

DIAGNOSTICO LOCAL ANTONIO NARIÑO



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD - ASIS

CRÉDITOS

Alcalde Mayor de Bogotá
GUSTAVO FRANCISCO PETRO URREGO

Secretario de Salud
ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS

Gerente
HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACÍN

Subgerente de Servicios de Salud
VERÓNICA BEDRÁN MONTOYA

Subgerente Administrativo y financiero
HÉCTOR HORTUÁ

Coordinadora de Salud Pública
SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO

Coordinador Programa Territorios Saludables
JUAN CARLOS COCOMÁ PARRA

Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública
ILDUARA PEÑA GUERRA

COLABORACIÓN

COMPONENTE VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA

ADRIANA VASQUEZ - Referente de ERA

JENNY MORA ROZO – Referente de Estadísticas Vitales

DEYSI OÑATE – Referente de Salud Sexual y Reproductiva

AYDEE FLOREZ – Referente de SIVIGILA

ADRIANA RODRÍGUEZ – Referente de Sistema de Vigilancia de Salud Oral

CONSTANZA ÁLVAREZ – Referente del Sistema de Vigilancia alimentaria y Nutricional

NICOL BORRAY SANTOFIMIO – Referente del Sistema de Vigilancia de población con
Condición de Discapacidad

JENNY ESPERANZA JIMENEZ TORRES –Referente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica
de la Conducta Suicida

ELIZABETH REY – Referente del Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar y Maltrato
Infantil

EQUIPO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD – ASIS

ANA MARIA MANTILLA
Psicóloga

ANGELICA MARIA MUÑOZ OLAYA
Politóloga

CAMILO JOSÉ TAMAYO BORRAY
Psicólogo

DARY GISELLE RUIZ ROJAS
Epidemióloga

FERNANDO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
Ingeniero Catastral y Geodesta

GINNETH PULIDO GÓMEZ
Geógrafa e Ingeniera Ambiental

JUAN CARLOS SANTANDER ESPINOSA
Comunicador Social

LAURA GISELLE BONILLA LEÓN
Epidemióloga

OMAR LÓPEZ TOLEDO
Epidemiólogo

TATIANA CICERY POLO
Psicóloga

VIVIANA VILLEGAS GONZÁLEZ
Epidemióloga

ZULMA HERMOSA FLOR
Epidemióloga

TÉCNICOS EN SISTEMAS

CAROLINA TORRES PEÑA

DIEGO TORRES ARCINIÉGAS

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	8
MARCO CONCEPTUAL.....	9
MARCO METODOLÓGICO	16
Primer Momento: Búsqueda y preparación de las entradas o insumos	16
Segundo Momento: Metodología de análisis de las problemáticas territoriales	17
Tercer Momento: Divulgación de la información	19
1 CAPITULO. PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA LOCALIDAD, DESDE LA PERSPECTIVAS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD	19
1.1 SALUD Y TERRITORIOS	19
1.1.1 Reseña Histórica de la Localidad (12)	19
1.1.2 Características Geográficas.....	20
1.1.3 Dinámica Territorial Localidad Antonio Nariño	21
1.1.4 Estructura Poblacional	25
1.1.5 CONDICIONES MEDIOAMBIENTALES DE LA LOCALIDAD	29
1.1.6 CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS.....	31
1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	35
1.2.1 ETAPA DE CICLO INFANCIA.....	37
1.2.2 ETAPA DE CICLO VITAL GESTANTE	46
1.2.3 ETAPA DE CICLO VITAL ADOLESCENCIA	48
1.2.4 ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD	52
1.2.5 ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ	56
1.2.6 ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ	60
2 CAPITULO. NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS PARA LA LOCALIDAD ANTONIO NARIÑO	63
2.1 INFANCIA	63
2.1.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.	63
2.1.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones sociales y culturales que inciden en la generación de diferentes tipos de violencia en los niños y niñas de la Localidad.....	65
2.2 ADOLESCENCIA	68
2.2.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Embarazo en adolescentes de la localidad Antonio Nariño determinado por condiciones educativas, familiares y personales.	68
2.2.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: El consumo de Sustancias Psico Activas (SPA) en la localidad Antonio Nariño deteriora las relaciones sociales de los y las	

adolescentes y está determinado por condiciones socio-económicas, familiares y educativas en la comunidad.	70
2.3 JUVENTUD	74
2.3.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Calidad en las relaciones familiares determinan el consumo de Sustancia Psicoactivas (SPA) y el deterioro de la salud mental en la etapa de ciclo vital juventud.	74
2.3.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Escasas oportunidades laborales y educativas determinan la inclusión de los jóvenes en el sector del empleo informal vulnerando sus derechos laborales.....	76
2.4 ADULTEZ.....	78
2.4.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Factores económicos y laborales que inciden en el desarrollo humano de las y los adultos afectando su salud y calidad de vida así como la de sus familias.	79
2.4.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Hábitos de consumo y estilos de vida que afectan el estado nutricional, la salud mental y la salud sexual de los adultos de la localidad Antonio Nariño.....	81
2.5 VEJEZ.....	83
2.5.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones de discapacidad y hábitos alimentarios en la etapa de ciclo vital vejez que agravan sus enfermedades crónicas e influyen en su desarrollo social.	83
2.5.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Barreras de acceso a servicios de salud que vulneran el derecho a la salud.....	85
3 CAPITULO 3. ANALISIS DE RESPUESTAS	87
3.1 CICLO VITAL INFANCIA.....	90
3.1.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.	90
3.1.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones sociales y culturales que inciden en la generación de diferentes tipos de violencia en los niños y niñas de la Localidad.	93
3.2 CICLO VITAL ADOLESCENCIA	96
3.2.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Embarazo en adolescentes de la localidad Antonio Nariño determinado por condiciones educativas, familiares y personales. .	96
3.2.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: El consumo de SPA en la localidad Antonio Nariño deteriora las relaciones sociales de los y las adolescentes y está determinado por condiciones socio-económicas, familiares y educativas en la comunidad.....	98
3.3 CICLO VITAL JUVENTUD	99
3.3.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Calidad en las relaciones familiares determinan el consumo de Sustancia Psicoactivas (SPA) y el deterioro de la salud mental en la etapa de ciclo vital juventud.	99
3.3.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Escasas oportunidades laborales y educativas determinan la inclusión de los jóvenes en el sector del empleo informal vulnerando sus derechos laborales.....	101

3.4	CICLO VITAL ADULTEZ	103
3.4.1	NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Factores económicos y laborales que inciden en el desarrollo humano de las y los adultos afectando su salud y calidad de vida así como la de sus familias.	103
3.4.2	NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Hábitos de consumo y estilos de vida que afectan el estado nutricional, la salud mental y la salud sexual de los adultos de la localidad Antonio Nariño.....	104
3.5	ETAPA DE CICLO VEJEZ	105
3.5.1	NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones de discapacidad y hábitos alimentarios en la etapa de ciclo vital vejez que agravan sus enfermedades crónicas e influyen en su desarrollo social.	105
3.5.2	NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Barreras de acceso a servicios de salud que vulneran el derecho a la salud.....	106
4	CAPÍTULO 4: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES	108
4.1	RECOMENDACIONES A LAS INTERVENCIONES EXISTENTES	108
4.1.1	ETAPA DE CICLO INFANCIA.....	108
4.1.2	ETAPA DE CICLO ADOLESCENCIA	110
4.1.3	ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD	113
4.1.4	ETAPA DE CICLO VITAL ADULTO	114
4.1.5	ETAPA DE CICLO VEJEZ	115
4.2	PROPUESTAS DE PROYECTOS O PROGRAMAS	116
5	Bibliografía	129

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Población Por Etapa De Ciclo Vital. Localidad Antonio Nariño Y Bogotá DC. 2012	28
Tabla 2.	Recomendaciones a las intervenciones existentes. Vivienda Saludable.....	109
Tabla 3.	Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Infancia.....	109
Tabla 4.	Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adolescencia.....	111
Tabla 5.	Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adolescencia.....	112
Tabla 6.	Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Juventud.....	113
Tabla 7.	Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Juventud.....	113

Tabla 8. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adulto.	114
Tabla 9. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adultez.	115
Tabla 10. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adulto mayor.	115
Tabla 11. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adulto mayor.	116
Tabla 12. Etapas y actividades contempladas en el proyecto	117
Tabla 13. Planeación de actividades.....	117

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional Localidad Antonio Nariño. 2012.....	26
Gráfica 2. Tendencias de mortalidad General y específica por grupos de edad. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2001 a 2010.	36
Gráfica 3. Tendencia de la mortalidad perinatal en la localidad Antonio Nariño 2000-2012	38
Gráfica 4. Tendencia de la mortalidad Infantil en la localidad Antonio Nariño 1999- 2012	39
Gráfica 5. Tendencia de Mortalidad en Menores de 5 años. 1999-2012.....	41

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Ubicación Localidad Antonio Nariño. Año 2012	23
Mapa 2. Distribución de la población por sexo y por UPZ en la Localidad Antonio Nariño.....	27
Mapa 3. Oferta institucional y comunitaria. Localidad Antonio Nariño. 2012.....	88
Mapa 4. Cobertura de acciones en Salud Pública. Localidad Antonio Nariño. 2012.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Determinantes de la Salud.....	12
--	----

INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local con participación social es un ejercicio de análisis participativo sobre la realidad local, a través de la identificación de necesidades, problemáticas y respuestas a nivel institucional y comunitario a estas necesidades, con el fin de comprender los factores protectores y deteriorantes en el proceso salud y calidad de vida en la Localidad Antonio Nariño. En ese sentido se constituye en una herramienta fundamental para la toma de decisiones en el nivel local al brindar elementos para los procesos de Planeación Distrital y Local, en la inversión con equidad de los recursos sociales de planes programas y proyectos que reduzcan brechas y situaciones intolerables, contribuyendo a modificar las condiciones de vida de las poblaciones. Para tal propósito se tienen como fundamento las perspectivas de determinantes sociales y enfoque de derechos, enfoque territorial, diferencial y poblacional.

Es así como, la Secretaria Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado de las localidades del Distrito, en este caso el Hospital Rafael Uribe Uribe realizó el levantamiento de información del diagnóstico local teniendo en cuenta un modelo estructural que permita la recolección y análisis de información el cual se presenta a continuación.

La recolección de la información se ha estructurado teniendo en cuenta los diferentes espacios de participación y actividades de la ESE, así como los espacios de participación en la comunidad, tal participación permitirá conocer la situación de salud en la localidad, el territorio 5, las UPZ Restrepo y Ciudad Jardín y sus correspondientes 7 micro-territorios según las etapas de ciclo vital infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

Por ende, la finalidad de este documento es la comprensión de las dinámicas y realidades que viven las diferentes etapas de ciclo en los territorios de salud y las formas en que los déficits planteados generan consecuencias directas en su calidad de vida; las formas en que se relacionan con las diferentes categorías de análisis ambiente, producción y consumo que pretenden detallar la situación de calidad de vida y salud desde cada territorio, aportando en la visualización de los principales núcleos problemáticos como insumo para la formulación de respuestas integrales y propuestas para el PIC, sin dejar de lado los aspectos positivos o factores protectores presentes en la población.

Para el abordaje de las problemáticas en cada territorio se tuvo en cuenta la lectura de necesidades de cada una de las etapas de ciclo vital; aunque se estructurarán problemáticas territoriales que apunten a un grupo poblacional, es decir, problemáticas transversales que afecten de forma general la calidad de vida y salud de los habitantes del territorio.

Cabe reconocer que las Políticas Públicas tienen relevancia puesto son la puerta de entrada a la exigibilidad de derechos de los individuos reconocidos como factores que inciden de forma directa en la calidad de vida y salud de los habitantes; cuando los derechos son vulnerados y se niega el acceso a los mismos, afectan negativamente los indicadores de salud.

MARCO CONCEPTUAL

El ser humano debe ser analizado en sus dimensiones psicosociales, afectivas, emocionales, familiares, económicas, culturales y ambientales, éstas influyen en el estado de salud de él como sujeto o como colectividad. Para concebir esta relación debe entenderse qué es salud, término que no tiene una sola forma de ser concebido dado lo relativo del mismo, una de las definiciones más comunes es:

“... Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (1)

La definición anterior se encuentra en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no ha sido modificada desde 1948, se destaca por su carácter positivo, diferente de las definiciones anteriores, en ella se resalta la salud como un estado de bienestar diferente a la ausencia de enfermedades. Es por tanto una de las más reconocidas; sin embargo debe tenerse en cuenta que el bienestar no es objetivo, por ejemplo, un toxicómano siente bienestar cuando consume sustancias que alteren su estado de conciencia, es por ello que existen múltiples autores que construyen definiciones que buscan minimizar el carácter subjetivo del término. Dossey por ejemplo, afirma que:

“La salud y la enfermedad, como el espacio y el tiempo, son conceptos relativos entrelazados en el tejido de las capacidades perceptivas de la propia conciencia...” “Como el espacio y el tiempo no son parte de una

realidad exterior fija. Como tales no son algo que se adquiere sino algo que se siente” (2)

Para el médico y salubrista norteamericano Milton Terris, la salud tiene dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. El subjetivo es el bienestar (sentirse bien en diferentes grados) y el objetivo es la capacidad de funcionar (funcionamiento en diferentes grados). Del mismo modo la enfermedad tiene también dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo es el malestar (sentirse mal en diferentes grados). El aspecto objetivo es el que afecta a la capacidad de funcionar (limitación del funcionamiento en diferentes grados) (3) Terris concluye con este análisis que:

"La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad" (3).

En esta definición, Terris elimina la palabra “completo” aduciendo, que la salud no es un absoluto sino que hay distintos grados de salud. Y separa el término "enfermedad" y el de "malestar", ya que es posible coexista el “sentirse bien” y la enfermedad (3). La definición de Terris pretende entender la salud en una visión dinámica y cambiante contraria a la visión reduccionista de la medicina tradicional. Por tanto, la salud no es concebida como un estado sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de los mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación) (3).

