobre las enfermedades crónicas.

Lo que puede traer como consecuencia pérdida de la fuerza laboral (años de vida productiva potencialmente perdidos). Además de aumentar los costos del Sistema de Salud.

Reforzadores

Para esta problemática esta la automedicación debido al desconocimiento de las enfermedades, no existe una política local de SAN que permita tener un conocimiento sobre una nutrición adecuada, la población adulta no tiene un modelo laboral constituido lo que le impide indirectamente en disponer de tiempo para controles médicos. El sistema de contratación no ofrece garantías para asumir el costo que la prevención de la enfermedad le exige a la población adulta.

Liberadores

Para esta tensión están programas de Política Sociales como el Programa de Territorios Saludables, Programa de actividad física del IDR, Programas de bienestar para el trabajador de parte de las empresas.

Análisis de determinantes

El modelo socioeconómico actual en el que se ve involucrada la población adulta de la localidad, impide de cierta manera el conocer, prevenir y controlar las enfermedades de tipo crónico en las que se ven expuestas, debido a que este sistema no brinda los espacios para permitir que esta población laboralmente activa, tenga los tiempos necesarios para conocer, identificar y poder asistir a controles médicos; este modelo no tiene en cuenta el bienestar del trabajador debido a que el común de las situaciones contractuales aboga por obtener un producto a cambio de una remuneración, mas no como un ítem más en alcanzar un equilibrio de salud y bienestar.

La adultez suele ser una etapa de ciclo muy activa tanto laboralmente como en otros aspectos, y es de esta manera que esta población se preocupa muy poco en mantener buenos hábitos de vida, sumado al modelo de salud que se fundamenta en atender la enfermedad y no en prevenirla, desencadena en una problemática que atenta directamente sobre la productividad de una población ya que las consecuencias del no cuidado de enfermedades crónicas puede conducir a la incapacidad y, por consiguiente, a la pérdida mano de obra productiva de un territorio. Principalmente el desconocimiento de síntomas primarios de enfermedades como la hipertensión y la diabetes, la identificación no oportuna de estas y hábitos de vida no saludables como el alto consumo de sal, el cigarrillo y el alcohol produce que se aumente los casos de discapacidad. En un estudio realizado en Bogotá para el 2006 refleja que la inactividad física tiende a ser un hábito prevalente en la población, por lo que se ve acelerado la mortalidad en personas mayores de 45 años (101). (101)

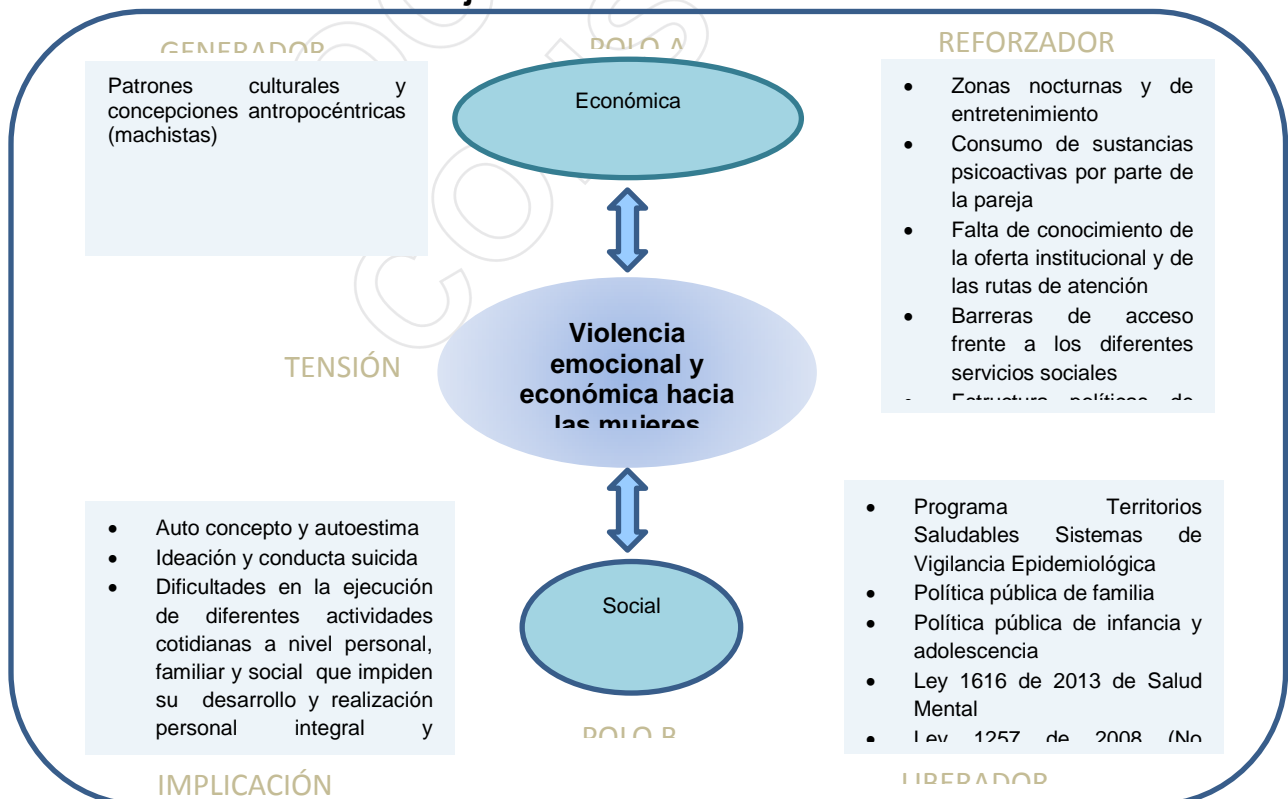
Tensión 2. Violencia emocional y económica hacia las Mujeres.

Dimensión: Salud mental y convivencia

Componente: Promoción de la salud mental y convivencia

Área de observación: Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social

Ilustración 31 Tensión (2). Etapa de Ciclo Adultez. Violencia emocional y económica hacia las Mujeres.



Patrones culturales, concepciones antropocéntricas (machistas) y haber presenciado o sido víctima de escenas de violencia intrafamiliar, conllevan a que en la localidad se presenten actos violentos contra las mujeres, evidenciándose vulneración de los derechos contra las mujeres a través de la normalización de las situaciones de violencia para resolver conflictos, relaciones desiguales de poder y coacción por parte del agresor. De acuerdo con el subsistema de SIVIM durante el año 2014 evidencia que se presentaron 74 casos de violencia física contra la mujeres contra 21 casos de violencia física contra hombres , 188 casos relacionados con violencia emocional contra 56 en hombre, 26 casos de violencia sexual en mujeres contra 4 en hombres, 22 casos relacionados con violencia económica contra 3 en hombres, dentro de la cual es necesario visibilizar la violencia patrimonial, 58 casos relacionados con violencia por negligencia en mujeres contra 31 en hombres y 17 casos de abandono en mujeres contra 7 en hombres, siendo la etapa de ciclo más afectada la de las mujeres adultas, evento perpetuado por patrones de crianza inadecuados, la incidencia de la dependencia económica - emocional de las mujeres hacia su relación de pareja. Las implicaciones que se presentan por estas situaciones en las mujeres están relacionadas con su auto concepto y autoestima que se expresan en ideación y conducta suicida, así como dificultades en la ejecución diferentes actividades cotidianas a nivel personal, familiar y social que impiden su desarrollo y realización personal integral y adecuada.

