



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD CON PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LA LOCALIDAD DE FONTIBÓN 2012

30/07/2013
Hospital Fontibón
Vigilancia en Salud Pública
Análisis de situación de Salud



Nivel Distrital

**Alcalde Mayor
Secretario Distrital de Salud
Director de Salud Pública**

**Gustavo Petro Urrego
Guillermo Alfonso Jaramillo
Jaime Hernan Urrego Rodriguez**

A nivel local

A la comunidad, instituciones y demás participantes de Fontibón que contribuyeron en el desarrollo y construcción del análisis de situación de salud –ASIS-.

**Gerente Hospital Fontibón
YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ**

**Subgerente de servicios de salud
NANCY STELLA TABARES
RAMIREZ**

**Coordinación de Salud Pública
ANGELA LUCIA VELANDIA
PEDRAZA**

**Coordinación Vigilancia Salud
Pública
CAROLINA GARCIA SARMIENTO**

Equipo técnico del Diagnóstico:

**Odontólogo profesional ASIS
NATHALIA ECHAVARRIA
ACEVEDO**

**Antropólogo profesional ASIS
JOSE ADRIAN VALERO**

**Psicóloga Mg VSP
NATALIA ANDREA ARENAS
LOSADA**

**Epidemiólogo ASIS VSP
GONZALO BARRETO NUÑEZ**



TABLA DE CONTENIDO

CREDITOS _____	2
INTRODUCCIÓN _____	5
OBJETIVOS _____	6
MARCO CONCEPTUAL _____	7
MARCO METODOLOGICO _____	14
Capítulo 1. Problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes de la salud. _____	17
1.1 Características Geográficas y Ambientales _____	17
1.1.1 Ubicación _____	17
1.1.2 Características Biofísicas _____	18
1.1.3 Hidrografía _____	19
1.1.4 Perfil deterioro ambiental _____	20
1.2 Dinámica Territorial _____	22
1.2.1 División y procesos administrativos en el territorio _____	22
1.2.2 División ocurrida en el territorio por dinámicas sociales _____	24
1.3 Dinámica sociodemográfica _____	25
1.3.1 Dinámica poblacional _____	25
1.3.2 Indicadores demográficos _____	29
1.4 Perfil socioeconómico _____	31
1.4.1 Medidas subjetivas de la pobreza _____	31
1.4.2 Medidas objetivas de la pobreza _____	32
1.4.3 Mercado Laboral _____	34
1.4.4 Vivienda y Servicios Públicos _____	34
1.4.5 Educación _____	35
1.4.6 Servicios de recreación y cultura _____	36
1.4.7 Movilidad _____	37
1.5 Perfil de Salud-Enfermedad _____	38
1.5.1 Morbilidad y deterioro de Salud _____	38
Capítulo 2. Profundización en el Análisis de los determinantes de salud y calidad de vida. _____	54
2.1 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Infancia (0 - 13 años) _____	54
2.2 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Adolescencia (14 -17 años) _____	59
2.3 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital juventud (18 -26 años) _____	63
2.4 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Adulthood (27 - 59 años) _____	67
2.5 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Vejez (mayores de 60 años) _____	72
Referencias Bibliográficas _____	97

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Cálculo de la muestra encuesta semi-estructurada por unidades de planeación zonal (UPZ) de la localidad de Fontibón. _____	16
Tabla 2. Características biofísicas de la localidad de Fontibón, 2008. _____	19
Tabla 3. Características del uso del suelo en Fontibon según UPZ. 2011. _____	23
Tabla 4. Distribución de la población por ciclo vital, quinquenio y sexo. Fontibón, 2011. _____	26
Tabla 5. Viviendas y hogares según UPZ en la localidad de Fontibón, 2009. _____	28
Tabla 6. Medidas subjetivas y objetivas de la pobreza en Bogotá _____	32
Tabla 7. Necesidades básicas insatisfechas e índice de condiciones de vida por factores. _____	33
Tabla 8. Distribución por etapa de ciclo vital y diagnóstico población atendida en hospital Fontibón, 2012. _____	39
Tabla 9. Indicadores salud oral por etapa de ciclo vital, Fontibón 2012. _____	42
Tabla 10. Diez primeras causas de mortalidad general (Agrupación 105 causas año 2010). Fontibón, 2010. _____	45
Tabla 11. Años de vida potencialmente perdidos por grupo de edad. Fontibón, 2009. _____	46

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Comportamiento del promedio anual de PM10. Localidad de Fontibón, RMCAB. Años 2009 – 2012. _____	21
Gráfica 2. Comportamiento del promedio móvil anual de PM10. Localidad de Fontibón. RMCAB. Año 2012. _____	21
Gráfica 3. Piramide poblacional de Fontibon, 2012. _____	26
Gráfica 4. Distribución de la población por UPZ. Fontibón, 2012. _____	27
Gráfica 5. Densidad de población. Fontibón, 2009. _____	28
Gráfica 6. Tendencia de la tasa global de fecundidad, Localidad Fontibón, 2000-2012. _____	30
Gráfica 7. Esperanza de Vida Fontibón con proyecciones 2005-2010, 2010-2015 _____	30
Gráfica 8. Frecuencia relativa por UPZ de las personas en condición de discapacidad registrada durante el año 2012; localidad de Fontibón. _____	41
Gráfica 9. Frecuencia absoluta enfermedades transmisión sexual. Fontibón 2006-2012. _____	42
Gráfica 10. Cumplimiento Metas Otros Trazadores del Programa. Fontibón, 2012. _____	44

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Ubicación geográfica de la Localidad de Fontibon en la ciudad de Bogotá D.C, 2012. _____	18
--	----

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico local tiene como propósito ser un documento para la planificación y la toma de decisiones a partir de la construcción de conocimiento integral sobre la situación de salud y la calidad de vida de los grupos humanos en las diferentes escalas del territorio y del análisis del contexto histórico, geográfico, ambiental, demográfico, social, cultural, político y del proceso salud enfermedad de la localidad de Fontibón.

El presente documento contempla en su estructura cuatro capítulos. En el primer apartado, se describen los aspectos generales de la localidad en su espacio geográfico y distribución administrativa, este capítulo se pretende dar cuenta de la implicación de los procesos políticos, económicos, sociales y ambientales sobre la salud de las poblaciones en las escalas del territorio a nivel local y por unidad de planeación zonal –UPZ–.

El capítulo dos se enfoca en la profundización de las problemáticas y necesidades que afectan la salud y calidad de vida de las poblaciones en las escalas del territorio local y UPZ.

El tercer capítulo tiene como objeto analizar las respuestas que han sido generadas desde distintos sectores y actores (institucionales y comunitarios) con relación a las problemáticas prioritarias en salud y los determinantes que las explican.

El capítulo final tiene como propósito generar propuestas de respuestas y/o recomendaciones tendientes a impactar los determinantes que afectan la salud y calidad de vida de los grupos humanos que habitan en la localidad, como resultado de los ejercicios desarrollados durante el ejercicio del diagnóstico local.

Dadas las características del documento y siguiendo el propósito primordial, la recopilación de la información, se estructuró a partir de fuentes primarias y secundarias. Las primeras, se recolectaron a través de ejercicios de grupos focales, grupos de discusión, entrevistas y encuesta semi-estructurada, los cuales fueron base relevante para la expresión, reconocimiento y validación de los datos a nivel comunitario; en tanto que para las fuentes secundarias, se hizo uso de algunos documentos, bases de datos, estudios, encuestas e informes construidos por los diferentes sectores nacionales, locales y distritales; esto facilitó procesos de articulación intersectorial que abonaron al proceso de reconocimiento de ofertas institucionales y acciones realizadas por otros actores.

OBJETIVOS

Objetivo General

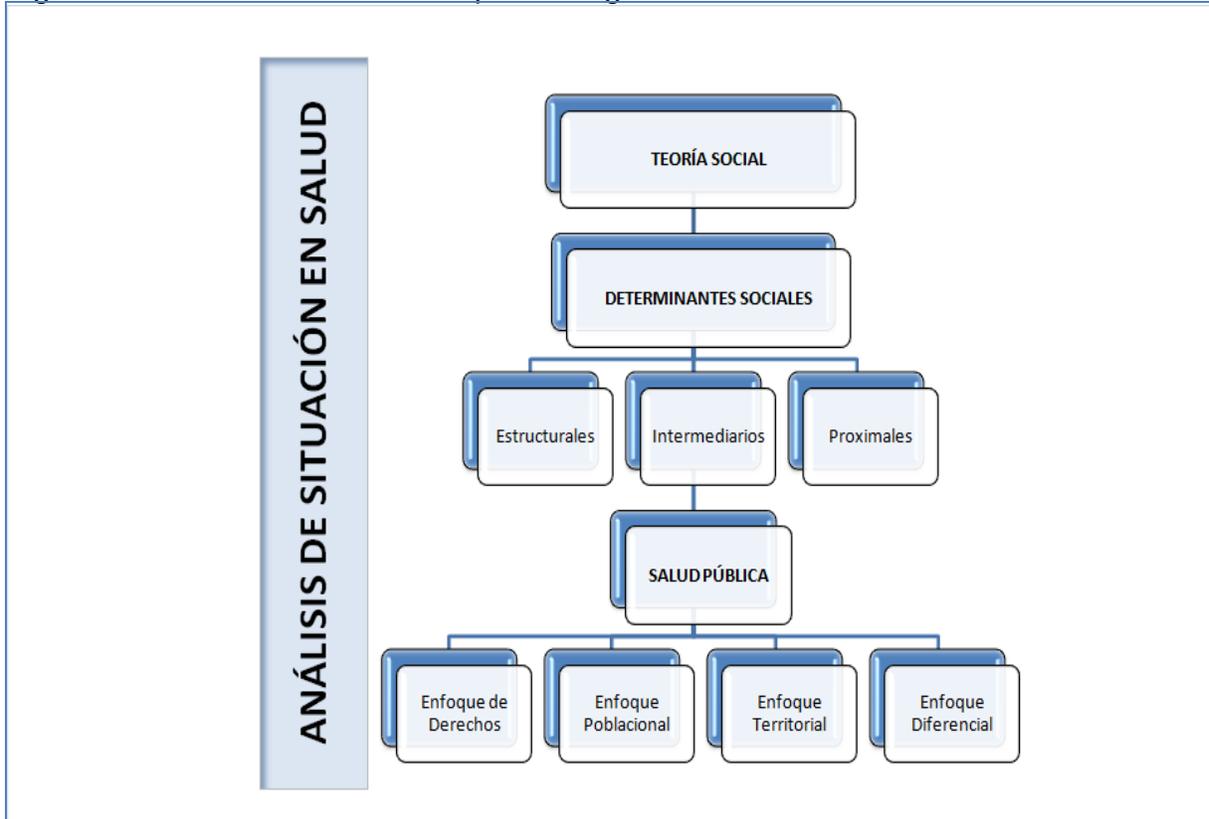
Explicar la situación de salud y calidad de vida de la localidad de Fontibón, desde la perspectiva de determinantes sociales de salud, apropiando las percepciones de la población, en la identificación y priorización de las problemáticas en salud y en la formulación de las alternativas de solución a las mismas.

Objetivos Específicos

- Consolidación y análisis de la información cualitativa y cuantitativa recolectada a través de las diferentes estrategias metodológicas de investigación.
- Analizar los determinantes estructurales que den cuenta de la situación de Salud y calidad de vida de la localidad de Fontibón.
- Realizar un análisis descriptivo de las condiciones de salud y los determinantes intermedios y proximales en términos de protección o deterioro de las diferentes escalas del territorio.
- Construcción de un documento que incluye la sistematización de información cuantitativa y cualitativa de la localidad, que incluya las necesidades y posibles respuestas territoriales a la comunidad de la Localidad.
- Proponer respuestas integrales que fortalezcan los procesos sociales protectores y mitiguen los determinantes que explican las brechas de equidad en salud y calidad de vida.
- Favorecer la publicación y difusión del diagnóstico local con participación social 2012.

MARCO CONCEPTUAL

Figura 1. Estructura marco conceptual Diagnostico local 2012.



Fuente: Equipo operativo ASIS Hospital Fontibón.

TEORIA SOCIAL

La teoría social según (1) es una doctrina que permite la interacción de múltiples disciplinas que se vinculan a la conducta de los seres humanos.

Concierno no solo a la sociología, sino que incluye ciencias como la economía, la antropología, la ciencia política, la geografía humana, la psicología y en un sentido más amplio la filosofía, la historia, la crítica literaria y las ciencias naturales.

En ese sentido, la teoría social pretende dar cuenta del origen, funcionamiento y cambio de la sociedad, y hace referencia a cómo el ser humano se relaciona no solo con un ambiente natural, sino también con un orden social y cultural específico. (2)

Esta relación que es a la vez económica, política y cultural, puede ser vista como una interacción en diversos niveles: individuales, grupales, clasistas, de género, etnia, generacionales, regionales, nacionales, etc. (3)

De esta manera, se observa, cómo los cambios que han influido al mundo históricamente, como la industrialización, el proceso de modernización económica del siglo XIX, los movimientos sociales en Norteamérica y en Europa, los procesos migratorios a gran escala de población proveniente de las antiguas colonias, la exacerbación de las nacionalidades y de las identidades locales, la globalización económica, el desarrollo del capitalismo y las crisis políticas internas en varios continentes, entre otros, han repercutido en la reconfiguración de la estructura social y los cambios sociales y culturales por los que han atravesado las sociedades. (4)

Ahora bien, la incorporación de teorías sociales en el ámbito de la salud, empieza a darse con el cambio del modelo médico biologista, y el reconocimiento de cómo las condiciones de vida, las desigualdades entre clases sociales, género y grupos raciales, repercuten necesariamente en el estado de salud de las poblaciones.

Cuando se habla del término teoría social en salud, se hace énfasis en la identificación de los determinantes sociales que intervienen en la distribución de la salud, el bienestar y la enfermedad de los individuos. En este sentido, afloran en el tema de salud nuevas dimensiones sociales, éticas y políticas, que permiten explicar el proceso de salud enfermedad. (5) Las cuales según la perspectiva de autores como Breilh, se dan tanto a nivel individual como colectivo y hacen parte del todo social que se origina en las estructuras y formaciones sociales como producto de la inserción de los individuos y la población en la reproducción social, es decir en la producción, distribución y consumo de los bienes materiales y espirituales del hombre. (6)

PERSPECTIVAS DE DETERMINANTES SOCIALES Y SALUD PÚBLICA

El análisis de la situación de salud es un asunto que está permeado por la comprensión de aquello, que ayuda a explicar las particularidades o variaciones en el estado de salud de una población. De este modo, si bien hasta hace algunas décadas era aceptado pensar que la salud y la enfermedad eran entidades atribuidas a la presencia o a la ausencia de una serie de agentes biológicos que al interactuar con un organismo, en un entorno, generaban como resultado un estado de salud específico; en la actualidad, la definición de salud ha cobrado una nueva connotación, a tal punto que ésta es concebida como la acción de una serie de condiciones, que en conjunto, facilitan el desarrollo humano.

Dicha perspectiva, se enmarca en el enfoque de determinantes sociales de la salud, entendidos éstos como la combinación de las circunstancias del entorno social en las que tiene lugar el diario vivir de un grupo humano y las vías por medio de las cuáles éstas inciden en la salud. Aunque hoy en día existe unanimidad frente a la idea de concebir la salud como el producto de la influencia de factores físicos, ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos; las

diferentes teorías sobre los determinantes sociales tienden a dar mayor trascendencia a unos aspectos, o en algunos casos el énfasis está puesto en los mecanismos a través de los cuáles dichos factores intervienen configurando realidades y situaciones de salud diversas. (7, 8)

Así, la teoría de Grossman sobre el *capital de salud* formula que cada persona tiene un nivel de salud inicial que se va depreciando con la edad y que puede incrementarse a través de la inversión, asimismo formula que las personas con mayor riqueza y educación tienden a gozar de un mejor estado de salud. La *teoría de la producción social de la enfermedad* hace un llamado a analizar las condiciones materiales en las que viven las personas, entendiendo que aquellos grupos que gozan de un menor nivel de ingresos cuentan con menos recursos para superar las condiciones que deterioran su estado de salud y por último se cita como ejemplo la *teoría psicosocial*, donde la percepción de las personas sobre el lugar que ocupan en una sociedad y la discriminación a la que son sujetos, tiene un impacto sobre su sistema neuroendocrino, generando a largo plazo respuestas fisiológicas que hacen a los individuos susceptibles de padecer cierto tipo de enfermedades. (9)

En relación con los modelos, la mayoría parece coincidir en la presencia de una serie de niveles, donde cada uno de ellos corresponde a un grupo de determinantes sociales. Así, el modelo de Dahlgren y Whitehead de *capas de influencia*, sitúa al individuo y sus factores constitucionales en el centro, en la capa inmediatamente superior ubica los determinantes posibles de modificar como los estilos de vida, seguidos por los determinantes que guardan relación con las condiciones de vida como el trabajo, el acceso a servicios básicos (saneamiento, alcantarillado, agua potable, entre otros) y finalmente, en la parte externa factores más amplios como la cultura o la organización económica. (10)

Por su parte, la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud en 2005, plantea un marco conceptual en el que los servicios de salud representan solo uno, de los múltiples factores que intervienen en el estado de salud de una población y cuya evolución ha llevado hoy en día a considerar tres tipos de determinantes: estructurales, intermedios y proximales. Los primeros, aluden a la organización social, política y económica de una sociedad, es decir los mecanismos mediante los cuales se instala y regulan los recursos y el poder. Los determinantes intermediarios que hacen referencia a las condiciones del contexto, es decir, a factores de tipo cultural como la existencia de imaginarios o sentidos de identidad colectiva, redes y tejido social, acceso a bienes y servicios, empleo, educación, servicios básicos, entre otros y finalmente los determinantes proximales donde se encuentra el individuo en su componente biológico, psicológico y conductual, como: estructura física y genética, valores, hábitos, desarrollo emocional entre otros. A su vez, dichos determinantes se plasman en modos, condiciones y estilos de vida particulares que ayudan a explicar las dinámicas de salud- enfermedad propias de un grupo humano.

No obstante, desde la Medicina Social Latinoamericana y otras corrientes se han suscitado algunos cuestionamientos a los planteamientos formulados anteriormente -esto sin desconocer los aportes de la Comisión de Determinantes Sociales- en relación a la forma de aprehender los procesos que están involucrados con la salud y la enfermedad; ya que si bien los diferentes modelos hacen referencia a determinantes de diversa índole, éstos son concebidos como factores externos, que en el operar obedecen a una lógica similar a la de factores de riesgo; con la consecuente pérdida de su dimensión histórica y social, expresión de las diferentes formas de organización y distribución del poder y dónde a su vez, las condiciones de una sociedad no son una realidad externa al ser humano, sino una construcción permanente del mismo. (7)

De este modo y como elemento afín, a las diferentes posturas conceptuales de los determinantes sociales, aunque con diferentes matices, el acento está puesto en la forma mediante la cual una sociedad define formas de organización que han generado situaciones de exclusión, producto de relaciones de poder desiguales, en las que el acceso a la propiedad, la riqueza material y la autonomía para definir una identidad se encuentran en manos de algunos sectores, generando situaciones de fragilidad social y estructural para ciertos grupos humanos que se ven expuestos a condiciones de vida particulares como desempleo, inseguridad alimentaria, falta de apoyo social, estrés, etc.; elementos que impactan de manera diferenciada en su estado de salud. Así, al decir de Brehil “Más que exposición a riesgos externos, los sujetos sufren procesos de im-posición de condiciones de vida”. (7)

Bajo esta perspectiva la ocurrencia de eventos relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones obedece a situaciones de fragilidad social estructurales, razón por la cual el análisis de las mismas debe orientarse no sólo a entender la influencia de factores de riesgo de diversa índole y su impacto sobre la salud; sino también abordar la complejidad de las relaciones y los procesos históricos a través de los cuáles se han configurado dichas condiciones de fragilidad social junto con su resultado en el estado de salud. Asimismo, las respuestas deban estar orientadas al diseño de políticas sociales y acciones tendientes a disminuir las brechas estructurales en los grupos humanos, a través de medidas que involucren los diferentes sectores, donde salud es sólo uno, de los actores involucrados. (11)

Estas nuevas orientaciones traen una serie de implicaciones en la práctica, que abarcan lo que se define como salud pública y los referentes conceptuales en los que se instituye su operar. De esta manera, el concepto de salud pública que históricamente ha estado cargado de ambigüedades, que van desde ser catalogada como el conjunto de acciones en salud a cargo del estado, o el paquete de servicios dirigidos no a los individuos sino a los colectivos, o aquellos dirigidos exclusivamente a grupos vulnerables; hasta alcanzar un significado más

cercano al de *Promoción Social* (que plantea Sigerist), como el conjunto de acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida de la población, acompañados de acciones educativas en salud. (12)

En la actualidad los aportes teóricos de autores como Buck que relacionan el campo de la salud pública con la creación de ambientes sociales que favorezcan la salud, centran su área de acción no en la enfermedad; sino en procesos de cambio social, participación y empoderamiento comunitario, con el compromiso de justicia social en aras de avanzar en el logro de la equidad, que garantice condiciones para el desarrollo pleno de las personas sin desconocer sus particularidades. (12)

Asimismo y dado que los determinantes de la salud son biológicos psicológicos y sociales, las respuestas deben estar asentadas sobre las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento, a tal grado que la salud pública es concebida como ciencia integradora de diferentes disciplinas; donde la palabra pública no hace referencia al tipo de servicio de salud que se presta, sino a la noción de público como un conjunto de acciones con alcance a toda la comunidad sin distinción alguna. (13)

ENFOQUES

Al estar las acciones en salud pública dirigidas a toda la población estas deben reconocer las características propias de los sujetos y de los territorios como construcción humana y social, facilitando una lectura comprensiva de las realidades y el diseño de acciones acordes a las mismas; de allí la importancia de retomar en el análisis de la situación de salud y de las respuestas dadas a las problemáticas identificadas, los enfoques diferencial, poblacional y territorial que serán expuestos a continuación.

ENFOQUE DE DERECHOS

El concepto de equidad visto como la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables, está aunado al de derechos humanos, al ser definidos estos como “garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y la dignidad humana” (14). Es decir, los derechos representan una vía que legitima la existencia de una serie de requisitos esenciales, e inherentes al ser humano para su desarrollo.

En la misma línea, la salud sería un derecho ligado al cumplimiento de otros derechos, cuya fundamentación jurídica en Colombia estaría dada desde los compromisos internacionales, entre ellos, los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM–. A su vez, estos últimos, podrían ser pensados como el reflejo de un

conjunto de derechos y condiciones de los que las personas deberían poder gozar, como mínimos para su desarrollo. (15)

De esta forma, la noción de desarrollo se fundamentaría en principios como la libertad y la equidad. Así, por ejemplo, Amartya Sen concibe el desarrollo como libertad, en dos acepciones, por un lado, como capacidad de un ser humano para decidir de manera autónoma; y por otro, como posibilidad real de seleccionar sobre la base de una serie de alternativas, la que se estime mejor; es decir, la libertad existiría en función de las oportunidades reales que una sociedad brinda a las personas que hacen parte de ella. (15)

En esta medida el enfoque de derechos humanos es definido como un marco de referencia para el logro del desarrollo humano, sobre la base de relaciones humanas basadas en el respeto, el reconocimiento del otro en su diferencia y el análisis de las desigualdades; donde el Estado como garante de los derechos, está en el deber de fortalecer las políticas sociales encaminadas a disminuir las inequidades que impiden a los sujetos su desarrollo. En resumen, el enfoque de derechos tiene en cuenta el concepto de equidad, formula respuestas atendiendo a la complejidad de los problemas, promueve procesos de participación social, reivindica el papel del Estado como garante del desarrollo humano y reconoce las condiciones de fragilidad que se generan en una sociedad como producto de una distribución desigual del poder. (14)

ENFOQUE POBLACIONAL

Según la Real Academia de la Lengua Española, población se refiere al conjunto de personas que habitan la tierra o cualquier división geográfica de ella. (16)

No obstante, al considerar la categoría población desde la perspectiva del análisis de situación de salud, ésta se vuelve un concepto más amplio que incluye entre otros, aspectos históricos, demográficos, sociales, antropológicos, biológicos, económicos, geográficos, psicológicos y ocupacionales.

El enfoque poblacional entonces, permite un análisis integral considerando la complejidad del ser humano en sus matices individuales y colectivas, desde donde se reconoce la interrelación existente entre población- territorio, y se presta especial atención a rasgos propios como ciclo vital y condiciones sociales, económicas y culturales vinculadas a grupos o individuos tales como género, etnia, desplazamiento y discapacidad, entre otros. (17)

Es así como desde la perspectiva poblacional se centra la atención de las personas, resaltando algunas características como el ciclo vital (infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez), los procesos de identidad - diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado), las

condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, habitabilidad de calle, discapacidad), y el género como una categoría transversal, de forma que se conozcan condiciones, experiencias, exposiciones diferenciales y fragilidades sociales propias, que permitan desde la óptica del análisis de situación de salud predecir las consecuencias sociales en el desarrollo humano (18).

ENFOQUE TERRITORIAL

La salud y el territorio, son elementos constitutivos que se desarrollan en los procesos sociales (19). Esta dimensión se aleja de los abordajes del territorio como solamente lo espacial, administrativo o geográfico e incorpora una perspectiva de construcción social, de reconocimiento de identidad y pertenencia de los grupos humanos a un espacio social, político y económico impregnado de símbolos y desarrollos culturales (18). En consecuencia, visto así el espacio social se considera como un producto social históricamente constituido por la dinámica de los modos de producción” (19).

Desde este punto de vista, lo que se plantea es que “el territorio hace parte de la sociedad, pero no es sólo el espacio donde esta se despliega, o un simple reflejo de la sociedad. El territorio es una expresión compleja que conjuga al medio y a los componentes y procesos que contiene: grupos sociales, relaciones, conflictos; es decir no se reduce a la complejidad de lo meramente físico - natural, no es la naturaleza, ni la sociedad, ni su articulación; sino naturaleza, sociedad y articulaciones juntas, en una espacialidad o formación socio-espacial particular” (19).

De esta manera, se observa que los territorios son espacios donde se producen y se reproducen los procesos de determinación social que llevan a exposiciones deteriorantes o protectoras. Se ubican como elementos clave en la construcción de representaciones potentes de condiciones que explican y orientan las expresiones concretas en calidad de vida y salud y por lo tanto permiten el ejercicio de la transectorialidad, como perspectiva necesaria para operar respuestas integrales a las necesidades sociales. Por ello, las necesidades de la población deben ser analizadas conforme a la realidad del territorio porque las condiciones de éste son el resultado de la convergencia de factores internos y externos, donde el sujeto, el colectivo y el contexto interactúan y se retroalimentan constantemente a partir del hacer en lo cotidiano, esto implica entender que sujeto- territorio, es una categoría de análisis que representa una relación recíproca, directa e interdependiente, por tanto no puede verse y pensarse a la población aislada del territorio y no puede pensarse el territorio sin poblaciones (19).

ENFOQUE DIFERENCIAL

La diversidad es parte constitutiva de la identidad de nuestra Nación, y en este sentido resulta fundamental el reconocimiento de los diferentes sujetos y colectivos, a partir de sus propias características y necesidades.

Desde el punto de vista del enfoque diferencial, termino ampliamente utilizado en la comunidad de derechos humanos en Colombia, es importante acotar que éste se ampara en los derechos humanos universales que establecen la igualdad entre las personas más allá de sus especificidades individuales y culturales.

En ese sentido, es importante distinguir que su orientación, se encamina a reconocer a las y los diferentes actores sociales como sujetos de derecho. Desde ésta óptica el enfoque aporta la mirada no sólo de garantizar los derechos fundamentales y sociales que todo ciudadano tiene, sino que además implementa la mirada de la garantía de derechos específicos a poblaciones compuestas por individuos en condiciones que los hacen de especial atención para el Estado (ciclos vitales, género, etnia, grupos en desventaja como la discapacidad, o situaciones de índole social como desplazamiento), no con el fin de focalizar, sino de eliminar las condiciones inequitativas para el goce y mantenimiento de la calidad de vida.

De esta manera, los análisis de situación en salud basados en un enfoque diferencial, permitirán conocer, entender y atender las particularidades, riesgos y necesidades específicas de la población que se pretenda estudiar (20).

A manera de conclusión, se puede decir que los diferentes enfoques a los que se ha hecho alusión, representan un importante referente conceptual para avanzar en la comprensión de lo que se puede considerar un evento en salud, la lectura que se realiza del mismo -atendiendo a la complejidad de dimensiones y procesos entorno de los cuáles surge- y el análisis de las respuestas dadas desde diversos sectores; aspectos que en su totalidad hacen parte de este Diagnóstico Local.

MARCO METODOLOGICO

El análisis de situación de salud es considerado como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector Salud. Conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, permite la adecuada y pertinente planeación de intervenciones desde el estado y la misma comunidad.

La metodología implementada para plasmar en este documento el análisis de calidad de vida y salud de la localidad, recoge varias miradas. Por un lado, los procesos ambientales, socio-demográficos, económicos y políticos que se

constituyen en determinantes estructurales de la salud, son estudiados a partir de fuentes de información secundaria, tomando como base la información existente respecto de la situación de salud de la localidad, y los datos recientes disponibles del sector salud y otros sectores (encuestas, estudios y sistemas de información, entre otros) que permitan actualizar las condiciones de vida de la población.

El documento se estructura a partir de las perspectivas de determinantes sociales de salud, con diferentes enfoques (diferencial, poblacional, territorial) que fortalecen de forma transversal el análisis de cada problemática en las distintas escalas del territorio teniendo como ordenador de los análisis las etapas de ciclo vital (21).

Así mismo, la identificación de las problemáticas, necesidades o potencialidades prioritarias en la localidad, tomo como base diferentes fuentes primarias que permitieron la construcción de conocimiento y la explicación de algunas de las realidades que la localidad enfrenta. En ese orden de ideas las fuentes consideradas incluyen el desarrollo de unidades de análisis con diferentes actores, la aplicación de una encuesta sobre actualización de problemáticas a la población, y el trabajo realizado con el equipo de gestión de políticas.

En el primer caso, la obtención de información se realizó a través de grupos focales, grupos de discusión o entrevistas. Así las cosas, durante el 2012, lo primero que se realizó, fue una identificación de los temas prioritarios para la localidad, a partir del desarrollo de tres unidades de análisis una para cada uno de los territorios en salud, que en términos generales corresponden a las UPZ 75, 76 y 77. En ese sentido las problemáticas a examinar durante el 2012 fueron: Salud mental, participación y medio ambiente. Luego se ejecutaron una serie de unidades de análisis para obtener información que permitiera profundizar en esos temas priorizados.

Adicional a esto se han efectuado unidades de análisis territoriales que permiten obtener información sobre las metas en salud plasmadas en el plan de desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2016. Los participantes han sido población perteneciente a cada uno de los territorios de diferentes ciclos vitales, actores institucionales de colegios, jardines, HOBIES, comedores comunitarios, etc. y profesionales de Salud Pública del Hospital Fontibón de diferentes áreas.