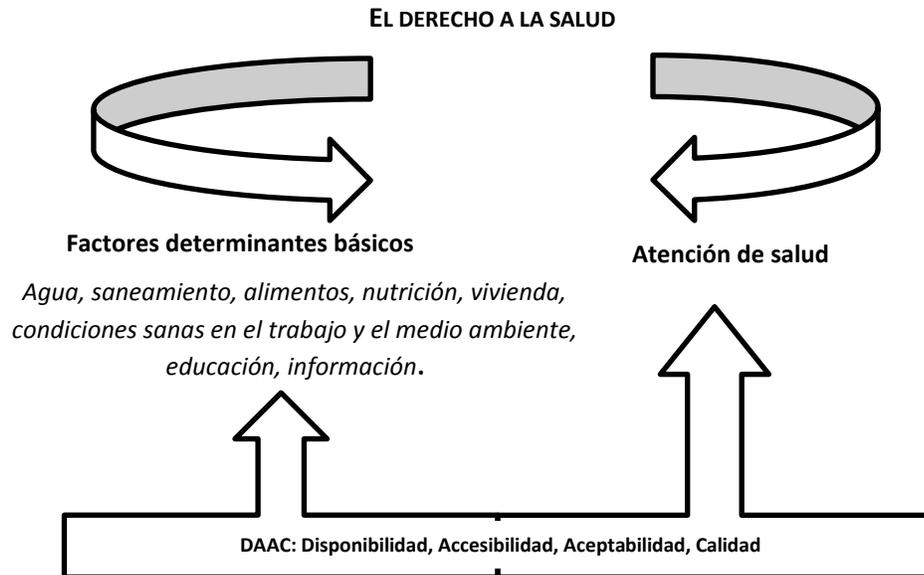
Visto en estos términos, el acceso a la salud debe ser considerado dentro de los Derechos Humanos, sabiendo que estos son normas internacionalmente acordadas que se aplican a todas las personas, que engloban los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales y se encuentran enunciados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH 1948). Dentro de esta lógica, se hace importante que las entidades públicas velen por el cumplimiento de estos derechos en toda su extensión. Basados en los preceptos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los hospitales distritales, deben establecer que el acceso y el goce del máximo grado de salud sean concebidos como derechos fundamentales, sabiendo que dicha priorización redundará efectivamente en la dignificación del Estado, en donde las personas puedan vivir lo más saludablemente posible (4).

Siendo la OMS, el componente de las Naciones Unidas destinado a promover políticas de prevención e intervención en salud, sus directrices se hacen fundamentales para analizar la situación en salud de un territorio, en aras de promover y ejecutar proyectos y programas de salud pública; según esta organización y las definiciones anteriormente consideradas, puede afirmarse que la vida saludable no sólo hace referencia a estar sano o tener acceso a la asistencia médica u hospitalaria, sino que trasciende estos aspectos, dado que, según lo consagrado en la Constitución Política de 1991, deben atenderse las principales necesidades comunitarias tales como el acceso al agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, el suministro sano de alimentos, la vivienda digna, la información y la educación (5). En esta lógica el Estado debe garantizar que la atención sanitaria sea oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria, tal como está planteado por la OMS, en su constitución (4).

La salud pública busca que la humanidad se encuentre en condiciones de salud, dentro de la amplia definición de tal término, por tanto debe proyectarse cada vez más a la cobertura total de la sociedad, sin discriminación alguna y a la actividad vital del ser humano. Sus acciones se construyen sobre una base de esfuerzos organizados por el gobierno y la sociedad cuya finalidad es promover, proteger, mantener y restablecer la salud de las personas, soportada en el conjunto de políticas, planes, programas y proyectos que inciden en la salud de la colectividad.

Esto se hace relevante en un entorno en donde priman las falencias económicas y sociales, y en donde los índices de vulnerabilidad de la población son altos dadas las condiciones de la misma, sabiendo además que la localidad en cuestión ha sido receptora de poblaciones migrantes por desplazamiento derivado del conflicto colombiano, quienes por ende, se ven afectadas por patrones de ubicación no planificada y reconstruyen el espacio urbano en ocupaciones ilegales que aumentan el riesgo socio ambiental, el cual, está relacionado directamente con la situación en salud de la localidad.

Figura 1. Determinantes de la Salud.



Fuente: Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza. Serie de publicaciones sobre Salud y Derechos Humanos. Diciembre de 2008

Desde 1978, cuando se desarrolló en Alma-Ata, capital de Kazajstán la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, se reconoció la necesidad de ampliar las coberturas e incluir la justicia social en la atención en salud, el lema de esta conferencia fue “Salud para todos en el año 2000” a partir de lo cual se pretendía imprimir gran importancia a la atención primaria en salud lo que funcionaría como estrategia para el mejoramiento del nivel de vida de las personas (6). La Atención Primaria en Salud, denominada APS, busca que a partir de la participación social, el trabajo intersectorial y la organización de redes de servicios de salud sean mejoradas las condiciones de vida (7), que redundarán en el incremento del Índice de Desarrollo Humano evaluado anualmente por el PNUD¹, indicador de las condiciones de vida de una sociedad y sus ciudadanos a partir de parámetros como salud, educación y riqueza.

¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

La APS concibe la salud como un derecho, de tal manera que busca la atención integral y global de los ciudadanos así como entender las causas que la influyen, de esta forma podrían mejorarse las condiciones socio-económicas de las comunidades, lo que llevaría al enfrentamiento de los determinantes sociales que inciden en las inequidades evidentes en la situación en salud de un territorio. Se pretende con esto reducir los problemas de accesibilidad y utilización de servicios, de manera que las respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud sean un hecho (7). Cabe resaltar que en concordancia con la conferencia de Alma-Ata para tener un programa de APS exitoso deben ser consideradas actividades tales como: educación sobre principales problemas de salud y su prevención, promoción del suministro de alimentos y nutrición apropiada, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, asistencia materno-infantil, planificación familiar, inmunización, prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales, suministro de medicamentos esenciales (6). Este programa debe contar además con la participación de los ámbitos: sectorial, intersectorial y comunitario (7).

Como se ha mencionado anteriormente, para analizar la situación en salud de una comunidad es importante visualizar, identificar e intervenir los determinantes sociales que le afecten, con el objetivo de mejorar las condiciones para el territorio y sus habitantes, en este diagnóstico el término territorio se entiende como el sistema que reúne la sociedad y el medio que ésta habita, de manera que se analizan las relaciones dialécticas creadas entre ambos, para poder dimensionar la organización económica, política, el acceso a los servicios, y las características físicas que puedan condicionar la situación de la comunidad. Dentro de esta lógica, el territorio se considera una construcción social, nacida a partir de las relaciones, interacciones y apropiaciones que los sujetos realizan con relación a un espacio, sin importar sus delimitaciones, es así como el territorio supera la noción de lugar físico o contenedor, para enmarcarse como aquel espacio en donde se crean y recrean los recursos materiales y simbólicos, adquiriendo un sentido político.

Por tal razón, los sujetos que interactúan en un territorio son actores dinámicos, que pueden modificar su realidad social lo que los convierte en actores imprescindibles en el diseño de metodologías de respuesta frente a problemáticas de toda índole, principalmente de salud, que es el tema que concierne al presente documento. Se asume, que los sujetos dotan de sentido al territorio, pero a su vez el territorio configura a los sujetos, dotándolos de particularidades a lo largo de cada etapa de la vida,

convirtiendo las especificidades en condiciones determinantes para la calidad de vida de la población.

En 2005 la OMS creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, entidad encargada de brindar asesoría para la mitigación de los mismos, lo que se vería reflejado en el mejoramiento de la calidad de vida y de la situación de salud de los habitantes de un territorio. Los determinantes sociales de la salud (DSS) pueden ser entendidos como las condiciones sociales y económicas que influyen en las diferencias individuales y colectivas del estado de la salud, estos determinantes son pues, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, considerando inclusive el sistema de salud que les atiende. Son por tanto el resultado de la distribución de la riqueza y de los recursos en todas las escalas (mundial, nacional, local), lo que a su vez depende de las políticas públicas y sus acciones, así como de la ideología política en particular de las colectividades que se encuentren en el gobierno (8).

Estos determinantes se relacionan con los riesgos asociados a las condiciones de vida y trabajo, más que a los factores individuales, por ello dentro del informe analítico de la Comisión, puede leerse que:

*“La distribución desigual de los fenómenos que dañan a la salud no es un fenómeno natural de modo alguno, ante todo es el resultado de una **combinación tóxica de políticas públicas, de pobreza, acuerdos económicos desiguales y mal gobierno** (9) (Subrayado nuestro).*

En la actualidad es notoria la influencia ocurrida a partir de las crecientes políticas neoliberales sobre la salud, tanto en el mundo como en América Latina, de lo cual Colombia no ha salido inmune, el concepto de salud como un derecho se ha debilitado, pasando a ser considerado como un sistema de prestación de servicios que actúa influenciado por las dinámicas del mercado. Este mercado creciente de la salud y la onda neoliberal en el país lograron precarizar el trabajo, los salarios, el gasto público en salud, aumentar el desempleo, desarticular la seguridad social y privatizar los servicios y la industria farmacéutica, donde no han existido los controles suficientes, tales situaciones han incidido en el deterioro de la salud colectiva (10). Por tales razones la Comisión de DSS en su informe final publicado en el 2008, propone tres recomendaciones generales para intervenir en la mitigación de los DSS a saber:

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

El Modelo de Atención en Salud liderado por la Secretaría de Salud de Bogotá, se escribe bajo la lógica antes descrita y dando énfasis al análisis de los eventos sucedidos a los usuarios, quienes se ven damnificados por la falta de servicios asequibles, rompiendo así con los principios universales de prestación de servicios y el derecho a la salud que ya se han mencionado, esto se evidencia cuando el ciudadano debe desplazarse a otras localidades para tener acceso a diferentes servicios médicos u hospitalarios o no puede obtener los medicamentos que necesita. Estas condiciones son consecuencia del flujo de recursos a otras entidades y de la precarización del Sistema de Salud colombiano en general, ya que en general presenta limitantes en la garantía de prestación de servicios (11), en el lineamiento del programa de territorios saludables puede leerse que:

El sistema de aseguramiento de salud en Colombia ha generado, en la práctica, múltiples formas de negar o retrasar el acceso a los servicios de salud a los individuos y a los colectivos, a través de la conformación de estrategias, por parte de las EPS, para la contención de costos que generan barreras de acceso, entre las cuales se cuentan: los engorrosos procesos de autorizaciones de servicios, actividades o medicamentos, así como los copagos y gastos de bolsillo; los problemas de traslado por barreras de tipo geográfico y de seguridad; la ausencia de información o simplemente la no disponibilidad de servicios o insuficiencia de capacidad resolutive frente a las necesidades de los ciudadanos, como es el caso del “paseo de la muerte” (11).

Por esta razón y en concordancia con lo dispuesto por la OMS y en su nombre la Comisión de DSS, la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital Rafael Uribe Uribe tienen como propósito principal actuar en la mitigación y control de los Determinantes Sociales en Salud a partir de la elaboración de documentos y estudios de análisis participativos sociales que permitan cumplir con este propósito, y así tener una influencia positiva sobre la situación de salud de los habitantes de la localidad.

MARCO METODOLÓGICO

La presente metodología se desarrolló para cumplir con el objetivo principal del presente diagnóstico que consiste en analizar la situación en salud, entendiendo ésta como un campo multidimensional, cuyos ejes son la persona, el espacio, el tiempo (ejes tradicionales del abordaje epidemiológico), y los determinantes sociales en salud, todos relacionados con la dimensión de la ocurrencia en eventos de salud-enfermedad. Para su desarrollo se tomó en cuenta el Análisis de Situación en Salud como un proceso comprendido por los momentos de entradas de información y otros insumos clave para comprender ampliamente la situación en salud de los habitantes de la localidad, el análisis y la síntesis de dicha información y finalmente resultados y consideraciones finales.

Primer Momento: Búsqueda y preparación de las entradas o insumos

La Empresa Social del Estado (ESE) Rafael Uribe Uribe comenzó con la elaboración de la “Matriz Salud-Enfermedad”, ésta fue la base para la construcción del perfil epidemiológico del presente documento. Para tal ejercicio se tuvo en cuenta información institucional de los subsistemas de vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Sanitaria, de Atención Primaria en Salud en línea (APS); el conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), de Servicios Asistenciales y el Diagnóstico Local con Participación Social 2011. De la misma manera se recurrió a las bases oficiales de los subsistemas de información brindados por la Secretaría Distrital de Salud.

Para el análisis del perfil de Salud-Enfermedad se abordaron las dimensiones de persona, lugar y tiempo de manera que se hiciera posible la descripción de un evento de salud por etapa de ciclo vital y por UPZ.

El equipo de Gestión de Políticas Públicas suministró un mapeo de actores actualizado que sirvió como insumo para la elaboración de un mapa de actores definitivo (tanto institucionales como comunitarios), cuyo desarrollo se basó en las etapas de ciclo vital, de tal manera que se suplieran los vacíos de información y se lograra profundizar en el análisis de respuesta, lo cual será explicado más ampliamente en el Tercer Capítulo del presente diagnóstico. Para la elaboración del marco conceptual se revisaron diferentes documentos distritales oficiales y otras fuentes que teorizan sobre el análisis de la

situación en salud y su relación con los determinantes sociales de una comunidad, dichas bases teóricas adoptadas para la elaboración de este documento se relacionan en el Marco Conceptual del presente documento.

Segundo Momento: Metodología de análisis de las problemáticas territoriales

Partiendo de la información recolectada desde las fuentes anteriormente mencionadas se realizaron sesiones de trabajo con el equipo de Gestión de Políticas Públicas a partir de las cuales se construyeron los núcleos problemáticos, los cuales tienen como fin último mostrar la realidad territorial y evidenciar las diferentes condiciones sociales y de salud de las etapas de ciclo vital predefinidas, para así determinar las consecuencias de la inequidad que pueda evidenciarse dentro del trabajo investigativo que dé vida al diagnóstico.

Durante este ejercicio se llevaron a cabo sesiones de trabajo bimensuales de marzo a diciembre de 2013, las cuales derivaron en tres resultados principales: la identificación de las problemáticas que afectan cada una de las etapas de ciclo vital, analizadas espacialmente en la escala de UPZ; la elaboración de los mapas mentales y la construcción de los núcleos problemáticos por cada etapa de ciclo vital, además se revisó el planteamiento de los núcleos problemáticos elaborado en años anteriores y su relación con los determinantes sociales (estructurales, intermedios y proximales) asociados a variables como hábitos de vida y situación socioeconómica, se evaluaron los indicadores de la matriz salud-enfermedad y la información de tercer nivel de donde se analizó el diagnóstico de las diferentes instituciones con jurisdicción en el ámbito local (intersectorial), al hacer esta articulación de procesos se pudieron establecer estrategias de respuesta integrales para cada una de las temáticas y problemáticas identificadas.

Para la elaboración de los núcleos problemáticos se construyó la matriz de problematización de la situación de salud y calidad de vida, en la que se recopiló información de diferentes problemáticas estableciendo su organización por UPZ y etapa de ciclo vital; este trabajo tuvo como base información de los componentes del PIC: Vigilancia Salud Pública (VSP), Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Vigilancia Sanitaria, Equipos de Atención Primaria en Salud de Territorios (APS), Proyectos Unidad Ejecutora Local (UEL), Proceso Ambulatorio y el componente geográfico de ASIS. Por cada etapa de ciclo vital fueron construidos dos núcleos problemáticos, se ahondó en el análisis de los determinantes sociales de salud y las particularidades

territoriales, tales como, el lugar donde viven, los daños o consecuencias relacionados con el problema identificado, la temporalidad y las respuestas dadas al mismo.