En la violencia contra la mujer inciden como determinantes estructurales diferentes factores culturales y sociales de carácter simbólico que dan origen a problemáticas como el sexismo y las conductas donde el hombre es quien ejerce el poder en los diferentes ámbitos de vida cotidiana; así como se hace referencia en la revista violencia de género; perspectivas y realidades, donde se considera que “las raíces de la subordinación e infravaloración de las mujeres están en el patriarcado, donde el orden patriarcal supone una jerarquía que sigue la línea de género y generación, donde las mujeres y las generaciones están subordinadas a los hombres enmarcándolas en un estatus inferior tanto en la vida familiar como la pública” (91).

Lo anterior se ve reflejado en relaciones de genero inequitativas y desiguales, la pérdida de valores y principios, es importante tener en cuenta la influencia negativa que generan los medios de comunicación por representar a la mujer como un objeto comercial y sexual, el cual es tenido en cuenta como un determinante estructural teniendo en cuenta que hoy en día cuando la cosificación de la mujer se ha vuelto más relevante, así como se describe en el sitio web Orbita Diversa “en una sociedad devorada por el consumismo y donde las mujeres han

pasado a convertirse una mercancía dedicada al disfrute, generalmente, del hombre. Esta forma de violencia simbólica, que resulta casi imperceptible, somete a todas las mujeres a través de la publicidad, las revistas, las series de televisión, las películas, los videojuegos, los videos musicales, las noticias, la tele realidad (102).

Frente al análisis de los determinantes intermedios se encuentra que el nivel educativo, el nivel de ingresos inciden en la problemática de violencia contra la mujer, se presenta discriminación laboral representado en menores ingresos y ocupación en determinadas labores, existe también discriminación por la forma de vestir ya que culturalmente se refiere que son las mujeres las que incitan las situaciones de violencia.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 establece que un 37% de las mujeres colombianas alguna vez unidas manifiestan haber sido víctimas de violencia física por parte de sus parejas al menos una vez. Esta encuesta reporta expresiones como los golpes con la mano, patadas, “zarandeos”, golpes con objetos, amenazas con armas e intentos de estrangulamiento, entre otras. (103)

Además es relevante destacar se encuentra bajo nivel de autoestima de la mujer, dependencia emocional afectiva y económica hacia la pareja, situaciones de celos o infidelidad, y la falta de amor y comprensión en la relación de pareja, además se presenta falta de madurez y de carácter especialmente al momento de enfrentar situaciones complejas, dificultades en la comunicación a nivel de pareja, el consumo de sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas por parte del agresor.

Tensión 3. Alta incidencia de tuberculosis

Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Componente: Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas

Área de observación: Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo.

Ilustración 32. Tensión (3) Etapa de Ciclo Adultez, Alta incidencia de tuberculosis



Como resultado del análisis de los indicadores de la dimensión de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, en la localidad Antonio Nariño se evidencia que la presencia de factores de riesgo de tipo biológico (genético, estado nutricional, infección por el VIH, alteraciones de la inmunidad) y los estilos de vida inadecuados (hábito tabáquico, alcoholismo) de la población, además de la presencia y circulación de del bacilo, sumado al desconocimiento por parte de la población sobre la tuberculosis y la baja detección de casos de manera oportuna por parte del Sistema de Salud, debido a la ausencia de centros de atención de la

red pública en la localidad. En el año 2014 se reportaron 39 casos de este evento para la localidad Antonio Nariño con una tasa de incidencia de 36 *100,000 habitantes, y una tasa de letalidad de 15,9%, afectando principalmente a la población de la etapa de ciclo adultez, lo que genera que estas personas se mantengan en riesgo de contraer la enfermedad con mayor prevalencia en la UPZ. Por tal motivo la calidad de vida de las personas se ve afectada de manera significativa debido al aislamiento social y al deterioro de su vida laboral. Por otro lado se aumentan los costos para el Estado en atención en salud.

La anterior situación en la localidad Antonio Nariño se ve reforzada por factores como los problemas de acceso a los servicios de salud debido a falta de confianza en los mismos, el no uso de medidas de protección a enfermedades respiratorias, presencia de ciudadano habitante de calle, desconocimiento de signos y síntomas por parte de la población.

Por otro lado como factores liberadores la oportunidad en el inicio de tratamiento, una vez se identifica el caso; integralidad del programa al nivel nacional (integración red privada – pública; garantía de accesibilidad gratuita a tratamiento y el abordaje de sensibilización al paciente y la familia mediante la reunión de pacientes de TB a nivel local, Intervenciones epidemiológicas de campo desde el sistema de vigilancia en salud pública y las visitas de seguimiento individual.

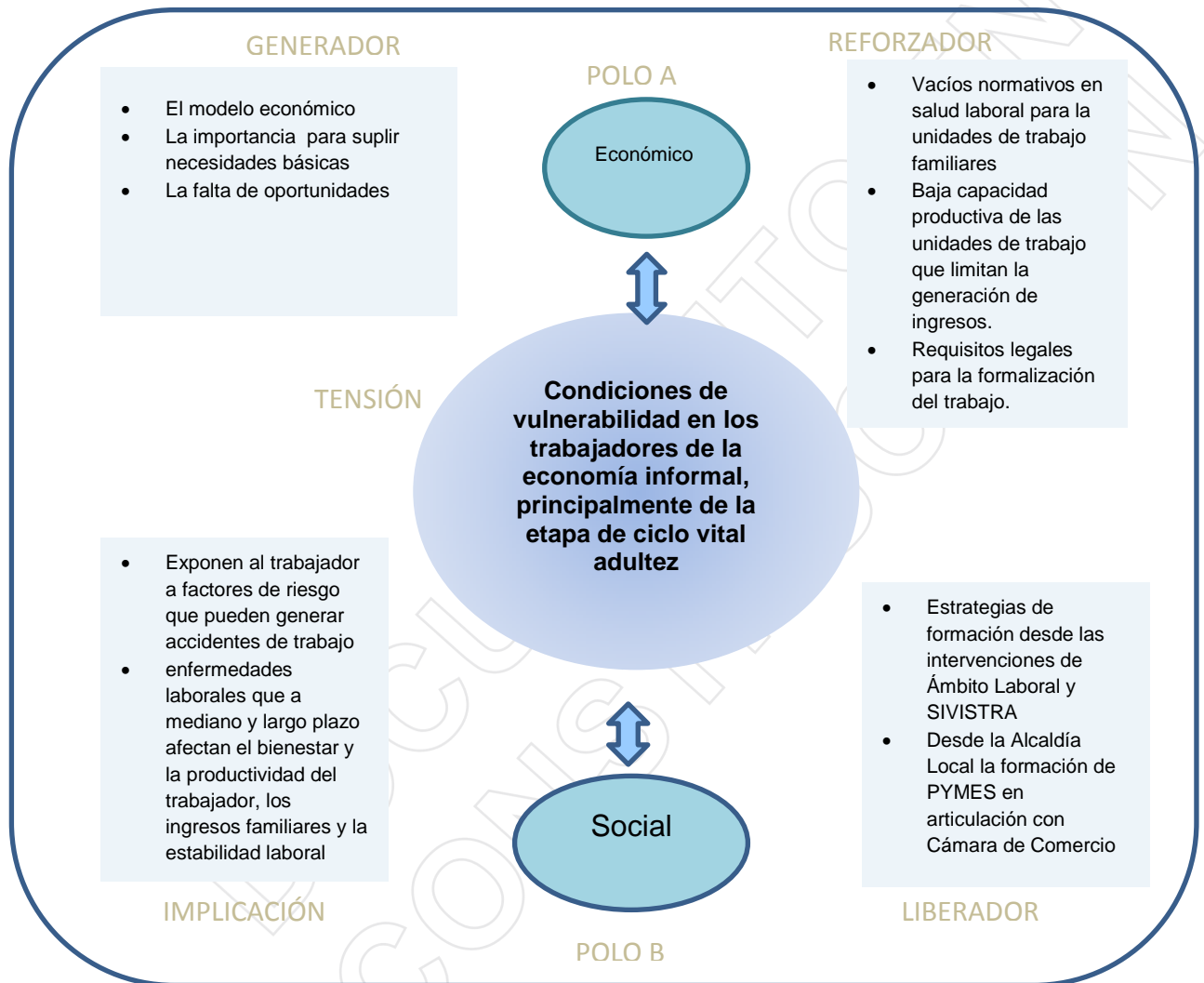
Tensión 4. Condiciones de vulnerabilidad en los trabajadores de la economía informal.