Por otro lado, y en el marco de desarrollo de la sala situacional se llevaron a cabo seis unidades de análisis para profundizar en el tema de enfermedades de transmisión sexual en la localidad. Esto se logró a partir de la implementación de dos entrevistas semi-estructuradas, un grupo focal y tres grupos de discusión. Los actores convocados a éstos propósitos fueron: la referente de salud sexual y reproductiva del Hospital Fontibón ESE, el Coordinador para Fontibón del Proyecto VIH financiado por el Fondo Mundial, los profesionales líderes de cada una de sus disciplinas (médicos, jefes de enfermería, psicólogos, odontólogos,

sociólogos, terapeutas, nutricionistas, y profesionales del medio ambiente) que desarrollan sus acciones en salud pública del Hospital Fontibón ESE y algunos grupos comunitarios, uno por cada uno de los territorios en salud que existen en la localidad de Fontibón.

Así mismo se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de la situación de la salud bucal en la localidad. La aproximación a los aspectos cuantitativos se realizó a través de los análisis practicados a las diferentes bases de datos de salud oral del Hospital (SISVESO, RIPS, Territorios de salud), en donde en general, se estudio la información sobre carga de enfermedad, y prácticas de autocuidado de la población. Mientras que los aspectos cualitativos fueron a su vez explorados desde la óptica de los profesionales que trabajan en los servicios sanitarios.

Otra de las herramientas utilizadas para la jerarquización de problemas y necesidades en la población de la localidad de Fontibón durante el 2012, fue el diseño de una encuesta semi-estructurada que permitió generar información sobre el conocimiento y la percepción de la población frente a la identificación de las problemáticas locales más sentidas. Se realizó muestreo probabilístico estratificado, con el cual se obtuvo un tamaño de la muestra que incluyó 385 encuestas. (Tabla 1).

Siendo así, se recolectó información tanto de las características sociodemográficas de la población encuestada (edad, sexo, nivel educativo, tipo de aseguramiento al SGSSS, ocupación, y estrato) como de las variables pertinentes a la identificación de necesidades en la localidad (problemática priorizada, su causa y su ubicación). Esto se realizó a partir de fuentes primarias, a través de la aplicación de la encuesta a personas de 13 a 85 años que residieran en la localidad, en el periodo comprendido entre los meses de octubre a diciembre de 2012. Bajo esta metodología se logró entrevistar con éxito a 387 personas, 156 hombres y 231 mujeres residentes de la localidad.

Tabla 1. Cálculo de la muestra encuesta semi-estructurada por unidades de planeación zonal (UPZ) de la localidad de Fontibón.

Calculo Muestral	UPZ 75	UPZ 76	UPZ 77	UPZ 110	UPZ 112	UPZ 114	UPZ 115	UPZ 117
TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	142633	33804	46229	45519	26991	40241	17525	917
PREVALENCIA ESPERADA	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
ERROR MUESTRAL	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
NIVEL CONFIANZA	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
MUESTRA	156	37	50	50	29	44	19	1

Fuente: cálculo muestral tamaño de la población con base en proyecciones DANE 2012.

Para el análisis cuantitativo, los datos de la encuesta fueron codificados y sistematizados, agrupando las problemáticas por categorías. Esto se consiguió mediante el procesamiento de datos a través del programa de Microsoft office

Excel 2010. Donde se realizaron análisis de distribución de frecuencias simples y baterías de análisis bivariados. Estos análisis se realizaron a partir de la construcción de tablas dinámicas.

Igualmente, a partir de dicha codificación, se construyó otra matriz utilizando el mismo sistema operativo, en donde siguiendo la estructura dada desde nivel central se hizo un análisis de las problemáticas tomando como eje central del análisis los tipos de determinantes sociales, el ciclo vital y la UPZ.

La categorización de la problemática en determinantes sociales en salud, se hizo combinando las respuestas de la encuesta frente a la identificación de la problemática y sus causas, bajo la perspectiva y el referente conceptual de la Organización mundial de la salud –OMS– sobre determinantes sociales.

Así las cosas, su diseño incluyó el diligenciamiento de los tipos de determinantes sociales (estructurales, e intermediarios) en las columnas, y en las filas, la información recolectada frente a la jerarquización de problemáticas en relación al ciclo vital, por cada una de las ocho UPZ de la localidad.

Por último el trabajo realizado con el equipo de gestión de políticas, partió del reconocimiento de que la priorización de temáticas o problemáticas para la localidad no podía estar sujeto a decisiones particulares, ni a definiciones arbitrarias de un grupo, sino que en cierta medida, debía responder a las necesidades sentidas por la población. Desde esa perspectiva, y teniendo en cuenta que los profesionales que se desempeñan en salud pública tienen una visión global por su experiencia con el trabajo comunitario de las problemáticas que aquejan a la población, se decidió adelantar con estos actores una identificación y caracterización de las problemáticas priorizadas en la localidad, tomando como base las vivencias, los análisis de las condiciones y situaciones de salud que han ido identificando en el ejercicio de su quehacer particular, y el conocimiento acumulado frente a cada uno de los PDAs y TVS que referencian.

CAPÍTULO 1. PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA LOCALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.

1.1 Características Geográficas y Ambientales

1.1.1 Ubicación

La localidad novena de Fontibón se encuentra ubicada dentro del Distrito Capital; limitando al norte con la localidad de Engativá, al oriente con las de Puente Aranda

y Teusaquillo, al occidente con la riera del Río Bogotá, y los municipios de Funza y Mosquera; y al sur con la localidad de Kennedy.

Fontibón se ubica en el noroccidente de Bogotá, y el relieve de la localidad es totalmente plano, característica que genera alto riesgo de inundación ante un eventual desbordamiento de sus dos ríos. Se encuentran algunas depresiones en las orillas del río Fucha y en cercanías del aeropuerto El Dorado (Mapa 1).

Mapa 1. Ubicación geográfica de la Localidad de Fontibón en la ciudad de Bogotá D.C, 2012.



Fuente: Hospital Fontibón 2012.

Fontibón representa las transformaciones en los cambios del suelo a nivel distrital; su ubicación geográfica, antecedentes históricos, el paso del río Bogotá por su territorio y el hecho de que sea zona de conexión de Bogotá con el noroccidente del país, hace que esta localidad tenga unas características físicas muy complejas. La calidad ambiental de los habitantes de Fontibón no es la mejor; se cataloga como una de las tres localidades del distrito con mayores índices de contaminación atmosférica, es una de las más afectadas por el desorden en el espacio público y unas de las localidades con menores inversiones en las soluciones de las problemáticas ambientales. Sin embargo, la organización ciudadana en torno al tema y las futuras políticas para el mejoramiento ambiental, podrían hacer que esta localidad sea pionera en la mitigación de la contaminación y manejo racional de los recursos (22).

1.1.2 Características Biofísicas

Fontibón tiene un área de 3.327 hectáreas; una temperatura promedio de 14,6°C (mínima: 9, máxima: 22) (22). Según la investigación *Elaboración de escenarios de cambio climático en Colombia para la segunda mitad del siglo XXI* (23) las

continuas fluctuaciones en el cambio climático obedecen al calentamiento global, con un aumento aproximado de 2 a 4°C en la temperatura de la sabana de Bogotá (Tabla 2).

Tabla 2. Características biofísicas de la localidad de Fontibón, 2008.

Características Biofísicas	
Área	3.327
Clima	Frio
Meses lluviosos	abril-junio y octubre-noviembre
Meses secos	diciembre-marzo y julio-septiembre
Temperatura promedio	14,6°C
Precipitación promedio anual	794 l/año

Fuente: Hospital Fontibón. Diagnóstico local con participación social, 2008.

De acuerdo al Plan ambiental local, abril-junio y octubre-noviembre, son los periodos más lluviosos, con cerca de 500 ml al año (22), lo cual guarda relación con los picos epidémicos de enfermedad respiratoria aguda a nivel local.

1.1.3 Hidrografía

La hidrografía de Fontibón está compuesta por dos corrientes, el Río Fucha y un corto tramo del Río Bogotá. También posee dos parques Ecológicos Distritales de Humedal, de gran importancia por su beneficio ambiental y ecológico: el humedal Capellanía y Meandro del Say. Hace sólo unas décadas hubo presencia de humedales en los lugares que en la actualidad corresponden a los barrios Arabia, La Laguna, Ferro Caja, Valparaíso y Ciudad Salitre, entre otros. Adicionalmente recorren la localidad los canales: San Francisco, Boyacá y Fontibón Oriental. El componente hídrico de la localidad de Fontibón es:

- Sistema de ríos: hace parte de los valles aluviales de los ríos San Francisco, Fucha y Bogotá.
- Canales: Canal San Francisco, Canal Fontibón Oriental y Canal Boyacá.
- Humedales: Humedal Capellanía y Meandro del Say.
- Los vertimientos en la localidad dependen del tipo de actividad económica y el tipo de materias primas que se utilizan. Para Junio del año 2006 se identificaron 34 importantes empresas con expedientes de vertimientos, la mayoría manufactureras, comerciales y de servicios (24).

En Fontibón la problemática de riesgo de inundación se debe principalmente, a la construcción de viviendas por debajo de la cota de inundación del río Bogotá. Los barrios principalmente afectados en los últimos 15 años son: Sabana Grande, Kasandra, El Chircal, Pueblo Nuevo y Prados de la Alameda. Esta problemática tiene un impacto sobre el estado de salud enfermedad de la población de Fontibón con un incremento de las enfermedades respiratorias (IRA-IRAG) y de la piel (25), relación que sera ampliada más adelante en el capítulo dos profundización en el Análisis de los determinantes de salud y calidad de vida.

1.1.4 Perfil deterioro ambiental

El perfil de deterioro ambiental de la localidad se encuentra determinado por aspectos ambientales considerando los principales problemas existentes en la localidad, los cuales se analizan a continuación:

- **Agua:** Los problemas ambientales más representativos en el sistema hídrico de la localidad se encuentran caracterizados por la invasión de rondas de río y espacio público por asentamientos humanos propiciando zonas inundables.
- **Aire:** La principal problemática de la localidad radica en la generación de emisiones por fuentes fijas y móviles, las actividades de transportes de carga, pasajeros y privados afectan las comunidades que viven y limitan con las avenidas principales y de alto tráfico vehicular de la localidad como Avendida –Av–. Boyacá, Av. Centenario, Calle 26, Kr 100 y Kr 99, entre otros, siendo afectadas directamente por las emisiones de gases NOx, SOx, CO2 y otras como polución, smog, hollín, material particulado y ruido ambiental, otra causa, es el deterioro de las vías principales y secundarias que se encuentran desgastadas y sin el revestimiento asfáltico generando el levantamiento de material particulado.
- **Suelo:** Fontibón es una localidad con un uso del suelo predominantemente industrial y comercial con mezcla de uso del suelo residencial lo que ha ocasionado un desorden en la planeación y planificación territorial de la localidad y afectación en la calidad de vida y salud de la población, así mismo, hay sectores de la localidad que presentan asentamientos humanos caracterizados por tener posesión de la tierra de manera ilegal ubicados en las UPZ 76 y 77 que en su mayoría no poseen condiciones mínimas de habitabilidad siendo marginales y precarios, también, presenta una disminución de zonas verdes dado la falta de mantenimiento y adecuación de las existentes, por último, la inadecuada disposición de residuos sólidos y existencia de puntos críticos ocasionan deterioro del suelo y del espacio público de la localidad.
- **Biodiversidad:** La estructura ecológica de la localidad se encuentra constituida por los humedales de Capellanía, Meandro del Say y los ríos Fucha y Bogotá, aunque estos ecosistemas estratégicos conforman la mayor riqueza natural de la localidad, en su mayoría están en alto estado de deterioro ambiental (22). Las principales afectaciones de estos ecosistemas son la contaminación de sus aguas, específicamente producto de aguas residuales de algunas redes de alcantarillado y de varias industrias ubicadas en sus alrededores, disminución del área por invasión del espacio, arrojo de escombros y basuras.

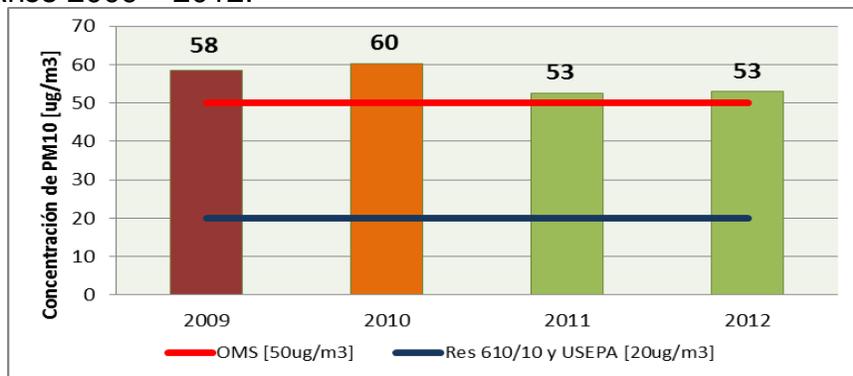
1.1.3.1 Efectos en salud por exposición a contaminación del aire, en la Localidad de Fontibón.

Una problemática crucial de la Salud Pública en Latinoamérica, es la concentración de partículas suspendidas en el aire provenientes de la actividad industrial y vehicular de ciudades como Bogotá, que incrementan los niveles de contaminación y están usualmente ligados a índices de morbilidad y mortalidad de población sensible a sus efectos: menores de 5, mayores de 60 años y/o enfermos del sistema respiratorio y cardiovascular.

En Colombia el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial mediante Resolución 610 del 24 de Abril de 2010 ha definido como límite máximo permisible anual para concentraciones de material particulado PM₁₀ 50ug/m³. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud –OMS– ha definido como valor guía 20ug/m³.

De acuerdo a lo anterior, en la gráfica 1 se relacionan estas directrices nacionales e internacionales con el promedio anual de PM₁₀ registrado en los años 2009, 2010, 2011 y 2012. Se observa que en la localidad de Fontibón se han excedido los valores máximos de exposición definidos en la normatividad de salud y ambiental en los últimos cuatro años (26).

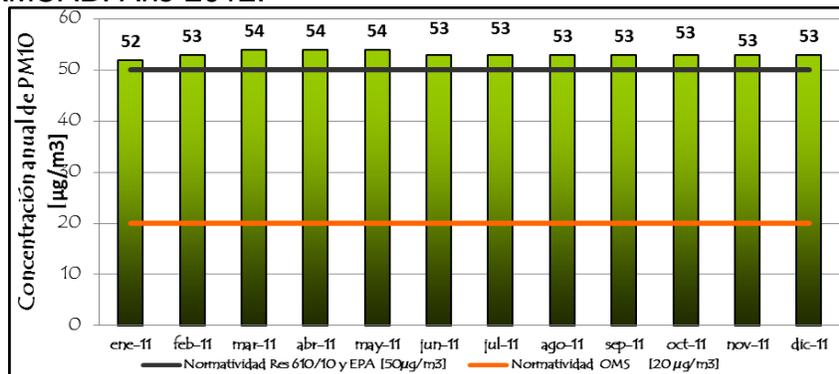
Gráfica 1. Comportamiento del promedio anual de PM₁₀. Localidad de Fontibón, RMCAB. Años 2009 – 2012.



Fuente: Hospital Fontibón, con datos suministrados por la RMCAB (SDA). Años 2009, 2010, 2011, 2012

Al comparar las variaciones de los promedios anuales de la localidad se aprecia que entre los años 2010 y 2011 se generó una disminución del 12,7%; mientras que para los años 2011 y 2012 el valor se mantuvo igual que el año anterior, equivalentes a un incremento del 0.9%, pero como se puede observar en la gráfica sobrepasa la normatividad nacional como la emitida por la OMS. El nivel de cumplimiento de las normas anuales también se puede analizar en función de los promedios móviles anuales, tal y como se reporta en la gráfica 2.

Gráfica 2. Comportamiento del promedio móvil anual de PM₁₀. Localidad de Fontibón. RMCAB. Año 2012.



Fuente: Hospital Fontibón, con datos suministrados por la RMCAB (SDA). Año 2012.

De los 12 promedios anuales móviles graficados, el 100% sobrepasa las métricas nacionales e internacionales. Con lo que se concluye que en los últimos años la población de la localidad de Fontibón ha permanecido expuesta a concentraciones de partículas que pueden afectar su estado de salud.

1.2 Dinámica Territorial

El uso del suelo se define en función del tipo de actividad que se puede desarrollar en el mismo de acuerdo al Plan de Ordenamiento Territorial el suelo del Distrito se clasifica como: suelo urbano (suelo urbano, por desarrollar y áreas protegidas urbanas), suelos de expansión urbana, y suelo rural (áreas protegidas rurales y áreas productivas). (27)

De acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá, el uso del suelo urbano de Fontibón se divide en seis áreas de actividad: Dotacional (24,7%), residencial (20,5%), urbana integral (20,9%), industrial (19%), de comercio y servicios (10,3%) y de suelo protegido (4,6%). (28)

1.2.1 División y procesos administrativos en el territorio

1.2.1.1 Unidades de Planeación Zonal

Las Unidades de Planeación Zonal –UPZ-, se definen como una porción del territorio urbano más pequeña que la localidad, que comprende un conjunto de barrios o sectores que comparten algunas características urbanísticas como uso del suelo, tipo de ocupación y rasgos socioeconómicos; que se ajustan a las directrices del Plan de Ordenamiento territorial (27). Las UPZ de Fontibón son:

La **UPZ Fontibón** es de clasificación con centralidad urbana, ubicada en la zona centro oriental, con una extensión de 496 ha (ha: hectáreas) equivalentes al 14,9% del total del suelo de la localidad y cuenta con 3 ha. de áreas protegidas. Esta UPZ limita por el norte con la avenida Luis Carlos Galán (Cl 24), por el oriente con la avenida Longitudinal de Occidente (ALO), por el sur con la avenida Centenario (calle 13) y por el occidente con la avenida Versalles (carrera 116).

La **UPZ Fontibón San Pablo** es de clasificación industrial, ubicada en la zona nororiental. Con una extensión de 360 ha. (10,8% del total del suelo local) y registra 61 ha. de áreas protegidas. Esta UPZ limita por el norte con la avenida Luis Carlos Galán y con el costado sur de la segunda pista del aeropuerto El Dorado; por el oriente con la avenida Versalles (carrera 116); por el sur con la avenida Centenario (calle 13) y por el occidente con el río Bogotá.

La **UPZ Zona Franca** es de clasificación industrial, ubicada en la zona suroriental. Con una extensión de 490 ha. (14,7% del total del suelo local) y cuenta con 194 ha. de áreas protegidas. Esta UPZ limita por el norte con la avenida Centenario (calle 13); por el oriente con la avenida Centenario (calle 13); por el sur con la futura ALO así como con el río Fucha y por el occidente con el río Bogotá.

La **UPZ Ciudad Salitre Occidental** es de clasificación residencial cualificado, ubicada en el nororiente de la localidad; tiene una extensión de 226 ha. (11 ha. son suelo protegido). Esta UPZ limita por el norte con la avenida Jorge Eliécer Gaitán (calle 26); por el oriente con la avenida Congreso Eucarístico (carrera 68);

por el sur con la avenida Ferrocarril de Occidente y, por el occidente con la avenida Boyacá (carrera 72).

La **UPZ Granjas de Techo** es de clasificación predominantemente industrial, localizada al suroriente de la localidad; tiene una extensión de 477 ha. (24 ha. son suelo protegido). Esta UPZ limita por el norte con la avenida Ferrocarril de Occidente; por el oriente con la avenida Congreso Eucarístico (carrera 68); por el sur, con el río Fucha y la calle 13 o avenida Centenario y, por el occidente con la avenida Longitudinal de Occidente (ALO).

La **UPZ Modelia** es de clasificación residencial cualificado; tiene una extensión de 262 ha. (12 ha. son suelo protegido). Esta UPZ limita por el norte con la transversal 85; por el oriente con la avenida Boyacá; por el sur con la avenida Ferrocarril de Occidente y, por el occidente con la ALO y el canal de Modelia.

La **UPZ Capellanía** es de clasificación predominantemente industrial; tiene una extensión de 272 ha, (24 son suelo protegido). Esta UPZ limita por el norte con la avenida El Dorado (calle 26); por el oriente con la avenida Boyacá (carrera 72); por el sur con la calle 45, la transversal 85 y el canal de Modelia y, por el occidente con la ALO, la avenida Luis Carlos Galán, la carrera 103 y con el aeropuerto.

La **UPZ Aeropuerto El dorado** es de clasificación predominantemente dotacional; tiene una extensión de 744 ha. y no presenta suelo protegido. Esta UPZ limita por el norte con la futura avenida José Celestino Mutis (calle 61); por el oriente con el límite administrativo de las localidades de Fontibón y Engativá; por el sur con la avenida Luis Carlos Galán (calle 24) y por el occidente con el río Bogotá (Tabla 3).

Tabla 3. Características del uso del suelo en Fontibon según UPZ. 2012.

No.	Upz	Clasificación	Área total ha	Porcentaje	Cantidad manzanas ha	Población total	Estrato	Superficie de manzanas
75	Fontibón	Con centralidad urbana	496	14,9	640	142.633	2-3	369
76	San pablo	Predominantem ente industrial	360	10,8	267	33.804	2-3	302
77	Zona franca	Predominantem ente industrial	490	14,7	119	46.229	2-3	419
110	Ciudad salitre occidental	Residencial cualificado	226	6,8	89	45.519	4-5	139
112	Granjas de techo	Predominantem ente industrial	477	14,3	126	26.991	3	371
114	Modelia	Residencial cualificado	262	7,9	292	40.241	4	181
115	Capellanía	Predominantem ente industrial	272	8,2	125	17.525	3	187
117	Aeropuerto el dorado	Predominantem ente dotacional	744	22,3	13	917	3	746
TOTAL FONTIBON			3.327	100	1.671	353.859	3	2714

Fuente: Secretaria Distrital de Planeación. Decreto 619 del 2000; 190 de 2004 y 176 de 2007.

1.2.1.2 Territorios Saludables

El proceso de territorios saludables busca lograr la configuración de unidades, que permitan articular la gestión en salud con el análisis, que de cuenta de las

condiciones del territorio-población, orientado a fortalecer el seguimiento, evaluación y toma de decisiones en salud.

En la localidad de Fontibón durante el año 2012 se desarrolló la caracterización y delimitación de tres territorios de Salud, el territorio 1 ubicado en la UPZ 77 Zona Franca, el territorio 2 ubicado en la UPZ 76 San pablo y el Territorio 3 ubicado en la UPZ 75 Fontibón.

1.2.2 División ocurrida en el territorio por dinámicas sociales

1.2.2.1 Zonas de Calidad de Vida y Salud

Por parte del sector salud en el año 2003, se realizó la concertación de las zonas de calidad de vida en Fontibón, las cuales representan áreas geográficas que cuentan con características y determinantes ambientales particulares que afectan al entorno y a su población. La localidad se dividió en cuatro Zonas de Calidad de Vida, de la siguiente manera (29):

1. Zona de Movilidad: Se encuentra el Aeropuerto El Dorado, Terminal de Transporte y Zona Franca, (UPZ Aeropuerto: 117).

Problemática ambiental: Ruido, vibraciones, roedores y vectores, contaminación atmosférica, Inundaciones y Riesgos Tecnológicos.

Problemática Social: De acuerdo al plan maestro del Aeropuerto Internacional El Dorado el único Barrio existente en la Zona (El Bogotano) desaparece y la comunidad se ve amenazada frente al desarrollo de este, al no tener el Estado un política de compra de predios y se lo deja al sector privado.

2. Zona de crisis transitoria Integrada por las UPZ Modelia (114), Ciudad Salitre Occidente (110), y Capellanía (115).

Problemática Ambiental: Ruido y Vibraciones por cercanía a aeropuerto y Terminal Terrestre y vías principales, Canal San Francisco, Vectores y Roedores, Invasión de las rondas por Recicladores y Escombros.

Problemática Social: Área de estrato 4 y 5, la lectura de la cartografía social determina el no reconocimiento de los sectores públicos locales, dada su condición socioeconómica no se ha permitido la intervención de este sector, aunado que no es prioridad en el momento de redistribución de recursos.

3. Zona Industrial y Comercial Integrada por la UPZ Fontibón (75). Zona de desarrollo Industrial y Comercial.

Problemática Ambiental: Ruido por tráfico, Ubicación de puntos Críticos de Basuras, Contaminación Atmosférica y Riesgos Tecnológicos, vías arterias y desarrollo industrial, comercial y residencial, hace que no se observe un desarrollo sostenible y ordenado de la zona.

Problemática Social: El no respeto del uso del suelo hace que su desarrollo sea indiscriminado, afectando la calidad de vida de sus pobladores, con presencia de vendedores ambulantes, proliferación de actividades económicas, construcciones que alteran el orden y la convivencia.

4. Zona Periférica Integrada por las UPZ Fontibón San Pablo (76), Zona Franca (77) y Granjas de Techo (112).

Problemáticas: Inundaciones por el Río Bogotá y Fucha. Asentamientos Humanos ilegales, Procesos de Reciclaje en rondas de ríos, Roedores y Vectores por lotes baldíos, Riesgos Tecnológicos y Biológicos. Puntos Críticos (Basuras).

1.2.2.2 Problemáticas en los territorios sociales

El territorio social se constituye, reconstruye y transforma (30). En este sentido, el territorio social en el marco de la gestión integral social se organiza a partir del reconocimiento a sujetos con características específicas, que definen su naturaleza biológica, económica, social y política; relaciones que se establecen entre dichos sujetos y procesos que organizan la vida social, en un espacio que se constituye histórica y socialmente (31).

La implementación de esta estrategia implicó, en primer lugar cambiar la forma de trabajo de los sectores públicos y ampliar la intervención institucional a la transectorial y la pública a la colectiva. Para ello, con la participación de los delegados de las instituciones, se conformó el equipo conductor de la gestión social integral -GSI-, desde donde se generan los lineamientos técnicos para la implementación de la estrategia; así mismo, se conforman los equipos transectoriales con los servidores de las instituciones con asiento local. Luego se vincularon los representantes de la comunidad, comerciantes, industriales, organizaciones sociales y la academia; así se construyeron las mesas territoriales (32).

Con base en lo anterior se adelantó el proceso de incidencia en las 4 mesas territoriales de la gestión social integral de la localidad, como parte de esta gestión y a partir de la organización de Consejos Locales de Política Social territorializados, se construyó con la comunidad la agenda social local.

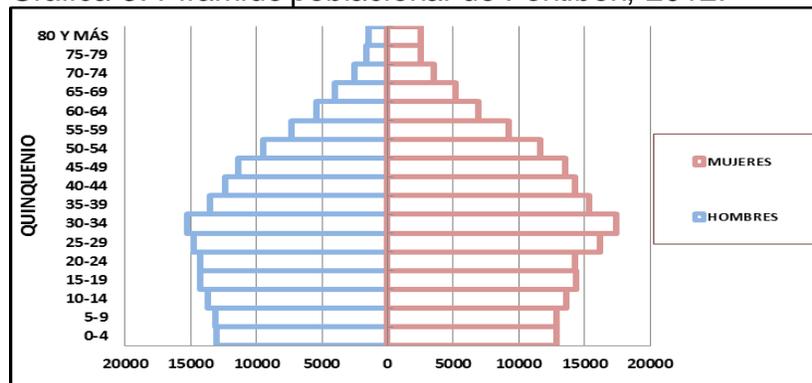
La agenda social para la localidad de Fontibón, identificó 4 temas priorizados comunes para todos los territorios expresados a través de núcleos problematizadores: 1) Altos niveles de deterioro ambiental, 2) Inseguridad y situaciones de conflicto, 3) Barreras de acceso a servicios sociales y 4) Aumento de informalidad y falta de empleo en los territorios.

1.3 Dinámica sociodemográfica

1.3.1 Dinámica poblacional

De acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-, la Secretaria Distrital de Planeación -SDP- estima en 353.859 habitantes la población de Fontibón para 2012. Se observa más población femenina (52,7%) para todos los grupos quinquenales a partir del grupo de 15 a 19 años, lo que evidencia mayores nacimientos de hombres; de igual manera se observa una mayor concentración de población en edad económicamente activa (Gráfica 3).

Gráfica 3. Piramide poblacional de Fontibon, 2012.



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2012.

1.3.1.1 Estructura de la población por ciclo vital

La distribución de la población de Fontibón por ciclo vital para el 2012: fue de 51,4% para el ciclo vital adulto (25-59 años), el 22,4% para el ciclo vital Infancia (0-14 años), el 10,1% para el ciclo vital Vejez y del 8,1% para los ciclos vitales Adolescencia y juventud. Aunque la Secretaría de salud define para los ciclos vitales Infancia edades de 0-13 años, Adolescencia edades de 14-17 años, Juventud edades de 18-26 años y Adulthood 27-59 años, no fue posible realizar el cálculo de la población, bajo estos grupos de edad, debido a que la información se encontraba distribuida por grupo quinquenal (Tabla 4).

El grupo quinquenal de 30 a 34 años presenta el mayor porcentaje con el 9,3% y los menores porcentajes se encuentran en los grupos quinquenales del ciclo vital persona mayor (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la población por ciclo vital, quinquenio y sexo. Fontibón, 2011.

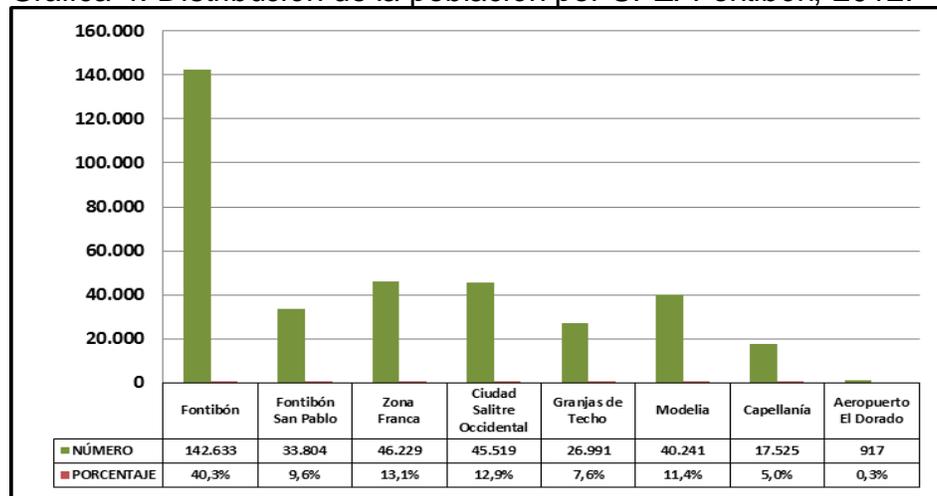
Etapa Ciclo vital	Quinquenios	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Infancia	0-4	13.068	7,8%	12.894	6,9%	25.962	7,3%
	5-9	13.106	7,8%	12.887	6,9%	25.993	7,3%
	10-14	13.654	8,2%	13.588	7,3%	27.242	7,7%
	Subtotal	39.828	23,8%	39.369	21,1%	79.197	22,4%
Adolescencia	15-19	14.282	8,5%	14.335	7,7%	28.617	8,1%
	Subtotal	14.282	8,5%	14.335	7,7%	28.617	8,1%
Juventud	20-24	14.245	8,5%	14.300	7,7%	28.545	8,1%
	Subtotal	14.245	8,5%	14.300	7,7%	28.545	8,1%
Adulthood	25-29	14.799	8,8%	16.216	8,7%	31.015	8,8%
	30-34	15.302	9,1%	17.435	9,4%	32.737	9,3%
	35-39	13.543	8,1%	15.342	8,2%	28.885	8,2%
	40-44	12.336	7,4%	14.262	7,7%	26.598	7,5%
	45-49	11.378	6,8%	13.525	7,3%	24.903	7,0%
	50-54	9.455	5,6%	11.592	6,2%	21.047	5,9%
	55-59	7.338	4,4%	9.220	4,9%	16.558	4,7%

Etapa Ciclo vital	Quinquenios	Hombres		Mujeres		Total	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
	Subtotal	84.151	50,2%	97.592	52,4%	181.743	51,4%
Vejez	60-64	5.447	3,3%	6.946	3,7%	12.393	3,5%
	65-69	4.000	2,4%	5.181	2,8%	9.181	2,6%
	70-74	2.548	1,5%	3.553	1,9%	6.101	1,7%
	75-79	1.596	1,0%	2.487	1,3%	4.083	1,2%
	80 Y MÁS	1.436	0,9%	2.563	1,4%	3.999	1,1%
	Subtotal	15.027	9,0%	20.730	11,1%	35.757	10,1%

Fuente: Proyecciones de población 2005-2015, según edades quinquenales y simples y por sexo. DANE- SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007.