El tercer capítulo fue elaborado a partir de las respuestas obtenidas de los actores institucionales y comunitarios, analizando la oferta que cada uno de ellos dispone para la atención de los diferentes ámbitos analizados y recopilados en los núcleos problemáticos y por ende la población involucrada, posteriormente se diligenció una matriz de balance de dicha oferta comunitaria en la que se incluyeron variables como población afectada, oferta y brecha social. Como complemento a esta tarea, el equipo de Gestión de Políticas elaboró otra matriz para cada una de las instituciones locales, discriminando la atención por etapa de ciclo vital, así se recolectaron datos de cobertura de los programas, planes y proyectos dentro de las problemáticas priorizadas.

Luego de concretados los núcleos problemáticos, en cuya conformación se ha priorizado el análisis más allá de una simple enumeración de problemas, lo que finalmente conlleva a la comprensión amplia de las causas, la distribución, los afectados, las respuestas dadas, las consecuencias y otras variables relacionadas, se definieron los temas generadores que tienen como fin presentar la situación real a los actores involucrados de manera que ellos mismos pudiesen diseñar o proponer intervenciones puntuales, este trabajo genera productos de participación comunitaria que sirven como insumo para el diseño de las estrategias de respuesta y acción tendientes a minimizar o erradicar las problemáticas identificadas. Con estos resultados y sus análisis se construyó el cuarto capítulo del presente documento.

Dicho capítulo además contiene la identificación de falencias en cada programa priorizado en el capítulo tres, de tal manera que se incluyen recomendaciones respecto a las características susceptibles de mejora. Cuando fueron identificadas las problemáticas no cubiertas o atendidas desde los programas existentes, éstas fueron analizadas en la matriz *Balance-Oferta y Construcción de Respuestas Integrales* con el fin de proponer soluciones puntuales. Para finalizar se elaboró un documento ejecutivo en donde fueron consolidadas las propuestas de acciones de respuesta concertadas en los espacios intersectoriales por cada etapa de ciclo vital y en la escala de UPZ.

Finalmente la investigación efectuada a partir de las unidades de análisis realizadas para la estrategia de la Sala Situacional de la localidad y que se enfocó en la etapa de ciclo infancia, apuntó al análisis del evento de ideación y conducta suicida, permitió

obtener información que alimentó no sólo la estrategia sino también otros aspectos que robustecen el diagnóstico de salud de la localidad Rafael Uribe Uribe.

Tercer Momento: Divulgación de la información

Los principales medios de divulgación del “*Diagnóstico Local con Participación 2012*” fueron las herramientas electrónicas que posee la ESE Rafael Uribe Uribe, tales como la página web, los boletines institucionales online, los medios impresos tanto del hospital como de la Secretaría Distrital de Salud,

Finalmente, los espacios institucionales como los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE), Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), Sala Situacional, Reuniones de Componente, Entregas de Turno y Red Promocional de Calidad de Vida, y los espacios locales e intersectoriales tales como el Consejo Local de Política Social (CLOPS), el Consejo de Planeación Local (CPL) y las diferentes mesas, comités y redes sirvieron como escenario para la divulgación de los hallazgos y consideraciones finales que nacieron del diagnóstico.

1 CAPITULO. PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA LOCALIDAD, DESDE LA PERSPECTIVAS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

1.1 SALUD Y TERRITORIOS

1.1.1 Reseña Histórica de la Localidad (12)

La localidad tomó su nombre del precursor Antonio Nariño, traductor de los derechos del hombre, quien vivió una etapa de su vida en una hacienda ubicada en parte del terreno que ahora conforma la localidad. La historia de la misma tiene raíces en la época de la colonia.

A mediados del siglo pasado en las vegas del río Fucha se levantaban imponentes haciendas que dejaban ver en su rígida estructura el estilo que tenía la gente de la época en la alzada de sus quintas de recreo, de las que sobresalían: La Quinta de

Nariño, Llano de Mesa, Quiroga, San Vicente, La Regadera, Osorio, La Fragueta, La Fragua y Muzú. Mucho después dieron nombre a los principales barrios de la localidad. Sin duda alguna, fue un polo de desarrollo de la ciudad, en razón principalmente de la abundante corriente de agua pura que regaba la zona, lo que hacía de sus tierras un fortín de esperanza para los habitantes de aquella Santa Fe de Bogotá. Con el desarrollo de Chapinero y su acelerado progreso urbanístico se puso en la mira la zona norte de la ciudad. Este factor fue por muchos años la causa del letargo de la zona, pese a sus condiciones urbanísticas. Posteriormente, se reinicia el crecimiento hacia el sur y se le imprime dinamismo al sector hasta convertirse en uno de los actuales polos de desarrollo de la capital.

En 1927 se construyó uno de los hospitales más importantes en la época; el Hospital San Juan de Dios, hoy en estado de abandono y a espera de la formulación de políticas que permitan su reapertura y funcionamiento, para atender a las necesidades de salud en el sur de Bogotá y que lo posicionen como centro de prácticas, investigación y servicios a la comunidad.

A partir de los años 50, la localidad, paso de ser residencial obrera, a comercial e industrial con un desarrollo progresivo e intenso, que inició con pequeños fabricantes de calzado desplazados por la violencia de sus tierras en el norte del Valle y todo el viejo Caldas, hasta volverse un emporio de cueros, marroquinería, calzado, confecciones y comercio en general.

Hoy es un gran centro comercial e industrial, de primer orden distrital, que genera una buena proporción de los impuestos y puestos de trabajo en el distrito. (13)

1.1.2 Características Geográficas

La localidad Antonio Nariño se encuentra localizada al sur oriente de Bogotá D.C., limita al norte con las localidades Los Mártires y Santa Fé, al Sur con la Avenida Primero de Mayo y con las localidades de Rafael Uribe Uribe y Tunjuelito, al Este con la Carrera 10ª y la localidad de San Cristóbal y al Oeste con la Autopista Sur y la Localidad Puente Aranda. Ver mapa 1

USOS DEL SUELO

Según el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá 2011, en Antonio Nariño predomina la clase socioeconómica media: el 93,4% de los predios son estrato 3 y ocupa la mayor parte del área urbana local, el 4,6% pertenece a predios de estrato 2 y el 2,0% restante corresponde a predios en manzanas no residenciales, el uso del suelo urbano se divide en cuatro áreas de actividad: Residencial (61,5%), dotacional (10,4%), comercio y servicios (25,6%), y área urbana integral (2,5%). El desarrollo económico de esta localidad, ha significado el surgimiento de establecimientos comerciales en áreas que no se encuentran destinadas para estas actividades, según el Plan de Ordenamiento Territorial – POT. En la localidad Antonio Nariño se localizan veintiséis (26) servicios urbanos de equipamiento institucional, entre estos: seguridad ciudadana, defensa y justicia, servicios funerarios, administración pública y de abastecimiento, además de hospitales, sedes educativas y el Cementerio del Sur. La superficie total de Antonio Nariño es de 488 hectáreas (ha), la totalidad del área se clasifica en suelo urbano. (14)

La localidad 15 tiene clima frío con una temperatura Promedio de 14°C, en cuanto a la hidrografía, tiene un sistema artificial compuesto por el Canal del río Fucha, el Canal de La Albina y el Canal del Río Seco. (15)

En la localidad, existe una alta actividad comercial de todo tipo, un gran número de microempresas productoras de calzado especialmente en el barrio Restrepo y micro textiles en el Barrio Policarpa, adicionalmente se encuentra el centro comercial Centro Mayor, y dos plazas de mercado (Restrepo y Santander).

1.1.3 Dinámica Territorial Localidad Antonio Nariño

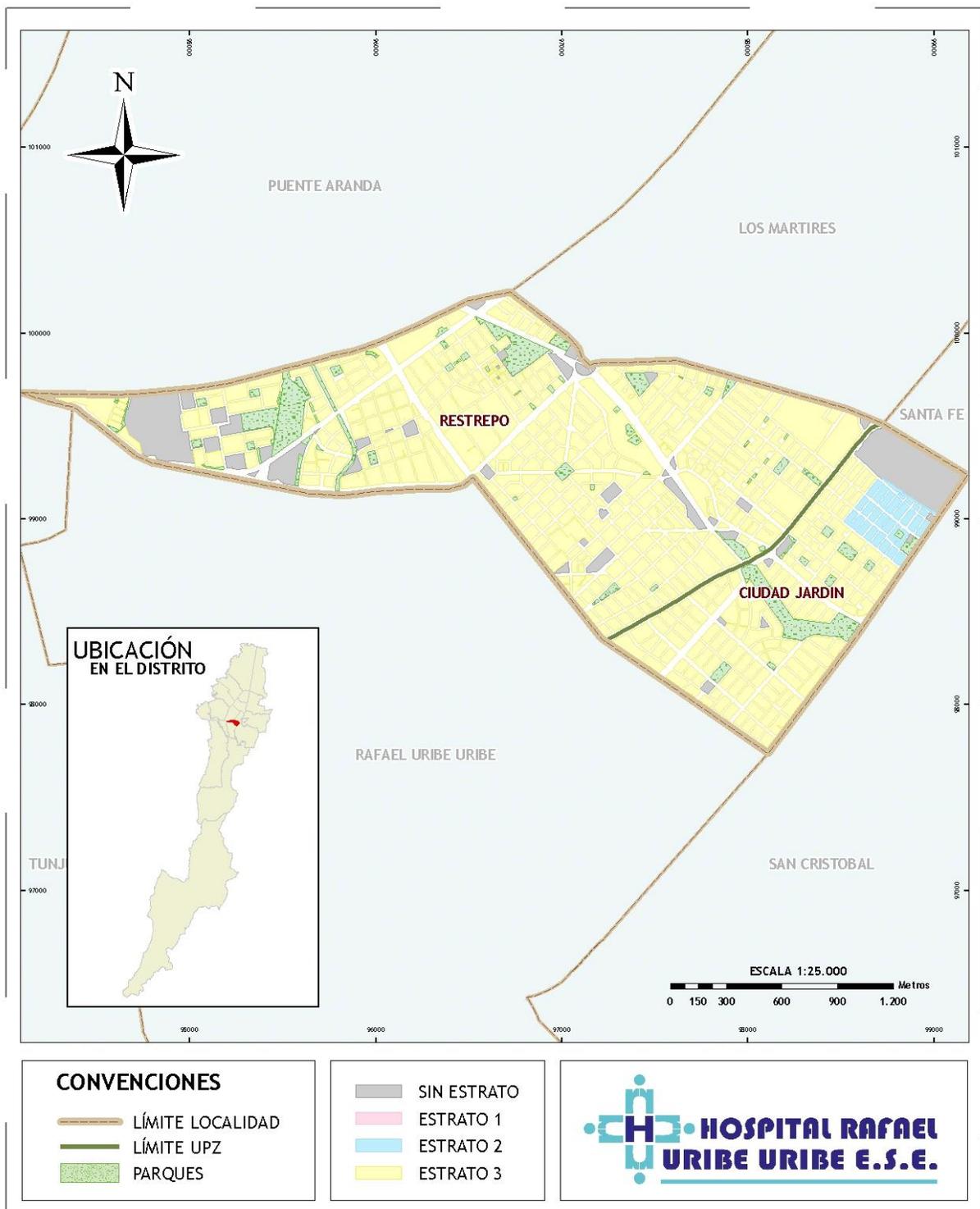
El territorio se entiende como una porción del espacio geográfico delimitado por el control o dominio que ejerce a través del tiempo, un sujeto individual o colectivo sobre éste. El territorio puede comprenderse como parte del imaginario colectivo que lo habita y que en su cotidianidad se relaciona directamente con él, por medio de la experiencia. Por tanto se reconoce que el territorio es el espacio geográfico revestido de las dimensiones políticas de identidad y efectividad. (16)

La Secretaría Distrital de Salud en el Plan de Gobierno "Bogotá Humana" define la operación del Plan de Intervenciones Colectivas por TERRITORIOS DE SALUD y por esta razón la territorialización comprende la delimitación física de los territorios y micro territorios procurando que reflejen dinámicas sociales particulares bajo una organización de gobernanza.

Para la conformación de los mismos se tuvieron en cuenta una serie de criterios para la delimitación tales como:

- El número de territorios contratados para la vigencia.
- Las zonas de estrato.
- Los límites de territorios y de los Microterritorios, que no traspasaran los límites de UPZ.
- Barreras geográficas (relieve, drenaje, humedales, etc.) que pudieran dificultar la operación de la acciones en salud.
- Los microterritorios procuraron que los límites agruparan poblaciones con características similares, o que estuviesen influenciadas por determinantes sociales similares.

Mapa 1. Ubicación Localidad Antonio Nariño. Año 2012



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

La localidad **Antonio Nariño** se encuentra conformada por 2 Unidades de Planeación Zonal (UPZ); **38** - Restrepo y **35** - Ciudad Jardín.

La UPZ 35 - Ciudad Jardín se ubica en la zona oriental de Antonio Nariño, tiene una extensión de 133 hectáreas, equivalentes al 27,3% del total del suelo de esta localidad. La UPZ alberga actividades complementarias sobre los ejes de la malla vial de integración *ciudad región* como son: la Av. Fernando Mazuera (KR 10), la Av. Caracas, la Av. Primero de Mayo (CL 22 Sur) y la Av. de la Hortúa (CL 1), a partir de las cuales se articula la UPZ con el centro tradicional de la ciudad y con las centralidades del 20 de Julio y el barrio Restrepo. Es un sector residencial consolidado de estrato 2 y 3, contiguo al centro de la ciudad. Se caracteriza por estar en relación directa con los nodos de servicios hospitalarios de cobertura regional y nacional. La UPZ está conformada por cuatro sectores normativos, de los cuales se han identificado tres sectores con vocación residencial y uno dotacional. (14).

La UPZ 38 - Restrepo tiene una extensión de 355 hectáreas de las cuales 13 corresponden a suelo protegido. Esta UPZ limita por el norte, con la Av. Fucha (CL 8ª sur) y la Av. de La Hortúa (CL 1ª); por el oriente con la Av. Caracas carretera a Usme; por el sur con la Av. Primero de Mayo y la Av. General Santander (KR 27) y por el occidente con la Autopista Sur. Es un sector con centralidad urbana, de estrato 3, se destaca por albergar dentro de su territorio equipamientos como la Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD, Colegios Distritales y Privados, Hospitales, SENA y la zona comercial del Restrepo, 2 plazas de mercado, centros comerciales y el Cementerio del Sur.

Dinámica Territorios Saludables

En el año 2012 la localidad Antonio Nariño se reconocía como 1 territorio saludable, que dentro de la Organización Administrativa de la E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe correspondía al Territorio número 5, acogiendo tanto a la UPZ 35 como a la UPZ 38, aunque enfocando sus actividades en los Barrios más residenciales, Sevilla y Restrepo.