Dimensión: Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Componente: Seguridad y Salud en el trabajo

Área de Observación: Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral

Ilustración 33. Tensión (4) Etapa de Ciclo Adultez, Condiciones de vulnerabilidad en los trabajadores de la economía informal.



El modelo económico, la importancia para suplir las necesidades básicas, la falta de oportunidades sumado a las actividades y ocupaciones heredadas como la marroquinería y el comercio en plazas de mercado, así como actividades tradicionales en el territorio propias de su dinámica como las ventas ambulantes, expendio de alimentos, bebidas alcohólicas y talleres de mecánica conllevan a

condiciones de vulnerabilidad en los trabajadores de la economía informal, principalmente de la etapa de ciclo vital adultez (27 a 54 años).

Para el 2014 el 52,6% de la población trabajadora pertenecía a la economía informal que sin implementación de Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo y la falta de afiliación a este exponen al trabajador a factores de riesgo que pueden generar accidentes de trabajo como: heridas, quemaduras, atrapamientos, golpes, esguinces; enfermedades laborales como: Síndrome de túnel carpiano, cervicalgias, lumbagos, epicondilitis, manguito rotador etc. los cuales son generadores de incapacidades parciales o permanentes físicas y psicosociales, que a mediano y largo plazo afectan el bienestar y la productividad del trabajador, los ingresos familiares y la estabilidad laboral.

Reforzadores

Se encuentran los vacíos normativos en salud laboral para las unidades de trabajo familiares y la baja capacidad productiva de las unidades de trabajo que limitan la generación de ingresos y requisitos legales para la formalización del trabajo.

Liberadores

Están las Estrategias de formación desde las intervenciones de Ámbito Laboral y SIVISTRA direccionado por la Secretaría Distrital de Salud. Desde la Alcaldía Local la formación de PYMES en articulación con Cámara de Comercio.

Análisis de Determinantes:

Determinantes de tipo estructural como la falta de oportunidades laborales en la formalidad y los modelos económicos de producción donde los costos son trasladados a los trabajadores, afectan cada día más a la población trabajadora insertándolos en un mundo laboral que no cumple sus expectativas de vida y que por el contrario se aleja de los planteamientos estipulados en la normatividad.

“Hoy en día, en un sistema económico capitalista cada vez más globalizado, un pequeño número de transnacionales, organizaciones internacionales y gobiernos coaligados con las mismas, sobre todo en los países ricos, tienen el poder de tomar decisiones que afectan a las vidas de millones de trabajadores que viven en el límite de la supervivencia. Ellos son quienes determinan que clase de estándares laborales existen, que tipo de

normativas en salud laboral se imponen, y si los trabajadores pueden o no tener la protección de los sindicatos.¹”

La falta de controles rigurosos frente a estas situaciones dificulta el cumplimiento y avances en las políticas planteadas para la población de trabajadoras y trabajadores de los diferentes sectores económicos, así mismo la falta de ofertas institucionales y el poco apoyo a las iniciativas empresariales. (104)

El trabajo informal en la localidad Antonio Nariño están determinadas a nivel intermedio por la tradición familiar en las actividades económicas de marroquinería, restaurantes, plazas de mercado, talleres de mecánica y comercio ambulante o en establecimientos; la falta de oportunidades laborales y la disfuncionalidad familiar (madres cabeza de hogar) conllevan a la vulnerabilidad de los trabajadores ante eventos de origen laboral.

Además la falta de interés y tiempo para la formación y participación ciudadana por parte de los adultos, determina en nivel intermedio las condiciones de los trabajadores informales, a pesar que existan escasos espacios de capacitación para el trabajo.

La salud de las personas que trabajan en la informalidad, se ve afectada en un nivel proximal por la falta de autocuidado, pues en la caracterización que hizo el ámbito laboral, muchos trabajadores manifiestan que la asistencia al médico es escasas ya que “no les queda tiempo de nada y las citas se demoran mucho”, además aducen que no les duele nada y cuando aparece alguna sintomatología o malestar recurren a los medicamentos que tienen en su casa o a la droguería más cercana para cubrir dicha necesidad. (104)

De hecho esta condición de empleo y/o trabajo es ya determinante en la desigualdad e inequidad en salud.

¹ Benach J, Muntaner C, with Solar O, Santana V, Quinlan M and the Emconet network. Employment, Work, and Health Inequalities: A Global Perspective. Barcelona: Icaria 2010