De las ocho UPZ, Fontibón (40,3%), Zona Franca (13,1%) y Ciudad Salitre Occidental (12,9%) agrupan el 66,2% de la población de la Localidad. La UPZ con menos población es aeropuerto el Dorado (0,3%) por su uso dotacional (Gráfica 4).

Gráfica 4. Distribución de la población por UPZ. Fontibón, 2012.

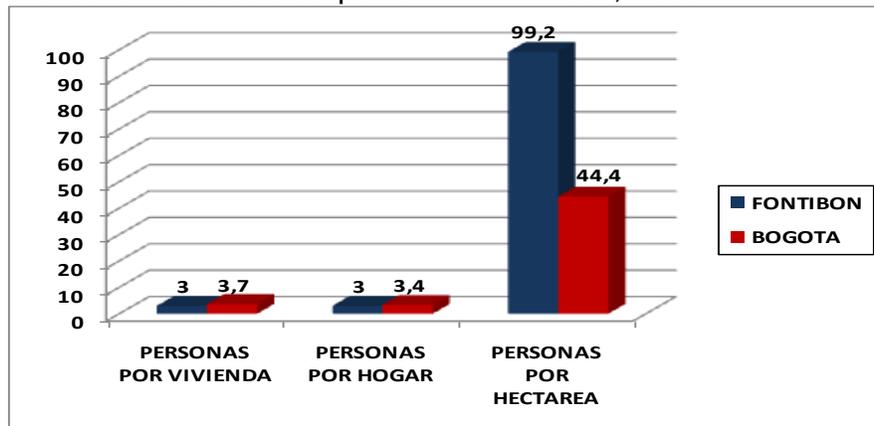


Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2006 – 2015.

1.3.1.2 Densidad Poblacional

El número de personas por vivienda es un indicador aproximado del hacinamiento. Esta relación para Fontibón es de tres personas por vivienda, para Bogotá de 3,7. Por su parte, Fontibón se encuentra 0,4 puntos porcentuales debajo de Bogotá en el número de personas por hogar. No ocurre lo mismo, para la densidad de población que representa el número de personas por unidad de superficie, hectáreas en este caso, donde Fontibón se encuentra 54,8 personas/hectárea por encima del Distrito (Gráfica 5).

Gráfica 5. Densidad de población. Fontibón, 2009.



Fuente: DANE, SDP-DICE: Proyecciones de población según localidades 2005-2015. Nota: Es la información más reciente con la que cuenta la localidad.

La UPZ 75 presenta mayor concentración de viviendas (39.719), que corresponde al 36,4% de la localidad, seguida de Modelia (17.909; 16,4%). La UPZ con menos cantidad de viviendas corresponde al Aeropuerto el Dorado con 262 que equivale al 0,2% y se relaciona con el uso del suelo de esta UPZ el cual es Dotacional principalmente (Tabla 5). También se evidencia que en las UPZ 75 y 76 se encuentran más hogares que viviendas, lo que se puede analizar debido a la presencia de inquilinatos en estas UPZ, en los que en gran medida se encuentran condiciones de hacinamiento y que pueden generar aumento de enfermedades eruptivas, respiratorias y en algunos casos violencias.

Tabla 5. Viviendas y hogares según UPZ en la localidad de Fontibón, 2009.

Código UPZ	UPZ	Viviendas	Hogares
75	Fontibón	39.719	41.140
76	San Pablo	10.252	10.940
77	Zona Franca	12.263	11.807
110	Ciudad Salitre Occidental	13.187	12.541
112	Granjas de Techo	10.562	9.935
114	Modelia	17.909	17.177
115	Capellanía	4.938	5.110
117	Aeropuerto el Dorado	264	269

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE: 2005-2015. Nota: Es la información más reciente con la que cuenta la localidad.

1.3.1.3 Comportamiento crecimiento poblacional

La dinámica demográfica trata ciertos aspectos tales como el crecimiento de la población y sus distintos componentes. El cambio en una población se relaciona con tres hechos demográficos: nacimientos, defunciones y migraciones. A medida que las personas nacen, mueren o migran, su cantidad en un área determinada cambian (33).

De estos indicadores se obtiene una respuesta cualitativa –población vieja, joven, progresiva, regresiva– a partir de un dato numérico que, aunado al conocimiento del territorio, permite un análisis próximo a la realidad.

En Fontibón se evidencia una disminución en la natalidad de la población en los últimos 10 años pasando de 5018 nacimientos durante el año 2002 a 4384 nacimientos durante el 2012. Además se evidencia que los grupos quinquenales de 0 a 4 y 5 a 9 años presentan prácticamente la misma amplitud.

Con base en el índice de Friz¹, se evidencia la existencia de una estructura de población estacionaria madura, 95 personas menores de 20 años por cada 100 de 30 a 49 años; la proporción de población menor de 20 años para el período considerado es proporcionalmente inferior con respecto a la población de 30 a 49 años.

El índice de envejecimiento muestra como en la localidad de Fontibón hay 30 personas con edades iguales o mayores a 65 años por cada 100 menores de 15 años.

El índice de masculinidad se define como el cociente entre el número de hombres y el número de mujeres. Se observa que el índice de masculinidad total de la localidad de Fontibón presenta una reducción progresiva pasando de 90,12 en 2005 a 89,6 en 2015, lo cual indica que habrá una reducción de la población de hombres frente al de mujeres.

La relación de dependencia muestra cual es la relación de las personas en edades activas frente a las personas jóvenes y adultas, La importancia de este indicador puede estar más enfocada al área económica en la cual se pueden conocer los diferentes tipos de demanda de acuerdo a los diferentes grupos de población. En el 2005 la localidad de Fontibón tenía 45 personas dependientes demográficamente por cada 100 personas en edad activa, esta relación ha ido disminuyendo hacia 2011, pasando a 41 personas dependientes por cada 100 personas en edad activa (34).

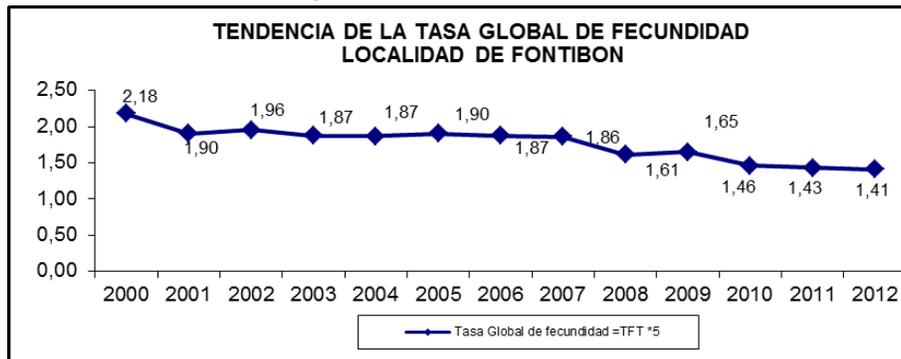
1.3.2 Indicadores demográficos

1.3.2.1 Tasa global de Fecundidad

La tasa global de fecundidad (TGF) es una de las medidas que más se acerca al estado de la fecundidad de una sociedad, mide el nivel de la fecundidad y representa el número de hijos que en promedio tendría cada mujer. Fontibón para el 2012, presentó una tasa global de fecundidad de 1,41, Desde el año 2000 se evidencia una disminución en la tasa global de fecundidad de 0,77. (Gráfica 6).

¹ El índice de Frizt es una representación gráfica de datos demográficos. Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años.

Gráfica 6. Tendencia de la tasa global de fecundidad, Localidad Fontibón, 2000-2012.



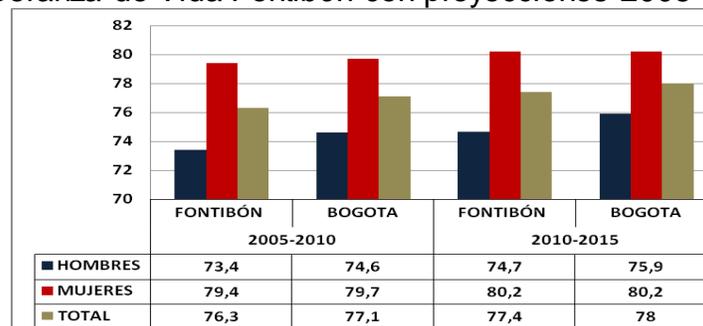
Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2010 – 2015. Dirección De Salud pública, sistema de estadísticas vitales SDS (datos preliminares). Fecha de corte: 21/01/2013.

1.3.2.2 Esperanza de vida

La esperanza de vida en la localidad para los años 2005-2010, estima que en promedio las mujeres tendrán un poco más de 79,4 años de vida y los hombres alrededor de 73,4 desde el momento en que nacen, siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad que fueron observadas en los censos y registros de defunciones y que sirvieron de insumo para elaborar la proyección. Esta relación aumentará para los años 2010-2015, para mujeres aumentara en 0,8 la esperanza de vida pasando a 80,2 y para los hombres aumentara en 1,3 pasando a 74,7 la esperanza de vida.

En Fontibón la esperanza de vida es menor que en el distrito en un 0,8 tomando la población del quinquenio 2005-2010. Para el quinquenio 2010-2015 esta diferencia disminuye a 0,6. Al realizar la comparación con las proyecciones al 2015, se observa un aumento en la esperanza de vida tanto distrital como local; esto lleva a considerar nuevas variables dentro del territorio para mejorar la calidad de vida de la población, proyectando un aumento de personas mayores en los próximos años, lo que conlleva a pensar en aumentar la infraestructura institucional para dar respuesta a las futuras demandas del servicio y desde la parte promocional, disminuir factores de riesgo para evitar el deterioro de la calidad de vida y salud en ésta población (Gráfica 7).

Gráfica 7. Esperanza de Vida Fontibón con proyecciones 2005-2010, 2010-2015



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2005 – 2015

1.4 Perfil socioeconómico

De acuerdo con la definición de la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluidos los sistemas sanitarios. 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, y explican la mayor parte de las inequidades sanitarias. Así las cosas, es preciso mencionar que las configuraciones de los perfiles de salud, enfermedad y muerte en una comunidad, responden a lo que se conocen como los determinantes estructurales de la salud, que son “la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada País” (35).

En ese sentido, hacer un análisis de la situación de salud de Fontibón requiere primero una mirada global, que retome las afirmaciones y consideraciones hechas por la Comisión de determinantes sociales en salud, que reconocen que “La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible y a la posibilidad de tener una vida próspera (35).

Desde esa perspectiva, es necesario examinar cuál es la implicación que los procesos políticos, económicos y sociales que se desarrollan en Fontibón, tienen sobre el bienestar y la calidad de vida de la población.

Para ello, es preciso analizar una de las dimensiones estructurales que permite dar cuenta de esta situación: la pobreza, que en sentido estricto debe entenderse desde su integridad y complejidad y no solamente desde la medición del ingreso de una persona, o su acceso a bienes y servicios o su percepción de la misma

Como aproximación a su medición se utilizarán algunos indicadores que nos ayudarán a comprender, analizar y dar cuenta de este fenómeno. Algunos estarán relacionados con medidas subjetivas, esto es, la percepción que tienen las personas sobre esta situación, y otros estarán relacionados con mediciones objetivas como el cálculo de los ingresos, las condiciones de vida -ICV-, el índice de necesidades básicas insatisfechas -INB-, el índice de desarrollo humano -IDH-

1.4.1 Medidas subjetivas de la pobreza

La medición de la percepción que la población tiene acerca de la pobreza se ha empleado como un análisis complementario a las metodologías tradicionales. Entendiendo, esta apreciación constituye una aproximación valiosa a su medición, aunque limitada por su naturaleza, pues es inherente al concepto de cada individuo.

Según los resultados de la encuesta multipropósito en Bogotá el 24,3% de la población se considera pobre. En Fontibón, este porcentaje llega al 14,9% por encima de localidades como Chapinero y Teusaquillo (Tabla 6). Ahora bien, al indagar sobre el nivel de vida, Fontibón con el 61,4% es la localidad que presenta el más alto porcentaje de hogares cuya percepción es que el nivel de vida actual con respecto a lo sucedido hace cinco años ha mejorado. (Tabla 6)

Tabla 6. Medidas subjetivas y objetivas de la pobreza en Bogotá

Localidad	Se considera pobre				Los ingresos de su hogar:						El nivel de vida actual de su hogar, respecto al que tenía 5 años atrás es:						Personas pobres por ingresos		Personas en indigencia por ingresos		GINI
	SI		NO		No alcanzan para cubrir los gastos mínimos.		Sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos.		Cubren más que los gastos mínimos.		Mejor		Igual		Peor		Total	%	Total	%	
	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	%	
Chapinero	5.054	8,6	53.656	91,4	3.646	6,2	18.971	32,3	36.093	61,5	27.805	47,4	26.506	45,1	4.399	7,5	7.092	5,3	3.309	2,5	0.513
Kennedy	94.838	32,9	193.455	67,1	54.168	18,8	186.135	64,6	47.990	16,6	158.673	55,0	93.926	32,6	35.693	12,4	135.347	13,3	38.115	3,7	0.409
Fontibón	15.485	14,9	88.563	85,1	12.866	12,4	52.007	50,0	39.175	37,7	63.904	61,4	33.031	31,7	7.113	6,8	30.579	8,8	9.350	2,7	0.510
Engativa	46.942	19,2	198.001	80,8	42.207	17,2	135.267	55,2	67.468	27,5	128.566	52,5	86.551	35,3	29.826	12,2	76.823	9,1	17.816	2,1	0.407
Suba	65.954	20,7	252.427	79,3	52.108	16,4	179.056	56,2	87.218	27,4	165.653	52,0	114.057	35,8	38.671	12,1	124.242	11,6	32.725	3,1	0.524
Teusaquillo	5.510	10,1	48.831	89,9	3.489	6,4	22.718	41,8	28.135	51,8	26.754	49,2	22.283	41,0	5.304	9,8	5.171	3,5	3.636	2,5	0.415
Puente Aranda	14.989	19,2	62.898	80,8	12.697	16,3	44.452	57,1	20.738	26,6	41.492	53,3	28.703	36,9	7.692	9,9	26.038	10,1	7.788	3,0	0.424
Bogotá D.C	530.130	24,3	1.655.744	75,7	405.857	18,6	1.235.985	56,5	544.031	24,9	1.113.808	51,0	819.523	37,5	252.542	11,6	1.287.982	17,3	300.453	4,0	0.542

Fuente: SDP, Encuesta Multipropósito, 2011.

1.4.2 Medidas objetivas de la pobreza

El porcentaje de población bajo la línea de pobreza identifica a los llamados pobres por ingresos, es decir, los hogares y personas que carecen de los ingresos suficientes para adquirir un conjunto de bienes y servicios destinados a satisfacer sus necesidades elementales (36). En Fontibón el porcentaje de personas pobres por ingresos incluye el 8,8% de la población, casi 9 puntos porcentuales por debajo del promedio de la ciudad. (Tabla 6)

La línea de indigencia por su parte, se expresa como el costo mínimo de una canasta para satisfacer un umbral mínimo de necesidades nutricionales (36). Este método evalúa el porcentaje de personas indigentes por ingresos, que para Fontibón alcanza el 2,7%, siendo junto con Engativa, Chapinero y Teusaquillo, las localidades con menor porcentaje de población indigente. (Tabla 6)

Un indicador que permite medir la desigualdad de la distribución del ingreso en una sociedad es el Coeficiente de Gini. El valor que se obtiene de su medición revela la equivalencia (en número de veces) de la cantidad de ingresos que perciben los más ricos con respecto al ingreso que perciben los más pobres. Dicha medición varía en una escala de 0 a 1 (cero a uno), siendo el valor de 0 (cero) la situación ideal en la que todos los individuos o familias de una sociedad adquieren el mismo ingreso. (36) Para la localidad el coeficiente de Gini se encuentra en 0.510, por debajo del promedio del Distrito, que llega al 0.542. y ubica a Fontibón como una de las seis localidades más desiguales en la distribución de ingresos de la ciudad. (Tabla 6)

Algunas de las medidas objetivas de la pobreza que no son monetarias, incluyen el índice de necesidades básicas insatisfechas -NBI-, el de condiciones de vida

-ICV- y el índice de desarrollo humano -IDH-. El primero contempla cinco componentes que incluyen: hogares con vivienda inadecuada, con hacinamiento crítico, con servicios inadecuados, con inasistencia escolar de niños entre 7 y 11 años, y con alta dependencia económica. El déficit de uno o más componentes clasifica al hogar como pobre, en tanto la insuficiencia de dos o más de estos componentes determina el estado de miseria. El segundo por su parte (ICV), mide el estándar de vida mediante la combinación de variables de capital humano, con variables de acceso potencial a bienes físicos y con variables que describen la composición del hogar. Un mayor valor del ICV refleja una mejora en las condiciones de vida del hogar; El ICV Contempla cuatro factores que son: acceso y calidad de servicios, educación y capital humano, tamaño y composición del hogar, y calidad de la vivienda. (36) Mientras que el tercero, permite medir el desarrollo humano, basado en tres indicadores: esperanza de vida al nacer, nivel educacional, y nivel de vida medido de acuerdo al PIB real per cápita.

Según los resultados de la Encuesta multipropósito, en relación al NBI, Fontibón no refleja hogares en situación de miseria, en tanto muestra un 2,2% de los hogares en condición de pobreza, siendo los componentes de alta dependencia económica, inasistencia escolar en niños entre 7 y 11 años y hacinamiento crítico aquellos que más afectan la localidad. Ahora bien, en cuanto al ICV Fontibón presenta un ponderado de 93,8, superando por un poco más de dos puntos el promedio Distrital, y mostrando una tendencia al ascenso al compararlo con lo obtenido en la Encuesta de Calidad de Vida 2007 y 2003, donde obtuvo 92,7 y 90,3 respectivamente. (Tabla 7)

Por último el índice de desarrollo humano urbano de Fontibón es de 0,82, superior al promedio de las localidades de Bogotá (0,80). Dentro de sus componentes, el mejor resultado está asociado al grado de supervivencia de los niños y niñas. Por el contrario, las mayores brechas, se encuentran asociadas a las condiciones para la movilidad de las personas (tiempo, número de viajes y distancia de desplazamiento), disponibilidad de zonas verdes y cobertura educativa (37).

Tabla 7. Necesidades básicas insatisfechas e índice de condiciones de vida por factores.

Localidad	NBI														Índice de condiciones de vida por factores				
	Hogares con vivienda inadecuada		Hogares con hacinamiento crítico		Hogares con servicios inadecuados		Hogares con inasistencia escolar de niños entre 7 y 11 años		Hogares con alta dependencia económica		Hogares pobres por NBI (uno o más NBI)		Hogares en miseria por NBI (dos o más NBI)		Total ICV	Factor 1. Acceso y calidad de los servicios	Factor 2. Educación y capital humano	Factor 3. Tamaño y composición del hogar	Factor 4. Calidad de la vivienda
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%					
Chapinero	129	0,2	130	0,2	-	0,0	-	-	45	0,1	305	0,5	-	-	97,5	27,4	38,1	19,4	12,6
Kennedy	979	0,3	1.972	0,7	668	0,2	1.348	0,5	5.462	1,9	10.429	3,6	-	-	91,0	27,3	33,4	17,8	12,5
Fontibón	-	-	460	0,4	-	-	438	0,4	898	0,9	1.797	1,7	-	-	93,8	27,4	35,5	18,3	12,7
Engativá	-	-	2.075	0,9	-	-	341	0,1	2.889	1,2	5.305	2,2	-	-	93,0	27,4	34,9	18,2	12,6
Suba	337	0,1	4.120	1,3	-	-	711	0,2	1.591	0,5	6.759	2,1	-	-	93,0	27,4	35,1	17,9	12,6
Teusaquillo	-	-	-	-	-	-	86	0,2	139	0,3	225	0,4	-	-	97,0	27,4	37,7	19,4	12,5
Puente Aranda	87	0,1	790	1,0	258	0,3	163	0,2	863	1,1	2.074	2,7	87	0,1	93,6	27,3	35,0	18,6	12,7
Total Bogotá	9.374	0,4	33.869	1,6	3.779	0,2	7.627	0,4	32.234	1,5	82.195	3,8	4.306	0,2	91,5	27,3	34,0	17,8	12,4

Fuente: SDP, Encuesta Multipropósito, 2011.

1.4.3 Mercado Laboral

Según la encuesta multipropósito, la población de Bogotá para el año 2011 asciende a 7.451.231 habitantes. La fuerza de trabajo, o población económicamente activa, que representa las personas que se encuentran trabajando o buscando empleo corresponde a 3.823.573 habitantes, mientras que las personas ocupadas (aquellas que la semana anterior a la aplicación de la encuesta trabajaron al menos una hora remunerada o no) alcanzan la cifra de 3.494.706 individuos.

Las cifras para Fontibón muestran una tasa de ocupación del 59,6% por encima de lo reportado en el Distrito y una tasa de desempleo (8,8%) ligeramente superior a la de Bogotá. Ahora bien, aunque las tasas de desempleo parecieran no tener indicadores tan altos, su importancia es trascendental, dado que en general se ha demostrado que inciden en el aumento general de la morbilidad, en el deterioro de la condición de vida de la población trabajadora y en la aparición de nuevos padecimientos (38).

1.4.4 Vivienda y Servicios Públicos

La vivienda, en el sistema internacional de derechos humanos, está relacionada con el derecho a un nivel de vida adecuado o digno, que constituye el reconocimiento de que las personas requieren de ciertas condiciones básicas para que sea posible su existencia como tal y que tales condiciones deben ser aseguradas por el Estado. El acceso a la vivienda, significa un mejoramiento en la calidad de vida, lo que se refleja en indicadores de salud, alfabetización y esperanza de vida al nacer.

En la localidad siguiendo la tendencia reportada en la ciudad, el 39,6% tiene vivienda propia, el 36,1% vive en arriendo o subarriendo y el 20,2% la está pagando superando en cerca de un 10% lo ocurrido en el Distrito (39).

En Fontibón, el déficit de vivienda alcanza al 7,4% de los hogares por debajo en 4,4% del valor distrital que se encuentra en 11,8%, presentándose déficit cuantitativo en el 3,6% de los hogares (hogares que necesitan una nueva vivienda), y déficit cualitativo en el 3,9% (hogares que requieren que su unidad habitacional sea mejorada) (39). En ese sentido es posible afirmar, que por lo menos para ese 7,4% de la población fontibonense, la vivienda se convierte en un riesgo para la salud, bien sea porque no se tiene o porque se considera insalubre. Esto evidentemente impacta lo que se conoce como capital social, que es el que posibilita el acceso a bienes, a servicios o al desempeño de actividades incidiendo sobre el bienestar de los hogares porque permiten o facilitan a sus miembros el uso de los recursos (40).

Por otro lado, el derecho a un nivel de vida digno incluye temas más allá de la estructura física, como los equipamientos y servicios públicos, entre otros, que permiten mirar a la vivienda más allá que como una mera construcción.

Desde esta perspectiva al analizar el acceso de servicios públicos de la localidad, se encontró que la cobertura de alcantarillado y recolección de basuras son del 100%, mientras que la cobertura de energía eléctrica y acueducto alcanza el 99,3% y 99% respectivamente. Con relación a ésta última, los datos muestran que el 0,6% (580) de los hogares afirman no tener provisión de agua los siete días a la semana, en el 9,1% de los hogares la ubicación del grifo, pozo o llave de agua se encuentra por fuera de la vivienda, y solo el 94,9% cuentan con sanitario exclusivo.

Considerando entonces que el acceso a agua potable de calidad y la conexión a desagües cloacales constituyen un servicio fundamental para la salud de la población, es posible afirmar que en los hogares donde no se presenten estas condiciones, habrá mayor susceptibilidad al aumento de patrones de morbi-mortalidad de la población.

En cuanto al sistema de alcantarillado, el principal problema del sector occidental de Fontibón es el drenaje de aguas lluvias, por lo que es fundamental que se inicie un proceso de adecuación hidráulica del río Bogotá, y de construcción de algunos interceptores y lagunas de amortiguación o pondaje a las crecidas del río Fucha. Para el 2003 la Empresa de Acueducto de Bogotá ejecutó trabajos de obras civiles en el sector occidental sobre la Avenida Centenario como componente del proyecto de alcantarillado pluvial y estación de pondaje (25).

1.4.5 Educación

1.4.5.1 Coberturas de educación

La población en edad escolar (PEE) para Fontibón, que corresponde a niños, niñas y adolescentes entre 5 y 16 años, asciende a 64.563 durante el 2012.

Ahora bien, en relación a la demanda efectiva del servicio educativo oficial, que es la población que solicita cupo en el sistema educativo del sector público, la cifra alcanza un valor de 30.795, que corresponde al 47.7% del total de la PEE, en tanto la demanda del sector educativo no oficial incluye 30.531 (47,28%). Al tratar de establecer la distribución de composición de la demanda del servicio educativo oficial en la localidad se encontró que 25.163 (81,7%) corresponden a estudiantes antiguos que continúan en el sector oficial, y 5.632 (18,3%) a estudiantes nuevos. Al diferenciar esta demanda de acuerdo al tipo de institución educativa, se encontró que 29.757 (96,6%) se distribuye en colegios Distritales y 1.038 (3,4%) en colegios en convenio, de los cuales existen en Fontibón para los primeros un acumulado de 10 instituciones educativas distritales (IED) con 20 sedes, y para los segundos un total de 3 colegios en convenio, con una sede cada uno. Al examinar los cupos oficiales ofertados por nivel de escolaridad, los hallazgos revelan que el 6% se concentran en pre-escolar, el 38% en primaria, el 39,8% en secundaria, y el 16.1% en media. Mientras que para los cupos ofertados en el sector no oficial, la distribución es la siguiente: pre-escolar (20,4%) , primaria (37,5%), secundaria (30%) y media (12%) (41).

En cuanto a la planta de personal directivo, docente y administrativo que hace parte de las instituciones educativas del sector oficial en Fontibón a 30 de junio de 2012, ésta estaba conformada por 994 personas distribuidas así: 68 en pre-escolar, 350 en básica primaria, 534 en básica secundaria y media y 42 por docentes y orientadores que enseñan en varios niveles. Para el sector educativo no oficial, la planta de docentes alcanzó para el 2012 1479 personas, de las cuales 405 se encuentran en pre-escolar, 534 en primaria, 349 en secundaria, y 191 en media (41).

La tasa de cobertura bruta se define como la relación entre la matrícula y la PEE. Para la localidad de Fontibón este indicador de acuerdo al nivel educativo es el siguiente: 78.8% para pre-escolar, 84% para primaria, 89.3% para secundaria, 69.3% para media y 82.5% para secundaria y media, cifras que se encuentran todas, por debajo del promedio de la ciudad (41).

1.4.5.2 Escolaridad

Fontibón presenta una tasa de analfabetismo de 0,9% equivalente a 2.438 personas de 15 años y más que no saben leer ni escribir. Dentro de los encuestados, se encontró que la tasa de analfabetismo de hombres es de 0,6% y la de mujeres de 1,2%. Para Bogotá esta tasa es del 1,6%, lo que significa que 91.793 personas de 15 años y más no saben leer ni escribir (39).

Por su parte, el promedio de educación para las personas de 5 años y más en Bogotá es de 9.4 años. En el caso de Fontibón este promedio es un poco mayor alcanzando los 10.5 años (39).

1.4.6 Servicios de recreación y cultura

Para el acceso a recreación y esparcimiento, la localidad cuenta con lo que se ha definido como las tres dimensiones de las zonas verdes: Parques metropolitanos, locales y barriales. Y según datos consolidados a partir del inventario existente, se puede decir que hay 62 zonas verdes de tipo recreación pasiva y activa dentro de la UPZ Modelia, Capellanía y salitre occidental. Por otro lado, según la base de datos del Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD), Fontibón cuenta con 149 zonas verdes y parques que suman 2.447.401,3 m², que equivalen a 8,2 m²/habitante; este indicador es el quinto más alto en relación con las demás localidades, superado sólo por Teusaquillo, Usaquén, Barrios Unidos y Santa Fe y se encuentra muy por encima del promedio del Distrito (4,82 m² / hab.)

La UPZ Zona Franca tiene el mejor indicador de parques y zonas verdes, con 26,53 metros cuadrados/habitante, que se explica gracias a que allí se localiza el Humedal Meandro del Say. Las UPZ Capellanía, Granjas de Techo y Modelia tienen indicadores superiores a 10 m²/habitante; mientras que las UPZ 117, 75 y 76 tienen los indicadores más bajos de parques y zonas verdes por habitante con 0,25 metros cuadrado/habitante, 1,65 metros cuadrado/habitante y 2,16 metros

cuadrado/habitante, respectivamente. Estos indicadores están por debajo del promedio de la localidad (8,15 metros cuadrado/habitante) (42).

En Fontibón según la encuesta bienal de cultura 2009, el porcentaje de la población fontibonense que asegura realizar algún tipo de prácticas artísticas frecuentemente alcanza el 15.8% de la población. Mientras que en la ciudad este valor asciende a 16.3%. Por otro lado en relación a las prácticas deportivas el 34.2% de la población afirma practicar algún deporte, cifra cercana al promedio Distrital (35%) (36).

Los equipamientos deportivos y recreativos para realizar estas prácticas en la localidad incluyen: 1 club, 1 coliseo, 1 estadio y 1 piscina, ubicados en las UPZ 76 San Pablo, UPZ 75 Fontibón, y UPZ 110 Salitre Occidental (36).

En lo referente a parques, de acuerdo a información del Instituto de Recreación y Deporte, de 2011, en la localidad se ubican 236 parques que suman 1.373.104,8 m², lo que equivale a 4,0 m² por habitante, teniendo en cuenta la población urbana de este mismo año; el valor de este indicador está por debajo del promedio de la ciudad que registra 4,4 m²/hab. (36).

1.4.7 Movilidad

Al examinar la estructura vial y el equipamiento de la localidad, se encontró que el subsistema vial de Bogotá está compuesto por la malla vial arterial, intermedia y local. De acuerdo con los datos del inventario de la malla vial de Bogotá a Diciembre de 2009, la localidad Novena cuenta con 895,9 Km carril, de los cuales el 33% pertenecen a la malla vial arterial, el 31% a la malla vial intermedia y el 36% a la malla vial local. El diagnóstico del subsistema vial de la localidad de Fontibón indica que el 46% se encuentra en buen estado, el 23% en regular estado y el 31% en mal estado (43).