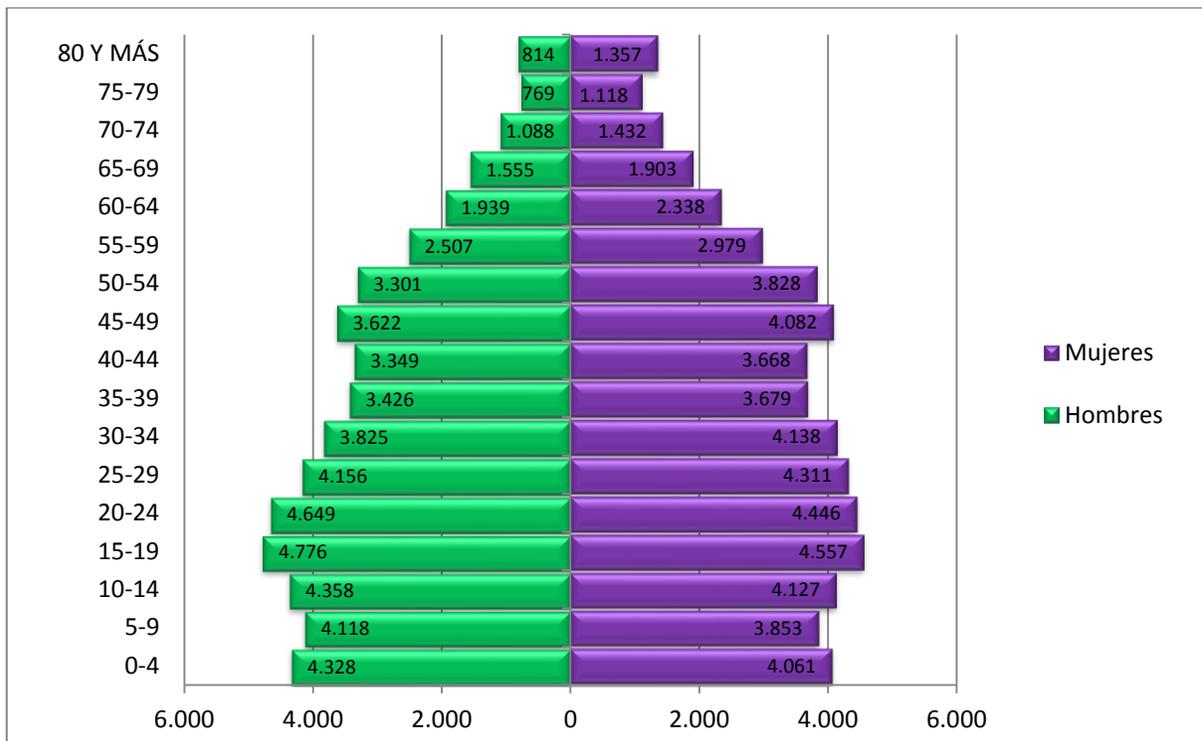
1.1.4 Estructura Poblacional

De acuerdo a las proyecciones de población por sexo y tasa de crecimiento 2005-2015 de la Secretaria Distrital de Planeación, la tasa de crecimiento de la localidad Antonio Nariño se ha ido reduciendo progresivamente, partiendo de 0,37% en el 2005 a 0,14% en el 2012 (17), lo que se refleja en los cambios de los diferentes grupos de edad, principalmente en la infancia teniendo en cuenta la base estrecha de la pirámide y el ensanchamiento en la cima (Ver Gráfica 1). Esta información es concordante con la tasa de natalidad que tiende a la disminución así: para el 2009 fue de 12 por cada 1000 habitantes, para el 2010 fue de 10.5, en el 2011 se presentó una tasa de 12 y para el 2012 fue de 9,7 por cada 1000 habitantes y en Bogotá en el 2012 la tasa fue de 10.4.

En el mismo periodo la tasa global de fecundidad para la localidad fue de 1.23, lo que quiere decir que se espera que una mujer tenga 2 hijos al llegar a los 49 años. El grupo de edad que aportó una mayor tasa de fecundidad fue el quinquenio de 20 a 24 años (0.35). La edad promedio en la cual las mujeres se embarazan en la Localidad Antonio Nariño fue de 27,3 años.

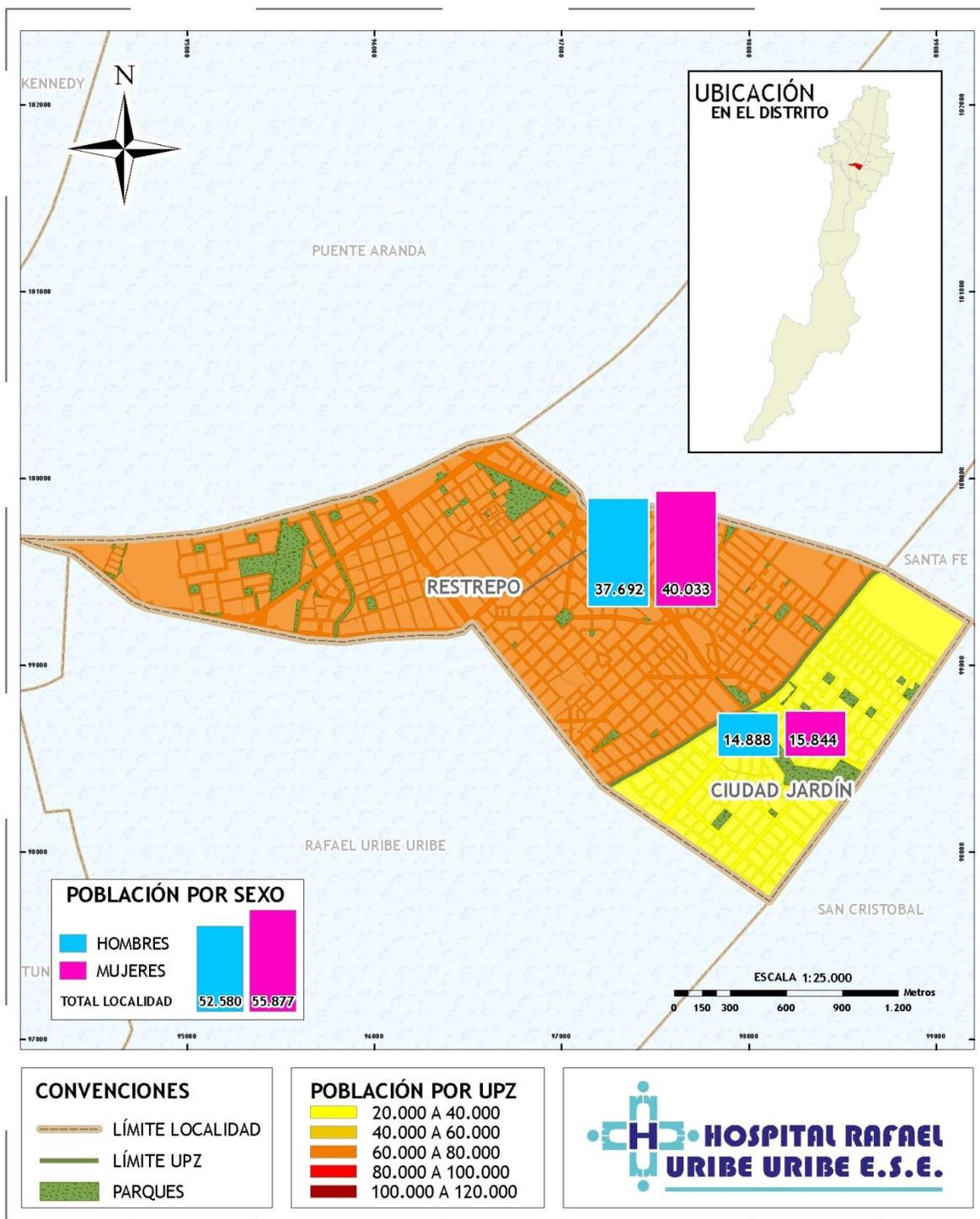
Por otro lado la estructura poblacional, tiene relación con la tasa de mortalidad, hecho que se encuentra en concordancia con el aumento de la esperanza de vida, que a finales del siglo XX fue de 76.24 años para las mujeres y para los hombres fue de 69.82 años. La esperanza de vida en la localidad Antonio Nariño a 2015 será 74.2 años para los hombres y para las mujeres será de 79,9 años, lo cual explica el ensanchamiento de la cima de la pirámide poblacional. Para este mismo periodo Bogotá presentará las siguientes cifras: 75.9 años para hombres y para las mujeres será de 80.2 años, con un promedio de 79 años para ambos grupos. A manera general se puede decir que el comportamiento demográfico de la localidad Antonio Nariño es similar al de Bogotá (17). Otro aspecto a tener en cuenta que deriva de la estructura de la población es la tasa de dependencia, la cual para la Localidad es de 42%, lo que significa que de 100 personas, 42 son económicamente activas y 58 son dependientes.

Gráfica 1. Pirámide poblacional Localidad Antonio Nariño. 2012



Fuente: Base de Datos Proyecciones DANE 2010-2015

Mapa 2. Distribución de la población por sexo y por UPZ en la Localidad Antonio Nariño.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases cartográficas de la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital (UAECD) y Departamento Nacional de Estadística (DANE) 2005.

En la UPZ 35 Ciudad Jardín habitan un total de 30.732 personas con predominio de sexo femenino (15.844 mujeres), concentradas en el quinquenio de 45 a 49 años con un total de 1.246 personas. El total de hombres en la UPZ es de 14.888 y su concentración se ubica en quinquenio de los 20 a 24 años. La UPZ representa el 28,3% del total de la población de la localidad. La etapa de ciclo adulto es la más representativa (50%), seguida de Infancia (19%), en tercer lugar Vejez (15%) y finalmente juventud y adolescencia (8%) con el mismo porcentaje. (18)

UPZ 38: Restrepo cuenta con un total de 77.725 personas; con predominio de sexo femenino (40.033 mujeres). El mayor número de población se ubica en el quinquenio de 15 a 19 años, seguido por el de 20 a 24 años; el total de habitantes de esta UPZ representa el 71,7% del total de la población de la Localidad. La etapa de ciclo adulto fue la más representativa (46%), seguido de la etapa Infancia (24%), le sigue vejez (13%), y por último juventud y adolescencia cada uno con 9%. (18)

POBLACIÓN POR ETAPA DE CICLO VITAL

La localidad Antonio Nariño cuenta con una población de 108.457 habitantes, al observar la distribución por etapa de ciclo vital se encuentra similitud en la proporción en relación a la de Bogotá (la etapa de ciclo vital juventud se toma de los 19 a los 24 años y no de los 19 a los 26 debido a que se cuenta con información de edades simples solo hasta los 24 años y por quinquenios de 20 a 24 y de 25 a 29, por los cual no es posible separar exactamente la población entre estas edades). (Ver Tabla 1):

Tabla 1. Población Por Etapa De Ciclo Vital. Localidad Antonio Nariño Y Bogotá DC. 2012

ETAPA DE CICLO VITAL	ANTONIO NARIÑO				BOGOTÁ			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
Infancia (0-13 años)	11.900	11.180	23.080	21%	862.685	823.202	1.685.887	22%
Adolescencia (14-18 años)	4.700	4.482	9.182	8%	329.056	319.207	648.263	9%
Juventud (19-24 años)	5.629	5.382	11.011	10%	391.751	380.795	772.546	10%
Adulto (25-59 años)	24.186	26.685	50.871	47%	1.736.819	1.948.296	3.685.115	49%
Adulto Mayor (60-99 años)	6.165	8.148	14.313	13%	333.557	445.977	779.534	10%
TOTAL	52.580	55.877	108.457		3.653.868	3.917.477	7.571.345	

Fuente: DANE, Proyecciones de Población 2005-2015. (19)

POBLACIÓN DIFERENCIAL

Colombia es un país pluriétnico y multilingüe en el que se diferencian de la sociedad mayoritaria 4 grupos étnicos reconocidos: la población indígena, la población raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, la población negra o afrocolombiana (de la que hacen parte los palenqueros de San Basilio del Municipio de Mahates en el departamento de Bolívar) y la Población ROM o Gitana.

En Bogotá, según el censo general de 2005 se reconocieron 15.033 afrocolombianos (0,23% del total de la población censada), 523 indígenas (0,01%), 97.885 ROM (1,5%). (20)

En la Localidad Antonio Nariño según Secretaria de Educación se encuentran 10 escolares Indígenas y 8 afrocolombianos dentro de la población matriculada en los colegios oficiales. (12) No se cuenta con información que caracterice la población diferencial general de la Localidad 15.

1.1.5 CONDICIONES MEDIOAMBIENTALES DE LA LOCALIDAD

Cambio Climático

Según la Organización Mundial de la Salud, “el cambio climático constituye una nueva e importante amenaza para la salud y modifica la forma en la que hemos considerado la protección de las poblaciones vulnerables”. (21)

El cambio climático representa una amenaza directa para la salud, y aunque es una amenaza que se manifiesta de forma gradual, los efectos de los fenómenos meteorológicos extremos (tormentas, inundaciones, sequías y olas de calor) son abruptos y se perciben de forma aguda. Estas dos tendencias pueden afectar a algunos de los determinantes más importantes de la salud, como son el aire, el agua, los alimentos, un techo bajo el cual cobijarse y la presencia de enfermedades. Y aunque el cambio climático es un fenómeno mundial, sus consecuencias no se distribuirán de forma uniforme; los científicos coinciden en que los países en desarrollo y los pequeños Estados insulares serán las zonas que primero y más gravemente se verán afectadas. (22).

En la localidad, como en todo el Distrito, los constantes cambios en el clima se ven reflejados en el aumento de las enfermedades respiratorias agudas, que afectan principalmente a la etapa de ciclo vital infancia. Las temporadas de lluvia, que cada vez son más largas y frecuentes en todo el centro del país, afecta principalmente a los

hogares que presentan hacinamiento, humedad y malas condiciones de construcción; estos sitios son los más propicios para que sus habitantes presenten patologías respiratorias.

Calidad del Aire

La contaminación del aire en la ciudad, está asociada a la polución producida por diferentes fuentes como la industria, minería, quemas ilegales, infraestructura vial y los vehículos, siendo esta última la que más impacto genera.

La dinámica de la localidad, presenta alto flujo vehicular de tráfico pesado y liviano en sus distintos corredores viales (Av. Caracas, Carrera 30, Calle 22 sur, Carrera 10, Carrera 24, etc.), así mismo en el barrio Restrepo se desarrolla un comportamiento comercial y/o industrial, escenarios que son generadores de emisiones y contaminantes al aire, que contribuyen al aumento en la concentración de material particulado a razón de las actividades cotidianas, además de otros contaminantes que hacen parte del desarrollo de actividades, como CO, SO₂ y Ozono. Son los adultos mayores y los niños entre 0 y 14 años, la población más sensible a los impactos negativos del PM₁₀ presente en elevadas concentraciones en la localidad, por lo que son recurrentes en la atención médica.