5.1.4. Etapa de Ciclo Vejez

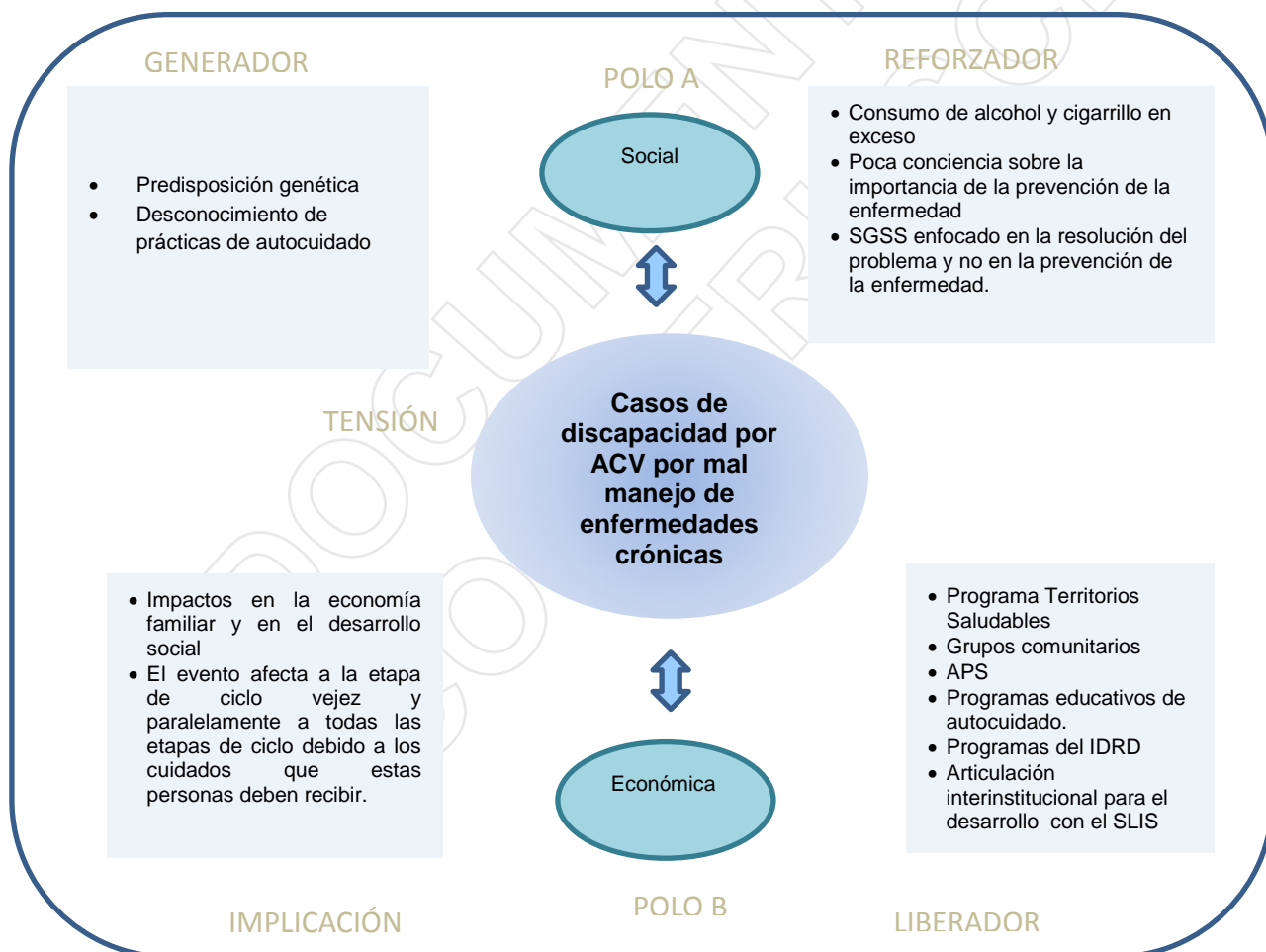
Tensión 1. Casos de discapacidad por ACV por mal manejo de enfermedades

Dimensión: Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

Componente: Condiciones crónicas prevalentes o dos, condiciones y estilos de vida saludables.

Área de Observación: Carga de la enfermedad

Ilustración 34. Tensión (1.) Etapa de Ciclo Vejez, Casos de discapacidad por ACV por mal manejo de enfermedades.



La predisposición genética junto con el desconocimiento de hábitos de vida saludable y la falta de prácticas de auto cuidado genera enfermedades precursoras como la hipertensión y diabetes en la etapa de ciclo Persona Mayor.

Para la localidad el 37,62% del total de personas mayores registradas en la base de discapacidad presenta alteraciones del movimiento y necesitan ayuda permanente, esto se traduce en que por el mal manejo de estas enfermedades crónicas se presentan ACV y apoplejías en la población mayor.

Este evento afecta la economía de la localidad visto desde la carga de enfermedad que puede ocasionar esta discapacidad, y hasta la muerte entre otras, impactando en la economía de la familia debido a que los gastos para la manutención de estas personas se incrementa al igual que para el estado y por lo tanto influyen directamente en el desarrollo social. Las implicaciones afectan a todas las etapas de ciclo, vejez principalmente.

Reforzadores

Para esta tensión son el consumo de alcohol y cigarrillo en exceso y la poca conciencia sobre la importancia de la prevención de la enfermedad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud enfocado en la resolución y no en la prevención.

Liberadores

Son el programa de Territorio Saludables a nivel individual y colectivo; Grupos comunitarios; Atención Primaria en Salud; Programas educativos de autocuidado; Programas de Recreación, deporte y cultura del IDRD y de la Alcaldía; Articulación interinstitucional para el desarrollo de las estrategias con SLIS.

Análisis de determinantes

En esta etapa de ciclo se refleja el tipo de vida que llevaron las personas a lo largo de su existencia, haciéndose evidente distintas enfermedades crónicas que arrastraron durante muchos años y más evidente aun cuando son los accidentes cerebro – vasculares los que lo demuestran. De cierta manera, las costumbres alimenticias de la población, el sedentarismo, el consumo de cigarrillo potencializan esta problemática, sin embargo es el desconocimiento y la poca importancia que le merece por parte de las poblaciones es la que aumenta el riesgo.

Por otra parte, la carga de la enfermedad después de un accidente cerebro vascular recae principalmente en la familia que es la encargada del cuidado de las personas, adicional a que ellos mismos tienen que soportar el gasto del tratamiento y manutención, que a su vez genera un detrimento de la calidad de vida de las mismas y de alguna manera el desarrollo territorial se ve afectado.

Se podría decir que la responsabilidad se divide tanto en el estado por su ausencia de compromisos serios y efectivos en la promoción y prevención de enfermedades y en el individuo que desconoce las consecuencias de enfermedades crónicas y no recompone sus hábitos.