Sin lugar a dudas Fontibón cuenta con una de las redes de circuitos viales más completas de la ciudad, pues sus habitantes tienen acceso a varias de las vías más importantes de Bogotá, que les permiten trasladarse con facilidad al centro, sur y norte de la ciudad, así como a municipios cercanos y a otros departamentos. Además de las avenidas El Dorado y 68 que marcan los límites, a través de Fontibón cruzan importantes avenidas. En el sentido norte-sur se encuentran las avenidas Avenida Boyacá y Avenida Ciudad de Cali y la futura ALO. En el sentido oriente-occidente se encuentran las avenidas de Luis Carlos Galán, Ferrocarril de Occidente y Centenario, esta última une el centro de Bogotá con los municipios de Mosquera, Funza y Madrid y es una de las principales salidas de Bogotá hacia el occidente, llegando hasta Medellín (43).

En los últimos años se han desarrollado diferentes proyectos para ampliar la malla vial de la localidad, entre los que se cuenta la construcción de una ciclo ruta en el separador central de la Avenida el Dorado y otra en el barrio Atahualpa. También

se ha iniciado la construcción del Sistema de transporte Transmilenio por la Avenida el Dorado, en el que residentes y comerciantes de la localidad se beneficiarán al tener mayores alternativas de movilidad ahorrando tiempo en los desplazamientos. Existe una álgida preocupación por parte de la comunidad, por el posible aumento en el deterioro de la malla vial como resultado del tránsito de los buses alimentadores y del sistema integrado de transporte. De acuerdo a lo referenciado en los encuentros de seguridad y convivencia en la UPZ 75, la comunidad ha insistido en señalar el mal estado de las vías, en especial las de los sectores de la carrera: 113 entre calles 23 D a 30; en el barrio La isla (Carrera 101 entre calles 23B a 23H); en el barrio Betania (carrera: 111 calle: 18 B) y barrio Atahualpa (Av. Esperanza con calle 23D). (Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Hábitat 2009) En la UPZ 76, en el barrio Villa Andrea (calle 17 c Numero: 134 – 70), estos factores de mal estado en las vías generan mayor material particulado que puede generar mayor número de casos de enfermedad respiratoria.

1.5 Perfil de Salud-Enfermedad

1.5.1 Morbilidad y deterioro de Salud

Durante la vigencia 2012 en la ESE Hospital Fontibón fueron atendidos en total 38058 individuos en los diferentes servicios que presta a través de sus unidades primarias de atención (UPA) y centros de atención médica inmediata (CAMI). Un 68% fueron atendidos por servicios de consulta externa, 22% por urgencias y el 10% por hospitalización (44).

Características de la población Atendida

Edad promedio de atención ambos sexos: 35,2

Edad promedio de atención mujeres: 37,1 años

Edad promedio de atención hombres: 32,4 años

El 60% de los usuarios atendidos corresponde a mujeres y el 40% restante a hombres.

La primera causa de morbilidad general son las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares, con un 7,8% (7882), encontrándose el mayor número de casos en la etapa de ciclo vital de adultez con 42,3% (3.337) seguido de la etapa de ciclo vital Infancia con 26,4% (2.082); siendo las enfermedades de mayor peso porcentual la caries de la dentina, gingivitis, raíz dental detenida y periodontitis. (Tabla 8)

La segunda causa de morbilidad general son las hipertensivas, con un 5,1% (5.108), encontrándose el mayor número de casos en la etapa de ciclo vital de vejez 68,5% (3.499); siendo las enfermedades de mayor peso porcentual la hipertensión, la insuficiencia cardiaca congestiva, la enfermedad cardio-renal y la enfermedad hipertensiva con insuficiencia renal. (Tabla 8)

La tercera causa de morbilidad general son los síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen, con un 4,2% (4.220), encontrándose el mayor número de casos en la etapa de ciclo vital de adultez 41% (1.733); siendo las enfermedades de mayor peso porcentual el dolor localizado en partes inferiores del abdomen, el dolor pélvico perineal, las náuseas y el vómito; cabe resaltar que el diagnóstico con mayor peso porcentual corresponde al diagnóstico R10 otros dolores abdominales y los no especificados con un 36,7% (1.549).

Tabla 8. Distribución por etapa de ciclo vital y diagnóstico población atendida en hospital Fontibón, 2012.

INFANCIA		ADOLESCENCIA		JUVENTUD		ADULTEZ		VEJEZ	
Diagnóstico	Número	Diagnóstico	Número	Diagnóstico	Número	Diagnóstico	Número	Diagnóstico	Número
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	2082	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	879	Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	1686	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	3337	Enfermedades hipertensivas	3499
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1930	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	562	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	1002	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	1733	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	1918
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias	1142	Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	488	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	911	Trastornos no inflamatorios de los órganos pélvicos femeninos	1670	Diabetes mellitus	876
Personas en contacto con los servicios de salud para investigación o exámenes	978	Trastornos episódicos y paroxístico	249	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	493	Enfermedades hipertensivas	1591	Otras enfermedades del sistema urinario	602
Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	931	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	237	Parto	493	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	1310	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	582
Enfermedades infecciosas intestinales	808	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación o exámenes	230	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	381	Trastornos episódicos y paroxístico	1092	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	565
Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular	710	Síntomas y signos generales	227	Otras enfermedades del sistema urinario	339	Espondilopatías	1086	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	495

INFANCIA		ADOLESCENCIA		JUVENTUD		ADULTEZ		VEJEZ	
Diagnóstico	Número	Diagnóstico	Número	Diagnóstico	Número	Diagnóstico	Número	Diagnóstico	Número
Síntomas y signos generales	642	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	200	Trastornos episódicos y paroxístico	337	Otras enfermedades del sistema urinario	1037	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	495
Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	519	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	156	Trastornos no inflamatorios de los órganos pélvicos femeninos	337	Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorios y respiratorios	922	Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorios y respiratorios	478
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	467	Traumatismo de la cabeza	152	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	298	Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	916	Espondilopatías	454

Fuente: "Dinámica gerencial". Hospital Fontibón ESE. 2012.

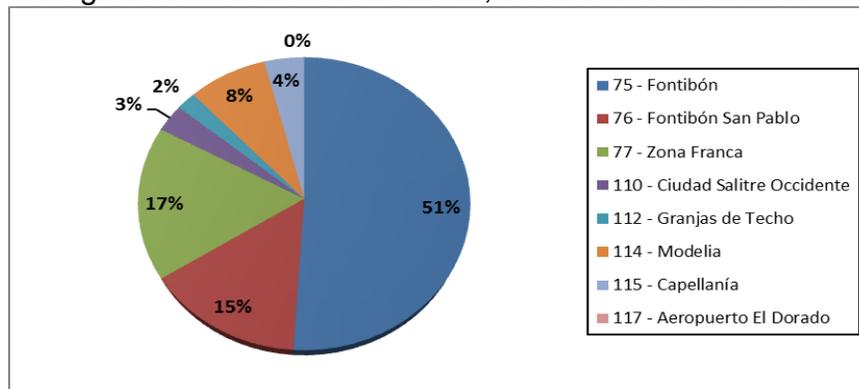
1.5.1.1 Población en condición de discapacidad

La vigilancia en salud pública en discapacidad se entiende como un proceso sistemático y constante de recolección organización, análisis, interpretación actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes en la población con discapacidad; para la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública.

Durante el 2012 en la localidad de Fontibón se registraron un total de 848 personas en condición de discapacidad, de las cuales 166 son residentes de otras localidades, 127 son actualizaciones de personas previamente registradas que han tenido cambios en dirección de residencia, en afiliación al sistema de salud o en su condición de discapacidad y 555 nuevos registros de la localidad. Para el año 2011 las cifras son más altas con un total de 951 registros, lo que se puede explicar por la implementación del beneficio de excepción de pico y placa a partir del mes de abril del año 2011 momento en el cual se presentó un pico de registro.

La distribución por UPZ de la población caracterizada durante el periodo se presenta de la siguiente manera: Fontibón centro con 281 registros representa el 51,47%, Zona Franca con 94 registros representa el 17,22%, Fontibón San Pablo con 79 registros representa el 14,47%, Modelia con 42 representa el 7,69%, Capellanía con 13 registros representa el 2,38% y Ciudad Salitre Occidental con 17 registros representa 3,11% y Granjas de Techo con 20 registros representa el 3,66%. (Gráfica 8)

Gráfica 8. Frecuencia relativa por UPZ de las personas en condición de discapacidad registrada durante el año 2012; localidad de Fontibón.



Fuente: Registros VSP DISCAPACIDAD Base de Datos 2012, Base de Datos Aplicativo Distrital 2012. Hospital Fontibón ESE. n:546.

1.5.1.2 Subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral -SISVESO-

El Subsistema para la Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral se propone como una estrategia de promoción y vigilancia de los principales eventos de salud oral, permitiendo identificar la relación con los determinantes sociales involucrados y la calidad de vida en el proceso salud – enfermedad con el fin de orientar metodologías de intervención necesarias hacia una mejor condición en la salud oral de la población.

En el 2012 se captaron 2603 pacientes en Fontibón por el SISVESO, disminuyendo en un 34% con respecto al total notificado en el año 2011, baja que se debe al ajuste de metas en la red pública de acuerdo a lo contratado por la secretaria distrital de salud y disminución en el número de profesionales notificadores en la misma red. De los individuos notificados el 59,3% son mujeres y 40,6% son hombres. El 49% pertenecen al ciclo de juventud, el 27,19% al ciclo de adultez, el 20,82% al ciclo de infancia y el 3% al ciclo de persona mayor.

La mayor parte de los individuos captados por SISVESO residen en la UPZ 75, seguido de la UPZ 77 y UPZ 76 que manejan una proporción similar. Al resto de UPZ pertenecen muy pocos pacientes de los captados por el subsistema.

El comportamiento de la gingivitis a causa del acumulo de placa bacteriana produciendo inflamación y sangrado de la encía en el total de la población notificada aumenta en un 6% para el 2012 con respecto a lo observado en el mismo periodo de 2011. En el 2012 un 72% de los individuos captados está afectado por la patología. (Tabla 9)

La mancha café seguida de la mancha blanca precursoras de procesos de caries son las más comúnmente encontradas en los individuos. La fluorosis también está presente en un 13% de la población, siendo diagnosticada principalmente en la etapa de ciclo vital juventud.

Tabla 9. Indicadores salud oral por etapa de ciclo vital, Fontibón 2012.

INFANCIA		ADOLESCENCIA Y JUVENTUD		ADULTEZ		VEJEZ	
Indicadores Salud oral	Porcentaje						
Prevalencia gingivitis:	9,39%	Prevalencia gingivitis:	36,62%	Prevalencia gingivitis:	24,65%	Prevalencia gingivitis:	1,88%
Prevalencia periodontitis:	0%	Prevalencia periodontitis:	0,10%	Prevalencia periodontitis:	1,34%	Prevalencia periodontitis:	0,16%
Alerta componente careado:	6,67%	Alerta componente careado:	10,46%	Alerta componente careado:	8,47%	Alerta componente careado:	0,60%
Alerta perdidos por caries:	0,40%	Alerta perdidos por caries:	1,84%	Alerta perdidos por caries:	15,34%	Alerta perdidos por caries:	2,74%

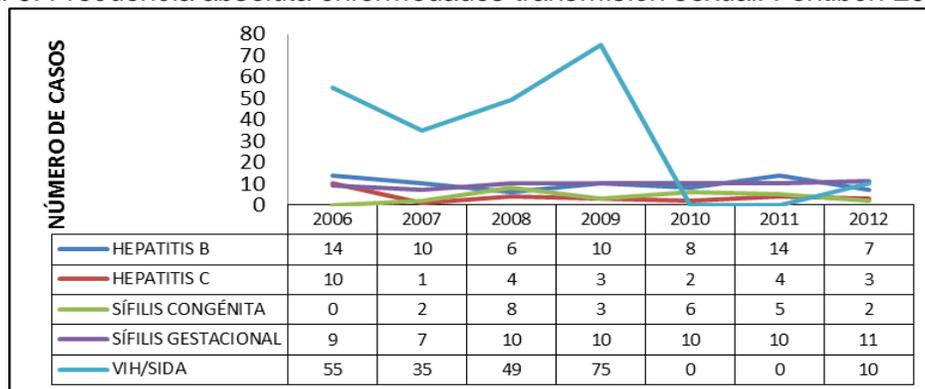
Fuente: Base de datos SISVESO Hospital Fontibón 2012. Información preliminar.

1.5.1.3 Salud sexual y reproductiva

Para la Organización Panamericana de la Salud –OPS-, la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

El tema de la Salud Sexual y reproductiva, constituye un punto central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-, adoptados por la asamblea de la ONU, en el año 2000, en ellos se plantea la atención en Salud Sexual y Reproductiva, desde la salud materna, la salud infantil, la igualdad de género y la prevención del VIH/SIDA (45). En la siguiente gráfica se observa un aumento de notificación de casos de VIH/SIDA presentándose 10 notificaciones para los años 2010 y 2011 no se habían presentado notificaciones, con relación a la notificación de hepatitis B se evidencia una reducción del 50% en la notificación pasando 14 notificaciones en el 2011 a 7 en el 2012. (Gráfica 9)

Gráfica 9. Frecuencia absoluta enfermedades transmisión sexual. Fontibón 2006-2012.



Fuente. Base de datos SIVIGILA –SDS años 2006 – 2012.

Durante el 2012, se reportó un total de dos casos de sífilis congénita, lo que equivale a una tasa de incidencia del 0,5, presentando la tasa más baja registradas en los últimos cinco años. Este indicador a nivel local no reporta una tendencia estable, observando el mayor incremento de casos en el año 2008 con un total de ocho casos notificados. Por su parte la notificación de Sífilis Gestacional durante los últimos cinco años, ha registrado un leve aumento con una tendencia a estabilizarse en los últimos años, con un total de casos reportados de 11 y una incidencia de 2,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

Los determinantes de las enfermedades de transmisión sexual -ETS- son tan multifacéticos como deberían ser los enfoques de prevención y asistencia. Las medidas de intervención encaminadas a impedir la propagación de ETS y de la infección por el VIH deben elaborarse teniendo en cuenta la fisiología humana, las modalidades de comportamiento humano y las influencias socioculturales. La prevención de las ETS y de la infección por el VIH no puede realizarse exclusivamente mediante el cambio de comportamiento y los métodos de barrera. Otros factores, como las unidades y los valores familiares, el suministro de vivienda para reducir al mínimo la perturbación de la vida familiar, el empleo, la educación, la religión, la cultura, la edad, el sexo, etc., son factores que deben tenerse en cuenta en todo momento, con efectos de planificar y establecer programas de prevención y asistencia (46).

1.5.1.4 Programa ampliado de inmunización (PAI) análisis coberturas útiles de vacunación localidad Fontibón

El Programa ampliado de inmunización tiene como población objeto principalmente los menores de 5 años para el esquema regular de vacunación.

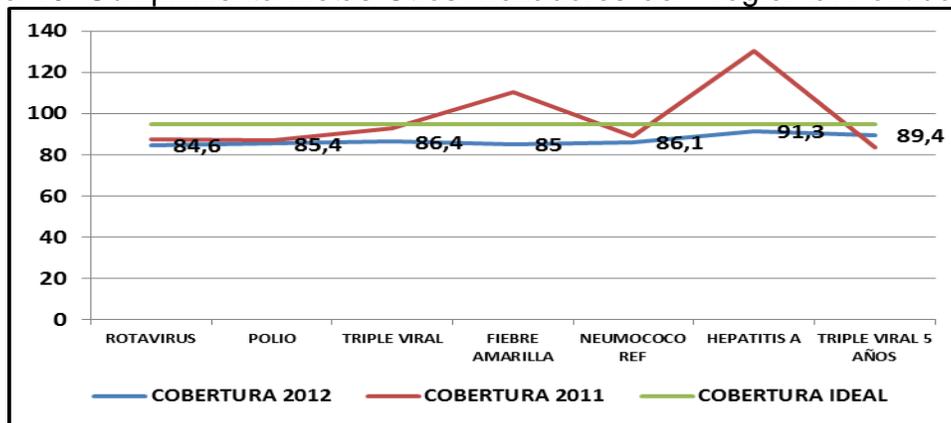
La oferta de servicios de vacunación en la localidad para el año 2012 fue de 18 puntos de atención entre instituciones Públicas y Privadas incluyendo la estrategia extramural; que declararon la prestación de este servicio en la dirección de desarrollo de Servicios, esta oferta se encuentra concentrada en su mayoría en la UPZ 75 Fontibón.

Para el 2012 Fontibón no cumplió con las coberturas útiles de vacunación de las terceras dosis de polio, se encuentra por debajo un 1,7% con respecto a la cobertura de vacunación del 2011 y un 9,6% por debajo con relación ideal de vacunación para dar cumplimiento a coberturas útiles de vacunación de este biológico. Para la población de un año de edad, la cobertura del biológico triple viral para el 2012 disminuyó en un 6,5% comparado con el 2011. (Gráfica 10).

Haciendo un análisis de situación se encuentra que año tras año ha venido disminuyendo la cantidad de menores que inician esquemas de vacunación en la localidad manteniendo la adherencia al programa PAI (plan ampliado de inmunización) con un índice de deserción del 0%, esto está en contraposición con las bajas coberturas de vacunación que para el año 2012 ha presentado la

localidad, teniendo en cuenta que el número de nacidos vivos en promedio para la localidad en los últimos 3 años son 4648 y que cada año ha venido disminuyendo la tasa de natalidad además de lo vacunado históricamente en promedio de dosis aplicadas de los tres últimos años observándose tendencia a la disminución con el pasar de los años. Lo anterior refleja la necesidad de revisar el denominador de Fontibón pues la meta que propone la SDS es de 6159 menores de 1 año y 6394 de un año objetivo que no logro cumplirse para este año (47).

Gráfica 10. Cumplimiento Metas Otros Trazadores del Programa. Fontibón, 2012.



Fuente: Tableros de control de la ESE Fontibón 2012.

Con relación a las coberturas de vacunación a partir de la información recabada en los diferentes espacios de análisis, se encontró a diferencia de otras situaciones en salud, un énfasis particular en los determinantes sociales proximales, como posibles elementos que ayudan a explicar el bajo cumplimiento en los indicadores de vacunación para algunos biológicos en la localidad, como es el caso de la vacuna de polio.

Como parte de estos factores se enuncia la negligencia de algunos padres de familia, que aunada al desconocimiento de los fundamentos biológicos a través de los cuáles las vacunas ayudan a crear un estado de inmunidad y protección frente a enfermedades de alto impacto en la infancia; permiten comprender la presencia de esquemas de vacunación incompletos en niños y niñas de la localidad.

"Porque ella dijo mañana voy porque ya está muy tarde entonces por la mañana la vacunan, Pero no dio una razón diferente a decir se me olvidó. No solamente dijo... Por negligencia. Sí dijo mañana y la niña le convulsionó a los doce, aquí hubo una usuaria que ella no le pareció importante eso, si acá" (Comunidad, Unidad de análisis Territorio de Salud 76, 2012).

Por su parte, el que el niño esté cursando un proceso infeccioso o el temor a los efectos adversos que pueda desencadenar la aplicación de una vacuna (fiebre, decaimiento, vómito, diarrea, entre otros), ya sea a causa del biológico o de dificultades relacionadas con la aplicación, son algunos de los argumentos que

los participantes a los espacios de análisis esgrimen como razones para no dar cumplimiento a los esquemas de vacunación.

“Yo la verdad porque uno los tiene bien y cuando llega (de vacunarlos) se ponen chinchosos, me da pesar, obvio verlos así”... “les aplican droga que ya está vencida, que no es, y hay niños que se han muerto”, “los contagian” (Comunidad, Unidad de análisis Territorio de Salud 77, 2012).

1.5.2 Mortalidad General

Para el análisis de la mortalidad general se utilizaron los datos oficiales suministrados por secretaria de Salud del año 2010 que son los más recientes con los que se cuenta. La mortalidad general agrupada a 105 causas según Clasificación Internacional de Enfermedades CIE -10, presenta que de las primeras diez causas tanto para el distrito como para Fontibón nueve son las mismas, la única causa que se encuentra en Fontibón y no en Bogotá es tumor maligno de la mama de la mujer.

La mayor causa de mortalidad general fue enfermedad isquémica del corazón con 137 muertes presentando una tasa de 4,1 muertes por cada 10000 habitantes de la localidad. La segunda causa asociada con mortalidad general fue la enfermedad cerebrovascular con 97 muertes presentando una tasa de 2,9 muertes por cada 10.000 habitantes (Tabla 10).

Tabla 10. Diez primeras causas de mortalidad general (Agrupación 105 causas año 2010). Fontibón, 2010.

FONTIBÓN					BOGOTÁ			
No	Causa	Total	%	Tasa	CAUSA	Total	%	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	137	11,3%	4,1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	3.807	13,3%	5,2
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	97	8,0%	2,9	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	1.915	6,7%	2,6
3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	83	6,9%	2,5	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	1.827	6,4%	2,5
4	1-041 Diabetes mellitus	56	4,6%	1,7	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	1.512	5,3%	2,1
5	1-050 Enfermedades hipertensivas	53	4,4%	1,6	1-041 Diabetes mellitus	991	3,5%	1,3
6	1-013 Tumor maligno del estómago	41	3,4%	1,2	1-059 Neumonía	940	3,3%	1,3
7	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	32	2,6%	0,9	1-050 Enfermedades hipertensivas	885	3,1%	1,2
8	1-059 Neumonía	32	2,6%	0,9	1-013 Tumor maligno del estómago	719	2,5%	1,0
9	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	30	2,5%	0,9	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	576	2,0%	0,8
10	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	23	1,9%	0,7	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	490	1,7%	0,7
	Resto de causas	627	51,8%	18,5	Resto de causas	14.999	52,3%	20,4
	Total	1.211	100%	35,8	Total	28.661	100,0 %	38,9

Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales. Preliminares. Fecha de Actualización: Enero de 2013. TASA * 10.000 Habitantes. Nota: Esta es la información de mortalidad general oficial más reciente con la que se cuenta para la localidad.

Los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP), es un indicador que permite valorar la mortalidad prematura, integrando la información del tiempo: el vivido antes del fallecimiento y el perdido prematuramente; tomando como límite superior la esperanza de vida al nacer que para el año 2009 alcanza los 69 años de edad.

Durante el 2010, el grupo de edad de 15 a 44 años presentó la mayor pérdida con 5043,5 AVPP, es decir un promedio de 37,9 años de vida perdido por cada muerte, en segundo lugar se encuentra el grupo de edad 45 a 59 años con una pérdida de 2.816 AVPP (Tabla 11).

Tabla 11. Años de vida potencialmente perdidos por grupo de edad. Fontibón, 2009.

GRUPOS DE EDAD	AVPP	Número de Casos	Promedio de años por grupo de edad
1 A 4 AÑOS	327,5	5	65,5
5 A 14 AÑOS	994,5	17	58,5
15 A 44 AÑOS	5043,5	131	37,9
45 A 59 AÑOS	2816	176	16

Fuente: Certificado de defunción -Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales. Preliminares. Agrupación 105 causas año 2010. Fecha de Actualización: Enero de 2013.

El 4,4% (n=53) de las mortalidades se da en menores de 1 año, la mayor causa presentada fue trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con el 24,5% de la mortalidad presentada en este rango de edad.

La proporción de mortalidad disminuye durante los periodos de 1 a 4 años, 5 a 14 años y presenta un aumento en el grupo de edad de 15 a 44 años con 10,8% (n=131), la mayor causa presentada fue Agresiones (homicidios) y secuelas con el 16,8% de la mortalidad en este rango de edad, se presentaron 10 mortalidades por causa enfermedad VIH (SIDA).

Para el grupo de edad de 45 a 59 años se reportaron 176 mortalidades (14,5%), La causa que mayor peso proporcional aportó en las defunciones de este grupo de edad fue la enfermedad isquémica del corazón con el 9,1%(n=16).

El grupo de edad de 60 y más años, fue el que mayor peso proporcional presentó a la mortalidad general de Fontibón durante el 2009 con el 68,4%. Las cinco principales causas de muerte entre las personas de 60 y más años son, en su orden: enfermedades isquémicas del corazón (14,3%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (9,7%), enfermedades cerebrovasculares (9,5%), enfermedades hipertensivas (6,3%) y Diabetes mellitus (6,2%).

1.5.3 ANÁLISIS PERFIL SALUD-ENFERMEDAD POR UNIDAD DE PLANEACIÓN ZONAL –UPZ–

Para el análisis del perfil de salud-enfermedad se tendrá en cuenta como ordenador la escala territorial unidades de planeación zonal –upz- para la profundización en el análisis.

Las UPZ, comprenden conjunto de barrios o sectores que comparten algunas características urbanísticas como uso del suelo, tipo de ocupación y rasgos socioeconómicos; que se ajustan a las directrices del Plan de Ordenamiento territorial (27).

1.5.3.1 UPZ 75

En el año 2012 las diferentes Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGDs) en el distrito captaron 2860 eventos de interés en salud pública de residentes en la localidad de Fontibón, de estos 1495 (52,3%) presentaban residencia en la UPZ 75.

El evento con mayor notificación en esta UPZ fue varicela individual con 590 eventos, encontrándose el mayor número de casos en el ciclo vital infancia con 399 (67,6%), la varicela es el evento de mayor notificación en el distrito capital.

El segundo evento de mayor notificación fue Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 233 casos, presentándose el mayor número de casos en el ciclo vital adultez con 81 casos (34,8%).

Al analizar los problemas de salud mental, durante el 2012 se recibieron 680 notificaciones al sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales -SIVIM- con residencia en la localidad de Fontibón, en la UPZ 75 se presentaron 395 casos (58,1%) de violencias, siendo las violencias emocional y negligencia las más presentadas con 247 casos (62,5%), el ciclo vital de infancia se constituye en el más afectado en esta UPZ con el 42,1%(273) principalmente por los dos tipos de violencia ya mencionados.

En cuanto a los casos de conducta suicida en la UPZ 75 se presentó el mayor número de casos en la localidad con 187 casos (46,4%), siendo la ideación suicida la conducta más presentada con 107 casos (54,5%), seguido por intento de suicidio con 73 casos (39%), el ciclo vital que más presentó conducta suicida en esta UPZ fue Adolescencia con 55 casos (28,5%).

El estado nutricional de los niños menores de cinco años ha sido reconocido como un valioso indicador que refleja el estado de desarrollo de una población, a continuación se realiza el análisis de los indicadores desnutrición global, crónica y aguda en menores de cinco años.

Para el año 2012, en la UPZ 75 se presenta la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años más alto de la localidad evidenciando que el 7,3% de los menores de cinco años presentan baja estatura para la edad (desnutrición crónica) es la resultante de un proceso que se da a largo plazo si las condiciones alimentarias y de salud del niño no son adecuadas. Generalmente, se ve reflejado a medida que aumenta la edad del menor es decir en los escolares y adolescentes. Por esto en estos grupos se empieza a observar un leve incremento en el porcentaje de exceso de peso, pues el menor cuando inicia la recuperación de peso generalmente supera el valor necesario para su talla baja.

Para el indicador prevalencia de desnutrición global (peso para la edad) el cual refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la talla y el peso del niño, lo cual lo enuncia como un indicador compuesto con valores de predicción distintos de acuerdo a la edad y que cobra relevancia para el análisis por cuanto refleja el compromiso de ciudad en el plan de Desarrollo económico y social “Bogotá Humana Ya”, se evidencia una prevalencia en la UPZ 75 acumulada durante el año 2012 de 5,5 presentando la tercera prevalencia más alta de las Unidades de planeación zonal de la localidad.

Al realizar el análisis de los casos de mortalidad evitable, en la UPZ 75 no se presentaron casos de mortalidad Materna durante el año 2012, en cuanto a casos de mortalidad perinatal en esta UPZ se presentaron 22 casos (40,7%) del total de casos de la localidad siendo la UPZ con mayor número de casos. En cuanto a mortalidad Infantil se presentaron 12 casos (31,6%) y mortalidad en menores de 5 años se presentaron 13 casos (30,3%). No se presentaron casos de mortalidad por IRA, neumonía y desnutrición en menores de 5 años en esta UPZ para el año 2012.

1.5.3.2 UPZ 76

La UPZ 76 es la tercera unidad de planeación zonal, con mayor notificación al SIVIGILA con residencia en la localidad Fontibón después de la UPZ 75 y 114, con 305 notificaciones (10,7%).

El evento con mayor notificación en esta UPZ fue varicela individual con 129 eventos, encontrándose el mayor número en el ciclo vital infancia con 89 (69%).

El segundo evento de mayor notificación fue Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 41 casos, presentándose el mayor número de casos en el ciclo vital adultez con 19 casos (46,3%).

Al analizar los problemas de salud mental, durante el 2012 en esta UPZ se notificaron 124 casos (18,2%) de violencias al SIVIM, siendo las violencias emocional y negligencia las más presentadas con 81 casos (65,3%), el ciclo vital

de infancia se constituye en el más afectado en esta UPZ con 50 casos (40,3%) principalmente por violencia emocional y negligencia

En cuanto a los casos de conducta suicida en la UPZ 76 se presentaron 82 casos (20,3%), siendo la ideación suicida la conducta más presentada con 51 casos (62,2%), seguido por intento de suicidio con 29 casos (35,4%), el ciclo vital que más presentó conducta suicida en esta UPZ fue Adulthood con 26 casos (31,7%).

En cuanto al análisis de los indicadores nutricionales de los niños menores de cinco años, para el año 2012, en la UPZ 76 se presentan datos por debajo de las metas del plan de desarrollo evidenciando cifras promedio en comparación con las demás UPZ de la localidad de Fontibón.

Al realizar el análisis de los casos de mortalidad evitable, en la UPZ 76 no se presentaron casos de mortalidad Materna durante el año 2012, en cuanto a casos de mortalidad perinatal en esta UPZ se presentaron 8 casos (14,8%) del total de casos de la localidad siendo la segunda UPZ con mayor número de casos. En cuanto a mortalidad Infantil se presentaron 4 casos (10,5%) y mortalidad en menores de 5 años se presentaron 6 casos (14%). No se presentaron casos de mortalidad por IRA, neumonía y desnutrición en menores de 5 años en esta UPZ para el año 2012.

1.5.3.3 UPZ 77

La UPZ 77 es la quinta unidad de planeación zonal, con mayor notificación al SIVIGILA con residencia en la localidad Fontibón después de las UPZ 75, 76, 110 y 114, con 188 notificaciones (7,6%).

El evento con mayor notificación en esta UPZ fue varicela individual con 78 eventos, encontrándose el mayor número de casos en el ciclo vital infancia con 55 (70,5%).

El segundo evento de mayor notificación fue Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 46 casos, presentándose el mayor número en el ciclo vital Infancia con 18 casos (39,1%).

Al analizar los problemas de salud mental, durante el 2012 en esta UPZ se notificaron 101 casos (14,9%) de violencias al SIMM, siendo las violencias emocional y negligencia las más presentadas con 66 casos (65,3%), el ciclo vital de infancia se constituye en el más afectado en esta UPZ con 49 casos (48,5%) principalmente por violencia emocional y negligencia

En cuanto a los casos de conducta suicida en la UPZ 77 se presentó el segundo mayor número de casos en la localidad con 89 (22,1%), siendo la ideación suicida la conducta más presentada con 65 casos (73%), seguido por intento de suicidio

con 21 casos (23,6%), el ciclo vital que más presentó conducta suicida en esta UPZ fue Adolescencia con 28 casos (31,5%).