No obstante cabe anotar que los casos atendidos por morbilidad respiratoria aguda y cardiovascular en los servicios de salas ERA del hospital, no están dados exclusivamente por el PM₁₀, pues existen factores asociados como las condiciones higiénico sanitarias, ambientales, intramuros y extramuros, entre otros, que promueven y aceleran la presencia de sintomatología y/o predisposición a la enfermedad, por lo que es tema de seguimiento continuo por parte de las autoridades ambientales y sanitarias del Distrito. (23)

Las fuentes fijas generadoras de emisiones se ubican principalmente en los barrios Restrepo, San Antonio, La Fragüita y Santander. Entre las fuentes generadoras de emisiones se han identificado: el Cementerio del Sur, talleres de mecánica y pintura automotriz, marmolerías, industria maderera, tintorerías, fábricas de baterías, restaurantes, tipografías, litografías, estaciones de servicio, fábricas de artículos de caucho, de pinturas, de calzado, de espumas, de carrocerías y lavanderías de ropa en seco. Se presentan en la localidad innumerables situaciones que afectan de manera considerable la calidad sonora, entre ellas el ruido de las industrias, la zona de

discotecas y bares en el Barrio Restrepo, el transporte vehicular y ruido de alto-parlantes que ofertan servicios de toda índole en la zona comercial de la localidad. (24)

Contaminación por Disposición Inadecuada de Residuos Sólidos

Aunque la prestación del servicio por parte de la empresa recolectora de aseo es continua (siendo constante en zonas de alto impacto como la zona del Restrepo), es común observar en algunos barrios acumulación de basuras que generan efectos secundarios sobre la salud de los habitantes de la localidad. Esta situación se presenta igualmente en las rondas de los canales (Río Fucha, Albina y Río Seco) donde se puede observar un alto número de desechos que son dispuestos por habitantes de calle, transeúntes o vecinos al cuerpo de agua. Otro factor a tener en cuenta es la existencia de las plazas de mercado (Restrepo y Santander) las cuales generan una alta cantidad de residuos sólidos orgánicos y proliferación de vendedores ambulantes externos con un manejo inadecuado de residuos sólidos. (25)

Contaminación del Recurso Hídrico

Existe una contaminación medianamente crítica alrededor de los canales río Fucha, río Seco y La Albina, debido a la disposición de residuos domésticos, industriales y otros. De igual manera, al igual que el resto del Distrito se presenta una alta presencia de habitante de calle, generador de altos niveles de contaminación en los canales, no sólo por la ocupación y socavación de las zonas de ronda sino por la actividad de separación de residuos que se realiza sobre las rondas. (25)

Manipulación de Productos Químicos

La contaminación de químicos se da por la presencia de pequeña y mediana industria manufacturera de cuero en el Restrepo y de fábricas de textiles en el barrio Policarpa Salavarieta lo que se traduce en un riesgo para la población. De igual forma, la existencia de una cantidad importante de estaciones de servicio e industrias de otros tipos, estas últimas en el barrio Santander, hace que la población local perciba como riesgos las actividades que se desarrollan en su entorno. (26)

1.1.6 CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

Caracterización de la Vivienda

La localidad presentan una cifra de 2% de personas en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (1,6% por encima del nivel distrital), señalando que existen condiciones de pobreza relacionadas con las condiciones de calidad de vida de acuerdo con el espacio vital de la vivienda que requieren atención y que se verifican con datos frente a los hogares con condiciones de alta dependencia económica en la localidad que asciende al 2,4% (0,8% por encima del distrital).

En este sentido en la Localidad, según el DANE en la Encuesta Multipropósito para Bogotá Distrito Capital –EMB- (27) el 7.0% de los hogares tienen actividad económica en sus viviendas, especialmente, en la zona del Restrepo y Santander de la UPZ Restrepo. En la localidad el porcentaje de hogares que vive en arriendo o subarriendo es de 45.4% frente a un 39.7% que vive en su propiedad. El diagnóstico del Departamento de Planeación Administrativo y Estadístico-DPAE, sostiene que de los 29.131 hogares que conforman la localidad, 5.937, es decir el 20.4%, tienen ubicadas sus viviendas en cercanías de fábricas o industrias.

El 24.2% de los hogares de la localidad de Antonio Nariño se encuentra en el quintil medio de riqueza. Las familias nucleares completas son del 33.3% en la localidad de Antonio Nariño. El 37% de los hogares tienen como jefe de hogar a una mujer. (28)

Servicios Públicos

La cobertura en servicios públicos esta en 100% para acueducto, 99,1% para energía eléctrica, y aseo y alcantarillado en un 100%. El servicio de gas natural alcanza un cubrimiento del 84,3%. El acceso a los servicios públicos en la localidad es superior al porcentaje de que registra Bogotá (29). El acceso a servicios públicos es un determinante de la calidad de vida de las personas ya que está relacionado con los niveles de pobreza e inequidad, algunos servicios como el agua, aseo y alcantarillado se relacionan con las condiciones higiénico sanitarias de las viviendas y a su vez repercuten en la incidencia de enfermedades infectocontagiosas.

Aseguramiento

La encuesta multipropósito de Bogotá 2011, reporta que en Bogotá el 92% de la población se encuentra afiliada al SGSSS, de estos el 72,3% se encuentra en el régimen contributivo y el 23,9% se encuentra en el régimen subsidiado; por otro lado en la Localidad Antonio Nariño el 90,2% de su población se encuentra afiliada, frente a 9,4% que no lo está. De la población afiliada el 71,7% se encuentra dentro del régimen contributivo y el 24,8% en régimen subsidiado. (27)

Caracterización de Educación

La tasa de cobertura bruta de educación se relaciona con la calidad de vida de la población y ésta contempla la población matriculada con respecto a la Población en Edad Escolar (PEE) la cual se encuentra entre los 5 y los 17 años de edad. Durante el año 2012 en la Localidad Antonio Nariño se alcanzó un cobertura bruta de 118,8% y a nivel distrital fue de 99,3%, esto debido a que la localidad recibe estudiantes de otras localidades con déficit en oferta educativa. (30)

Durante el periodo 2008-2012, según proyecciones del DANE, la Población en Edad Escolar (PEE) ha venido decreciendo en valor absoluto, a su vez, ha ido disminuyendo su porcentaje de participación dentro del total de la población, ya que en 2008 representaba el 22.1%, en el 2010 representaba el 21.1% y para el 2012 represento el 20.3%. (30)

Al revisar por sexo, el 44% de la población masculina tiene educación secundaria incompleta o menos, 34% educación superior y 22% educación secundaria completa. Las mujeres con educación secundaria o menos representan un 46%, 32% educación superior y 22% con secundaria completa. (28)

Disponibilidad y Acceso a Alimentos

La seguridad alimentaria y nutricional se entiende como “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa”.

La Localidad Antonio Nariño tiene un 74,4% de Hogares en seguridad alimentaria y 25,6% en inseguridad alimentaria, dato que está por encima del distrital ya que en Bogotá se registra un 24,3% de hogares con inseguridad alimentaria, por lo tanto Antonio Nariño está dentro de la clasificación de inseguridad alimentaria moderada. (31)

Necesidades Básicas Insatisfechas NBI

Las Necesidades Básicas Insatisfechas-NBI, están definidas por cinco indicadores básicos: Viviendas Inadecuadas, Hacinamiento Crítico, Servicios Inadecuados, Alta Dependencia Económica e Inasistencia Escolar.

Los resultados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, muestran que la localidad cuenta con 30.987 hogares, de los cuales el 1,6% se encuentran en pobreza por NBI, ubicándose en el puesto número 17 de las localidades con hogares con Necesidades Básicas (27). En cuanto a las condiciones de vivienda, en la localidad 15, el 0,1% son inadecuadas, quedando por debajo del dato a nivel distrital (0,7%).

Las condiciones de hacinamiento crítico de la localidad presentan una cifra de 2,0% (1,6% por encima del nivel distrital), señalando que existen condiciones de pobreza relacionadas con las condiciones de calidad de vida de acuerdo con el espacio vital de la vivienda.

En la localidad 15, el 2,4% son hogares con condiciones de alta dependencia económica (0,8% por encima del dato distrital). Con relación a la situación escolar, un 0,1% de los hogares presentó inasistencia escolar, indicando que la localidad tiene un nivel alto de asistencia escolar en comparación al distrital. Según la encuesta de calidad de vida 2007, el índice de condiciones de vida que abarca acceso y calidad de servicios, educación, capital humano, tamaño y composición del hogar y calidad de la vivienda, es mayor en la localidad Antonio Nariño (90.6%) frente al dato de Bogotá (90.1%). (27)

Coeficiente de GINI

El coeficiente de GINI es una medida de desigualdad, normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos dentro de un país, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual, (32) para la Localidad Antonio Nariño es de 0,45 menor a la del Distrito que es de 0,54, al comparar el dato con las demás localidades Antonio Nariño ocupó el 10° puesto. (27)

Indicadores de Fuerza Laboral

Los principales indicadores de mercado laboral al momento de realizar un estudio son: Población en Edad de Trabajar (PET), Población Económicamente Activa (PEA), Empleo y Desempleo. Para la localidad 15, en este orden, la encuesta Multipropósito Bogotá 2011, arrojó los siguientes resultados: la PET fue de 87,5%, la PEA fue de 53,7% y la Población Económicamente Inactiva fue de 33,7%. La tasa de ocupación fue de 56,8% y la tasa de desempleo fue 7,6%. (27)

Para el trimestre octubre – diciembre de 2012 según el DANE en Colombia, la población de 14 a 26 años representó 28,9% de la población en edad de trabajar. Por otro lado, la tasa global de participación para la población joven fue 57,1% y la tasa de ocupación se ubicó en 47,3%. La tasa de desempleo fue 17,2%, para las mujeres jóvenes, la tasa de desempleo fue 23,3% y para los hombres 12,8%. La rama de actividad que concentró el mayor número de ocupados jóvenes fue comercio, restaurantes y hoteles (29,1%), aun cuando no se conozcan datos de la situación de los jóvenes en la fuerza laboral, los datos anteriormente evidenciados fueron resultado de la gran encuesta integrada de hogares realizada en 13 Ciudades principales del país con características similares lo cual puede extrapolarse a la Localidad Antonio Nariño (33)

Trabajo infantil

El trabajo infantil según la Encuesta Nacional de Trabajo Infantil (ENTI) “es una expresión de un problema estructural de las sociedades ligado a las condiciones de pobreza, desigualdad, exclusión social e inequidad social, entre otros factores de naturaleza económico, política, cultural y de organización social de la producción”, y para el 2012 la tasa de trabajo infantil en población de 5 a 17 años que trabaja en Bogotá fue de 7,5%, y un 10,7% de población entre 5 y 17 años que trabaja y realiza oficios del hogar por 15 o más horas. (34)

El Hospital Rafael Uribe Uribe identificó en el primer semestre 120 niños, niñas y adolescentes trabajadores en la Localidad Antonio Nariño, de los cuales 60 se encontraban en el rango de los 5 a 14 años, 29 niñas y 31 hombres; 41 menores se clasificaron dentro de la condición de vulnerabilidad “peor forma de trabajo infantil”. Dentro de las razones por las cuales los menores trabajan, se encuentra en mayor proporción la colaboración con los gastos del hogar con un 33% de representatividad. 58 casos de los niños identificados son trabajadores familiares sin remuneración y 13 casos hacen ésta labor de manera permanente. (35)

1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

- **Morbilidad general atendida**

Una forma de medir la salud de una comunidad es a través de la morbilidad y la mortalidad, aunque no es suficiente medirlas para lograr visibilizar el proceso salud-

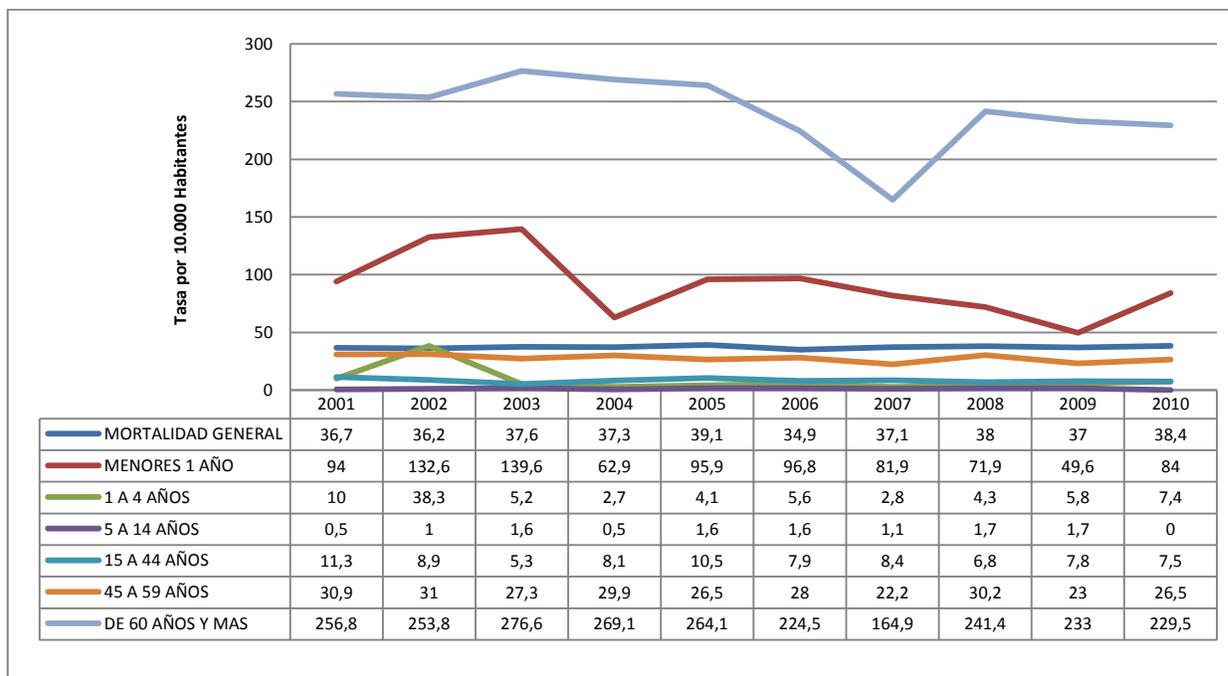
enfermedad, ya que es necesario ver la salud desde el punto de vista positivo como un recurso para la vida cotidiana y de su comunidad.

Por tanto, dada la importancia de conocer los tipos de enfermedades que afectan a la población de la localidad, se revisaron los Registros Individuales de Pacientes (RIPS) del Hospital Rafael Uribe Uribe los cuales provienen de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa.

- **Mortalidad General**

La mortalidad general es la cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población. Las causas de mortalidad por cada 10.000 habitantes, en la localidad Antonio Nariño según las diez primeras causas y lugar de residencia de la Secretaria Distrital de Salud, 2001-2010, se ha mantenido en el tiempo (Gráfica 2), para el año 2010 fue de 38,4 muertes por cada 10.000 personas, la mayor causa de mortalidad fue la *Enfermedad Isquémica del Corazón* con una tasa de 5,9 muertes por cada 10.000 personas.