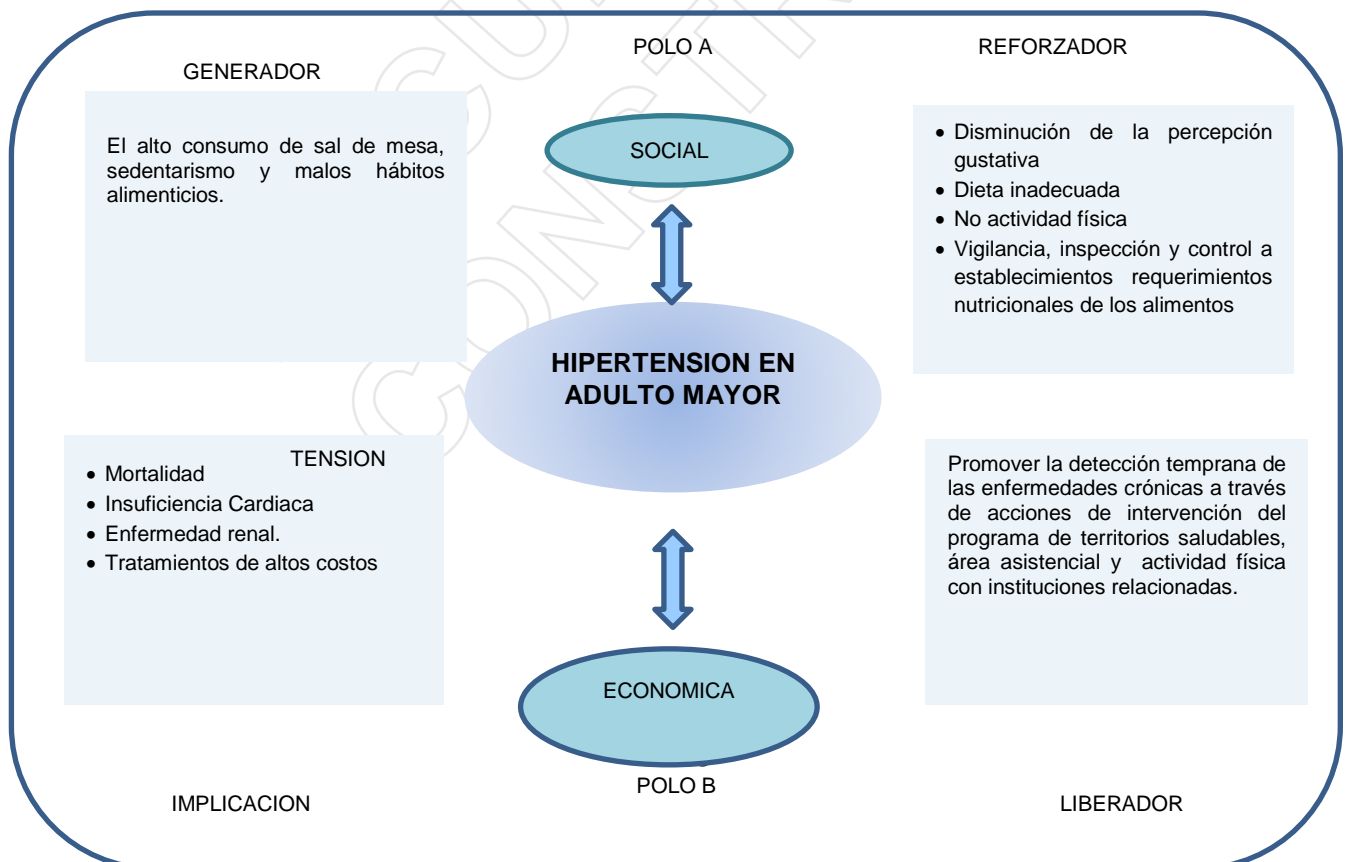
Tensión 2. Hipertensión en Adulto Mayor

Dimensión: Seguridad alimentaria nutricional

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos

Área de observación: Alimentación completa equilibrada suficiente, adecuado aprovechamiento y utilización biológica de alimentos

Ilustración 35. Tensión (2) Etapa de Ciclo Vejez, Hipertensión en Adulto Mayor



En la localidad Antonio Nariño el alto consumo de sal de mesa, el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios, aumentan la incidencia de hipertensión en adultos mayores; las consecuencias de este evento se ve influenciado por los medios de comunicación, la publicidad y mercadeo que incentivan a la ingesta de alimentos altos en sodio. El aumento en la oferta de los alimentos ultra procesados con lleva al aumento de la morbilidad y mortalidad en esta población, disminuyendo la calidad de vida debido a la asociación de enfermedades cardíacas y renales.

Como factores reforzadores se evidencia el cambio en la percepción gustativa conforme al incremento en la edad, la entrega de productos enlatados en programas de ayuda alimentaria, la no práctica de actividad física y el no seguimiento de los entes reguladores sobre empresas que producen y comercializan los productos alimentarios.

Entre los liberadores que se analizaron en esta situación son: Programación de jornadas para la detección temprana de condiciones crónicas, acciones de IEC-información, educación, seguimiento desde territorios saludables, programas de promoción y prevención para pacientes crónicos por parte del área asistencial y desarrollo de programas de actividad física del IDR, entre otras.

Análisis de Determinantes Sociales

El riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles aumenta con la edad, sin embargo se ha encontrado que el riesgo de padecer hipertensión arterial (HTA) se relaciona con diferentes factores, un estudio realizado en las islas canarias sobre diferentes determinantes y la hipertensión frente a esto se encontró que para las mujeres el poseer estudios superiores constituye un factor de protección frente al consumo de alcohol, tabaco, obesidad, diabetes e HTA. El nivel educativo en los hombres parece no tener relación, de igual modo al analizar el riesgo de HTA frente al nivel de ingresos cuando este es bajo se puede a padecer de HTA con mayor frecuencia presentándose con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

La hipertensión es un problema de salud pública ya que el riesgo de padecerla aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, la afectación de órganos vitales aumenta el costo de la salud para las personas que la presentan.

Entre los determinantes que afectan esta situación en la población mayor se identificaron de carácter intermedio presencia de estilos de vida sedentarios,

malos hábitos alimenticios, uso nocivo de alcohol, aumento en el consumo de sal, sobrepeso y exposición prolongada al estrés.

En cuanto a factores biológicos influye de manera directa la aparición de la enfermedad, sobrepeso – obesidad, diabetes, hiperlipidemias entre otras.

5.2. Valoración por alertas

De acuerdo a los resultados obtenidos de la valoración de las tensiones identificadas a través del Análisis de la Situación en Salud de la localidad Antonio Nariño, utilizando el método de Hanlon y la asociación de cada uno de los elementos de la tensión a cada una de las dimensiones del desarrollo y de salud, la identificación y valoración de liberadores y reforzadores, que da como resultado el balance final de la tensión, se identifican los siguientes eventos que requieren intervenciones oportunas dados los hallazgos y la relevancia y corresponden a aquellos que en la tabla anterior se semaforizaron en rojo, que representan las tensiones con alta prioridad dado que su balance final es alto (valores entre 4 y 6).

Del total de las 14 tensiones identificadas en la localidad Antonio Nariño para las dimensiones de salud ambiental; derechos sexuales y sexualidad; seguridad alimentaria y nutricional; comportamiento y convivencia social; vida saludable libre de enfermedades transmisibles; vida saludable libre de condiciones evitables no transmisibles y salud y ámbito laboral, para cada una de las cuales se analizó dos tensiones se puede observar que como resultado de la valoración 5 tensiones que corresponden al 38% de los eventos analizados generaron alerta son:

Tensión 1.1.11.1. Correspondiente a la dimensión de Salud Ambiental, el evento reportado fue la tendencia de consumo fuera de un contexto de sostenibilidad en la localidad y la demanda de oferta de bienes y servicios corresponde a tendencias de consumo irresponsable, toda vez que la dinámica de crecimiento económico se basa en suplir la demanda de una población que se incrementa de manera incontrolada, la cual obtuvo una puntuación final de 4.25.