En cuanto al análisis de los indicadores nutricionales de los niños menores de cinco años, para el año 2012, en la UPZ 77 se presenta la segunda prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años más alta de la localidad evidenciando que el 7% de los menores de cinco años presentan baja estatura para la edad (desnutrición crónica).

Al realizar el análisis de los casos de mortalidad evitable, en la UPZ 77 no se presentaron casos de mortalidad Materna durante el año 2012, en cuanto a casos de mortalidad perinatal en esta UPZ se presentaron 8 casos (14,8%) del total de casos de la localidad siendo la segunda UPZ con mayor número de casos. En cuanto a mortalidad Infantil se presentaron 7 casos (18,4%) y mortalidad en menores de 5 años se presentaron 8 casos (18,6%). No se presentaron casos de mortalidad por IRA, neumonía y desnutrición en menores de 5 años en esta UPZ para el año 2012.

1.5.3.4 UPZ 110

La UPZ 110 es la cuarta unidad de planeación zonal, con mayor notificación al SIVIGILA con residencia en la localidad Fontibón después de las UPZ 75, 76 y 114, con 238 notificaciones (9,6%).

El evento con mayor notificación en esta UPZ fue Intoxicación por fármacos con 83 eventos, encontrándose el mayor número de casos en el ciclo vital adultez con 50 (60,2%).

El segundo evento de mayor notificación fue varicela con 40 casos, presentándose el mayor número en el ciclo vital Infancia con 20 casos (50%).

Al analizar los problemas de salud mental, durante el 2012 en esta UPZ solo se notificaron 8 casos (1,2%) de violencias al SIVIM, 5 notificaciones de violencia emocional, 2 notificaciones por violencia negligencia y una por violencia económica.

En cuanto a los casos de conducta suicida en la UPZ 110 se presentó la segunda notificación más baja de la localidad con 6 casos (1,5%).

En cuanto al análisis de los indicadores nutricionales de los niños menores de cinco años, para el año 2012, en la UPZ 110 se presentan datos por debajo de las metas del plan de desarrollo evidenciando cifras promedio en comparación con las demás UPZ de la localidad de Fontibón.

Al realizar el análisis de los casos de mortalidad evitable, en la UPZ 110 no se presentaron casos de mortalidad Materna durante el año 2012, en cuanto a casos de mortalidad perinatal en esta UPZ se presentó un caso (1,9%) del total de casos de la localidad siendo la segunda UPZ con menor número de casos. En cuanto a mortalidad Infantil y en menor de 5 años se presentó un caso. No se presentaron casos de mortalidad por IRA, neumonía y desnutrición en menores de 5 años en esta UPZ para el año 2012.

1.5.3.5 UPZ 112

La UPZ 112 es la séptima unidad de planeación zonal, con mayor notificación al SIVIGILA con residencia en la localidad Fontibón, con 61 notificaciones (2,5%).

El evento con mayor notificación en esta UPZ fue enfermedad transmitida por alimentos con 22 eventos, encontrándose el mayor número de casos en el ciclo vital adultez con 16 (72,7%).

El segundo evento de mayor notificación fue varicela con 8 casos, presentándose el mayor número en el ciclo vital Infancia con 5 casos.

Al analizar los problemas de salud mental, durante el 2012 en esta UPZ solo se notificaron 10 casos (1,5%) de violencias al SIVIM, 5 notificaciones de violencia negligencia, 4 notificaciones por violencia emocional y una violencia por violencia sexual.

En cuanto a los casos de conducta suicida en la UPZ 112 se presentó la tercera notificación más baja de la localidad con 10 casos (2,5%).

En cuanto al análisis de los indicadores nutricional de los niños menores de cinco años, para el año 2012, en la UPZ 112 el indicador prevalencia de desnutrición global (peso para la edad) presenta una prevalencia de 20, la más alta de las Unidades de planeación zonal de la localidad.

Al realizar el análisis de los casos de mortalidad evitable, en la UPZ 112 no se presentaron casos de mortalidad Materna durante el año 2012, en cuanto a casos de mortalidad perinatal en esta UPZ se presentó 5 casos (9,3%) del total de casos de la localidad. En cuanto a mortalidad Infantil y en menor de 5 años se presentaron 6 casos. No se presentaron casos de mortalidad por IRA, neumonía y desnutrición en menores de 5 años en esta UPZ para el año 2012.

1.5.3.6 UPZ 114

La UPZ 114 es la segunda unidad de planeación zonal, con mayor notificación al SIVIGILA con residencia en la localidad Fontibón después de la UPZ 75, con 403 notificaciones (16,3%).

El evento con mayor notificación en esta UPZ fue varicela individual con 147 eventos, encontrándose el mayor número en el ciclo vital infancia con 88 (59,9%).

El segundo evento de mayor notificación fue Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 49 casos, presentándose el mayor número de casos en el ciclo vital adultez con 18 casos (36,7%).

Al analizar los problemas de salud mental, durante el 2012 en esta UPZ se notificaron 25 casos (3,7%) de violencias al SIVIM, siendo las violencias emocional y física las más presentadas con 16 casos (64%), el ciclo vital de infancia se constituye en el más afectado en esta UPZ con 8 casos (32%) principalmente por violencia emocional y negligencia.

En cuanto a los casos de conducta suicida en la UPZ 114 se notificaron 12 casos (3%), siendo intento de suicidio la conducta más presentada con 10 casos (83,3%), seguido por ideación suicida con 2 casos (16,7%), el ciclo vital que más presento conducta suicida en esta UPZ fue Adultez con 5 casos (41,7%).

En cuanto al análisis de los indicadores nutricional de los niños menores de cinco años, para el año 2012, en la UPZ 114 se presentan datos por debajo de las metas del plan de desarrollo evidenciando cifras promedio en comparación con las demás UPZ de la localidad de Fontibón.

Al realizar el análisis de los casos de mortalidad evitable, en la UPZ 114 se presentó un caso de mortalidad Materna durante el año 2012, era una mujer de 38 años, que residía en estrato 4, nivel educativo profesional, se encontraba casada, pertenecía al régimen contributivo. Al llevar a cabo el análisis se encontró que la defunción se clasificó en mortalidad materna temprana de causa indirecta eso quiere decir que no presentó alteraciones asociadas al embarazo sino que se trataba de otras patologías para este caso se debió a un déficit en el factor X de coagulación.

En cuanto a casos de mortalidad perinatal en esta UPZ se presentó 5 casos (9,3%) del total de casos de la localidad. En cuanto a mortalidad Infantil se presentaron 6 casos (15,8%) y mortalidad en menores de 5 años se presentaron 7 casos (16,3%). No se presentaron casos de mortalidad por IRA, neumonía y desnutrición en menores de 5 años en esta UPZ para el año 2012.

1.5.3.7 UPZ 115

La UPZ 115 es la unidad de planeación zonal con la notificación más baja al SIVIGILA con residencia en la localidad Fontibón, con 63 notificaciones (2,5%).

El evento con mayor notificación en esta UPZ fue varicela con 20 eventos, encontrándose el mayor número de casos en el ciclo vital infancia con 10 (50%).

El segundo evento de mayor notificación fue Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 11 casos, presentándose el mayor número de casos en los ciclos vitales adultez y persona mayor con 3 casos.

Al analizar los problemas de salud mental, durante el 2012 en esta UPZ se notificaron 17 casos (2,5%) de violencias al SIVIM, siendo las violencias emocional y negligencia las más presentadas con 10 casos (58,8%), el ciclo vital Juventud se constituye en el más afectado por violencias en esta UPZ con 8 casos (47,1%) principalmente por negligencia.

En cuanto a los casos de conducta suicida en la UPZ 115 se notificaron 11 casos (2,7%), siendo la ideación suicida la conducta más presentada con 8 casos (73,7%), seguido por intento de suicidio con 3 casos (27,3%), los ciclos vitales que presentaron mayor conducta suicida en la UPZ fueron Adolescencia y Adultez con 4 casos.

En cuanto al análisis de los indicadores nutricional de los niños menores de cinco años, para el año 2012, en la UPZ 115 se presentan datos por debajo de las metas del plan de desarrollo evidenciando cifras promedio en comparación con las demás UPZ de la localidad de Fontibón.

Al realizar el análisis de los casos de mortalidad evitable, en la UPZ 115 no se presentaron casos de mortalidad Materna durante el año 2012, en cuanto a casos de mortalidad perinatal en esta UPZ se presentaron 3 casos (5,6%) del total de casos de la localidad. En cuanto a mortalidad Infantil y en menor de 5 años se presentó un caso. No se presentaron casos de mortalidad por IRA, neumonía y desnutrición en menores de 5 años en esta UPZ para el año 2012.

1.5.3.8 UPZ 117

La UPZ 112 es la quinta unidad de planeación zonal, con mayor notificación al SIVIGILA con residencia en la localidad Fontibón, con 74 notificaciones (3%).

El evento con mayor notificación en esta UPZ fue enfermedades transmitidas por alimento con 57 eventos, encontrándose el mayor número de casos en el ciclo vital Juventud con 45 (78,9%), estos eventos notificados pertenecen en su gran mayoría a eventos reportados en CATAM.

El segundo evento de mayor notificación fue varicela con 8 casos, presentándose el mayor número de casos en el ciclo vital Infancia con 4 casos.

En esta UPZ no se realizó notificación de casos problemas de salud mental ni de nutrición durante el 2012. Tampoco se recibió notificación de casos de mortalidad evitable ocurridos en esta UPZ.

CAPÍTULO 2. PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA.

2.1 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Infancia (0 - 13 años)

2.1.1 Enfermedades Respiratorias

De acuerdo con los datos de morbilidad atendida en el Hospital de Fontibón, durante el año 2012, bien sea por urgencias, consulta externa u hospitalización, las enfermedades respiratorias ocuparon tres lugares dentro de los diez primeros motivos de consulta de la población en el rango de edad denominado infancia. De esta manera los diagnósticos: “Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores”, “Otras infecciones agudas de las vías respiratorias”, y “Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores” se ubicaron en segundo, tercero y décimo lugar respectivamente para un total de 3539 registros (48).

Ahora bien en cuanto a su incidencia en la población menor de cinco años este fenómeno se puede caracterizar a través de la información producida por la Sala ERA del Hospital Fontibón. Ésta atendió un total de 366 casos durante el 2012 y las patologías más recurrentes fueron la Bronquiolitis (63%) y el Síndrome Bronco Obstructivo (23%) (49).

Históricamente el pico de casos por enfermedad respiratoria aguda -ERA- se encuentra en los meses de marzo, abril y mayo. Aunque este comportamiento se mantiene, el número absoluto de atenciones en la Sala ERA del Hospital, disminuyó de manera abrupta entre el año 2009 y 2010, pasando de 1440 atenciones en el año 2008 a las 366 en el año 2012 (49), lo que representa una disminución del 75% para la cual no se ha reportado hasta el momento una explicación adecuada.

Entre las consecuencias de las enfermedades respiratorias, se encuentran no solo las posibles complicaciones que pueden llevar a los niños hasta la muerte, en el año 2012 se presentó en la UPZ 114, un caso de defunción de un menor de un año por neumonía (50), sino también situaciones que afectan la dinámica social de los individuos y sus familias. Así por ejemplo son frecuentes las dificultades de los padres y madres que no pueden cuidar a sus hijos enfermos en los horarios laborales y deben llevarlos a las instituciones educativas o jardines, tanto públicos como privados, a pesar de las recomendaciones de los funcionarios de las mismas, lo cual contribuye a difundir rápidamente las infecciones.

El análisis por determinantes de esta problemática nos permite reconocer en el orden proximal, algunos factores relacionados con el estado nutricional del niño, lo que incluye una deficiente lactancia materna, al respecto, en la localidad

actualmente la mediana de lactancia se encuentra en tan solo dos meses, lo cual implica que los menores no disponen de las ventajas en cuanto a desarrollo físico y fortalecimiento del sistema inmunológico que provee este tipo de alimento.

Entre los determinantes proximales se encuentran también, la contaminación de su ambiente interior por tabaquismo pasivo, el hacinamiento e inadecuadas instalaciones de vivienda, la presencia de ácaros, hongos, así como la convivencia con mascotas, deficiencias en las medidas de higiene personales y de la vivienda, la inasistencia a programas de vacunación así como a controles de crecimiento y desarrollo (49).

Un indicador de la relación entre la inasistencia a controles de crecimiento y desarrollo y el ingreso a Salas ERA, se puede obtener de un informe realizado en 2011 por la referente de ERA del equipo de Gestión Local. De acuerdo con dicho documento de los 644 casos que se atendieron en 2011 solo el 27.6% de ellos fue atendido en controles de crecimiento y desarrollo en el Hospital (51). Este hecho debe ser tenido en cuenta para enfatizar la importancia de la atención en crecimiento y desarrollo, pues esta contribuye a la prevención de las enfermedades y a la educación de los padres en el óptimo cuidado de los menores.

En el orden de los determinantes intermediarios asociados a la aparición de enfermedades respiratorias, se encuentra la contaminación ambiental y específicamente del aire por diversos factores:

“La localidad de Fontibón es una de las zonas de mayor desarrollo industrial de la ciudad, cuenta además con importantes corredores viales de gran flujo vehicular, los cuales presentan en algunos tramos deficientes condiciones de mantenimiento, [todo lo cual] incrementa los niveles de partículas suspendidas en la atmósfera, siendo este el contaminante de mayor impacto por sus elevadas concentraciones en la atmosfera” (49).

Estas emisiones industriales se concentran principalmente en la UPZ 77, denominado “La Zona Industrial” y la UPZ 76 “San Pablo”, la cual presenta un uso mixto del suelo. A su vez la calle 13, viaducto de entrada a la ciudad desde el municipio de Mosquera, afecta con su ingente flujo vehicular a las mismas unidades territoriales además de la UPZ 75 “Fontibón Centro”. De acuerdo con las observaciones de los funcionarios de la línea de calidad del aire del Hospital, la capacidad de la Secretaría Distrital de Ambiente, para vigilar el tipo de emisiones de las empresas en la localidad, es insuficiente. A esto se puede sumar que por factores administrativos la frontera entre La UPZ 77 de Fontibón y el barrio Porvenir del municipio de Mosquera, separados por el cauce del río Bogotá mantiene gran diferencia entre el estado del margen derecho del río y el margen correspondiente al distrito, allí en el lado de Mosquera es frecuente la quema de

llantas y desechos, por habitantes que viven de la recuperación y el reciclaje informal, en condiciones inadecuadas para la salud.

Otro importante factor determinante de un inadecuado abordaje de estos problemas de salud lo constituye la estructura del propio Sistema General de Seguridad Social. En particular la crisis de algunas EPS afecta de manera importante a los habitantes de Fontibón afiliados al régimen subsidiado, los cuales, de un total de 25.566 (a 31 de diciembre de 2012) el 25,3% pertenecían a la EPS Humana Vivir y el 26,1% a Sol Salud (52), ambas bajo estricta vigilancia de la superintendencia nacional de salud por diversos cuestionamientos.

Por último es importante señalar algunos problemas operativos del programa Territorios Saludables a la hora de atender o brindar cobertura en Promoción y Prevención a algunas familias, por ejemplo, no existe una buena relación entre el proceso de atención intra-mural y la coordinación de los equipos del proceso extramural de Repuesta inicial ERI y de respuesta complementaria ERC. De tal forma que no hay certeza de que los niños que han sido atendidos en Sala ERA se encuentren cubiertos por el programa Territorios Saludables, y en los casos en que así es, no hay retroalimentación respecto al seguimiento que se hace de los niños que ingresan a sala ERA desde el programa, el cual en ocasiones no es incluso posible porque no se ha podido caracterizar a la familia por circunstancias en teoría excepcionales que se hacen cada vez más frecuentes en la localidad.

Tema Generador

Adopción de la promoción de la lactancia Materna como estrategia de salud pública para fortalecer los sistemas inmunológicos de los niños y las niñas de la localidad.

Optimización de la relación del programa Territorios Saludables con los procesos intramurales del Hospital de Fontibón.

Buscar articulación con el municipio de Mosquera para mitigar las malas prácticas de disposición de residuos y de recuperación de materiales implementadas en la ronda del río Bogotá.

Continuar con el programa de Promoción y Prevención en cuanto a medidas de higiene e impedir la rutinización del mensaje que puede influir en una inadecuada transmisión a la población interesada.

Articular los esfuerzos desde el Hospital de Fontibón y la Secretaría de Medio Ambiente para garantizar el cumplimiento de la normatividad en cuanto a emisiones de gases contaminantes en la localidad.

2.1.2 Deterioro de los ambientes familiares de los niños y las niñas.

El desarrollo adecuado de los menores depende en diversas formas de su entorno familiar, pues este desempeña funciones vitales como la protección, la provisión de alimentos, asegura espacio para aprender habilidades sociales, y en general sirve de apoyo y modelo para la relación afectiva y emocional con los demás, entre otras muchas funciones.

Actualmente en la localidad de Fontibón se evidencian múltiples signos asociados a un serio deterioro de tales contextos familiares, lo cual se refleja en la aparición de lesiones en la salud física y mental de los menores. En este sentido podemos citar los casos de violencia notificados al Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar y el maltrato –SIVIM- para el año 2012, según el cual se notificaron 422 casos que afectaron a menores entre 0 y 15 años:

“se analiza que el ciclo vital de infancia es el más afectado específicamente por negligencia, donde se puede indagar que esta situación se genera por actitud permisiva y/o desinteresada de los padres, cuidado de los menores delegado a terceros, descuido frente al esquema de vacunas y/o asistencia a controles de desarrollo y crecimiento, extensas jornadas laborales, entre otros” (53).

Aún más dramáticos resultan los reportes asociados a la ideación suicida la cual alcanzó una cifra de 57 casos entre niños y niñas menores de 14 años para el año 2012, mientras se presentaron 8 casos de amenaza y 16 intentos. (48) Estos se encuentran relacionados en ocasiones con el consumo de sustancias psicoactivas. Aunque existen razones para suponer un importante sub-registro de los casos de violencia que afectan a los niños y faltan indicadores que den cuenta del debilitamiento de las redes familiares en las que crecen los menores, la principal falencia en la vigilancia y control de estos fenómenos proviene de la falta de articulación entre las entidades que vigilan y atienden a la población víctima. En este caso en particular no existe buena comunicación, por lo menos en cuanto al manejo de estadísticas entre entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -el ICBF-, las comisarías de familia, la policía comunitaria que atiende infancia y adolescencia, los centros de arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá y el Hospital de Fontibón.

No obstante lo anterior, según la percepción de algunos funcionarios de dichas instituciones, es notorio el aumento de estos casos en la localidad y suelen atribuirse a la descomposición de las estructuras familiares, ambientes conflictivos, así como a inadecuadas pautas de crianza, entre otros.

Los problemas del contexto familiar también se manifiestan en los casos de trabajo infantil, en los cuales, la falta de ingresos de los núcleos familiares, los patrones culturales o la negligencia, conducen a los padres y madres a mantener a sus hijos en las unidades de trabajo informal, o en otros casos a la separación

del ámbito escolar de los niños y la exposición a riesgos en tareas que no son propias de su edad, en especial como cuidadores de sus hermanos pequeños, y asumiendo ciertas labores del hogar.

Respecto a esta problemática en el primer semestre de 2012 se encontraron e intervinieron en los territorios de salud los siguientes casos: en la UPZ 77 “Zona Franca” 17 casos, en la UPZ 76 “San Pablo” 37 casos, en la UPZ 75 “Fontibón Centro” 3 casos, y en la UPZ 115 “Capellanía” 15 casos (7: 8). De acuerdo con el reporte del ámbito laboral de salud pública del Hospital, los pocos casos registrados en Fontibón Centro, principal zona de concentración del trabajo informal se debieron a problemas técnicos del equipo asignado a esta zona. Sin embargo es importante anotar que San Pablo a pesar de tener comparativamente una baja concentración poblacional presenta un elevado número de casos de trabajo infantil asociado a talleres de mecánica y ornamentación que se encuentran en la UPZ, restaurantes familiares y trabajos en el hogar o como cuidadores de sus hermanos.

Como determinantes proximales encontramos las historias de vida, pues son frecuentes las relaciones entre contextos de maltrato en las familias de los padres y la replicación de este comportamiento. En este orden también se puede incluir la conformación del grupo familiar, al respecto cabe señalar que en 2011 de acuerdo al análisis del índice de calidad de vida en la localidad, la Cámara de Comercio de Bogotá encontró una brecha de 1,77 en cuanto a la proporción de niños de 6 años o menos en el hogar (55), es decir un factor que agudiza la alta dependencia económica y puede estar relacionado con las cargas a las que son sometidos los niños.

En cuanto a determinantes intermediarios, se identifican los problemas de ingreso económico y desempleo, así como algunos patrones culturales que identifican el maltrato como forma legítima de educación y el trabajo infantil como *formación temprana para el trabajo*. En este orden de explicación también se encuentran factores como la concentración de la oferta de servicios en la UPZ 75 lo cual dificulta a varios padres y madres acceder a alternativas y programas que atenúen sus condiciones precarias de vida y de tensión en el hogar.

Por último como determinantes estructurales se puede evidenciar que el modelo económico y laboral, el cual incluye la normatividad vigente, demanda cada vez mayor tiempo de los padres y madres como proveedores del hogar para obtener lo necesario para la vida, sacrificando el tiempo con sus hijos.

Tema Generador

Descentralización de la oferta pública y privada de programas para atención a la niñez como los Centros AMAR, a los cuales no pueden acceder niños desde

lugares alejados, una alternativa podría ser el establecimiento de Rutas que transporten a los posibles usuarios.

Articulación del programa Territorios Saludables con las instituciones como ICBF, y la secretaría Local de Integración, para lograr una armonización de la información estadística, optimización de la oferta de servicios y focalización de sus actividades.

En cuanto a las dificultades para abordar ciertos contextos familiares que se marginan de cualquier atención para impedir las sanciones punitivas como la separación de los infantes, podrían estudiarse o evaluarse estrategias que incluyan etapas de abordaje no punitivo con el fin de poder incluir ciertos casos dentro de algún grado de atención.

2.2 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Adolescencia (14 -17 años)

2.2.1 Problemas de salud mental en adolescentes, consumo de sustancias psicoactivas e inserción en redes de microtráfico.

Los datos acerca del consumo de sustancias psicoactivas –SPA- en la localidad durante el año 2012, proporcionados por el sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de las mismas denominado VESPA señala al grupo de edad entre los 14 y 17 años como el de mayor afectación con un 51.6% del total de 95 notificaciones, frente al 17,9% de la etapa de ciclo vital juventud entre los 18 y 26 años (56).

Aunque estos valores se encuentran distantes de cuantificar la magnitud real de la problemática la concentración de casos en esta etapa de ciclo vital que comprende apenas un lapso de edad de cuatro años resulta preocupante.

Por otra parte, un buen número de habitantes de la localidad identifican dicha situación como la problemática más grave de su entorno y la asocian frecuentemente con la inseguridad y la delincuencia. Esto pudo evidenciarse en los cabildos de salud realizados por Salud Pública del Hospital de Fontibón en 2012 (57) y se ha repetido en los consejos microterritoriales de salud de 2013 (58).

Lo anterior ha llevado a algunos sectores de la comunidad a estigmatizar a los grupos de jóvenes y adolescentes en general, mal interpretando sus elaboraciones culturales como modos de vestir, prácticas deportivas, patrones sociales, expresiones artísticas, formas de hablar, entre otros, contribuyendo a agudizar aún más la problemática, pues los adolescentes y jóvenes perciben un ambiente hostil en su entorno.

No obstante, entre los grupos de jóvenes existen posiciones diferenciadas respecto al consumo de SPA, en el territorio 1 UPZ 77 “Zona Franca” existen por ejemplo tensiones por el uso de los parques públicos entre grupos de *Skaters*, adolescentes y jóvenes que practican un deporte extremo en una patineta, frente a otros que se dirigen a los mismos lugares para expender y consumir las sustancias mencionadas.

En este punto es importante señalar que el consumo en los adolescentes y jóvenes debe entenderse de manera articulada con las redes de microtráfico que existen en la localidad. La dinámica profunda de estas redes se encuentra velada por la clandestinidad como es lógico por la prohibición legal que existe, sin embargo la comunidad reconoce lugares de expendio habituales como la “zona de la carrilera” en Fontibón Centro, o barrios como la Palestina donde existen familias dedicadas al tráfico.

Entre algunos jóvenes existe la concepción de que “en Fontibón existe lastimosamente una tradición Traqueta” con lo cual manifiestan la conciencia de que la economía del narcotráfico permea de acuerdo con su conocimiento o experiencia muchos sectores sociales y de economías “legal” de la localidad.

Ahora bien, dentro de las redes de microtráfico también son importantes los adolescentes y jóvenes como mano de obra pues estos –sobre todo los primeros– son sometidos a menores castigos en caso de ser detenidos por esta actividad. El pago además se realiza una parte en especie, es decir con sustancias para el consumo propio, con lo cual la adicción juega un papel de *endeude* y los dividendos en dinero son varias veces superiores a los que se podrían obtener en cualquier actividad “legal”.

Existen determinantes proximales como las historias familiares en las cuales son frecuentes casos de alcoholismo o violencia intrafamiliar y maltrato, en el orden intermedio se encuentra la influencia de las organizaciones del microtráfico, la falta de oportunidades en formación para los adolescentes, pero también el rechazo y estigmatización desde la sociedad. En el plano estructural se encuentra la política y lucha internacional y nacional antidrogas, cuyo paradigma punitivo no parece conducir a una solución de la problemática.

Tema Generador

Respecto a la oferta que existe actualmente para atender a la población con adicciones a Sustancias Psicoactivas, la opinión de los psicólogos del programa Territorios Saludables es que son insuficientes para cubrir aun los casos de la población prioritaria con lo cual la atención a casos tan complejos como las adicciones, está muy lejos de su alcance.

Así mismo la canalización a otros centros de atención públicos en otras localidades, resulta la mayoría de las veces fallido debido al reducido número de cupos. La otra clase de centros de carácter privado requiere asumir costos económicos que no tienen en cuenta el contexto socioeconómico de la mayoría de personas que requieren de estos servicios.

En este sentido se requiere una revisión profunda del paradigma de abordaje de la “lucha contra las drogas” para evaluar si es posible redistribuir recursos del enfrentamiento bélico que genera, hacia la prevención promoción y tratamiento de las adicciones.

2.2.2 Sexualidad y embarazo en adolescentes

Durante el año 2012 se presentaron 573 casos de embarazo en adolescentes de acuerdo con el monitoreo de los indicadores trazadores que llevó a cabo el Hospital de Fontibón durante la mencionada vigencia (48). Cabe aclarar que para ese lapso de tiempo la cifra incluyó embarazos entre los 14 y 19 años en la categoría de adolescentes.

Las consecuencias del inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y la alta probabilidad de un embarazo por el desconocimiento o no uso de las medidas para el control de la fertilidad, así como de las medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual, son drásticas en cuanto a los cambios en los proyectos de vida de los y las adolescentes.

De hecho los contextos particulares de las adolescentes en embarazo han mostrado alto riesgo para su salud y la del bebe. Con frecuencias el estado de gestación es ocultado a las familias por temor a las reacciones y represalias que puedan tomarse. Esta circunstancia impide la asistencia a controles prenatales y adoptar adecuadas prácticas de alimentación y los cuidados generales.

De acuerdo con el informe elaborado por la referente de seguridad alimentaria y nutricional las adolescentes gestantes presentan en mayor proporción bajo peso gestacional, según su análisis las gestantes adolescentes del territorio 1 “Zona Franca” presentan un bajo peso gestacional en proporción de 54,1% seguido de “San Pablo” UPZ 76 con 42,9% y Fontibón Centro con 40.7%. Las demás UPZ consideradas de mejores condiciones de calidad de vida presentan un número muy reducido de embarazos en adolescentes (59).

En cuanto a los determinantes proximales el informe mencionado señala de manera muy importante el estado nutricional de la madre al momento de la gestación y sus hábitos alimenticios durante la misma:

“Temas como el temor a engordar demasiado y posterior al embarazo no poder volver a bajar, “antojos” o picas, que hacen que las gestantes consuman

especialmente dulces y harinas, náuseas y malestar propio del primer trimestre, entre otros son las posibles causas de la presencia de déficit o exceso en las madres gestantes” (59).

En este nivel también juegan un importante papel el contexto familiar tanto de la adolescente como de su pareja. Como se vio según los datos por UPZ el nivel de ingresos de las familias y su nivel educativo resulta un factor determinante intermedio en la aparición de los embarazos adolescentes. La inasistencia a controles prenatales se encuentra asociada a dificultades con la afiliación a EPS sobre todo del régimen contributivo y en ocasiones a las creencias culturales que indican que dichos controles no son importantes.

Tema Generador

En cuanto a la atención de esta problemática el Hospital de Fontibón desde el proceso de Salud Pública, ofrece diversos programas para la prevención del embarazo en adolescentes. Entre ellos se destacan el proyecto “¿Bebé? ¡Piénsalo Bien!” que de manera interactiva y pedagógica motiva la reflexión en los jóvenes mediante la experiencia de cuidado de un bebé *robot* el cual simula las necesidades de un bebé real.

Por su parte el programa de Territorios Saludables ofrece el programa de vacunación contra el Virus de Papiloma Humano la cual tuvo una cobertura del 93,9% para la primera dosis.

En contraste los programas de distribución de anticonceptivos no han tenido tanto éxito, un obstáculo fundamental consiste en que en los colegios para permitir la distribución de los mismos, se requiere consentimiento de los padres, ante el mismo los y las estudiantes prefieren no consultar a sus padres pues conocen su posición al respecto y en la mayoría de los casos, aquellos desconocen que sus hijos e hijas ya han iniciado su vida sexual.

Es probable que el determinante estructural más importante a superar consista en el esquema mental de padres y madres quienes fueron formados en paradigmas de sexualidad diferentes lo cual además impide establecer adecuada comunicación con los y las adolescentes. La necesidad de cambiar esta posición podría abordarse en otros ámbitos o espacios donde se puede compartir con los padres.

Respecto a estas temáticas es bueno recordar que algunos valores religiosos y culturales son contrarios al uso de los anticonceptivos, es el caso de la religión católica. En el caso de la vacuna contra el VPH es importante recordar que las autoridades de la Etnia Misak – Misak que habitan algunos barrios de la UPZ 77 consideran inconveniente la aplicación de la misma a las niñas y adolescentes de su etnia.

2.3 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital juventud (18 -26 años)

2.3.1 Problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

Como vimos en la problematización de la etapa de ciclo vital adolescentes el segundo grupo en el que se presentaron mayores notificaciones por consumo de sustancias psicoactivas –SPA- en la localidad durante el año 2012, fueron los jóvenes según los datos del sistema de vigilancia epidemiológica VESPA, con 17,9% de un total de 95 casos (56).

De acuerdo al análisis elaborado por la referente de salud mental del equipo de Gestión Local la UPZ 76 es la más afectada por este fenómeno entre los determinantes proximales se identifican redes de apoyo primarios deficientes para los jóvenes quienes tienen hijos a temprana edad sin condiciones para hacerse cargo de su cuidado. Al respecto el número de embarazos en jóvenes fue de 1004 durante el año.