Gráfica 2. Tendencias de mortalidad General y específica por grupos de edad. Localidad Antonio Nariño. Datos oficiales años 2001 a 2010.



Fuente: Secretaria Distrital de Bogotá D.C. Dirección de Salud Pública - Área Vigilancia en Salud, estructura de mortalidad de Bogotá D.C. Diez primeras causas según lugar de residencia localidad 15 Antonio Nariño. 2001-2010.

1.2.1 ETAPA DE CICLO INFANCIA

- **Morbilidad general atendida (36)**

Durante el año 2012 la Localidad Antonio Nariño registró 97 consultas en la UPA Santa Clara para la etapa de ciclo vital infancia. Las causas de consulta externa más frecuentes fueron: Bronquiolitis aguda (10 casos) y Enfermedad Obstructiva crónica (4 casos); La consulta por urgencias más frecuente fue por bronquiolitis aguda (14 casos), seguido de diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso (13 casos), y en tercer lugar Rinofaringitis aguda o resfriado común (10 casos). Las tres primeras causas de hospitalización fueron Bronquiolitis aguda (13 casos), seguido de diarrea y gastroenteritis (4 casos) y en tercer lugar sepsis bacteriana del recién nacido (4 casos). De acuerdo a lo anterior se identifica que las enfermedades de origen respiratorio y de origen gástrico son las que afectan principalmente a la población infantil causadas probablemente por factores ambientales como la contaminación atmosférica derivada de la presencia de fábricas en la localidad sumado a la presencia de vías de alto tráfico que atraviesan la localidad como se mencionó en el aparte de condiciones medioambientales. Por otro lado las enfermedades gastrointestinales de origen infeccioso dependen en su aparición de los inadecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos de los cuidadores.

- **Mortalidad General específica por edad (37) (38)**

Al realizar un análisis de las causas de mortalidad por grupos de edad se evidencio en los menores de un año un descenso en las cifras, desde el 2001 con 91,7 muertes hasta el año 2010 con 84 muertes por cada 10.000 menores, sin embargo la tendencia ha sido variable y ha sufrido fluctuaciones a lo largo del periodo 2001- 2010 (gráfica 2), Las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron los *trastornos respiratorios* específicos del periodo perinatal con 44,8 muertes por cada 10.000 menores, este hecho está determinado por las condiciones socioeconómicas, las condiciones sanitarias y de contaminación de la zona entre otras.

En cuanto a la mortalidad en niños de 1 a 4 años se evidencia que comparadas las cifras del año 2010 con las cifras del año 2001 se ha reducido de 8,75 a 7,4 muertes por cada 10.000 menores. La principal causa de mortalidad en este grupo de edad en el año 2010 fue la septicemia excepto neonatal, que puede estar relacionado con los procesos infecciosos, estado de desnutrición, condiciones socio económicas que limitan

el acceso a los servicios de salud debido a que las madres incumplen con el proceso de citas médicas para la prevención de la enfermedad y calidad de vida de los niños y niñas.

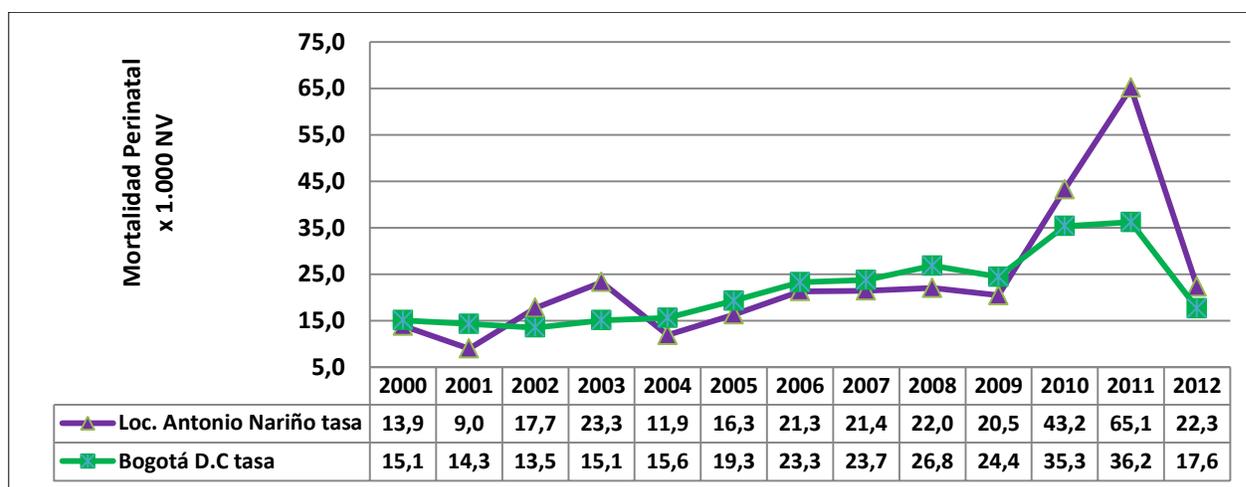
- **Mortalidad Evitable (39)**

- **Perinatal:**

Son las defunciones que ocurren a partir de la semana 22 de gestación o en los 7 primeros días de nacidos, o muerte del feto que alcanza los 500 gr. de peso. (40) La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal durante el parto y postparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que esta vive (41)

Para el 2012, en la Localidad 15 se presentaron 24 casos para una Razón de 22,3 por 1000 nacidos vivos mayor que la de Bogotá que quedó en 17,6 por 1000 nacidos vivos (1880 casos) (Ver gráfica 3); de los casos ocurridos en la Localidad 15, 13 casos se presentaron en la UPZ Restrepo y 11 en la UPZ Ciudad Jardín, de los cuales 10 fueron masculinos, 5 femeninos y 9 indeterminados.

Gráfica 3. Tendencia de la mortalidad perinatal en la localidad Antonio Nariño 2000- 2012



FUENTE 2000-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Definitivos;

FUENTE 2008 al 2011.-Bases de datos DANE-RUAF.-El año 2010 preliminar actualizado 17-07-2012 y 2011 actualizado 21-10-2013

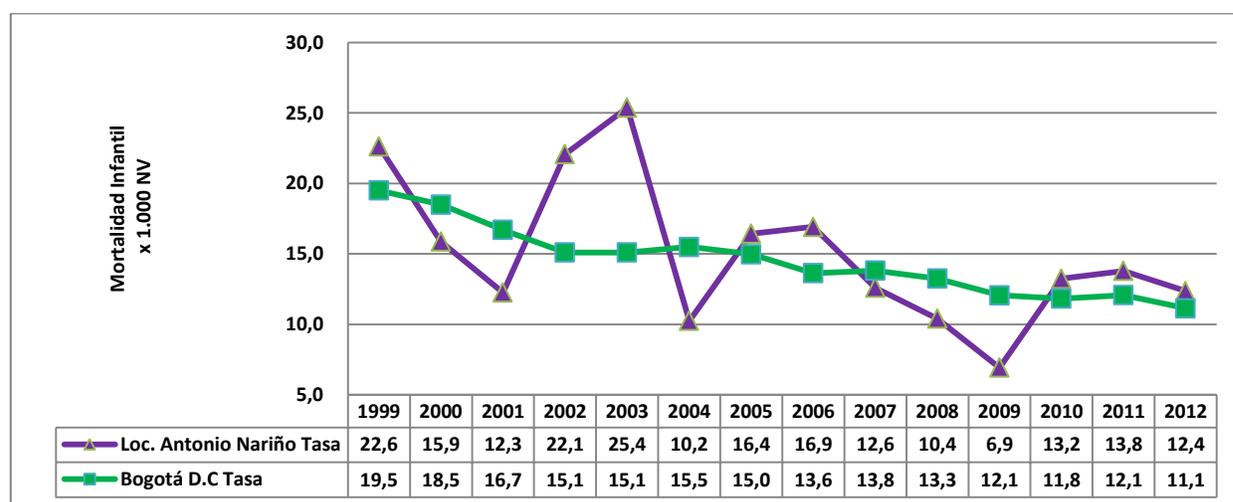
FUENTE 2012 -2013: Bases de datos SDS y RUAF.- Actualizado 2012 el 04-03-2013 -Actualizado 2013 13-01-2014.-Preliminares

○ **Infantil:**

La mortalidad infantil es el indicador demográfico que muestra el número de defunciones en una población de cada mil nacimientos registrados, durante el primer año de su vida.

En la localidad Antonio Nariño para 2012 se presentaron 13 casos para una razón de 12,4 por 1000 nacidos vivos inferior a la Distrital que fue de 11,1 por 1000 nacidos vivos (1165 casos) (Ver Gráfica 4). De los casos ocurridos en la Localidad 15, 6 pertenecen a la UPZ 35 Ciudad Jardín y 7 a la UPZ 38 Restrepo siendo las principales causas Malformaciones congénitas, muerte sin asistencia, sepsis bacteriana del recién nacido y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

Gráfica 4. Tendencia de la mortalidad Infantil en la localidad Antonio Nariño 1999-2012



FUENTE 2000-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Definitivos;

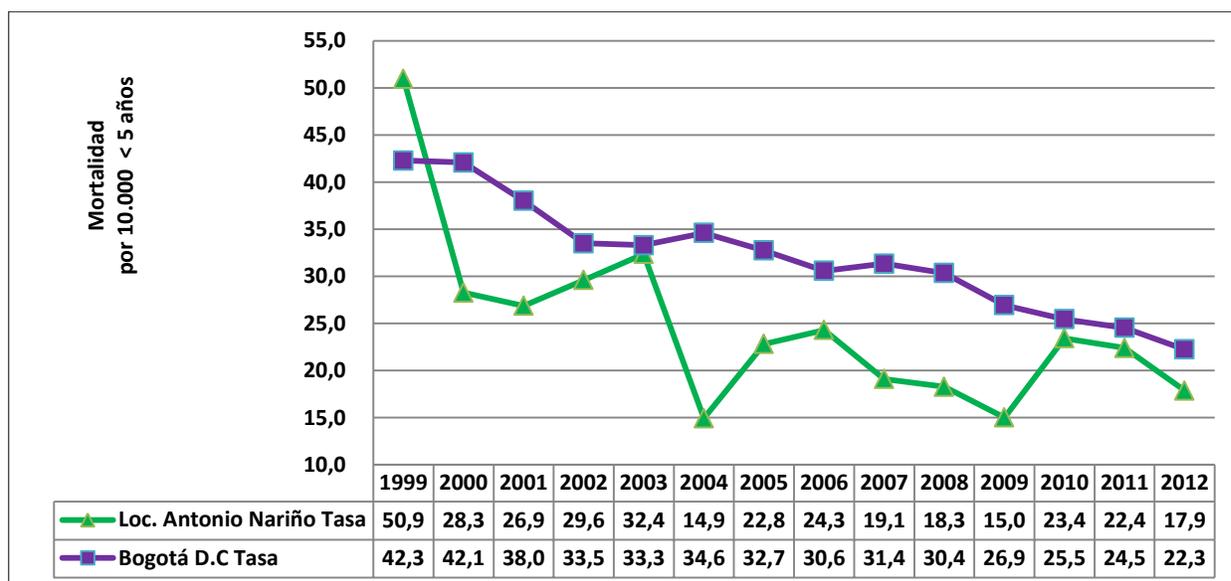
FUENTE 2008 al 2011.-Bases de datos DANE-RUAF.-El año 2010 preliminar actualizado 17-07-2012 y 2011 actualizado 21-10-2013

FUENTE 2012 -2013: Bases de datos SDS y RUAF.- Actualizado 2012 el 04-03-2013 -Actualizado 2013 13-01-2014.-Preliminares

○ **Mortalidad evitable en menores de 5 años:**

En 2012 en la localidad Antonio Nariño se presentaron 15 casos para una Tasa de 17,9 por 10.000 menores de 5 años inferior a la tasa Distrital que fue de 22,3 por 10.000 menores de 5 años (1332 Casos) (Ver gráfica 5). De los casos ocurridos en la Localidad 15, 8 se presentaron en la UPZ 38 Restrepo y los 6 restantes en la UPZ 35 Ciudad Jardín. Las tres primeras causas básicas corresponden a Muerte sin asistencia, Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y malformaciones congénitas.

Gráfica 5. Tendencia de Mortalidad en Menores de 5 años. 1999-2012



FUENTE 2000-2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.-Definitivos;

FUENTE 2008 al 2011.-Bases de datos DANE-RUAF.-El año 2010 preliminar actualizado 17-07-2012 y 2011 actualizado 21-10-2013

FUENTE 2012 -2013: Bases de datos SDS y RUAF.- Actualizado 2012 el 04-03-2013 -Actualizado 2013 13-01-2014.-Preliminares

- **Sistema de vigilancia de salud oral –SISVESO (42)**

La etapa de ciclo vital infancia ocupa el primer lugar en la notificación del sistema de vigilancia de salud con 28% del total de la notificación.

En la UPZ 35 Ciudad Jardín ésta etapa de ciclo ocupa el primer lugar de la notificación con 57,8% de representatividad, mientras la UPZ 38 Restrepo ocupó el segundo lugar con 42,1%.

En la Infancia, el evento con mayor representatividad a nivel local fue la caries cavitacional (35%), la UPZ 35 fue la que mayor proporción de casos aportó a este evento (61,1%) frente a un 38,9% en la UPZ 38. El evento que ocupó el segundo lugar fue la gingivitis (27%) la cual tuvo mayor representatividad en la UPZ 35 con 61,9% frente a 38,1% en la UPZ 38. En tercer lugar se encontró la lesión por mancha café (16%) presentándose mayormente en la UPZ 38 Restrepo con un 60% del total de casos de este evento, frente a un 40% de la UPZ 35 Ciudad Jardín.

- **Eventos de Notificación Obligatoria al Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA (43)**

SIVIGILA es el sistema encargado de recopilar todos los eventos de interés en salud pública que afectan o pueden afectar la salud de la población, como lo manifiesta el

Decreto 3518 del 2006. Las acciones que realiza son de carácter obligatorio, tanto para las entidades públicas y privadas que prestan servicios de salud, y a su vez son Unidades Primarias generadoras de Datos – UPGD, las cuales capturan los eventos de salud pública y generan información al sistema de vigilancia en salud pública. La localidad Antonio Nariño cuenta con 23 UPGD.

Durante el 2012 se reportaron 555 eventos de notificación obligatoria al SIVIGILA correspondientes a la etapa de ciclo vital infancia, de los cuales el 45% corresponde a Varicela Individual, que de acuerdo a la distribución de los casos por UPZ, se evidencia que la UPZ 35 Ciudad Jardín aportó el 35% de los casos de este evento y la UPZ 38 el 65%; lo sigue en su orden ESI-IRAG con un 13%, de estos el 66% fueron en la UPZ 38 Restrepo y 34% en la UPZ Ciudad Jardín; en tercer lugar se ubicaron las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con un 9% siendo la UPZ 38 Restrepo la que aportó la mayor proporción de casos (71%).