Tensión 2.1.3.1. Identificada en la dimensión de salud y enfermedades no transmisibles y consiste en el evento de la identificación inoportuna de padecer enfermedades crónicas por parte de la población adulta, las cuales no poseen una cultura de autocuidado. Obteniendo un balance de la tensión de 5.75

Tensión 4.2.1.2. Correspondiente a la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional que describe el evento de aumento de la morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor asociadas a problemas cardíacos. Que obtuvo una puntuación de 5.75 en la valoración.

Y de la dimensión salud y ámbito laboral las dos tensiones analizadas fueron priorizadas: **Tensión 8.1.4.1.** El evento reportado son las condiciones de vulnerabilidad en los trabajadores de la economía informal, principalmente de la etapa de ciclo vital adultez. Que obtuvo un puntaje de 4.25 en la valoración. Y la **Tensión 8.1.3.1.** Limitación del desarrollo pleno de la población adolescente en la Localidad Antonio Nariño. Con un puntaje de 6 en la valoración.

Bibliografía

- 1 Bank W. Millennium Development Goals: Significant Gains before the Crisis. In: . World Bank. Global Monitoring report 2010. 2010;; p. 11-28.
- 2 Gómez-Arias R. Atención primaria en salud y políticas públicas. Rev Fac Nac . Salud Pública. 2011;; p. 28(3):283-293.
- 3 ZAPATA WS. DISEÑO DE UN MODELO DE ANÁLISIS DE Medellín (Colombia) . – Barcelona (España): UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CATALUÑA; 2012.
- 4 Organización Mundial de la Salud - OMS. who. [Online].; 2013 [cited 2015 . Agosto 21. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es.
- 5 Alonso Palacio LM, Escorcía de Vasquez I. El Ser Humano como una totalidad. . Revista Científica de Salud Uninorte. 2012 Agosto; 17.
- 6 Ponte Mitelbrunn C. Fedicaria.org. [Online].; 2013 [cited 2015 Agosto 21. . Available from: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf.
- 7 Presidencia de la Republica. Unidad para la Atención Integral a las Víctimas. . Presidencia de la Republica. [Online].; 2015 [cited 2015 Agosto 24. Available from: <http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/en/438-enfoques-diferenciales>.
- 8 Naciones Unidas Derechos Humano. Oficina del Alto Comisionado Colombia. . Naciones Unidas. [Online].; 2014 [cited 2015 Agosto 24. Available from: http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com_content&view=article&id=2470:ique-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos.
- 9 Asamblea Nacional Constituyente. Senado de la Republica. [Online].; 1991 . [cited 2015 Agosto 24. Available from: http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf.
- 10 María Helena Romero Caycedo DASMITNLPMCADBATM. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. [Online]. Bogotá D.C.; 2013 [cited 2015 . Agosto 24. Available from: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Intranet/ICBF/macro_procesos/MP_estrategicos/direccionamiento_estrategico/MD1.MPE1%20Modelo%20de%20Enfoque%20Diferencial%20v1.pdf.
- 1 Lara PJ. El Enfoque en la Planeación del Desarrollo Municipal. Guía. Bogotá:
- 1 Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA Colombia, Fondo de . Población de las Naciones Unidas - UNFPA Colombia; 2008.
- 1 Alcandía Mayor de Bogotá. Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte.

2 [Online]. [cited 2015 Agosto 24].

.

1 Territorial MdAVyD. Serie Poblacional, Ordenamiento y Desarrollo. Metodología
3 para el Análisis de Tensiones, Interacciones y Balances en Dinámicas y
. Desarrollos Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicos. 2004..

1 Secretaria Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Plan Territorial de
4 Salud. [Online].; 2012 [cited 2014 Agosto 24. Available from:
. www.saludcapital.gov.co.

1 Organización Mundial de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una
5 Generación. INFORME FINAL. 2009..

.

1 JC. E. Lo que dice, calla, propone y soslaya el informe de la Comisión Sobre los
6 Determinantes Sociales de la Salud/OMS. 2009..

.

1 Ministerio de Salud y Protección Social. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2013
7 [cited 2015 Agosto 21. Available from:
. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20aprobacion.pdf>.

1 Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamiento técnico, metodológico y
8 operativo de la adaptación del modelo BIT PASE y de la Estrategia PASE al
. desarrollo a las condiciones del Plan Decenal de Salud Pública. 2014. ; 2014.

1 Verónica Cruz García RFAJFLFAGG. Determinación de prioridades por el
9 Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel
. de atención. WAXAPA. 2012 Junio - Enero; 1(6).

2 Secretaría Distrital de Planeación. 21 Monografías de las Localidades Distrito
0 Capital. [Online].; 2011 [cited 2015 Junio 24. Available from:
. <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Documentos/An%20E1lisis/DICE077-MonografiaAntonioNarino31122011.pdf>.

2 Hospital Rafael Uribe Uriibe. Diagnóstico Local de Salud con Participación
1 Social 2011. Diagnostico local. Bogotá D.C.: Hospital Rafael Uribe Uriibe; 2011.

.

2 B. MEN. Historia y Memoria. Provienda: Protagonista de la Colonización
2 Popular en Colombia. Tunja.; 2014.

.

2 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COMISIÓN SOBRE
3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Subsanan las desigualdades en
. una generación. informe final. Ginebra.; 2009.

- 2 Cámara de Comercio de Bogotá D.C.. PERFIL ECONÓMICO Y EMPRESARIAL.
4 LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE. [Online].; Julio del 2007 [cited 2015 junio
. 20. Available from: [Disponible en:
http://www.institutodeestudiosurbanos.info/dmdocuments/cendocieu/coleccion_digital/Localidades/Rafael_Uribe_Uribe/Perfil_Econ.](http://www.institutodeestudiosurbanos.info/dmdocuments/cendocieu/coleccion_digital/Localidades/Rafael_Uribe_Uribe/Perfil_Econ.)
- 2 Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Proyecciones de
5 Población 2005 - 2015 según Proyecciones de Edad y por Sexo. , Secretaría
. Distrital de Planeación; 2005 Julio 25.
- 2 Secretaria Distrital de Planeacion. Conociendo la Localidad de Antonio Nariño:
6 Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos.
. Diagnostico. Bogota D.C.: Secretaria Distrital de Planeacion; 2009.
- 2 Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá Ciudad de Estadísticas: Población, Viviendas
7 y Hogares. Boletín No. 31. BOGOTÁ D.C.; Secretaría Distrital de Planeación.
.
- 2 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Multipropósito
8 de Bogotá.. Bogotá:, Secretaria Distrital de Planeación de Bogotá ; 2011.
.
- 2 Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. La Visibilización
9 estadística de los grupos étnicos Colombianos. Censo. Bogotá: DANE; 2005.
.
- 3 E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. 2014..
0
.
- 3 Ricardo Sotillo Hidalgo et al. Diplomados en Enfermería del SAS. Temario
1 Específico. Volumen 1. Primera ed. Andalucía: ediciones Rodio; 2014.
.
- 3 Secretaria Distrital de Planeacion. Bogotá Ciudad de Estadísticas. [Online].;
2 2012 [cited 2015 Agosto 16. Available from:
. <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2012/DICE128-BoletinSegAlimenNutricional-2012.pdf>.
- 3 Secretaría Distrital de Planeación (SDP). 18 aspectos Demográficos. Inventario
3 de información en materia estadística sobre Bogotá. Bogotá: SDP-DANE; 2005-
. 2015.
- 3 Secretaria Distrital de Planeación. Demografía, población y diversidad Bogotá
4 D.C.; 2014.
.
- 3 Secretaria Distrital de Salud. Tasas específicas de Fecundidad por edades.