En este plano proximal los contextos familiares juegan un rol importante son frecuentes la disfunción y la falta canales positivos y afectivos de comunicación. Los estilos de crianza suelen ser permisivos o caracterizados por la ausencia de parte de los padres y madres.

El consumo de sustancias además es favorecido por la existencia de imaginarios sociales y mitos en torno a las bondades del uso de algunas sustancias psicoactivas así como por la presión de grupo.

El abordaje de estos casos resulta complejo pues los jóvenes no reconocen daño debido al consumo, y manifiestan mantener el control del mismo. El poli consumo y el bazuco es la sustancia de mayor consumo en la población joven de la UPZ.

Dentro de los determinantes intermediarios se identifican la falta de oportunidades para los jóvenes, lo que incluye un reducido acceso a la formación universitaria y la marginación social de expresiones artísticas en las cuales se prefiere expresar sus talentos, como en el caso de los adolescentes la estigmatización resulta un factor concomitante a la percepción de hostilidad social que explica ciertas actitudes de respuesta.

De la misma forma como en el caso de los adolescentes los casos de conducta suicida son numerosos pero en la población joven predominan los intentos de suicidio sobre la ideación con un número de 44 y 22 casos respectivamente.

Por UPZ se cuentan 28 casos en Fontibón Centro, en San Pablo 14 y en La Zona Franca 9 casos. Por supuesto se espera el mayor número en Fontibón Centro

debido a su densidad de población, sin embargo San Pablo resulta preocupante pues cuenta con una población significativamente menor a Zona Franca.

De acuerdo con los análisis desde el equipo de Gestión de Políticas la frecuencia de reincidencias en los casos de conducta suicida es alta por lo cual parece no estar funcionando el procedimiento para la canalización o por lo menos se evidencia el no seguimiento de tales procedimientos.

Desde el punto de vista intermedio y estructural el sistema general de seguridad social no provee un adecuado tratamiento para los problemas de salud mental, de hecho las barreras de acceso en este sentido son comunes. Por ejemplo el acceso a un profesional Psicólogo o Psiquiatra requiere de la autorización inicial de un médico general, y paulatinamente ha ido disminuyendo *el paquete* o cantidad de citas que pueden autorizarse para un tratamiento de este tipo.

En cuanto a la respuesta del programa Territorios Saludables, por una parte no es óptima la comunicación entre el área de vigilancia los subsistemas de SISVECOS y SIMIM y los equipos de respuesta inicial y complementaria (ERI, ERC), algunos de ellos no conocen o tienen ideas muy vagas sobre la utilidad de los subsistemas. Además los casos que son apropiadamente notificados o canalizados constituyen una demanda muy alta para la capacidad del equipo ERC. Las auxiliares de enfermería relatan con frecuencia complejas condiciones familiares y mentales entre jóvenes adictos que por ejemplo al salir de prisión son responsables de cuidar a su hijo y que evaden cualquier visita de valoración psicológica porque la asocian con la posibilidad de que les sean quitados los menores.

Tema Generador

Con el fin de abordar estas problemáticas se cuenta con servicios desde la policía nacional con su programa de cuadrantes seguros, La secretaría local de integración social SLIS, que brinda a tención a población en situación de calle y para la juventud, el hospital de Fontibón ofrece la intervención psicosocial e identificación temprana del riesgo en escolares que consumen SPA y en servicios colectivos. El ICBF a través del centro zonal y de su estrategia de Clubes juveniles promueve “habilidades para la vida”, finalmente el centro AMAR brinda atención para la restitución de derechos de jóvenes y niños trabajadores con predisposición al consumo de SPA.

Entre la población no cubierta por estas instituciones se encuentra la población des-escolarizada, los jóvenes mayores de 19 años que no hacen parte de organizaciones. Un buen número de jóvenes que se encuentran sin aseguramiento en salud, entre otros.

Como estrategia de acción se propone la articulación de acciones entre las diferentes instituciones y presupuestos entre las secretarías de Salud, Cultura, Integración social, IDRD e IDPAC para el desarrollo de habilidades para la vida y la promoción de la organización juvenil en torno a iniciativas de interés para los jóvenes como el deporte y las expresiones artísticas urbanas entre otras.

2.3.2 Sexualidad y embarazo en jóvenes

Durante el año 2012 se presentaron 1004 casos de embarazo en jóvenes de edades entre 20 y 25 años, acuerdo con el monitoreo de los indicadores trazadores que llevó a cabo el Hospital de Fontibón durante la mencionada vigencia (48). Como se puede apreciar esta precisión nos obliga a aclarar que dicho dato no corresponde estrictamente con el dato analizado pues las edades de 18 a 19, quedan incluidas dentro de los embarazos adolescentes y los embarazos de 26 años por su parte, se incluyen en la etapa de ciclo vital adultez.

Las consecuencias del inicio de las relaciones sexuales a temprana edad se manifiestan, al igual que en la adolescencia, no solo en la probabilidad de un embarazo sino también en el contagio de enfermedades de transmisión sexual - ETS.

De acuerdo con el perfil de salud enfermedad elaborado para este diagnóstico, la etapa de ciclo vital juventud presenta, como ninguna otra etapa, tres eventos relacionados con ETS entre los diez eventos de notificación más frecuentes al sistema de vigilancia epidemiológica de eventos de interés en salud pública SIMIGILA. Estos fueron Sífilis Gestacional con 9 casos, Hepatitis B, 6 casos, y VIH/SIDA o mortalidad por SIDA, 13 casos.

Una clasificación por UPZ de estos eventos muestra en el caso de la Sífilis Gestacional, en Fontibón Centro UPZ 75 4 casos, en Zona Franca UPZ 77 3 casos, y en Capellanía UPZ 115 2 casos. Para la Hepatitis B, en la UPZ 75, 4 casos, en Zona Franca, UPZ 77 1 caso, y 1 caso en la UPZ 117 "Aeropuerto el dorado".

En cuanto a los casos de VIH por UPZ se distribuyeron de la siguiente manera: Fontibón Centro UPZ 75 8 casos, San Pablo UPZ 76, 2 casos, UPZ 115 Capellanía 2 casos y UPZ 110 Ciudad Salitre Occidental 1 caso. (60)

La anterior distribución indica la mayor concentración en Fontibón Centro y Zona Franca, aunque no disponemos de información suficientemente detallada, esta situación suele identificarse con la presencia de lugares de lenocinio en la primera de estas UPZ. Sin embargo de acuerdo con la información suministrada por el referente distrital para la vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual, la difusión de la práctica del uso de preservativos en estos sitios por parte de las

mujeres que se dedican a la prostitución disminuye ampliamente las posibilidades de contagio allí.

Según su opinión, de hecho existen mayores probabilidades de que los contagios se den en contactos sexuales conyugales, los cuales no son estigmatizados por lo cual es mucho menos frecuente el uso de preservativos (61).

Desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica se ha insistido en algunas falencias en cuanto a la adherencia a las guías y protocolos de salud para la confirmación de los casos y para su tratamiento. Así como la negligencia por parte de IPSs y EPSs a la hora de garantizar como es su deber el monitoreo y tratamiento de estos casos de gran interés para la Salud Pública.

En cuanto a los determinantes sociales de estos eventos en la juventud, en el plano proximal se encuentran las orientaciones y preferencias sexuales de los individuos, lo cual no pretende reafirmar el estereotipo acerca de la prevalencia de las enfermedades de transmisión en personas que pertenecen a la población LGBTI, sino enfatizar el hecho de que todos los géneros son susceptibles de contagiarse aunque probablemente por rutas diferenciadas. De hecho este tipo de concepciones erróneas llevan a ignorar el uso de los preservativos exponiendo aún más a las poblaciones heterosexuales, que bajo dicha creencia se consideran inmunes.

Entre los determinantes intermediarios encontramos la difusión de estereotipos y creencias sobre el sexo que se acompañan con presión de grupo. Así mismo la falta de un sistema pedagógico adecuado para los adolescentes y jóvenes sobre sexualidad. El establecimiento de tabúes sobre el sexo como tema dentro de la familia impide establecer redes de apoyo sólidas al respecto así como transmitir la información apropiada.

En el plano estructural las inequidades de género, y la cultura machista juegan un importante papel en las dificultades para el control de estas enfermedades y por último el sistema de salud que no logra anteponer los principios humanos frente a su esencia económica.

Tema Generador

En cuanto a la atención de esta problemática el Hospital de Fontibón desde el proceso de Salud Pública, ofrece diversos programas para la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes. Entre ellos se destacan el proyecto “¿Bebé? ¡Piénsalo Bien!” que de manera interactiva y pedagógica motiva la reflexión en los jóvenes mediante la experiencia de cuidado de un bebé *robot* el cual simula las necesidades de un bebé real.

Los programas de distribución de anticonceptivos, e incluso preservativos, no han tenido tanto éxito, un obstáculo fundamental consiste en que en los colegios para permitir la distribución de los mismos, se requiere consentimiento de los padres, ante el mismo los y las estudiantes prefieren no consultar a sus padres pues conocen su posición al respecto y en la mayoría de los casos, aquellos desconocen que sus hijos e hijas ya han iniciado su vida sexual.

Se recomienda a los profesionales de la salud relacionados con la atención a posibles casos de enfermedades de transmisión sexual, o con la atención de gestantes el conocimiento profundo y la aplicación de las guías y protocolos de salud para el manejo de las ETS.

2.4 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Adultez (27 - 59 años)

2.4.1 Problemas de salud sexual y reproductiva

Uno de los roles de mayor importancia que se identifican en esta etapa de ciclo vital está relacionado con un momento social y fisiológicamente adecuado para la reproducción. De acuerdo con los datos del perfil salud enfermedad elaborado como insumo dentro de este diagnóstico, el número de embarazos de mujeres entre 25 y 59 años de edad ascendió a 2791 en el año 2012 (48).

Sin embargo el desarrollo adecuado y el desenlace exitoso del proceso de gestación, depende de factores como el estado nutricional anterior de la madre, sus patrones de alimentación durante toda la gestación, la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo y de manera muy importante de su estado emocional.

Por lo anterior el hecho de que la gestación se esté dando en mujeres solas, es decir no acompañadas por su pareja provoca baja autoestima y desesperanza ante su proyecto de vida junto a su hijo por nacer. A esto se suma la hostilidad del sistema económico, en el cual, a pesar de existir normatividad que en teoría protege a las gestantes, predominan prácticas abusivas contra la gestante, como la violación de la intimidad, la suspensión de los contratos de manera no remunerada bajo la práctica de la contratación por prestación de servicios, entre otros.

Esta situación obliga a las madres a reducir su “licencia” de maternidad al máximo con el fin de no poner en riesgo la fuente de sus ingresos. Esta situación atenta contra una de las medidas de salud pública más importantes para asegurar la buena salud de la población, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad, lo cual previene no solo las enfermedades del recién nacido sino que además garantiza un adecuado desarrollo psicológico y mental gracias al lazo afectivo con su madre. Nuevamente la normatividad acerca de la “hora de

lactancia” y la adecuación de instalaciones para esta práctica es sistemáticamente violada, el resultado de esta práctica, lo provee el sistema de monitoreo de la Lactancia Materna en la localidad actualmente y durante tres años consecutivos la mediana de lactancia se ha mantenido en dos meses, muy por debajo del período óptimo para los niños y niñas.

Respecto al estado nutricional de los menores de seis meses un informe realizado por la referente de Gestión de Política de nutrición y Seguridad alimentaria de la localidad, con base en los datos del subsistema de vigilancia de la alimentación y la nutrición –SISVAN- nos permite evidenciar que:

“En el año 2012 se reportaron 1884 niños y niñas menores de 7 meses de los cuales el 80,4% (1515 niños) refirieron estar recibiendo leche materna de manera exclusiva en el momento de la consulta. Al revisar este dato por UPZ de residencia, se encuentra que la UPZ 115 presenta mayor porcentaje de niños con LM exclusiva con el 93 % de los niños reportados, seguido de la UPZ 77 90,3% de los niños reportados. Las UPZs 76 y 75 presentan el 82.2% y el 82% respectivamente de LM exclusiva” (59).

En este punto es importante señalar que en zonas de mejores condiciones económicas en la localidad como son Modelia, UPZ 114 y Ciudad Salitre UPZ 110 los porcentajes de lactancia materna exclusiva apenas alcanzan las preocupantes cifras de 51,5% y 52,15 respectivamente (59)

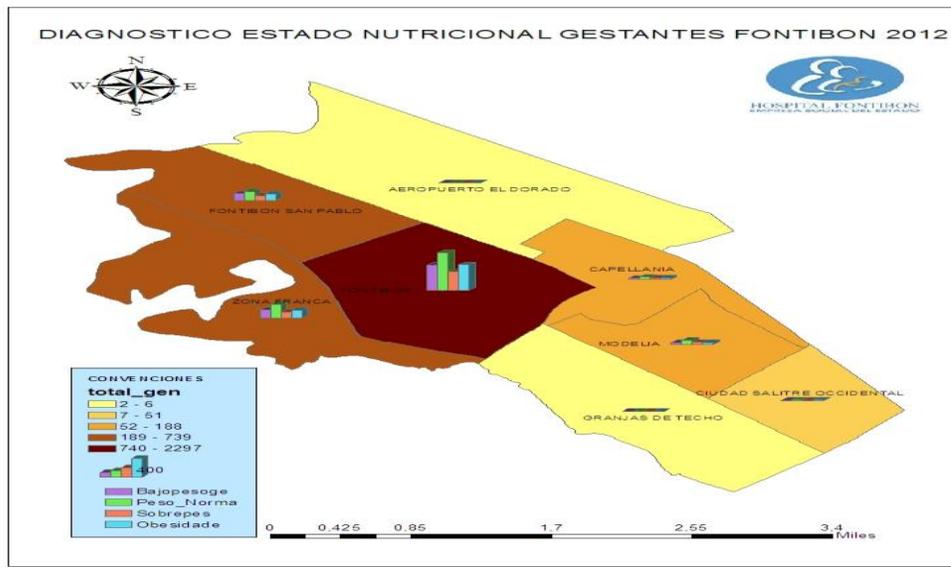
La explicación de este fenómeno se encuentra asociada a diversos factores, entre ellos cabe destacar: “La falta de información sobre la misma, mala asesoría en servicios de salud maternos y neonatales, influencia de los medios de comunicación con promoción de sucedáneos de la leche materna aludiendo grandes aportes y características que contribuyen a mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños. Adicionalmente algunos pediatras no promueven esta práctica al “regalar” muestras de leches industrializadas. Es claro que durante el inicio de la lactancia se pueden presentar problemas que algunas madres no logran solucionar tales como dolor, agrietamiento del pezón, baja producción de leche, entre otras y prefieren dejar la practica e iniciar leche de formula” (59)

Ahora bien, como se mencionó el estado nutricional de las madres resulta fundamental para el adecuado desarrollo de la gestación, sin embargo de acuerdo con el análisis que hemos venido citando, el bajo peso gestacional y la obesidad se presentan de manera frecuente en la localidad:

“Para el año 2012 se recibió la notificación de 3992 gestantes, de las cuales el 23,2% presentaron bajo peso para su edad gestacional. Al revisar la información por UPZ, se evidencia que en las UPZ 75, 76 y 77, se presenta el mayor porcentaje de bajo peso con el 23,8%; 25,7% y 22,7% respectivamente. En cuanto a la obesidad, las UPZ con mayor porcentaje de obesidad lo representa la UPZ

110 con el 31,4%, seguido de las UPZs 75, 76 y 115 con 23,4%; 24% y 23,9% respectivamente. En cuanto al sobrepeso, este se presenta en su mayoría en las gestantes que habitan en las UPZs 110, 114 y 115 con 21,6%, 20,7% y 23,2% respectivamente”.

Mapa 2. Diagnósticos estado nutricional gestantes Fontibón 2012.



Fuente: Base de datos SISVAN 2012.

Tema Generador

1. Reconocimiento de la mujer gestante como sujeto de derechos y deberes, que permita su propio reconocimiento y el de su estado fisiológico.
2. Reconocimiento del rol de la mujer gestante como cuidadora, elevando su papel e incidencia en las prácticas alimentarias de la familia.
3. Apropiación de la alimentación como parte del cuidado, del afecto y las relaciones durante su proceso vital y la gestación.
4. Respuestas sociales, institucionales, sectoriales e intersectoriales que promuevan y faciliten mejores condiciones de vida en la mujer gestante incluida la dimensión laboral y de la alimentación.

2.4.2 Problemas de salud crónicos y productividad

En esta etapa de ciclo vital se encuentra la mayor parte de la población de la localidad. Pertenecer a este rango supone que el individuo se encuentra en condiciones óptimas para la producción económica y para la reproducción. Esto a su vez significa mayor responsabilidad y por tanto mayores cargas en cuanto al sostenimiento del entorno familiar que se conforma.

Por otro lado durante esta etapa y como producto de hábitos nutricionales, consumo de diverso tipo de sustancias como alcohol o tabaco, exposiciones a la contaminación y a otros agentes ambientales, así como debido a las prácticas o esfuerzos laborales rutinarios, los individuos presentan enfermedades conocidas crónicas.

Para caracterizar la magnitud de la dependencia o responsabilidad económica de los adultos ya se mencionó la brecha existente en cuanto a tamaño y composición del hogar de acuerdo con el análisis de los índices de condiciones de vida realizado por la Cámara de Comercio de Bogotá en la Localidad para el año 2011, con base en los resultados de la encuesta de calidad de vida de 2007. Esta medida se compone de la medida de brecha en cuanto a hacinamiento (0,44) y de la medida respecto a la proporción de niños menores de seis años en el hogar (1,77) (55).

Por otra parte, de acuerdo con el diagnóstico semestral que realiza el ámbito laboral del Hospital desde el equipo de Gestión Local:

“La tasa de ocupación de la localidad (53,5%) está por debajo de la de la ciudad (55,1%). Las actividades que más ocuparon personas residentes en Fontibón fueron: comercio, hoteles y restaurantes (25,6%), industria manufacturera (22,5%), y servicios sociales, comunales y personales (22%)” (54).

Desde el sector informal por su parte los datos no se encuentran consolidados, sin embargo de acuerdo a la caracterización realizada en el informe mencionado “se puede decir por observación que alrededor de la empresa formal se consolidan pequeñas unidades de trabajo, especialmente de alimentos: restaurantes y pequeños comestibles, además de venta de cigarrillos, dulces y golosinas, Arreglo y mantenimiento de vehículos así como de lavado y comercialización de accesorios y repuestos para los mismos, cárnicos, Salas de belleza, Zapaterías – remontadoras de calzado, Carpinterías y Sastrerías – costuras” (54).

Cabe anotar que por la cercanía con el municipio de Mosquera un empleo habitual de los habitantes de la localidad y especialmente de quienes habitan la UPZ Zona Franca entre los cuales se incluyen grupos indígenas Misak, es el trabajo en el cultivo de flores, como operarios, en el cual se exponen al contacto con insumos químicos nocivos.

Los datos sobre morbilidad atendida en el Hospital de Fontibón relativa a la etapa de ciclo vital adultez durante el año 2012 en consulta externa, urgencias y hospitalización ilustran los efectos de las situaciones descritas anteriormente. De esta manera las consultas por enfermedades asociadas al sistema digestivo ocupan el segundo y quinto lugar con un total de 3043 registros, las consultas asociadas al sistema circulatorio y respiratorio ocupan el cuarto y noveno lugar

con un total de 2513 registros. Las espondilopatías, es decir problemas asociados a la columna vertebral ocupan el séptimo lugar con 1086 registros (48).

En general como determinantes proximales se encuentran los hábitos de nutrición, los cuales se encuentran condicionados tanto por los niveles de ingreso, y la disponibilidad de alimentos, así como por las diferentes coyunturas a lo largo de la historia de vida. En el plano intermediario hay que tener en cuenta la introducción en la dieta de nuevos alimentos característicos del siglo XX, a los cuales se atribuye una ingesta elevada de azúcares, grasas así como de sustancias sintéticas empleadas como conservantes de los alimentos, exigencia del modelo de producción capitalista dentro de la industria de alimentos contemporánea.

Por su parte los efectos de las actividades rutinarias o la exposición a ambientes laborales contaminados dependen del tipo de actividades desempeñadas y el tiempo de duración de las mismas, así como el tipo de esfuerzos, higiene postural o los hábitos que se hayan llevado a lo largo de la vida.

Cabe anotar, como se hizo en el caso de la etapa de ciclo vital infancia que los factores medio ambientales, como la exposición a altas concentraciones de material particulado, proveniente de las emisiones industriales y del parque automotor, entre otras fuentes pueden asociarse a enfermedades pulmonares o a cuadros cardiovasculares. (49)

Tema Generador

Ante esta problemática que involucra un deterioro de la calidad de vida y cambios drásticos en los patrones de vida, los análisis realizados desde la política de seguridad alimentaria y nutricional SAN proponen tener en cuenta:

- Respuestas sociales, institucionales, sectoriales e intersectoriales que faciliten condiciones para el ejercicio autónomo y seguro de la alimentación, la práctica de la actividad física y recreación de los adultos.
- Habilidades y competencias en los adultos que promuevan y garanticen condiciones adecuadas para su alimentación y la de sus familias.
- Escenarios propicios que faciliten el acceso, consumo y disfrute de la alimentación saludable en los adultos.
- Movimiento social a favor de la garantía del derecho a la alimentación y la seguridad alimentaria y nutricional de los adultos (esfera individual) y sus familias (esfera colectiva)” (59).

- Respecto a la calidad de los ambientes en el trabajo, se debe promover las actividades de promoción de buenas prácticas laborales tanto en los escenarios formales como informales de la localidad.

2.5 Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Vejez (mayores de 60 años)

2.5.1 Problemas de salud mental provocados por la exclusión social

En la última etapa de ciclo vital es comprensible un deterioro generalizado del estado de salud, sin embargo las actuales dinámicas sociales que tienden a ponderar el cambio rápido y a valorar la novedad en contraste con la parsimonia, la prudencia y la experiencia, acentúan las consecuencias de tal deterioro físico y conducen a las personas que llegan a edades avanzadas a sentirse excluidas o como *cargas* para sus familias.

Aún en casos en que existen lazos afectivos importantes entre los ancianos o ancianas y sus familias, las dinámicas económicas y sociales generan situaciones de abandono, bien sea por el desplazamiento de los núcleos familiares a otros lugares o por el escaso tiempo que queda después de realizar las actividades laborales necesarias para asegurar los niveles de vida propios.

En las UPZs Fontibón Centro y San Pablo, de acuerdo con el análisis presentado por la referente de salud mental del equipo de Gestión de Políticas del Hospital de Fontibón se presentan entre los ancianos conductas suicidas, - en el año 2012 hubo en total 18 casos de ideación suicida que involucró a mayores de 60 años, notificados al sistema SISVECOS-. Siguiendo su argumentación los determinantes proximales se asocian a sentimientos de minusvalía y depresión por la pérdida de autonomía en el auto-cuidado y en la generación de sus propios ingresos. Así mismo los y las ancianas suelen permanecer solos sin la compañía de amigos o familiares, en ocasiones incluso se presentan conflictos al interior de las familias, por último se señala también la frecuencia de duelos no elaborados por pérdidas afectivas.

Respecto al maltrato o la violencia hacia la población que pertenece al ciclo vital vejez los datos del subsistema SIM reportan 74 casos de violencia emocional contra ellos (48).

En cuanto a los determinantes intermediarios se identifica la dependencia económica de las personas mayores al cuidado de la familia o cuidadores, la aceptación de la violencia física y emocional como un patrón cultural, y las barreras de acceso generadas por la lógica del sistema general de seguridad social en salud que considera las afecciones de los ancianos como una fuente de sobrecostos que no son convenientes para las EPS, en el mismo sentido se encuentran la imposibilidad para acceder a pensión.

Como determinantes estructurales se encuentra un imaginario colectivo de pérdida de capacidad física, emocional, productiva e intelectual de la persona mayor, en contraposición a paradigmas culturales que ven en la experiencia de los viejos un acervo invaluable de sabiduría. Junto a este por su puesto se encuentra el modelo y la normatividad que regula el sistema de seguridad social en Colombia, así como la problemática no resuelta de la sostenibilidad del sistema pensional.

Tema Generador

La atención social a los ancianos en cuanto a restitución de derechos por casos de violencias y para atención a los complejos de salud mental se concentra en instituciones como las comisarías de familia, la policía nacional, la alcaldía a través de proyectos de recreación ofertados por el IDRD, así como desde el sector salud por parte del Hospital de Fontibón y el programa de Territorios Saludables. Sin embargo existe una brecha en cuanto a la cobertura de los mismos para ancianos en situación de calle, y la población de personas mayores no aseguradas.

Como estrategia para la superación de la problemática se propone buscar la articulación intersectorial para visibilizar en su adecuada dimensión los problemas, y al mismo tiempo socializar de manera adecuada y armónica las ofertas institucionales. Desde el Hospital de Fontibón específicamente debería analizar las principales barreras que presenta la comunidad para acceder al programa de la Ruta de la Salud, la cual parece no ser suficiente para la oportuna asistencia de los ancianos con dificultades a sus citas médicas.

Desde otros espacios como el consejo local de juventud se ha propuesto el desarrollo de proyectos que integren la visión de los adultos mayores de la localidad con la de los jóvenes mediante círculos de la palabra, cuyos resultados y experiencias sean plasmadas mediante manifestaciones artísticas urbanas. Todo esto con el fin de mitigar la estigmatización de la juventud, recuperar para los jóvenes los conocimientos locales de los mayores y establecer puentes de comunicación inter-generacionales, lo cual puede contribuir al mejoramiento mutuo de las condiciones de vida.

2.5.2 Problemas Crónicos de Salud

De acuerdo con los datos de morbilidad atendida por el Hospital Fontibón entre urgencias, consulta externa y hospitalizaciones de personas en esta etapa de ciclo vital los tres primeros motivos de consulta son las enfermedades hipertensivas con 3499 registros, enfermedades crónicas de las vías respiratorias con 1918 registros y diabetes mellitus con 876 casos.

En cuanto a la mortalidad en personas mayores de 60 años las principales causas fueron Enfermedades Isquémicas del Corazón con 118 casos, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias con 80 registros, enfermedades cerebrovasculares, 79 casos, enfermedades hipertensivas 52 casos, y diabetes mellitus 51 casos (48).

Estas enfermedades se encuentran asociadas a hábitos alimenticios diferenciados durante la historia de vida de los individuos, sedentarismo, consumo de sustancias como tabaco o alcohol, exposición a condiciones ambientales contaminantes entre otras. Un ejemplo de estos determinantes proximales que se encuentran relacionados con cambios de tipo tecnológico, lo cual incluiría determinantes estructurales e intermediarios, es ilustrado por los adultos mayores que durante gran parte de su vida se encontraban expuestos a los subproductos de las cocinas de leña y en la actualidad se expusieron a la creciente contaminación de la localidad, lo cual incrementa sus probabilidades de desarrollar enfermedades respiratorias.

A este nivel se encuentran también las creencias y gustos alimentarios de los adultos mayores, quienes difícilmente acceden a la transformación de su dieta. En el nivel de los determinantes intermediarios puede constatarse que el sedentarismo se encuentra favorecido por la falta de zonas verdes, pero sobre todo por la densidad de construcciones urbanas, la estructura inadecuada de andenes y aceras, el alto flujo vehicular, la proliferación de unidades de trabajo informal que invaden el espacio público, la contaminación y el ruido, los cuales hacen de la localidad en muchos sentidos un lugar hostil para el ejercicio y esparcimiento de los adultos mayores.

Entre los determinantes estructurales e intermediarios de mayor peso en esta problemática se encuentran por supuesto las deficiencias del sistema general de seguridad social que aborda los problemas de salud de la vejez como fuente de sobrecostos que deben eludirse a través de obstáculos burocráticos hasta extremos evidentemente inhumanos.

Para caracterizar el estado nutricional de las personas mayores de 60 años la referente de seguridad alimentaria y nutricional del equipo de Gestión de Políticas del Hospital analizó el índice de masa corporal IMC de los adultos mayores por UPZ durante el año 2012 obteniendo los siguientes resultados:

“Al revisar los datos de los adultos mayores notificados, se evidencia que la mayor problemática en cuanto al estado nutricional se encuentra en el sobrepeso y la obesidad, los cuales se encuentran en el 39,8% y 26,5% respectivamente. Al revisar por UPZ se encuentran que las más afectadas con sobrepeso son la UPZ 76, 77 Y 115 con el 44,5% 42,7% y 46,2% respectivamente. En cuanto a la Obesidad, las UPZ donde se presenta en mayor proporción son la UPZ 118, 114 y 115 con el 33.3%, 30,7% y 38,5% respectivamente. Al revisar la información por

sexo, se ven más afectadas con obesidad la adultas mayores y por sobrepeso los adultos mayores” (59)

Como se observa las UPZ con mejores condiciones de calidad de vida son las que presentan mayores índices de obesidad, lo cual implica un factor de riesgo para la mortalidad por la enfermedad isquémica del corazón que es como vimos la primera causa en la localidad.

Tema Generador

La prevención de las enfermedades crónicas, pasa por una concienciación no solo de los adultos mayores sino también de las personas pertenecientes a las demás etapas de Ciclo Vital, sobre los hábitos de vida saludables.

En la edad adulta como vimos se dificulta el cambio de los patrones de vida, es llamativo como los médicos que hacen parte de los equipos ERI del programa Territorios Saludables, se encuentran con adultos mayores que ante una lectura de niveles muy altos de glucometría se rehúsan a aceptar la posibilidad de padecer Diabetes, solo una articulación adecuada con las redes familiares podría incidir en el estado de salud de los habitantes de la localidad. Conviene advertir que este principio es bien conocido por los equipos ERI, sin embargo en ocasiones la dinámica signada por el cumplimiento de metas inflexibles impide llevar a cabo esta diligencia.

Las instituciones como la alcaldía a través del IDRD en articulación con el Hospital de Fontibón debería asegurar recursos para las actividades recreativas de grupos de ancianos que encuentran en estas, importantes estímulos para su autoestima y el establecimiento de relaciones sociales.

El fortalecimiento de los grupos y organizaciones existentes en los cuales se desarrollan actividades continuas como los grupos de danzas presentes en barrios como el Cuco, puede contribuir a la salud mental de los adultos al mitigar la soledad y el sentimiento de inutilidad.

Por último las barreras de acceso deben ser analizadas y contrarrestadas con la optimización de programas como la Ruta de la salud, que ha perdido un poco su sentido al no preocuparse por las razones por las cuales muchos pacientes dejan de usarla.

CAPÍTULO 3. BALANCE DE LA OFERTA INSTITUCIONAL

Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Infancia (0 - 13 años)

Enfermedad Respiratoria

La morbilidad por enfermedad respiratoria en niños y niñas de la localidad se encuentra entre los principales motivos de consulta a los servicios de salud. Como se observa en el capítulo anterior, esta situación se relaciona con determinantes sociales como la vocación industrial de algunas UPZ de la localidad que unidas al alto flujo vehicular emiten materiales contaminantes al aire. Así mismo, las deficiencias en el sistema de seguridad social y la falta de adherencia a guías de manejo de la enfermedad respiratoria contribuyen a su prevalencia. En cuanto a determinantes de tipo proximal se identifica la contaminación del interior de las viviendas por tabaquismo, el desconocimiento y la no implementación de hábitos de higiene en los entornos cotidianos, la inasistencia a controles de crecimiento y desarrollo y finalmente el estado nutricional de niños y niñas que está caracterizado en la localidad por la insuficiencia de los períodos de lactancia materna.