Estas notificaciones evidencian una problemática ambiental en la UPZ 38 Restrepo dado que la mayoría de los casos de enfermedad respiratoria y agresión por animales se presentan en esta zona.

- **PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN – PAI (44)**

La localidad Antonio Nariño cuenta con 10 Instituciones Prestadoras de Salud - IPS, Públicas y Privadas y el grupo de vacunación extramural de la localidad Antonio Nariño que aportan al cumplimiento del Plan Ampliado de Inmunización (PAI) para población infantil, gestantes y adulto mayor.

Para el 2012 se contribuyó al cubrimiento en vacunación de la población infantil a través de las jornadas de vacunación, fortaleciendo el seguimiento en las coberturas, realizando soporte técnico en las diferentes IPS y brindando información oportuna de cubrimiento y vacunación a la población por etapa de ciclo vital.

En la localidad, las coberturas alcanzadas en población menor de un año, fueron de 80% para Triple Viral y de 91% para Polio.

- **Sistema de Vigilancia de Conducta Suicida – SISVECOS (45)**

Las alteraciones en la salud mental de la población, son un fenómeno que se encuentran en aumento y que se constituyen en una prioridad de Salud Pública por las implicaciones sociales que acarrea.

Según el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS), dentro de los casos identificados como efectivos que llegaron a la ESE Rafael Uribe Uribe en el periodo 2012, la etapa de ciclo infancia representó el 14% de la notificación ocupando el cuarto lugar dentro de las etapas de ciclo vital por el número de casos reportados (6 casos), la totalidad de los casos se presentaron en la UPZ 38 Restrepo.

En cuanto a los eventos de conducta suicida en la etapa de ciclo vital infancia, el intento suicida ocupó el primer lugar con un 50%, seguido por la amenaza en un 33% y 17% de ideación.

- **Sistema epidemiológico de Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil (SIVIM) (46)**

Otra de las problemáticas que afecta la salud mental de la población son las agresiones y en general la violencia intrafamiliar que es un fenómeno de ocurrencia mundial y que en la localidad Antonio Nariño se presentan mayormente en la etapa de ciclo vital Infancia con un 43%. Del total de los casos notificados el 46,3% se presentó en la UPZ 35 Ciudad Jardín y el 42,9% restante en la UPZ 38 Restrepo.

Para el año 2012, según los casos notificados al SIVIM, se observó que la violencia emocional presentó el mayor número de casos reportados (139) constituyendo el 45% del total de la notificación a SIVIM para esta etapa de ciclo, sin embargo se aclara que no todos los casos fueron intervenidos, debido a dificultades con la calidad del dato. Este alto porcentaje se da porque este tipo de violencia es transversal a todas las agresiones.

En segundo lugar se encontró la negligencia o descuido con un 24,7% del total de los casos notificados, en tercer lugar la violencia física con el 16,2% y en último lugar la violencia sexual con el 6,8%.

“Se conoce también que los niños víctima de maltrato infantil tienen 53% más probabilidad de ser arrestados en la juventud, y 38% más de cometer un crimen violento” (47)

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Consumo de Sustancias Psicoactivas – VESPA. (48)**

Para el 2012 en la etapa de ciclo Infancia no se reportaron casos para la localidad Antonio Nariño.

- **Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Discapacidad (49)**

El sistema de vigilancia Epidemiológica De Discapacidad busca garantizar la provisión de información acerca de la dinámica de la situación de salud y sus determinantes en la población con discapacidad. En la Localidad Antonio Nariño para 2012 la etapa de ciclo Infancia ocupó el cuarto en el registro de casos con un 5,9% de representatividad, correspondientes a 16 casos, de éstos 7 corresponden a discapacidad física, las relacionadas con el sistema nervioso ocupan el primer lugar con 5 registros, seguido de la discapacidad auditiva con 2 registros.

- **Enfermedades de Transmisión sexual (43)**

- **Sífilis congénita**

En la Localidad Antonio Nariño se presentaron 4 casos que equivalen al 7% del total de los casos de infecciones de transmisión sexual notificados.

Se estima que hasta el 90% de los recién nacidos de madres con sífilis no tratada adquiere la sífilis congénita y muchos no desarrollan síntomas hasta dos semanas a tres meses más tarde. (50)

Dentro de las consecuencias de la sífilis congénita se encuentran: Retraso en el desarrollo, Malformaciones congénitas, especialmente en los huesos largos, lesiones en el sistema cardiovascular y en sistema nervioso central.

- **Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional (51)**

- **Estado Nutricional de los Menores de 5 años.**

La prevalencia de desnutrición crónica infantil es un indicador utilizado por todos los países para vigilar los logros de las intervenciones en salud y nutrición. La desnutrición crónica infantil es un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales). Así mismo, existen condiciones sociales íntimamente relacionadas con su desarrollo, como son el bajo nivel educativo de la madre; la alimentación deficiente en calidad y cantidad; las condiciones inadecuadas de salud y saneamiento, y el bajo estatus social de la madre en la toma de decisiones dentro del hogar.

Según la notificación de casos al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), para el año 2012 en la Localidad Antonio Nariño, del total de niños notificados, el indicador talla para la edad evidencio un 18% de menores con

desnutrición crónica, muy por encima del dato nacional (13,2%). (52); La UPZ que presentó mayor proporción fue la UPZ 38 con el 71,8 % del total de casos de desnutrición crónica.

En cuanto al indicador peso para la edad, en la Localidad Antonio Nariño en el año 2012 se evidenció desnutrición global en un 6,2% en menores de 5 años. Por otro lado se observa malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en un 11% de ésta población. La UPZ que mayor proporción de casos de desnutrición global ha notificado ha sido la UPZ 38 Restrepo con un 69% y el 31% restante se ubica en la UPZ 35 Ciudad Jardín.

- **Estado Nutricional de los Menores de 10 años.**

Según la notificación de casos al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), para el año 2012 en la Localidad Antonio Nariño, del total de niños notificados, el indicador talla para la edad evidenció un 16,3% de menores de 10 años con desnutrición crónica; La UPZ que presento mayor proporción fue la UPZ 38 con el 71,7 % del total de casos de desnutrición crónica.

En cuanto al indicador Índice de Masa Corporal (IMC), en la Localidad Antonio Nariño en el año 2012 se evidenció delgadez en el 0,1% en menores de 10 años. Por otro lado se observa malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en un 15,1% de ésta población.

- **Bajo Peso al Nacer (53)**

Se considera recién nacido con bajo peso al nacer, aquel nacido vivo que registra un peso menor a 2.499 gramos. El indicador de Bajo Peso al Nacer, es importante debido a su incidencia en la salud de los menores y la calidad de vida. Según bases distritales del RUAF 2012, del total de los nacidos vivos residentes en la localidad Antonio Nariño, el 46,4% presentó un peso por debajo de 2.499 kg. Es relevante mencionar que el 10,9% del total de nacidos vivos nacieron antes de la semana 37 considerándose como una gestación pretérmino.

Al analizar el comportamiento del peso al nacer en la localidad Antonio Nariño, se observó peso extra bajo en el 10,5% de los nacimientos (110 casos). Dentro de los factores de riesgo predominan la salud de la madre, ruptura de membranas, diabetes mellitus, la hipertensión arterial, asma bronquial, hábitos como fumar y/o el consumo de sustancias psicoactivas y Sepsis urinaria, entre otros.

- **Lactancia Materna Exclusiva (54)**

Sobre la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, se observa que menos de la mitad de los lactantes la reciben.

En la localidad Antonio Nariño, la duración de la lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses para el año 2012 fue de 2.1 meses frente a 2,3 meses en el 2011, al revisar por UPZ la 35 obtuvo una media de 2,3 meses frente a una media de 2 meses en la UPZ 38. (51)

Lo anterior se encuentra determinado entre otras cosas por la obligación laboral de las madres, ya que en aquellas madres que cuentan con un empleo formal el periodo de licencia de maternidad tiene una duración de 3 meses, cruzándose con el tiempo para lograr los 6 meses de lactancia exclusiva que debe tener un lactante luego de su nacimiento, situación diferente para aquellas que tienen un trabajo informal que cambia por completo el contexto. Como determinante estructural, el periodo de licencia de maternidad obliga a las madres y al sistema de salud a recurrir a otras alternativas que promuevan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses para lograr cumplir con la meta distrital. (55)

1.2.2 ETAPA DE CICLO VITAL GESTANTE

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral (42)**

En cuanto a la salud oral en la población gestante de la localidad, el evento que se presentó en mayor proporción fue la caries cavitacional con un 36%, al revisar por UPZ, la UPZ 38 Restrepo es la que registró mayor proporción de casos con un 64,7% del total de casos de este evento frente a un 35.3% de la UPZ 35 Ciudad Jardín.

- **Salud Sexual y Reproductiva**

- **Nacimientos (56)**

Para el 2011 se presentaron 1305 nacimientos en la localidad, frente a los 19459 nacimientos que se presentaron en Bogotá, que equivale al 0,12% al total de nacimientos para el distrito capital. En el año 2012, la Localidad Antonio Nariño, presentó 1052 nacimientos, equivalentes al 1% del total de nacimientos para Bogotá en el mismo periodo, en comparación, con el año anterior este número se redujo en 253 casos (10,7%). La distribución porcentual de la edad de las madres de los nacidos muestra que el 29% se encuentra en el quinquenio de los 20 a 24 años, seguido del quinquenio de los 25 a los 29 años con un 23% y en tercer lugar el quinquenio de los 30

a 34 años con un 15%. Aunque el porcentaje de nacimientos en el grupo de 10 a 14 años es inferior al 1%, los cinco casos que se reportan se convierten en una situación de alerta dadas las condiciones fisiológicas y sociales que rodean el evento.

- **Enfermedades de Transmisión sexual**

Las infecciones de transmisión sexual -ITS- se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países. (50)

- **Sífilis Gestacional**

En la localidad Antonio Nariño se presentaron 12 casos de Sífilis Gestacional que representan el 21% del total de casos de infecciones de transmisión sexual notificados. De los 12 casos que se presentaron 9 corresponden a la etapa de ciclo adulto, seguido de la etapa Juventud con 3 casos; la UPZ con mayor notificación fue la 38 Restrepo con el 66.7% del total de casos, seguido de la UPZ 35 Ciudad Jardín con 33%.

Este evento es importante pues si no es tratado adecuadamente puede llevar a una sífilis congénita con fuertes repercusiones en el recién nacido; un tratamiento inadecuado puede estar representado por una Terapia con un antibiótico diferente a la penicilina, Tratamiento tardío, es decir realizado después de la semana 34 de gestación, o con menos de 30 días de anterioridad a la terminación del embarazo en aborto o parto pre término y/o Respuesta serológica inadecuada. La sífilis puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto; se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnología básica y de bajo costo; además tiene un impacto negativo en la transmisión del VIH/SIDA, se calcula que el riesgo de contraer la infección por VIH es de 2 a 5 veces más alto cuando la sífilis está presente. (50)

Se estima que de todas las gestantes con sífilis no tratada, sólo 20% llegará al término de la gestación y el neonato será normal. Las complicaciones incluyen aborto espontáneo, mortinato, hidrops fetal no inmune, retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte perinatal y serias secuelas en los que sobreviven. (50)

- **Planificación familiar**

En la Localidad Antonio Nariño no se cuenta con datos de actividades de planificación familiar teniendo en cuenta que el Hospital Rafael Uribe Uribe no cuenta con punto de atención en la localidad.

- **Sistema de Vigilancia epidemiológica Alimentaria y Nutricional (51)**

De la población gestante notificada en el 2012 según el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional para la Localidad Antonio Nariño, se observa que la mayoría de gestantes, presentan un estado nutricional normal según los patrones de Atalah con un 56% de representatividad, sin embargo se observan que la malnutrición por exceso representó 20% para el sobrepeso y el 4% para obesidad. El bajo peso se presentó en el 13% de las gestantes, datos relevantes cuando ellos representan factores de riesgo para obtener un recién nacido con Bajo peso. La UPZ que aportó mayor número de casos de gestantes con Bajo Peso fue la UPZ 38 Restrepo con el 63%. La malnutrición por exceso (obesidad) se presentó en mayor cantidad en la UPZ 38 con el 60% del total de casos notificados de obesidad y en relación a sobrepeso se presentó la mayor proporción de casos en la UPZ 35 con el 51%.

1.2.3 ETAPA DE CICLO VITAL ADOLESCENCIA

- **Morbilidad general atendida (36)**

Al revisar los Registros Individuales de Pacientes (RIPS) del Hospital Rafael Uribe Uribe los cuales provienen de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa se encontró que la etapa Adolescencia aportó el 4% al total de las consultas. Es importante mencionar que en la distribución por tipo de servicio, dos adolescentes asistieron por consulta externa; por hospitalizaciones se registraron 6 casos de los cuales 4 correspondieron a parto único espontáneo, y por urgencias se presentaron 7 consultas, de las cuales las causas más frecuentes son complicaciones relacionadas con el embarazo y diarreas por gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

- **Mortalidad General específica por grupo de edad (37) (38)**

La mortalidad en el grupo de edad de 15 años a 44 años ha ido descendiendo pasando de 11,3 por 10.000 personas en el año 2001 a 7,5 muertes por 10.000 personas en el 2010, la cifra más baja se presentó en 2003 con 5,3 mortalidades por 10000 personas (Gráfica 2). La principal causa de mortalidad en el año 2010 fueron la relacionadas con

agresiones (homicidios) y secuelas, este hecho puede ser determinado por las problemáticas de seguridad de la localidad que derivan de las zonas de rumba, moteles y el comercio en general que se desarrolla principalmente en la UPZ 38 Restrepo.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral – SISVESO (42)**

La etapa de ciclo vital Adolescencia ocupó el cuarto lugar en la notificación del sistema de vigilancia de salud oral con 19,1% del total de la notificación. Del total de eventos de salud oral que se presentaron en la localidad el 50% se ubicó en la UPZ 35 Ciudad Jardín y el otro 50% en la UPZ 38 Restrepo. En la localidad Antonio Nariño para la etapa de ciclo adolescencia el evento que se presentó en mayor proporción fue la gingivitis con un 32% del total de eventos notificados, de los cuales el 48,7% correspondieron a la UPZ 35 Ciudad Jardín y el 51,2% restante se ubicó en la UPZ 38 Restrepo. El segundo evento que más se presentó a nivel local en adolescentes fue la caries con un 28% de los cuales el 55,5% se ubicó en la UPZ Ciudad Jardín y el otro 44,4% en la UPZ 38 Restrepo. El tercer evento que se presentó en mayor proporción fue la lesión por mancha café y la fluorosis en iguales proporciones (13%), en donde la UPZ 35 Ciudad Jardín aportó el 52,7% y la UPZ 38 el 47,6%.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA (43)**

La etapa de ciclo vital Adolescencia ocupó el cuarto lugar en la notificación del sistema de vigilancia epidemiológica con 9% del total de la notificación.