5 2006-2012. Base de Datos.

- .
- 3 Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE y Secretaría
6 Distrital de Planeación. Proyecciones de Población 2005 - 2015. 2005..
- .
- 3 Leandro G. www.auladeeconomia.com. [Online].; 2015 [cited 2015 Agosto 16.
7 Available from: <http://www.auladeeconomia.com/articulos18.htm>.
- .
- 3 Secretaría de planeación Distrital. <http://www.sdp.gov.co/>. [Online].; 2011 [cited
8 2015 Junio 24. Available from:
. <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2012/DICE126-CartillaMetodoPobreza-2012.pdf>.
- 3 Departamento Nacional de Planeación. <http://www.dane.gov.co/>. [Online].; 2007
9 [cited 2015 Junio 24. Available from:
. <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv/87-sociales/calidad-de-vida/3894-encuesta-calidad-de-vida-bogota-2007>.
- 4 Alcaldía Mayor de Bogotá. <http://idrd.gov.co/sitio/idrd/Documentos/PLAN-0DESARROLLO2012-2016.pdf>. [Online].; 2012 [cited 2015 Junio 24. Available
. from: <http://idrd.gov.co/sitio/idrd/Documentos/PLAN-DESARROLLO2012-2016.pdf>.
- 4 Secretaría de Integración Social. <http://old.integracionsocial.gov.co/>. [Online].;
1 2010 [cited 2015 Junio 24. Available from:
. http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/1_entidad/gsi/15_antonio_narino_lectura_de_realidades_restrepo_social.pdf.
- 4 Cámara de Comercio de Bogotá. <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/>. [Online].;
2 2009 [cited 2015 Junio 24. Available from:
. <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/3231/Presentacion%20perfil%20economico%20de%20Antonio%20Narino%20Tunjuelito%20y%20Rafael%20Uribe%20Uribe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 4 Departamento Administrativo de Planeación SHD. Recorriendo Antonio Nariño
3 SHD. [Online].; 2004 [cited 2015 Agosto 16. Available from:
. www.shd.gov.cot/files/documentos/Recorriendo%20ANTONIO%20NARIÑO.pdf.
- 4 Cámara de Comercio de Bogotá. http://bibliotecadigital.ccb.org.co. [Online].;
4 2007 [cited 2015 Junio 24. Available from:
. http://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/2881/6226_perfil_economico_antonio_narino.pdf?sequence=1.
- 4 Secretaria Distrital de Planeacion. <http://www.sdp.gov.co/>. [Online].; 2009 [cited

- 5 2015 Junio 24. Available from:
 . http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones_SDP/21_bogota_%20D_C_monografia_jul_2009.pdf.
- 4 Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo Bogotá y sus Localidades.
 6 [Online].; 2009 [cited 2015 Junio 24. Available from:
 . http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones_SDP/21_bogota_%20D_C_monografia_jul_2009.pdf.
- 4 Secretaria Distrital de Salud. Anexo Tecnico 4. Diagnostico local. 2014..
 7
 .
- 4 Secretaria Distrital de Salud. Bases de datos DANE. Sistema de Estadísticas
 8 Vitales SDS. 1998-2007. Base de Datos.
 .
- 4 Secretaría Distrital de Salud / DANE. Bases de datos DANE - RUAF. Sistema de
 9 Estadísticas Vitales SDS.. Bases de Datos. DANE/Secretaría Distrital de Salud;;
 . 2008 - 2010.
- 5 Secretaria Distrital de Salud. Certificado de defunción - Bases de datos DANE y
 0 RUAF- Sistema de Estadísticas Vitales. -Prelimiraes. 2013. Base de Datos.
 .
- 5 Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].;
 1 2015 [cited 2015 08 15. Available from:
 . http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/.
- 5 Organizacion mundial de la salud. Organizacion mundial de la salud. [Online].;
 2 2015 [cited 2015 Agosto 20. Available from:
 . www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/.
- 5 Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].;
 3 2015 [cited 2015 Agosto 22. Available from:
 . http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/es/.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situacion mundial de la
 4 prevencion de la violencia. Switzerland:, Departamento de Manejo de las
 . Enfermedades No Transmisibles; 2014.
- 5 Organizacion mundial de la salud. Informe mundial sobre la tuberculosis. ; 2014.
 5
 .
- 5 Organizacion mundial de la salud. Organizacion mundial de la salud. [Online].;
 6 2015 [cited 2015 Agosto 23. Available from:
 . <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.

- 5 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 7 2015 [cited 2015 Agosto 22. Available from: . http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/.
- 5 Ministerio de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online].; 2015 8 [cited 2015 Agosto 23. Available from: . <https://www.minsalud.gov.co/Documents/eventos/Tendencia-cancer.pdf>.
- 5 Organización Mundial de salud. Organización Mundial de salud. [Online].; 2013 9 [cited 2015 Agosto 23. Available from: . http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf.
- 6 OMS, UNICEF, UNFPA, BANCO MUNDIAL. Mortalidad materna. Estimaciones 0 estadísticas. Ginebra.; 2005.
- .
- 6 Instituto Nacional de Salud - INS. Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad 1 Perinatal y Neonatal tardía. Protocolo. Bogotá: Instituto Nacional de Salud - INS, . Enfermedades no Transmisibles ; 2011.
- 6 Secretaría Distrital de Salud. Base de Datos Estadísticas Vitales- Mortalidad 2 Evitable. 2014. Bases de Datos.
- .
- 6 Ventura Junca P. Escuela de Medicina. [Online]. [cited 2013 Noviembre 12. 3 Available from: . escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnpremat.html.
- 6 PROFAMILIA. Encuesta nacional de Demografía y Salud - ENDS. [Online].; 4 2010 [cited 2013 11 12. Available from: . www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=90.
- 6 Secretaría Distrital de Salud. Base de Datos Estadísticas Vitales- Mortalidad 5 Evitable. Bogotá:, Estadísticas Vitales; 2014.
- .
- 6 Osorio Amézquita C, Romero Vasquez A. Factores de Riesgos Asociados a 6 Mortalidad Neonatal Precoz. Hospital General "Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez". . Revista Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2008 Enero-agosto; 14(1-2): p. 721-726.
- 6 Mortalidad Infantil, causas y determinantes. Una perspectiva comparada entre la 7 ciudad de Córdoba (Argentina) y Campiñas (Brasil), 2000-2010)..
- .
- 6 Departamento Nacional de Planeación/Sistema De Las Naciones Unidas En 8 Colombia. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [Online].; 2006 . [cited 2013 11 12. Available from: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=jda-->