A continuación se presenta un breve análisis de las acciones institucionales que procuraron incidir durante el año 2012 en los determinantes sociales que sustentan esta problemática.

La Subdirección Local de Integración Social –SLIS- a través de su programa ámbito familiar llevó a cabo actividades pedagógicas con grupos familiares de niños y niñas menores de tres años (aproximadamente 50 participantes) y madres gestantes (aproximadamente 200 participantes), al mismo tiempo se aportaron a estas personas apoyos nutricionales popularmente conocidos como bonos por valor aproximado de un cuarto de salario mínimo legal vigente. La cobertura de este programa resulta insuficiente por lo cual se ha proyectado un aumento en los cupos y un replanteamiento en su metodología. Es importante señalar que el funcionamiento del programa (el compromiso y la asistencia de las familias) depende en gran medida de la entrega de los bonos alimentarios, por este motivo su efectividad puede verse gravemente disminuida en períodos en que se suspende su entrega, como cuando se realizan licitaciones para seleccionar los operadores del componente mencionado.

La Subdirección y otras instituciones como el ICBF contribuyen a la promoción de hábitos de vida saludable, la primera mediante su programa de ámbito institucional en Jardines de la Secretaría Distrital de Integración Social, y la segunda en los FAMI, HOBIS y demás establecimientos para la protección de los menores, sin embargo este tipo de oferta institucional y sus relaciones serán abordadas en el siguiente núcleo problemático correspondiente a la etapa de ciclo vital infancia.

Como parte del apoyo nutricional a familias vulnerables durante el año 2012 funcionaron en la localidad comedores comunitarios financiados por la Alcaldía Local y la Subdirección Local de Integración Social SLIS. La primera entidad mediante el Proyecto 325 garantizó el servicio de 5 comedores comunitarios para 1830 personas en los barrios Villa Andrea, Villa Carmenza, Sabana Grande, Fontibón Centro, y San Pablo. Allí se entregaron raciones alimentarias diarias con un aporte del 35% al 40% de las recomendaciones diarias de calorías y nutrientes. Por su parte la SLIS reportó un total de 1500 personas distribuidas así: UPZ 75 = 600, UPZ 76 = 600, UPZ 77 = 300, de acuerdo con el informe de Gestión Local del Hospital el grupo etéreo que se atiende en los comedores comprende en su mayoría niños y niñas entre los 6 y 13 años. Para la vigencia siguiente la Alcaldía tiene proyectado el re-direccionamiento de los beneficiarios de su programa de Comedores Comunitarios hacia otros programas de respuesta integral y no solo de apoyo nutricional, por lo cual es posible que no continúen el próximo año.

Ahora bien, el Hospital Fontibón ESE llevó a cabo varias acciones encaminadas a incidir en los determinantes de la morbilidad por enfermedad respiratoria. En primer lugar el área de medio ambiente realizó un estudio de los efectos de la contaminación del aire a través de 30 puntos centinelas (hogares comunitarios y jardines infantiles) donde se seleccionaron a los menores de cinco años a incluir en el estudio, los resultados se encuentran en su fase de socialización, momento en el cual debe articularse con la coordinación del programa Territorios Saludables para tomar medidas como la intensificación de acciones en los lugares donde se hayan identificado mayores riesgos.

En segundo lugar desde el proceso intra-mural la sala ERA del Hospital Fontibón ESE reportó como atendidos 366 casos de enfermedad respiratoria aguda. Al 54% de los menores atendidos les fue resuelta su afección respiratoria en la sala ERA y un 37,9% requirió hospitalización. Dentro del total de casos, el 55,7% eran menores de un año y el 44,3% tenían entre 1 y 4 años de edad. (2) Es necesario aclarar que el reporte de casos presentó dificultades durante el año 2012 probablemente debido a los cambios de personal encargado de la Sala ERA en dicho período. En los primeros meses de 2013 se espera contar con el funcionamiento de una nueva sala ERA en la UPZ Zona Franca con la inauguración del Centro de Desarrollo Humano de Occidente.

En tercer lugar el programa de Territorios Saludables llevó a cabo acciones de promoción de hábitos de vida saludables, así como de prevención de enfermedades entre ellas la enfermedad respiratoria.

Dentro de los avances significativos, encontramos un aumento de las familias intervenidas comparándolo con el año anterior 2011, pasando de 16.800 familias con 14 micro territorios a 29.594 correspondientes a 36 micro territorios en el primer semestre del 2012. Para el año 2012, la distribución de la población por ciclo vital fue de: 14,7% para el ciclo vital Infancia.

Durante el primer semestre del año 2012, Se visitaron 1483 menores de 1 años por el grupo gestor y 357 son valorados por el Médico, obteniendo una efectividad del 24%. Se visitan 4472 menores de 5 años por gestor y de estos 911 se les realizo seguimiento por enfermería. En donde se evidencia que se realiza un 20,4 % en la respuesta por enfermera con relación a la captación por el equipo de contacto. Para el segundo semestre se realizan 1850 actividades de valoración de riesgos y necesidades en salud a nivel individual durante la vigencia. (3)

Uno de los mayores aciertos del programa consiste en la búsqueda de articulación con diversos sectores institucionales y comunitarios, como por ejemplo el sector educativo a través del programa de salud al colegio, y el fortalecimiento en la capacitación a jardines infantiles. En el territorio uno participaron 142 personas de jardines, en el territorio dos 73 personas, en el territorio tres 441 para total de 656 personas participantes. El ámbito comunitario por su parte mantuvo el proceso en 15 FAMIS u organizaciones que concentran mujeres lactantes y gestantes al igual que el año anterior.

Deterioro de los ambientes familiares de niños y niñas

La salud y el bienestar integral de los niños y las niñas, depende fundamentalmente de lo que puede proveerle su entorno familiar, tanto en términos físicos y materiales como emocionales y psicosociales. En el capítulo anterior se evidenciaron falencias en el cumplimiento de estos roles por parte de numerosas familias en la localidad. Este hecho se encuentra relacionado con determinantes como los niveles socio-económicos, la composición y estructura familiar, así como las pautas de crianza y la experiencia de vida de los miembros del hogar.

En este sentido se analiza a continuación la manera en que la oferta institucional en la localidad pretende afectar las causas de esta problemática.

En primer lugar se encuentran las instituciones que contribuyen en el cuidado y la formación de los menores tanto en la primera infancia Subdirección Local de Integración Social SLIS, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y los jardines e instituciones privadas. Todos ellos además de brindar espacios para el desarrollo de las habilidades psicosociales y físicas de niños y niñas constituyen apoyos indispensables durante el tiempo que padres y madres se encuentran dedicados a actividades productivas. De esta forma las instituciones ocupan un lugar estratégico para la vigilancia de conductas como el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, en conjunto con el área de Vigilancia en Salud Pública del Hospital de Fontibón y las unidades correspondientes del ICBF.

De manera específica se observa que la SLIS apoyó mediante su programa de ámbito institucional el cuidado y la formación de niños y niñas en Jardines

Infantiles para niños menores de cinco años, allí se fomenta el aprendizaje y la apropiación de hábitos de vida saludable. Su cobertura se distribuyó en las UPZ de la localidad de la siguiente manera: 1121 (UPZ 75), 177 (UPZ 76), 445 (UPZ 77), 97 (UPZ 115). Simultáneamente en algunos de estos jardines y en algunos otros de carácter privado funcionan las Salas Amigas de la Familia Lactante SAFL, las cuales procuran condiciones adecuadas para la lactancia materna de niños y niñas (J.SDIS Rafael Pombo, J SDIS la Giralda, J. Privado Hadas y Duendes, J. C Fontibón Centro, J.C Emmanuel). Además puede contarse dentro de su gestión el programa de *ámbito familiar* cuyas acciones fueron descritas en el apartado anterior.

En esta misma dirección el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF ofrece en la localidad una importante oferta de jardines e instituciones de protección a los menores (ver mapa 1) sin embargo en el momento no se encuentran disponibles datos precisos en cuanto a la distribución de su cobertura. Es importante anotar que desde el punto de vista de algunos actores sociales de la localidad, la articulación entre las dos instituciones mencionadas no es óptima por lo cual en algunos casos pueden superponer sus acciones e incluso generar competencia por los beneficiarios.

Los niños que se encuentran en edades entre los 5 y 13 años son atendidos en cuanto a formación por las instituciones educativas de la localidad. La oferta educativa oficial de la localidad fue de 31.057 cupos en 2012 frente a 32.192 del año anterior. Este resultado significó una tasa de crecimiento negativo de 3,65%.⁽⁴⁾ Al respecto del núcleo problemático en cuestión dos indicadores llaman la atención, la tasa de deserción en instituciones oficiales que se encuentra actualmente en 4.45% y la Tasa de Cobertura Bruta –TCB- que muestra la relación entre el total de población matriculada con respecto a la población en edad escolar, entre el año 2008 y el 2012, la tasa de cobertura bruta en educación primaria de la localidad disminuyó 8,29%, al pasar de 95,68% en 2008 a 83,97% en 2012.

Existen en la localidad instituciones que mantienen una oferta de servicios integrales para poblaciones con condiciones especiales, es el caso del Centro Amar la cual atiende integralmente a niños, niñas y adolescentes y sus familias que presenten situación o riesgo de trabajo infantil. Está ubicado en la UPZ 76, barrio San Pablo. Actualmente cuenta con 100 cupos sin embargo son frecuentes las observaciones de los funcionarios del ámbito laboral del Hospital de Fontibón acerca de las dificultades para las familias que desean acogerse a los servicios de esta institución por falta de recursos para asegurar el transporte desde otras UPZ hasta San Pablo. Además el Centro CRECER que atiende a niños, niñas y adolescentes que tengan entre los 6 y los 18 años con discapacidad cognitiva moderada, grave y autismo de estratos 2 y 3.

Ahora bien los casos de violencia intrafamiliar, y maltrato, o aquellos que involucran la conducta suicida en menores son atendidos por el Hospital de Fontibón ESE inicialmente a través de las notificación a los subsistemas de vigilancia epidemiológica SIVIM y SISVECOS respectivamente. En 2012 se recibieron 422 notificaciones a SIVIM que involucraron como víctimas a menores de 15 años, mientras se presentaron 57 casos de conducta suicida en la misma población.

De acuerdo con el criterio de los profesionales en psicología estos casos son canalizados a los equipos ERC (equipo de respuesta complementaria) psicosociales del Programa Territorios Saludables. Estos equipos abordaron 472 familias que habían sido notificadas por SIVIM y SISVECOS y los equipos ERI. De estas canalizaciones 75 familias correspondían a casos relacionados con el ciclo vital infancia. La atención consiste en tres asistencias en el domicilio donde se buscan identificar factores de riesgo y potenciar los factores protectores de cada una de las familias, así como canalizar a los servicios del POS u otros bio-psicosociales de acuerdo con el caso.

Así mismo desde el ámbito escolar los equipos de profesionales en psicología trabajaron con instituciones educativas distritales, en convenio y privadas realizando los procesos de asesoría individual a estudiantes interesados o priorizados por los directivos que presenten un evento en salud mental que afecte su calidad de vida.

Dentro de los temas que se han trabajado con docentes y padres de familia, están las pautas de crianza, la prevención de las violencias y el desarrollo psicosexual infantil. En total se llevaron a cabo 132 asistencias técnicas integrales en los Jardines infantiles durante la vigencia. (informe cuatrimestral territorios saludables)

Una de las dificultades señaladas con frecuencia por los equipos ERC consiste en que debido a la metodología de trabajo por metas algunos meses del año deben concentrarse en el cumplimiento de metas del ámbito escolar para evitar la temporada de vacaciones (ibid) y esto hace que se retrase la atención de equipos ERC en el ámbito familiar de casos que podrían ser prioritarios.

Por su parte los profesionales y técnicos del ámbito laboral orientaron sus esfuerzos hacia la identificación e intervención en los casos de trabajo infantil con un resultado en la vigencia de 171 casos a quienes se procuró restablecer sus derechos en cuanto a escolarización, salud y aseguramiento para lo cual se canalizaron a las entidades respectivas. Es importante señalar el trabajo articulado entre el Hospital, la SLIS y el Centro Amar cuyas acciones ya fueron mencionadas.

De otro modo, la alcaldía Local llevó a cabo en 2012 la ejecución de un proyecto que hacía parte del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva denominado Promoción y Prevención en Salud Mental entre cuyos objetivos se encontraban:

Promover las potencialidades y capacidades de las personas a través de estrategias lúdico pedagógicas que reconozcan y fortalezcan su capacidad productiva, social, emocional y familiar que influyen en la salud mental. En este proceso se capacitaban 90 adultos jóvenes.

Respecto a los proyectos de la alcaldía en 2012 es necesario aclarar que se había planeado la realización del proyecto 387 “Promoción, prevención y seguimiento de la Violencia Intrafamiliar” el cual buscaba beneficiar 200 familias con actividades de atención terapéutica y realizar 165 procesos de seguimiento a familias, sin embargo en el informe de Balance Social 2012 se manifestó que no se había ejecutado el proyecto, aunque se dio inicio a la identificación y caracterización de familias para proseguir durante 2013. (Balance Social Página 33)

Etapa de Ciclo Vital Adolescencia (14 - 17 años)

La información disponible para el análisis y construcción de respuestas integrales dadas desde los diferentes sectores y actores hacia cada una de las problemáticas identificadas en esta etapa de ciclo vital, es muy escasa debido a que las acciones, formulación de planes, programas y proyectos, en su mayoría, ubican el rango de edad de los adolescentes dentro de los ciclos vitales Infancia y Juventud.

Lo anterior es importante aclararlo, debido a que la carencia de datos y cubrimiento, en el rango de edad aquí determinado, no permitió el diligenciamiento completo de la matriz del balance de la oferta actual frente a cada núcleo problemático, ni georeferenciar la respuesta en cada UPZ de la localidad.

Problemas de salud mental en adolescentes, consumo de sustancias psicoactivas e inserción en redes de microtráfico

Los trastornos mentales y conductuales entre los adolescentes, se han convertido en un verdadero fenómeno de masa con gran impacto sobre la sociedad y la calidad de vida de los individuos y la comunidad de la Localidad de Fontibón. Como estrategia de salud pública, en el año 2012 diferentes actores sociales realizaron esfuerzos en torno a la salud mental de los adolescentes de la localidad, con el fin de obtener respuestas coordinadas y con direccionamiento común a la reducción significativa de esta problemática.

Dando alcance al Convenio interadministrativo 053, la Alcaldía local de Fontibón realizó acciones de promoción y prevención en salud mental a través de espacios de reflexión personal y colectiva donde se identifican las necesidades caracterizadas por ciclo vital y se construyen respuestas sociales que favorecen la calidad de vida de la población. Las sesiones de capacitación estuvieron

enmarcadas en la promoción de hábitos saludables y el establecimiento de estrategias de autogestión y autonomía. Población cubierta: 1450 personas, entre adolescentes, jóvenes, adultos jóvenes y adultos mayores. Entre el ciclo adolescencia y juventud se cubrió una población de 1140 personas. Así mismo, se llevaron a cabo jornadas de acercamiento a la construcción de respuestas fundamentales; se construyeron piezas comunicativas y finalmente se realizó una jornada de actividad física para adolescentes y jóvenes. El presupuesto asignado para el proyecto fue de \$ 112.200.000 m/cte. (1).

Por su parte, la Secretaría local de Integración Social, a través del proyecto 741 - Relaciones libres de violencias para y con las familias de Bogotá- realiza 20 acciones pedagógicas orientadas a la promoción de relaciones democráticas familiares, prevención de la violencia intrafamiliar y factores asociados como el consumo de SPA. El presupuesto asignado fue de \$ 11.009.558 m/cte. (2).

Así mismo, con la ejecución del proyecto 764 -Jóvenes activando su ciudadanía- donde invirtió \$7.752.063 m/cte., vincula a 183 jóvenes, en situación de alta vulnerabilidad y segregación por falta de oportunidades en los territorios de la localidad, a ofertas de servicios intrainstitucionales e interinstitucionales y a procesos juveniles territoriales. (2).

En la Localidad de Fontibón, como en muchas otras localidades, la Policía Nacional presta servicios de seguridad a los ciudadanos y de control ante situaciones que pongan en riesgo la vida de los habitantes. Se han conformado dos grupos de la Policía cívico juvenil: el primero de niños y niñas entre edades de 6 a 14 años y el segundo de jóvenes en edades entre 15 y 18 años. Desde el año 2011, cuenta con el apoyo del Hospital Fontibón ESE en la capacitación y orientación en temas relacionados con el desarrollo de habilidades para la vida como prevención del consumo de SPA, promoción de la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos, toma de decisiones, participación ciudadana, todo ello enmarcado en el componente de servicios colectivos desarrollado por el programa de territorios saludables. (2).

A través del programa educativo D.A.R.E -Educación para la resistencia al abuso y uso de las drogas- la Policía Nacional busca prevenir el uso y abuso de drogas entre los adolescentes, enseñándoles a ser miembros productivos de su comunidad. Este programa se llevó a cabo en el 2012 en la IED Costa Rica Sede A, e IED Integrado Fontibón Sede A, con una cobertura de entre 90 a 120 alumnos por sede, 250 padres y 20 docentes en total por programa. El programa maneja presupuestos nacionales. (2).

El Hospital Fontibón ESE, a través del Plan de Intervenciones Colectivas, en respuesta a la problemática identificada continuó en el año 2012 con la intervención psicosocial a las familias de la localidad.

Desde el ámbito escolar, trabajó con instituciones educativas distritales privadas y en convenio, realizando los procesos de asesoría individual a estudiantes interesados o priorizados por los directivos que presenten un evento en salud mental que afecta su calidad de vida. Así mismo se trabajó en la asistencia técnica integral con estudiantes, docentes, padres de familia o administrativos, en temas de interés en salud mental. Se intervinieron un total de 22 sedes educativas

que atienden estudiantes de primaria, media y vocacional. Los grupos promocionales de apoyo se ejecutaron de acuerdo a la necesidad de la institución educativa, el trabajo se focalizó en 18 grupos escolares para la promoción de estilo de vida saludable, toma de decisiones informadas, proyecto de vida y prevención de embarazo en adolescentes, consumo SPA, violencia escolar y trastornos alimentarios ((3).

La gestión del ámbito comunitario permitió fortalecer el trabajo con organizaciones comunitarias, ampliando la base de trabajo en todas las UPZ de la Localidad (3).

Con recursos del fondo de desarrollo local, en el año 2012, se realizaron las siguientes acciones: Promoción y prevención en salud mental por ciclo vital (1600 adolescentes beneficiados); Educación sexual para jóvenes y padres de familia de la Localidad (1200 jóvenes beneficiados); Fortalecimiento de habilidades para la vida como prevención del consumo de sustancias psicoactivas (1140 niños entre 7 y 17 años de edad). (4).

Sexualidad y embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que se ha acentuado en los grupos de menor edad y representa elevados riesgos biológicos, psicológicos y sociales sobre la madre adolescente y su hijo. La maternidad adolescente se considera un indicador trazador, como centinela de otros problemas sociales aún no resueltos.

En el año 2012 las acciones tendientes a la prevención del problema en la localidad, se afirmaron en el desarrollo de la educación sexual y la presencia de servicios de salud para adolescentes en la atención primaria, promoviendo el reconocimiento de los adolescentes como sujetos de derechos por parte de ellos y ellas mismas, la comunidad, sus familias, autoridades y entidades responsables de su protección.

Es así como la Alcaldía local de Fontibón durante el año 2012 realizó acciones de intervención a nivel grupal, individual y comunitario a partir de convenios interadministrativos con presupuestos del Fondo de desarrollo local de Fontibón. Uno de estos convenios fue el Desarrollo de promoción y prevención en salud – Proyecto 552- con el cual se pretende mejorar las condiciones de salud a 5000 personas en condición de vulnerabilidad de la localidad de Fontibón, implementando la metodología vivencial y practica de “Simulación de maternidad y paternidad” denominada “Bebé piénsalo Bien” como herramienta de prevención de embarazos en adolescentes. El presupuesto asignado: 410.000.000 m/cte. (2).

De otro lado, la Secretaría local de integración social con el Proyecto 730 - Alimentando Capacidades- desarrolla habilidades y ofrece apoyo alimentario a 200 mujeres gestantes y madres lactantes, a través de bonos-mes canjeables. La inversión: del proyecto es de \$ 204.788.295 m/cte. (2).

A su vez, El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF- brinda atención y apoyo a las mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores de 2 años, para el fortalecimiento de vínculos afectivos, que apoyen el desarrollo de los

niños, la promoción de prácticas de crianza adecuadas y la prevención del maltrato infantil. (2).

En cuanto al sector salud, el Hospital Fontibón ESE, a través del programa - Jóvenes para la salud y la vida- responde al proyecto del Gobierno Distrital Territorios Saludables para la vida, el cual desarrolla acciones concretas dirigidas a la población de la etapa de ciclo vital de la adolescencia y la juventud en toda su diversidad (identidad, condición, situación y funcionalidad) en los ámbitos de vida cotidiana (familiar, laboral, escolar, comunitario e institucional) y en los servicios de salud colectiva haciendo reconocimiento de los postulados conceptuales, metodológicos y operativos que parten de la situación de este grupo poblacional dentro de los territorios.(3).

En el 2012 la Gestión social del Hospital de Fontibón ESE estuvo direccionada hacia el cumplimiento de las políticas formuladas por la Administración Distrital, encaminadas entre otras, al mantenimiento o mejoramiento de los indicadores del estado de salud de las familias de las mujeres gestantes en general. El programa de SSR, incluye la línea de acción, Maternidad Segura, con la cual se abordan los indicadores relacionados con los eventos negativos en salud tales como mortalidad materna, mortalidad perinatal, morbilidad materna, embarazo en adolescentes, transmisión vertical de VIH y sífilis, mujeres gestantes VIH positivas, sífilis gestacional y sífilis congénita (4).

De otra lado y complementando las acciones realizadas a nivel extramural, durante el 2012, el programa de gestantes del hospital tuvo activas en promedio 90 gestantes al mes en controles prenatales, del total de las gestantes captadas. El 34% del total eran adolescentes, 1.7% menores de 14 años y 32% de 15 a 19 años (4).

Por su parte el área asistencial ofreció a mujeres con régimen de afiliación vinculado y subsidiado, servicios de asesoría grupal e individual en SSR, consejería alimentaria, vacunación con Toxoide Tetánico (TT) para mujeres en edad fértil, suministro de sulfato ferroso y ácido fólico a todas las mujeres hasta los 6 meses posparto, consulta de Planificación, suministro de métodos de planificación, consulta prioritaria de salud sexual y reproductiva, suministro de anticoncepción de emergencia. (2).

En el ámbito familiar se trabajó con 252 grupos de los cuatro territorios. Se intervinieron por sede de los grupos gestores en salud mental - salud sexual y reproductiva con la formación de grupos multiplicadores con posicionamiento de los derechos sexuales y reproductivos y política de salud mental, línea 106, prevención de violencias y conducta suicida a través del fortalecimiento de habilidades para la vida e información sobre rutas de atención. La cobertura poblacional total de la intervención en las sedes educativas es de 9.798 personas entre estudiantes, docentes y algunos padres y madres de familia. (2).

Núcleos Problemáticos Ciclo Vital juventud (18 -26 años)

Problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

Los problemas de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas constituyen una de las problemáticas más representativas para este grupo poblacional. De allí que su respuesta, haya contado para el 2012 con el accionar de diferentes sectores institucionales.

La alcaldía local, a través del proyecto 053, “Desarrollo de procesos de promoción y prevención en salud mental”, tuvo como objetivos resignificar el concepto tradicional de salud mental a través de espacios de reflexión personal y colectivos, y promover las potencialidades y capacidades de los jóvenes, mediante estrategias lúdico pedagógicas que reconocieran y fortalecieran su capacidad productiva, social, emocional y familiar.

Para ello se realizaron 270 sesiones de formación de dos horas cada una, enmarcadas en la promoción de hábitos saludables y el establecimiento de estrategias de autogestión y autonomía. La cobertura abarco 30 grupos de jóvenes escolarizados y no escolarizados con edades comprendidas entre 14 y 26 años (21 grupos de jóvenes escolarizados en el Colegio Militar José Antonio Galán, 4 grupos de jóvenes escolarizados del Politécnico Mayor Andino, y 5 grupos de jóvenes no escolarizados en el Salón Comunal Ferrocaja), para un total de 564 jóvenes participantes. Asimismo, se desarrollaron 30 sesiones de identificación de necesidades, en las cuales los jóvenes manifestaron aquellas relacionadas con la falta de capacitación en mecanismos de participación dentro y fuera del colegio; prevención del consumo de SPA, falta de formación en temas relacionados con salud sexual y reproductiva, inadecuado manejo del tiempo libre y falta de formación en valores, ética y civismo, entre otros. Por último, se realizaron dos jornadas de intercambio de respuestas fundamentales. Una para jóvenes escolarizados del colegio José Antonio Galán, y otra para jóvenes no escolarizados. El presupuesto total asignado para el proyecto, destinado para este ciclo vital ascendió a los \$19.622.284. (1)

Ahora bien, la Subdirección Local para la Integración Social pensando en dar respuesta a esta problemática, ejecuto dos proyectos durante el 2012 el 741 “Relaciones libres de violencias para y con las familias de Bogotá” y el 734 “Jóvenes activando su ciudadanía”, dirigido a jóvenes en situación de vulnerabilidad y segregación por falta de oportunidades.

Con el primero, se realizaron 20 acciones pedagógicas orientadas a la promoción de relaciones familiares sanas, la prevención de la violencia intrafamiliar, y la prevención del consumo de SPA, en tanto con el segundo se desarrollaron procesos encaminados a la promoción de los espacios de participación y toma de decisiones y a la identificación y vinculación de jóvenes a ofertas de servicios intra e interinstitucionales y a procesos juveniles territoriales. La población cubierta

incluyo 210 jóvenes de la localidad y la inversión alcanzo la suma de \$35.110.747.
(2)

Por su parte, la Policía Nacional se hizo partícipe mediante dos proyectos: la policía cívico juvenil, donde se vinculan jóvenes que se proyecten como líderes comunitarios, con el objetivo de acrecentar el espíritu cívico y los sentimientos de solidaridad e incentivar en ellos la noción del respeto por los derechos ajenos, y la defensa de los suyos propios. Se conforman grupos de jóvenes entre 15 y 18 años y se les brinda capacitación con el apoyo de la ESE Fontibón en temas como derechos humanos, convivencia, valores, trabajo comunitario, habilidades para la vida, prevención del consumo de SPA, toma de decisiones, participación ciudadana, y promoción de la sexualidad, entre otros. Adicionalmente, en convenio con las instituciones educativas Distritales Costa Rica sede A e Integrado Fontibón sede A, se desarrollo el proyecto DARE “Educación para la resistencia al abuso y uso de las drogas”, programa que mediante la implementación de talleres educativos en las aulas y la entrega de material didáctico pretende proporcionar a los jóvenes información orientada a prevenir el uso y abuso de drogas y el consumo de sustancias psicoactivas. La cobertura por sede para fue de entre 90 a 120 alumnos, 250 padres de familia, y 20 docentes.
(3)

Por último, desde el sector salud, y específicamente a través del plan de intervenciones colectivas PIC ejecutado por el Hospital Fontibón ESE, fueron identificadas las siguientes acciones que dan respuesta a este núcleo problematizador:

- Intervención psicosocial para aquellos jóvenes de la localidad que presentan problemáticas de salud mental que requieren acciones de promoción y prevención y que son notificadas por los equipos ERI (equipo de respuesta inicial) o ERC (equipo de respuesta complementaria), por la comunidad, o por las instituciones educativas, entre otros actores. Esta intervención está a cargo de un profesional de psicología, quién se acerca al domicilio de la familia y realiza asesoría individual en tres sesiones de dos horas cada una. Durante el 2012, se realizó intervención a 591 jóvenes de los cuales 286 fueron atendidos en el territorio 3 (UPZ 75), 189 en el territorio uno (UPZ 77) y 86 en el territorio 2 (UPZ 76).
- Acciones de salud mental en las instituciones educativas de la localidad, encaminadas a la conformación de grupos gestores en salud mental (28 durante el 2012), grupos promocionales de apoyo (18), y grupos gestores (18), para tratar problemáticas como consumo de sustancias psicoactivas (SPA), violencias, ideación e intento suicida, promoción de estilo de vida saludable, toma de decisiones informadas, proyecto de vida, prevención de embarazo en adolescentes, y trastornos alimentarios.
- Acciones promocionales y procesos de fortalecimiento a los diferentes grupos y organizaciones juveniles de la localidad.
- Educación nutricional en aquellos jóvenes priorizados por presumir bajo peso, haciendo énfasis en tiempos de comida, hábitos alimentarios saludables, consumo de frutas y verduras y prevención de los trastornos de conducta alimentaria.

- Servicios colectivos en los territorios de salud, para el grupo poblacional juventud, los cuales están diseñados para fomentar patrones o comportamientos preventivos que favorezcan la salud mental, el auto cuidado familiar y la restitución de la autonomía.
- Notificación, canalización, y seguimiento a jóvenes en situación de riesgo, por violencia infantil y maltrato intrafamiliar a cargo del subsistema de vigilancia epidemiológica SIVIM. En el 2012 se atendieron 245 casos con edades entre los 15 y 26 años, de los cuales predominaron los tipos de violencia emocional, negligencia y sexual con 88, 59, 48 casos respectivamente.
- Intervención a los casos de conducta suicida, dónde se fortalece a la familia y al individuo mediante el reconocimiento de sus recursos, con el fin de prevenir el reintento de la manifestación de la conducta auto lesiva y reducir la probabilidad de un suicidio consumado. Para el 2012 se presentaron un total de 156 casos notificados, de los cuales se pudo establecer contacto y realizar seguimiento a 95 de ellos. (4)

Sexualidad y embarazo en jóvenes

El ciclo vital juventud es uno de los que genera mayor preocupación sobre el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva por la persistencia de embarazos en jóvenes y adolescentes. Sumado a lo anterior, el interés en este tema aumenta debido a las consecuencias generadas por el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, las cuales se pueden manifestar no solo en la probabilidad de un embarazo, sino también en el contagio de enfermedades de transmisión sexual -ETS.

En la localidad de Fontibón y en general en el distrito se realizan diferentes programas, proyectos y acciones que se encaminan a la disminución de embarazos en la adolescencia. Es por ello que desde las distintas instituciones gubernamentales: Secretaria de Integración Social (SLIS), ICFB, Secretaria de educación, casa de igualdad y oportunidades y secretaria de salud., se busca realizar acciones orientadas a atenuar este fenómeno. (5)

Así las cosas, desde el sector salud, y particularmente a través de la intervención de territorios saludables del PIC, del Hospital Fontibón se adelanto el programa “territorios afectivos” en el cual se desarrollo un proceso de formación y fortalecimiento a 16 grupos juveniles en lo relacionado con los derechos y la salud sexual y reproductiva.