- [18653-&volver=1#.UoVEFtl2a51](#).
- 6 Organización Mundial de la salud. Organización Mundial de la salud. [Online].; 9 2015 [cited 2015 agosto 23. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.
- 7 Instituto nacional de salud. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda. 0 Protocolo de vigilancia en salud pública. Instituto nacional de salud, Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública; 2014.
- 7 Instituto nacional de salud. MORTALIDAD POR Y ASOCIADAA 1 DESNUTRICION EN >
- .
- 7 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCION NUMERO 003974 2 DE 2009. 2009..
- .
- 7 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 3 2015 [cited 2015 Agosto 22. Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html.
- 7 Secretaría Distrital de Integración Social. <http://old.integracionsocial.gov.co/>. 4 [Online].; 2008 [cited 2015 Agosto 22. Available from: https://www.google.com.co/search?q=condiciones+de+vivienda+localidad+antonio+nari%C3%B1o&oq=condiciones+de+vivienda+localidad+antonio+nari%C3%B1o&aqs=chrome.69i57.21100j0j8&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8.
- 7 Alcaldía Mayor de Bogotá. Observatorio de Desarrollo Económico. [Online].; 5 2015 [cited 2015 Agosto 25. Available from: <http://observatorio.desarrolloeconomico.gov.co/directorio/documentosPortal/15BoletinlocalidadAntonioNarino.pdf>.
- 7 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación. Informe de políticas 6 de seguridad alimentaria. [Online].; 2006 [cited 2015 Agosto 22. Available from: ftp://ftp.fao.org/es/ESA/policybriefs/pb_02_es.pdf.
- 7 Cámara de Comercio de Bogotá. <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/>. [Online].; 7 2007 [cited 2015 Agosto 25. Available from: http://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/2881/6226_perfil_economico_antonio_narino.pdf?sequence=1.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la 8 Salud Salud en las Americas. [Online].; 2015 [cited 2015 Agosto 22. Available from: http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content
- .

- 7 Secretaria Distrital de Planeación. Secretaría Distrital de Planeación. [Online].; 2011 [cited 2015 Junio 24. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Documentos/An%E1lisis/DICE080-MonografiaRafaelUribe31122011.pdf>.
- 8 Secretaria de Hacienda Distrital. Recorriendo Antonio Nariño. [Online].; 2004 [cited 2015 Agosto 25. Available from: <http://www.shd.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/Recorriendo%20ANTONIO%20NARI%C3%91O.pdf>.
- 8 Organización Panamericana de la Salud. Dispositivo Global de Aprendizaje 1 sobre Determinantes Sociales de Salud y Formulación de Políticas Públicas. [Online].; 2008 [cited 2015 Agosto 16. Available from: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursos/DDS/cursos/glosario.html>.
- 8 Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. 2 [Online].; 2013 [cited 2016 Abril 5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>.
- 8 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato 3 Infantil y Presunto Abuso Sexual Hospital Rafael Uribe Uribe. Lineamiento . SIVIM. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud; 2014.
- 8 Unidas N. Población y Desarrollo. 1st ed. El Cairo; 1995.
4
.
- 8 Ministerio de Salud y la Prosperidad Social, Universidad Externado de Colombia, 5 UNFPA. Plan Decenal de Salud Pública 2012. Estrategia PASE a la equidad en . Salud. Lineamientos Técnicos Metodologicos y Operativos.. Bogotá ; 2014.
- 8 UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS. UNIDAD 6 ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS. [Online].; 2015. . Available from: http://www.uesp.gov.co/uaesp_jo/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=113.
- 8 Roldan Vásquez P, Ospino Hernández C. ¿Quiénes terminan en la 7 informalidad?: impacto de las características y el tiempo de búsqueda. Revista . de Economía del Caribe. 2009; 4: p. 149-180.
- 8 Secretaria Distrital de Salud. Anexo Tecnico 4. Diagnostico local. 2014..
8
.

- 8 OMS. Commission on social determinants of health. A conceptual framework for
9 action on the social determinants of health. Geneve;; 2007.
- .
- 9 Vega Jeanette, Solar Orielle, Irwin Alec. Equipo de Equidad en Salud de la
0 Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud:
. conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción.
2005; 9(17).
- 9 PANDI Agencia de Comunicación. PANDI Agencia de Comunicación. [Online].;
1 2015 [cited 2015 Octubre 21. Available from: [http://www.agenciapandi.org/el-84-
. de-las-victimas-de-violencia-intrafamiliar-son-ninos-y-ninas/](http://www.agenciapandi.org/el-84-de-las-victimas-de-violencia-intrafamiliar-son-ninos-y-ninas/).
- 9 Cuervo Martínez A. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia.
2 Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2010 Junio; 6(1).
- .
- 9 Abuna Salcedo J, Pimienta Carvajal M. Maltrato Infantil por Agresores bajo el
3 Efecto del Alcohol. Revista latinoamericana Enfermagen. 2005 Octubre;(13): p.
. 827 - 835.
- 9 Congreso de Colombia. Ley 1098 de Noviembre de 2006 Código de Infancia y
4 Adolescencia. [Online].; 2006 [cited 2015 Octubre 21. Available from:
. http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo_infancia.pdf.
- 9 M. DO. Social determinants and immunization in Ghana: is there an. 2010.
5
- .
- 9 Mspireta ML. Determinantes del Sobrepeso y La Obesidad en Niños en Edad
6 Escolar En Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012 Jul 25; 29(3): p. 361-5.
.
- 9 Brian MJ. Determinantes del sobrepeso entre los escolares en el área de salud
7 de ciudad de quesada en el año 2009. Revista médica de Costa Rica y Centro
. América. 2010; LXVII(595): p. 485-491.
- 9 E.S.E H. Diagnóstico Local con Participación Social 2009 - 2010. Bogotá D.C.;;
8 2011.
- .
- 9 DEL RIO MF, CUMSILLE P. ¿Necesidad Económica o Preferencias Culturales?
9 La Justificación Parental del Trabajo Infantil en Chile. Psykhe [online]. 2008;
. 17(2): p. 41-52.
- 1 López N, Tedesco C. Las condiciones de educabilidad de los niños y
0 adolescentes en América Latina. Cuadernos Economicos de I.C.E. Buenos
0 Aires: IPE: Universidad de Valladolid, Fundamentos de Análisis Economico;
. 2002.

1 Lobelo F, Pate R, Parra D, Duperly J, Pratt M. Carga de Mortalidad Asociada a
0 la Inactividad Física en Bogotá 28-41 RSp8(2, editor.; 2006.

1

.

1 Orbita Diversa. Orbita Diversa Word Press. [Online].; 2015 [cited 2015 Octubre
0 21. Available from: [https://orbitadiversa.wordpress.com/2013/01/28/cosificacion-
2 sexual/](https://orbitadiversa.wordpress.com/2013/01/28/cosificacion-2-sexual/).

.

1 Lafourie M. La violencia intrafamiliar contra las mujeres en Bogotá: una mirada
0 de género. Revista Colombiana de Enfermería. 2013 Mayo; 8: p. 98 - 111.

3

.

1 Hospital Rafael Uribe Uribe. Diagnóstico Local 2013. Localidad Anotnio Nariño.
0 Diagnóstico. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe, Vigilancia En salud Pública;
4 2013.

.