Sumado a esto, se efectuaron sesiones de asesoría individual en las sedes de los colegios que cuentan con Bachillerato, priorizando las adolescentes gestantes, los estudiantes interesados o priorizados por docentes y directivos por presentar eventos de salud mental y las niñas, niños y jóvenes con bajo peso. (4)

Por otro lado, se realizaron 123 visitas de seguimiento a jóvenes gestantes por parte del equipo de respuesta inicial, dirigidas a fortalecer su educación nutricional en relación a la alimentación durante la gestación, tiempos de comida, importancia

de los micronutrientes durante el periodo de la gestación, alimentación para el postparto y la lactancia materna, promoción del manejo sano de la sexualidad, métodos de planificación familiar, promoción de la toma de citología cervical, y signos de alarma en enfermedades prevalentes en la infancia. (4)

Adicionalmente se establecieron centros de escucha para jóvenes con el objetivo de sensibilizarlos y orientarlos frente a sus necesidades en salud sexual y reproductiva. Dentro de estos espacios se abordaban diferentes temas enfocados a la igualdad de género, los derechos de salud sexual y reproductiva, la promoción del amor propio, la construcción y/o reconstrucción del proyecto de vida, la afectividad, la toma de decisiones y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). (4)

En la misma línea, se establecieron grupos gestores en las instituciones educativas, en donde se realizó promoción del autocuidado, y se trabajaron temas como toma de decisiones y habilidades para la vida, métodos de planificación, sexo, salud sexual y mitos sobre la sexualidad. En estos grupos se fomentó la creación de iniciativas relacionadas con las temáticas trabajadas, el total de la población abordada incluyó 1614 participantes. (4)

Asimismo, el área asistencial brindó a mujeres con régimen de afiliación vinculado y subsidiado, servicios de asesoría grupal e individual en salud sexual y reproductiva, consejería alimentaria, vacunación con Toxoide Tetánico (TT) para mujeres en edad fértil, suministro de sulfato ferroso y ácido Fólico a todas las mujeres hasta los 6 meses posparto, consulta de planificación, suministro de métodos de planificación, consulta prioritaria de salud sexual y reproductiva, y suministro de anticoncepción de emergencia. (4)

La Alcaldía local por su parte, ejecutó durante el 2012 el proyecto “522 Desarrollo de procesos de promoción y prevención en salud, componente acciones de educación sexual a jóvenes y padres de familia de la localidad, mediante convenio interadministrativo 031/2011”, el cual tenía tres propósitos fundamentales, el primero estaba encaminado a sensibilizar a la población adolescente y joven frente al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos para que disfruten de una sexualidad responsable placentera y segura, el segundo se orientaba a promover en la comunidad el reconocimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva que se ofertan en la localidad y el tercero buscaba diseñar una estrategia comunicativa que permitiera la consolidación de los derechos sexuales y reproductivos en articulación con la construcción de su proyecto de vida. La cobertura del proyecto incluyó la construcción de 20 propuestas comunicativas, y la sensibilización a 1000 jóvenes de la localidad. El presupuesto invertido ascendió a los \$107.097.038, de los cuales \$96.600.000 fueron aportados por el Fondo de Desarrollo Local y \$10.497.038 fueron cofinanciados por el Hospital de Fontibón ESE. (6)

Por último, la casa de la juventud de Fontibón, estableció durante el 2012 “La Zona Juvenil” como un espacio de encuentro juvenil en la Localidad para jóvenes entre los 14 a 26 años de edad, en donde la cultura, el arte y el deporte son las herramientas pedagógicas para la generación de procesos de prevención integral, que incluyen formación en prevención del consumo de SPA y formación en derechos sexuales y reproductivos.

Núcleos Problemáticos Ciclo Vital Adultez (27 - 59 años)

Problemas de salud sexual y reproductiva

Esta etapa de ciclo vital reconocida socialmente como óptima para la reproducción encuentra sin embargo algunos determinantes que dificultan o elevan los riesgos de este proceso, fundamental para la salud de la comunidad. Entre estos encontramos la estructura económica que demanda cada vez mayores esfuerzos laborales de parte de las mujeres impidiendo un adecuado proceso de gestación, así mismo la estructura mental y cultural basada en esquemas machistas que consideran la reproducción como un asunto exclusivamente femenino. El sistema general de seguridad social por su parte mantiene barreras de acceso que dificultan la adherencia a controles prenatales y el seguimiento a enfermedades de transmisión sexual. Persisten además otro tipo de imaginarios como estereotipos estéticos que promueven malos hábitos nutricionales en las gestantes.

Para contrarrestar estos determinantes de la problemática asociada a la salud sexual y reproductiva en la localidad se han identificado las siguientes ofertas institucionales durante el año 2012.

En el plano de la promoción de hábitos saludables la subdirección Local de Integración Social SLIS mediante su programa de ámbito familiar atendió un número de aproximadamente 250 gestantes y las apoyó con el bono nutricional que ya hemos mencionado en el apartado de la etapa de ciclo vital infancia. Aunque no existen datos precisos sobre el número de gestantes en condición de vulnerabilidad puede observarse la necesidad de ampliar la cobertura de este programa basándose por ejemplo en el número de gestantes 1041 caracterizadas dentro del programa de territorios Saludables del Hospital de Fontibón, de las cuales fueron valoradas por los médicos 709 representando un 68% del total. Al respecto es conveniente recordar que las gestantes valoradas por el programa Territorios Saludables pertenecen a estratos socioeconómicos 1,2 y 3.

En una dirección similar el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ofrece asesoría y apoya a madres gestantes de la localidad, sin embargo no se dispone de la información estadística necesaria para determinar la cobertura unificada de las tres instituciones.

En el plano de la divulgación de campañas para la práctica de una sexualidad responsable la alcaldía de Fontibón junto a SLIS y el Hospital de Fontibón adelantaron un seguimiento del impacto de la estrategia ¿Bebé? ¡Piénsalo Bien! en la Localidad y uno de sus componentes fue un concurso de propuestas comunicativas sobre Salud Sexual elaboradas por Jóvenes de instituciones educativas y adultos y adultos mayores de algunos comedores comunitarios. Las temáticas abordadas en las diversas estrategias incluyeron: Auto cuidado, Prevención violencias, proyecto de vida, Derechos sexuales y reproductivos, comunicación asertiva con otros grupos vitales y pareja. Maternidad segura, planificación familiar, cáncer de cuello uterino, prevención y atención de ITS, VIH/ SIDA. Promoción de la citología, examen de próstata, autoexamen de seno y mamografía.

El Hospital Fontibón además de la atención domiciliaria de las Gestantes por medio de los equipos de auxiliares de enfermería, Enfermeras y médicos fueron canalizadas a los servicios de POS, controles prenatales, o a los equipos complementarios para valoración y asesoría nutricional. Como en los otros ámbitos del programa, la atención a gestantes se ve alterada por la dinámica del cumplimiento de metas en ámbitos como el escolar, el cual demanda la concentración de actividades en los colegios durante ciertos períodos impidiendo una cobertura más amplia en casos como el de algunas gestantes.

En la UPZ 76 San Pablo se decidió priorizar un servicio de salud Colectiva programado semanalmente entre 8:00 y 5:00 de la tarde en la Casa de la Participación Ciudadana (adscrita al IDEPAC) para temas relacionados o de interés para las mujeres adultas.

En cuanto a los espacios intersectoriales es necesario señalar que la Mesa de salud sexual y Reproductiva se vio debilitada durante el segundo semestre del año por “inconvenientes en la negociación entre SDS y el Hospital para la contratación en el componente de Gestión Local. De manera análoga la Mesa de Mujer y Género se vio interrumpida en el último trimestre del año por problemas similares de contratación tanto por parte de la Casa de Igualdad de oportunidades para las mujeres como desde la Secretaría Distrital de Salud.

Problemas de salud asociados a la productividad

El contexto económico actual del país, el distrito y la localidad se encuentran marcados por altos índices de desempleo y una creciente informalización del mismo. Además de los bajos niveles de ingreso, esto significa la carencia de espacios adecuados para el trabajo y la exposición a riesgos que se amplifican ante la ausencia de cobertura por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud para los y las trabajadoras informales de la localidad.

Aunque un cambio en los determinantes de esta problemática demanda un esfuerzo estructural tanto en el plano económico como en el sistema de aseguramiento a continuación se muestran las actividades institucionales que buscaron una disminución de la misma.

La alcaldía local de Fontibón buscó promover formas alternativas de autonomía económica mediante la capacitación para el fortalecimiento de unidades productivas conocidas como Fami o microempresas. Aunque el proyecto con recursos de 2012 no pudo ser ejecutado durante el año, en el primer semestre se ejecutaron acciones que hacían parte del Plan de desarrollo anterior, en la misma dirección. De esta manera se beneficiaron 200 famis y microempresas realizando ferias locales y distritales que permitieron la promoción, exhibición y comercialización de los productos.

Por su parte, la cámara de comercio convocando a otras instituciones como la Alcaldía Local de Fontibón, La Secretaria de Desarrollo Económico, el Instituto Para la Economía Social, el Hospital de Fontibón, La Subdirección de Integración Social, El SENA, la Cámara de Comercio de Bogotá, la Casa de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, y empresas del sector privado asignó 40 cupos para unidades productivas de la localidad de Fontibón con el fin de participar en la feria de productividad del 9 de agosto de 2012. Donde no solamente se dieron a conocer sino que además conocieron la oferta de cada una de dichas instituciones.

Por otra parte el Hospital de Fontibón a través del programa Territorios Saludables y específicamente de los profesionales del ámbito laboral continuaron en el proceso de caracterización de las unidades de trabajo en la Localidad con el fin de intervenir y asesorar para procurar el mejoramiento en las condiciones laborales o la mitigación de los factores de riesgo de quienes laboran allí.

Durante el año 2012 en la localidad de Fontibón se han identificado y caracterizado un total de 3.816 unidades de trabajo, de estas 3.349 son unidades de trabajo informal (UTIS) que corresponden al 87,8% y 309 son unidades de trabajo formal (UTF) que corresponde al 8,1% de las unidades de trabajo.

De acuerdo con sus observaciones “en general se encuentra una baja proyección a la formalización, por lo tanto poco interés por legalizar el vínculo laboral, alta rotación de personal, extensas jornadas laborales y predominio del interés por el sostenimiento y mejoramiento de los niveles de productividad dejando en un segundo plano el abordaje de los temas de la salud en el trabajo”(Informe Cuatriomestral).

Del número total de UTIS caracterizadas se intervinieron alrededor de 340 lo cual representa aproximadamente el 10% de las mismas. Según sus cálculos alrededor del 60% de estas intervenciones culminaron en un mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores.

Una de las principales dificultades de los trabajadores consiste en la imposibilidad de aproximarse a los servicios de salud para reportar sus accidentes de trabajo pues estos no son cubiertos por corresponder a aseguradoras de riesgos profesionales sin embargo en 2012 se encuentra la asistencia a los servicios de Salud como resultado de la canalización realizada en la intervención en el 15% de la población intervenida.

Por último los miembros del equipo de ámbito laboral manifiestan muchas dificultades para llevar a cabo las intervenciones por el carácter y el uso del tiempo en las actividades productivas de la población objetivo. Así el número de visitas fallidas es muy alto lo cual pone en riesgo el cumplimiento de sus propias metas lo que en otras palabras compromete sus ingresos también como trabajadores contratados bajo la norma del contrato de prestación de servicios.

Núcleos problemáticos ciclo vital vejez (mayor de 60 años)

Problemas de salud mental provocados por la exclusión social

Las personas mayores han sido históricamente uno de los colectivos de población más vulnerables a la exclusión social, situación que paulatinamente ha redundado en problemas de salud mental, en este grupo de personas.

La oferta desarrollada durante el año 2012, frente a esta problemática, estuvo a cargo de sectores como salud, alcaldía local, secretaria de integración social, así como de las organizaciones por ellos mismos constituidas.

La Alcaldía Local de Fontibón, en convenio con la Corporación Colombia Verde, bajo el proyecto de inversión 588 “Deporte y recreación para la población de Fontibón” tenía planteado un proyecto de esparcimiento para las personas mayores promoviendo una cultura de envejecimiento activo y afianzando espacios locales de interacción hacia la garantía, protección, defensa y restablecimiento de los derechos de las personas mayores de la Localidad. Este proyecto tenía

propuesta una cobertura de alrededor de 700 personas mayores. No obstante durante el 2012, no se logra implementar y se aplaza su desarrollo para el 2013.

Por su parte, se ejecuto el proyecto 587 correspondiente a la organización y fortalecimiento de actividades del sistema local de cultura de Fontibón, por medio del cual se celebro una jornada en conmemoración del día del adulto mayor. Esta jornada tuvo como temática central el cambio de los estilos de vida sedentarios, por estilos de vida saludable que contribuyeran a fortalecer las percepciones positivas frente al envejecimiento activo, mediante la práctica de actividad física, el auto- cuidado, la participación y la optimización de las oportunidades de salud y seguridad. (7)

Ahora bien, La secretaria de integración social durante el 2012, hizo entrega de 1301 subsidios económicos a personas mayores, los cuales fueron distribuidos según criterios de focalización en las siguientes categorías: subsidio B a 606 personas mayores, subsidio BD a 15 personas, subsidio C a 445 personas, subsidio D a 227 y subsidio A 8 personas. Al revisar esta asignación por UPZ, se encontró que en su orden los mayores beneficiarios, residen en las UPZ 75, 76 y 77. Lo cual responde en términos generales a la densidad poblacional y a la capacidad adquisitiva de los habitantes de estas zonas. (Tabla 1)

Así mismo, este mismo ente, es el encargado de liderar la secretaría técnica del Comité Operativo Local de Envejecimiento y Vejez (COLEV), el cual es un espacio local que tiene como objetivo el abordaje de las problemáticas y procesos y proyectos que existen en el ámbito local relacionados con la población de persona mayor. Es una instancia mixta a la cual asisten los referentes locales con los que cuentan las entidades distritales en la localidad, representantes de la Asociación de pensionados, Asociación Colombiana de Universidades, Asociación de Cajas de compensación y cuenta con los entes de control como invitados permanentes (veeduría, personería, Fiscalía y Procuraduría). (8)

Tabla 1. Distribución de los subsidios otorgados a las personas mayores por la SILS.

Subsidio	Cobertura	UPZ								
		75	76	77	110	112	114	115	117	
B	606	395	103	82	0	3	5	18	0	
BD	15	9	1	2	0	2	0	1	0	
C	445	270	78	69	0	0	4	22	2	
D	227	130	55	37	0	0	2	3	0	
A	8	8	0	0	0	0	0	0	0	
Total	1301	812	237	190	0	5	11	44	2	

Fuente. Informe SLIS, 2012.

Desde el sector salud, a través del proyecto “629” por medio del cual se ejecutaron las acciones de salud pública durante el año 2012, se adelantaron servicios de salud colectiva con el ánimo de fortalecer los procesos de promoción de alimentación saludable, salud mental y practica de la actividad física a un total de de 28 grupos a nivel local. (4)

De la misma manera se realizo intervención y seguimiento a 20 casos de conducta suicida, notificados al subsistema de vigilancia epidemiológica SISVECOS, en población mayor de 60 años. Y a 37 casos de violencia intrafamiliar reportados al subsistema SIVIM, en los cuales predominaron los tipos de violencia emocional, abandono y negligencia con 16, 9 y 6 casos respectivamente. (9)

Finalmente se desarrollaron acciones promocionales y procesos de fortalecimiento a los diferentes grupos y organizaciones de personas mayores de la localidad, los cuales se dedican a promover su recreación, bienestar y a fortalecer las redes de apoyo. Para el 2012, se encontraban caracterizados 40 grupos en la localidad. (Tabla 2)

Tabla 2. Grupos y organizaciones de adultos mayores en la localidad de Fontibón

Grupos y organizaciones de adultos mayores localidad Fontibón							
1	Adorables Canitas	11	Época Dorada	21	Salamanca	31	El Tapete
2	Alegre Amanecer	12	Fe y alegría	22	Saturno	32	Jóvenes del Ayer
3	Años de Plenitud I y II	13	Ferrocaja	23	Semillas de Juventud	33	La Cofradía
4	Años Dorados	14	Hilos de Plata	24	Somos Vida- Villemar	34	La Estancia
5	Cacique Atahualpa	15	Hyntiba 1	25	Stars El Jordán 1	35	La Giralda
6	Club Nueva Vida	16	Hyntiba 1	26	Stars El Jordán 2	36	Manos Unidas
7	Desafío M. T.	17	Los Delfines	27	Canitas al Fuego	37	Mis Mejores años
8	Dinámicos	18	Maravillas de Antaño	28	Canitas Doradas	38	San José
9	El Portal	19	Mi Tercera Juventud	29	Centro A	39	San Pablo
10	El Triangulo	20	Renacer	30	El Cuco	40	San Pedro de Los Robles

Fuente: COLEV, 2012

Problemas crónicos de salud

Si bien los problemas crónicos de salud no afectan exclusivamente a las personas mayores, si es un hecho que la probabilidad de su adquisición aumenta con la edad. Causando efectos devastadores como incapacidad física, dependencia, depresión y desmejoramiento de la calidad de vida y del bienestar de este grupo poblacional.

La oferta institucional para el año 2012 frente a esta problemática, estuvo a cargo de sectores como salud, secretaria de integración social (SLIS), IDRD, y secretaria de ambiente.

La Secretaría Local de Integración Social (SLIS) durante el 2012 a través del proyecto Comedores Comunitarios, como espacios que garantizan el derecho a la seguridad alimentaria, buscó aportar a la disminución de los índices de desnutrición y malnutrición de las personas mayores que se benefician diariamente de los mismos. La localidad contó para el 2012 con 15 comedores comunitarios, de los cuales diez se encontraban bajo la coordinación de la SLIS y cinco eran financiados por el Fondo de Desarrollo Local (FDL). En su totalidad, los comedores fueron ubicados en los territorios donde se detectó mayor población en condición de fragilidad social. (8)

Por otra parte, la Alcaldía Local, durante el 2012 inicio la ejecución de su proyecto de entrega de prótesis dentales para personas mayores. No obstante, la culminación del mismo no se dio sino hasta el 2013.

De la misma manera, en convenio con la Fundación ECOPOLIS se desarrollaron dos proyectos. El primero con una inversión de \$95.240.000, tenía como propósito generar una cultura ambiental, fortaleciendo el sentido de pertenencia mediante la construcción del Proceso Ciudadano de Educación Ambiental PROCEDA desde una dinámica colectiva. En tanto el segundo, conto con un presupuesto de \$76.200.000 y busco desarrollar procesos de educación, sensibilización y capacitación ambiental para incentivar el aprovechamiento de los residuos sólidos, con la comunidad en general de la localidad de Fontibón. (10)

A nivel local el Instituto Distrital para la recreación y el deporte (IDRD), desarrollo programas de actividad física en este grupo poblacional promoviendo acciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida y a generar hábitos de vida saludable. Asimismo se desarrollaron actividades como el reinado local y Distrital de las personas mayores y el campamento del adulto mayor, jornadas que sirvieron de escenarios propicios para el reconocimiento, intercambio de saberes y expresiones creativas, así como para posesionar la cultura del envejecimiento activo, y fortalecer procesos de intercambio y vínculos inter-generacionales. (11)

Por otro lado, el Hospital Fontibón ESE, en desarrollo del proyecto 629, por medio del cual se ejecutan las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), realizo diferentes actividades tendientes a la promoción y prevención en salud para las personas mayores sin distingo de su régimen de afiliación.

Así las cosas por parte del ámbito familiar se visitaron durante la vigencia 2012 (febrero-diciembre) 4847 personas mayores con condiciones crónicas, distribuidas en los territorios saludables de la siguiente manera: 1239 en el territorio 1 (UPZ 77); 700 en el territorio 2 (UPZ 76); y 2908 en el territorio 3 (UPZ 75). Las visitas de asesoría se centraron en el mejoramiento de condiciones de calidad de vida y salud de esta población a través de

acciones de formación, educación y comunicación a nivel individual, donde se desarrollaron actividades tendientes a crear estilos de vida saludables. (4)

Por parte del programa de enfermedades Trasmisibles, en el año 2012 ingresaron 56 pacientes de los cuales 21 pertenecían a este grupo poblacional. Las acciones estuvieron dirigidas a realizar asesorías individuales y familiares con el objeto de mejorar su calidad de vida y favorecer la adherencia al tratamiento recomendado por el profesional de salud. Así mismo se establecieron compromisos con las IPS privadas (Medichico, Sanitas, Fundasalud, Nueva EPS, Asistir salud, Sura, EPSALUD, Humana Vivir, Corvesalud (Complejo SALUCOOP), Unidad de Diagnostico Ecográfico, Centro médico y Odontológico Rosario Yepes, Centro médico Madre Bernarda, Colsubsidio Fontibón, Virrey Solís, Salud Total y Compensar Fontibón), para darle un mejor manejo a los pacientes diagnosticados.

Sumado a lo anterior, se desarrollo la estrategia de servicios de salud colectiva, los cuales buscaban la promoción de estilos de vida saludables que redundaran en un mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores. En esa misma línea se desarrollo la estrategia Tú Vales, la cual tenía el siguiente lema: “vive mejor, aliméntate saludablemente, lidera cambios, ejercítate con frecuencia y sé feliz” desde allí fueron abordados 68 grupos comunitarios de toda la localidad, mediante un proceso que involucró temas de participación, alimentación, nutrición, actividad física y salud ambiental; con el propósito de promocionar hábitos de vida saludable, que impacten en la disminución de enfermedades crónicas, entre ellas la obesidad. (4)

El área asistencial, por otro lado, brindo a las personas mayores con régimen de afiliación subsidiado y a las personas vinculadas, servicios de consulta de primera vez y control de medicina, laboratorios, medición de agudeza visual, educación multidisciplinaria al grupo familiar para soporte social a personas con condición crónica, vacunación de influenza y fiebre amarilla, valoración inicial por odontólogo, control y remoción de la placa bacteriana, instrucción en higiene oral, detartraje, terapia de mantenimiento, y profilaxis.

Ahora bien, en unidad de análisis adelantada con el comité local de envejecimiento y vejez – COLEV, se realizo una evaluación por parte de la comunidad, sobre las respuestas institucionales ofertadas por los diferentes estamentos, encontrando que existen ciertas tensiones entre los grupos de adultos mayores que acceden a los subsidios ofrecidos por instituciones como Alcaldía local y SLIS y aquellos que se encuentran organizados en grupos. Pues se afirma que éstos últimos dado su carácter “institucional” acceden y se mantienen mejor informados sobre los programas y eventos que ofrendan los diferentes organismos.

Así mismo, al valorar las acciones adelantadas por el IDRD, la comunidad considera que si bien son estrategias exitosas, presentan algunos problemas administrativos relativos a insuficiencia del talento humano, inadecuados espacios

para su desarrollo y concentración de las acciones en las UPZ 75 y 76. Esto genera que los grupos sean muy numerosos, y que la población de otras zonas deba desplazarse grandes trayectos para acceder a estos programas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guiddens, A. Hermenéutica y teoría social, capítulo I de perfiles y críticas en teoría social. . California : Universidad de California, 1982.
2. De la Garza, E. «Hacia dónde va la teoría social.» s.f. <http://docencia.izt.uam.mx/egt/publicaciones/capituloslibros/Hacia%20donde%20va%20la%20Teor%EDa%20Social.pdf> (último acceso: 20 de Noviembre de 2012).
3. Archer, M. «The primacy of practice. Citado por De la Garza, E en Hacia dónde va la teoría social. .» Cambridge University, 2000.
4. Vera, Jaramillo. Teoría social, métodos cualitativos y etnografía: el problema de la representación y reflexividad en las ciencias sociales. Universitas humanística, 2007, 237-255.
5. Franco, A. «Tendencias y teorías en salud pública. FNSP.» 2006.
6. Breilh, J. «Epidemiología crítica.» Revista cubana de salud pública 2 (2006): 32.
7. Brehil, Jaime. «Una perspectiva emancipadora de la Investigación y Acción basada en la Determinación Social de la Salud. En Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales en Salud, de Asociación Latinoamericana de Medicina Social.» México, 2008.
8. Berlinguer, Giovanni. «Determinantes sociales de las enfermedades.» Revista Cubana de Salud Pública 1 (2007): 33.
9. Álvarez, Luz Stella. «Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de Riesgo.» Revista Gerenc. Polit. Salud, 2009: 69-79.
10. Frenz, Patricia. «Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales en salud.» 2008.
11. Secretaría Distrital de Salud. «La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud. Conociendo y apropiando la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.» Bogotá, 2009.
12. Robayo, Nancy Sánchez. Los determinantes sociales de la salud y la enfermedad: estado del arte. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología, 2005.
13. Ramos, Benito. «La nueva salud pública.» Revista Cubana de Salud Pública 24, nº 2 (2000): 77-84.

14. Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. «Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo.» Nueva York y Ginebra, 2006.
15. Álvarez, Luz Stella. «El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral.» Revista Panamericana de Salud Pública 18, nº 2 (2005): 5-30.
16. RAL, Diccionario. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 22ª . 2001.
17. Garcia, et al. «El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas.» Revista de investigaciones en seguridad social y salud, nº 12 (2010).
18. Secretaría Distrital de Salud. «Hacia una perspectiva generacional para la promoción de la calidad de vida y salud.» Documento de trabajo, Bogotá, 2010.
19. Sánchez, F, y N León. s.f. www.bdigital.unal.edu.co/1534/9/08CAPI07.pdf (último acceso: 20 de Noviembre de 2012).
20. MPS, Ministerio de la protección social. . 11 de Enero de 2010. <http://www.kaosenlared.net/noticia/entrevista-joan-benach-caries-muntaner-desigualdades-salud-epidemia-po> .
21. Secretaría Distrital de Salud. «Ficha operativa, Análisis de situación de salud.» Bogotá, 2013.
22. Alcaldía local de Fontibón. «Plan Ambiental Local Fontibón, Dialogo Social y Concertación Hacia una localidad más Humana. 2012 – 2016.» 2012, 92.
23. Pabón, Daniel. Bogotá 2038. [Internet]. [Consultado Octubre 2012]. Disponible en http://www.bogota2038.com/index.php?option=com_k2&view=item&id=21&Itemid=48
24. Instituto de Estudios Ambientales IDEA. Informes GEO locales. Bogotá, 2008: 62-69.
25. Hábitat, Universidad Nacional de Colombia y Secretaria de. «Agenda ambiental de la localidad 9 Fontibón.» Bogotá, 2009.
26. Hospital Fontibón. Resultados de la vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria de los efectos en salud por exposición a contaminación del aire, en la Localidad de Fontibón durante el año 2012. Bogotá; 2012.
27. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Plan de ordenamiento territorial POT. [Internet]. [Consultado 24 Junio 2012]. Disponible en http://www.google.com.co/#hl=es&scient=psyab&q=plan%20de%20ordenamiento%20territorial%20bogota&oq=&gs_l=&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&bvm=bv.43287494,d.eWU&fp=882ea22d9c37df7d&biw=1366&bih=624&pf=p&pdl=300
28. Secretaria Distrital de Gobierno. Sistema de Información Observatorio Social de Fontibón 2011. [Internet]. [Consultado 2012]. Disponible en http://fontibon.gov.co/observatorio/index.php?bloque=contenido&id=44&id_item=43&name=5.%20Informaci%F3n%20sectorial

29. Hospital Fontibón. Diagnóstico local. Bogotá; 2008.
30. Mogollón, Amparo Susana Pérez. Universidad del Rosario. Reflexiones en salud pública. Bogotá; 2009.
31. Secretaria distrital de integración social. Antecedentes y transformaciones: Un recorrido por su historia. Bogotá; 2011.
32. Secretaria distrital de integración social. Lectura de realidades localidad Fontibón. Bogotá; 2010.
33. Ferraris, Sabrina. Publicaciones universidad Nacional de Buenos Aires. El crecimiento poblacional como objeto de Análisis. Buenos Aires; 2008.
34. Secretaria Distrital de Planeación. «Diagnostico de los aspectos físicos, Demográficos y socioeconomicos. 2011. [Internet]. [Consultado 04 2013]. Disponible en <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionEnLinea/InformacionDescargableUPZs/Localidad%209%20Fontib%F3n/monografia/9%20Fontibon%20monografia%202011.pdf>
35. OMS. «Determinantes Sociales de la Salud Alames.» 2008.
36. SDP, Secretaria Distrital de Planeación. «21 Monografias de las localidades, Distrito Capital.» Bogotá , 2011.
37. CCB, Camara de comercio Bogotá. «Inversión Pública y Calidad de Vida en Localidad de Fontibón.» Bogotá, 2011.
38. Yañez, Sánchez y. «El abordaje de la salud de los trabajadores en el escenario de reajuste económico, la reconversión industrial y los cambios tecnológicos.» Ponencia, Venezuela, 1995.
39. DANE. «Encuesta multipropósito.» 2011.
40. Rojas, Maria del Carmen. «La vivienda precaria urbana marginal y su relación con la salud de la población en el proceso de sustentabilidad. Un enfoque teórico para la estimación del riesgo y la vulnerabilidad.» Ponencia congreso ALAP, Brasil, 2004.
41. SED, Secretaría de Educación Distrital. «Caracterización del sector educativo año 2012.» Preliminar, Bogotá, 2013.
42. Dominquez, López. Diagnóstico de las condiciones sociales, económicas y culturales de la localidad de Fontibón. Plan local en deporte, recreación, actividad física, parques y escenarios recreo deportivos en la localidad nº 9. Bogotá; 2009.
43. Movilidad, Secretaria. «Movilidad en cifras.» Boletín, Bogotá, 2009.
44. Hospital Fontibón. «Aproximación a la morbilidad y mortalidad.» Perfil Morbilidad, Bogotá, 2012.
45. PNUD. «Programa de naciones unidas para el desarrollo, los Objetivos del Milenio, las metas en Colombia. 2012. .» 2012. <http://www.pnud.org.co> (último acceso: Diciembre de 2012).

46. ONUSIDA. . «Estrategia 2011-2015, OUNSIDA.» 2011. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034 UN AIDS Strategy es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf).
47. PAI Hospital Fontibón. «Informe anual proyecto niñez bienvenida y protegida.» Bogotá, 2012.
48. Tabla Perfil Salud Enfermedad de la Localidad de Fontibón para el año 2012 elaborada por el equipo ASIS. Hospital de Fontibón.
49. Boletín Epidemiológico Informativo Calidad del Aire y salud – “Fontibón Respira” Hospital de Fontibón ESE Área de atención al medio ambiente. 2012
50. Informe final análisis y seguimiento a indicadores de salud. Localidad de Fontibón. Equipo operativo ASIS. Área de Vigilancia en Salud Pública. Año 2012
51. Informe de cruce de datos de crecimiento y desarrollo y sala ERA año 2011. Elaborado por Diana Robayo. Referente de ERA equipo de Gestión de Políticas. 2011
52. Diagnóstico de la Situación Actual de la ESE adscrito a la SDS. ESE Hospital Fontibón. 2012
53. Informe aportes anuario epidemiológico SIVIM 2012. Hospital de Fontibón ESE
54. Diagnósticos Unidades de trabajo informal UTI en la localidad de Fontibón. Ámbito laboral. Gestión de Políticas. Primer semestre de 2012
55. Inversión Pública y Calidad de Vida en las localidades de Bogotá. Cámara de Comercio de Bogotá. 2011
56. Base de datos VESPA 2012
57. Informe Cabildos Territoriales. Hospital Fontibón ESE. 2012
58. Informe preliminares Consejos microterritoriales de salud año 2013.
59. Informe aporte núcleos problemáticos para diagnóstico 2012. Elaborado por Patricia Aguiar. Referente Política de Seguridad alimentaria y nutricional Equipo de Gestión de Políticas. Hospital Fontibón ESE.
60. Base de datos SIVIGILA 2012
61. Informe Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE local abril de 2013