Del total de la notificación de eventos correspondientes a la etapa de ciclo vital adolescencia en la localidad Antonio Nariño el 67% corresponde a la UPZ Restrepo y el 33% restante a la UPZ Ciudad Jardín.

En la UPZ Restrepo el evento que se presentó en mayor proporción fue la varicela individual, la cual representó el 36% de los eventos notificados para esta etapa de ciclo, mientras que en la UPZ Ciudad Jardín la parotiditis fue el evento que tuvo mayor representatividad con un 21% del total de eventos notificados para esta UPZ.

El segundo evento con mayor notificación tanto en la UPZ 35 Ciudad Jardín como en la UPZ 38 Restrepo fueron las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia las cuales representaron el 18% y 16% respectivamente del total de eventos notificados de cada UPZ.

El tercer evento de mayor representatividad en la UPZ Ciudad Jardín fue la Varicela individual con un 12%; el tercer evento de mayor notificación en la UPZ 38 Restrepo fue

la intoxicación por fármacos y por sustancias psicoactivas cada una con un 10% de representatividad del total de los eventos notificados para la UPZ en esta etapa de ciclo.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta suicida –SISVECOS (45)**

Según el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS), dentro de los casos identificados como efectivos que llegaron a la ESE en el periodo 2012, la etapa de ciclo adolescencia representó el 27,9% ocupando el segundo lugar en la notificación. En cuanto a los eventos de conducta suicida en el ciclo vital Adolescencia el intento suicida fue el que se presentó en mayor proporción a nivel local con un 58,3%. La UPZ 35 Ciudad Jardín fue la que mayor proporción de notificación obtuvo en esta etapa de ciclo con un 66% del total de los casos presentados en adolescentes en donde el intento suicida representó el 50% de los eventos, seguido de la ideación en un 37,5% y en tercer lugar la amenaza en un 12,5%. En la UPZ 38 se presentó el 33% de los eventos de conducta suicida de los cuales el 75% correspondieron a intento y el 25% restante a ideación.

- **Sistema epidemiológico de Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil (SIVIM) (46)**

En la localidad Antonio Nariño la etapa de ciclo Adolescencia ocupó el segundo lugar en la notificación de este evento (24%) y se notificaron específicamente en la UPZ 38 Restrepo. Para el año 2012, según los casos notificados al SIVIM, se observó que en la etapa de ciclo Adolescencia el 100% de los casos se registraron en la UPZ 38 Restrepo, de los cuales el 55,5% fueron por violencia emocional, el 20,3% por negligencia, seguido de violencia física en un 13,7%; en menor proporción pero igualmente importantes se encontró la violencia sexual, el abandono y la violencia económica que se registraron en 5,5%, 2,7% y 2,2% respectivamente.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Consumo de Sustancias Psicoactivas – VESPA. (48)**

Para el 2012 en la etapa de ciclo Adolescencia se presentaron 16 casos que corresponden al 66,7% en la notificación ocupando el primer lugar, las vías de administración que los adolescentes utilizaron fueron por vía fumada en 9 casos (56%), oral en 6 casos (38%) e inhalada 1 caso.

- **Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Discapacidad (49)**

En la Localidad Antonio Nariño para 2012 la etapa de ciclo adolescencia ocupó el quinto lugar en el registro de casos (2,9%), correspondiente a 8 casos. Al revisar los tipos de discapacidad se encontró que dentro de los 8 casos reportados, 3 están relacionadas con el sistema nervioso ocupando el primer lugar dentro de esta etapa, en segundo lugar con 2 casos se encontraron los relacionados con movilidad física y en tercer lugar la discapacidad auditiva, de lenguaje y visual con 1 registros cada una.

- **Salud sexual y reproductiva**

- **Nacimientos (53)**

La localidad ocupó el dieciseisavo lugar a nivel Bogotá de acuerdo al número de nacimientos en adolescentes menores de 19 años. Del total de nacimientos en la localidad (1.052), los nacimientos en gestantes, entre 15 y 19 años representaron el 15%, de éstos el 13% correspondieron a nacimientos en gestantes de 15 años, el 16% a gestantes de 16 años, el 19,8% de los nacimientos fueron producto de madres de 17 años de edad, el 28,5% de los nacimientos correspondieron a mujeres de 18 años, y el 22,3% correspondieron a mujeres de 19 años.

A nivel local se presentaron 5 nacimientos en adolescentes menores de 14 años, equivalentes al 0,5% del total general.

“Dadas las implicaciones en el desarrollo y en la calidad de vida de los adolescentes, de sus familias y de las sociedades, la ocurrencia de embarazos a temprana edad ha sido considerada, a partir de la década de los setenta, una problemática social y de salud pública necesaria de ser intervenida a fin de procurar un mejor desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo”. (57)

“Además de presentar riesgos en el plano biológico, el embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida.” (57)

- **Enfermedades de Transmisión sexual (58)**

Las infecciones de transmisión sexual -ITS- se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países. En la localidad Antonio Nariño para 2012 no se registran ETS, ni casos por VIH para esta etapa de ciclo vital.

- **Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional (51)**
 - **Estado Nutricional de los Adolescentes**

Para 2012 en la localidad Antonio Nariño no se implementó la estrategia de SISVAN escolar a través de colegios centinela, por lo que no se cuenta con información acerca del estado nutricional de adolescentes.

1.2.4 ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD

- **Morbilidad Atendida (36)**

Producto de la revisión de los registros individuales de pacientes (RIPS) del Hospital Rafael Uribe Uribe los cuales provienen de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa, se encontró que en la etapa de ciclo Juventud, las principales causas de consulta fueron: dolor no especificado con 4 consultas, seguido de enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) sin otra especificación con 3 casos, seguido de retraso mental moderado (deterioro del comportamiento de grado no especificado) con 2 casos, en cuarto lugar se presentó una consulta por enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada.

En cuanto a hospitalización, el parto único espontáneo (presentación cefálica de vértice) es la primera causa con 13 hospitalizaciones, seguido del parto por cesárea de emergencia con 6 hospitalizaciones y en tercer lugar la apendicitis aguda no especificada con 3 hospitalizaciones.

En cuanto al servicio urgencias, la principal consulta fue por dolor pélvico y perineal con 5 consultas, en segundo lugar se encontró otros dolores abdominales y los no especificados con 4 consultas y en tercer lugar estuvo dolor abdominal no especificado con 4 consultas.

- **Mortalidad General específica por grupo de edad (37) (38)**

La mortalidad en el grupo de edad de 15 años a 44 años ha ido descendiendo pasando de 11,3 por 10.000 personas en el año 2001 a 7,5 muertes por 10.000 personas en el 2010, la cifra más baja se presentó en 2003 con 5,3 mortalidades por 10000 personas

(Gráfica 2). Las principales causas de mortalidad en el año 2010 fueron: la relacionadas con agresiones (homicidios) y secuelas y Accidentes de transporte de motor, estos hechos pueden ser determinados por las problemáticas de seguridad de la localidad que derivan de las zonas de rumba, moteles y el comercio en general que se desarrolla principalmente en la UPZ 38 Restrepo.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral – SISVESO (42)**

La etapa de ciclo vital Juventud ocupa el tercer lugar en la notificación del sistema de vigilancia de salud con 22% del total de la notificación.

La UPZ 38 Restrepo ocupa primer lugar de la notificación con un promedio de 70.3% de representatividad, mientras que la UPZ 35 Ciudad Jardín aporta el 29.7%.

En cuanto al evento de salud oral, la caries cavitacional que fue el evento que se presentó en mayor proporción en la etapa de ciclo Juventud con 31%, se vio reflejado mayormente en la UPZ 38 Restrepo con 64%, como segundo evento se presentó la gingivitis con 30% y fue la UPZ 38 la que mayor proporción tuvo con un 69% frente al 31% de la UPZ 35 Ciudad Jardín. En tercer lugar se encontró la lesión por mancha café (15%) presentándose mayormente en la UPZ 35 Ciudad Jardín con 62% frente a 38,1% en la UPZ 38 Restrepo.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA (43)**

La etapa de ciclo vital Juventud ocupó el tercer lugar en la notificación del sistema de vigilancia epidemiológica con 16% de representatividad del total de la notificación.

Del total de la notificación de eventos correspondientes a la etapa de ciclo vital juventud en la localidad Antonio Nariño el 67% correspondió a la UPZ Restrepo y el 33% restante a la UPZ Ciudad Jardín.

En las UPZ Ciudad Jardín y Restrepo el evento que se presentó en mayor proporción fue la varicela individual con 35% y 22% respectivamente.

El segundo evento con mayor notificación tanto en la UPZ 35 Ciudad Jardín como en la UPZ 38 Restrepo fue el relacionado con las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia el cual representa el 22% y el 14% respectivamente del total de eventos notificados de cada UPZ en la etapa de ciclo vital adolescencia.

El tercer evento de mayor representatividad en la UPZ Ciudad Jardín fue el bajo peso al nacer con un 14% de representatividad y en la UPZ 38 Restrepo fue la parotiditis con un 10% de representatividad.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta suicida -SISVECOS (45)**

Las alteraciones en la salud mental de la población, son un fenómeno que se encuentran en aumento y que se constituyen en una prioridad de Salud Pública por las implicaciones sociales que acarrea.

Según el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS), dentro de los casos identificados como efectivos que llegaron a la ESE en el periodo 2012, la etapa de ciclo Juventud representó el 20.9% de la notificación ocupando el tercer lugar, la UPZ 38 Restrepo fue la que reportó el 100% de los casos.

En cuanto a los tipos de conducta suicida en el ciclo vital Juventud, el intento suicida ocupó el primer lugar con un 66,7% y el segundo evento con mayor representatividad fue la ideación con un 33.3%.

- **Sistema epidemiológico de Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil (SIVIM) (46)**

En la localidad Antonio Nariño la etapa de ciclo Juventud ocupó el cuarto lugar en la notificación de este evento (12,5%).

Para el año 2012, según los casos notificados al Subsistema de Vigilancia Intrafamiliar y Maltrato Infantil (SIVIM), se observó que en la etapa de ciclo Juventud en la UPZ 35 Ciudad Jardín el 50% de los casos notificados fueron por violencia emocional, seguido de violencia física con 40% y negligencia con 10%. En la UPZ Restrepo el 57% corresponde a violencia emocional, seguido de negligencia con 16.3%, en tercer lugar violencia económica con 5.8% y en cuarto lugar violencia sexual con 3.5%.

“Factores familiares como la criminalidad en los padres, el maltrato infantil, las familias disfuncionales, las familias uniparentales, las malas técnicas de crianza, las familias numerosas y la baja cohesión familiar predisponen a los jóvenes a cometer acciones violentas; entre tanto, ser testigos de violencia intrafamiliar o de actos violentos por parte de los padres predispone tanto a ser víctima como victimario de actos violentos. En cuanto a factores situacionales y comunitarios son significativos que los jóvenes de las áreas urbanas, así como los que habitan en barrios con altos índices de desempleo, pobreza y mujeres cabeza de familia, son más violentos que los de las áreas rurales. La disponibilidad de armas, de sustancias psicoactivas (SPA) y de pandillas en el vecindario son factores de riesgo importantes. La pobreza, la inequidad y los medios de comunicación también contribuyen a este problema.” (47)

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Consumo de Sustancias Psicoactivas (VESPA) (48)**

Para el 2012 en la etapa de ciclo Juventud se presentó 1 caso, ocupando el tercer lugar en la notificación, la vía de administración que el Joven utilizó fue fumada.

- **Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Discapacidad (49)**

En la Localidad Antonio Nariño para 2012 la etapa de ciclo juventud ocupó el quinto lugar entre las etapas de ciclo con 6,6% de casos registrados los cuales corresponden a 18 casos. Al revisar los tipos de discapacidad se encontró que dentro de los 18 casos reportados 12 estuvieron relacionados con el sistema nervioso ocupando el primer lugar dentro de esta etapa, en segundo y tercer lugar se encontró la discapacidad auditiva y de movilidad física con 2 casos cada una y en últimos lugares la discapacidad visual y gastrointestinal con 1 registros cada una.

- **Salud sexual y reproductiva**

- **Nacimientos (53)**

En cuanto a la distribución de los nacimientos por grupos de edad de la madre se observó que las mujeres entre 20 a 24 años fueron las que presentaron la mayor proporción de nacimientos con un 29% de representatividad, seguido de las mujeres entre 25 a 29 años con el 23%.

- **Enfermedades de Transmisión sexual (58)**

- **Hepatitis B**

En la localidad Antonio Nariño de un total de 5 casos presentados de Hepatitis B, 1 corresponde a la etapa de ciclo Juventud, el cual se ubica en la UPZ 35 Ciudad Jardín.

Es importante resaltar que esta enfermedad se puede transmitir por prácticas de inyección peligrosas y relaciones sexuales sin protección, entre otros factores que sumado a la desinformación y la baja proporción de consulta de asesorías de planificación familiar aumenta la probabilidad de infección en esta etapa de ciclo.

- **Hepatitis C**

Frente a la hepatitis C en la localidad Antonio Nariño de 2 casos presentados, 1 correspondió a la etapa de ciclo Juventud, el cual se ubicó en la UPZ 38 Restrepo.

- **VIH/SIDA**

En la localidad Antonio Nariño se presentaron 33 casos de VIH/SIDA de los cuales 11 correspondieron a la etapa de ciclo juventud.

- **Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional (SISVAN) (51)**

Al revisar las bases de datos del sistema de vigilancia en alimentación y nutrición- SISVAN y bibliografía no se encuentran datos para esta etapa de ciclo vital en la localidad Antonio Nariño.

1.2.5 ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ

- **Morbilidad (36)**

Al revisar los Registros Individuales de Pacientes (RIPS) del Hospital Rafael Uribe Uribe los cuales provienen de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa se encontró que la etapa de ciclo vital Adultez representó el 48% de las consultas. Dentro de esta etapa de ciclo, las principales causas de consulta fueron trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas con 28 consultas, seguido de dolor no especificado con igual número de consultas, en tercer lugar enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 27 casos y en cuarto lugar obesidad con 19 casos.

En cuanto a hospitalización, el parto único espontáneo (presentación cefálica de vértice) fue la primera causa con 5 hospitalizaciones, seguido del parto por cesárea de emergencia con 4 hospitalizaciones y en tercer lugar parto por cesárea con 3 hospitalizaciones.

En cuanto al servicio urgencias, la principal consulta fue por amenaza de aborto con 7 consultas, en segundo lugar se encontró dolor pélvico y perineal con 5 consultas y en tercer lugar estuvo dolor abdominal no especificado con 4 consultas.

- **Mortalidad general específica por edad (37) (38)**

En cuanto a la mortalidad en adultos de 45 a 59 años ha ido descendiendo pasando de 27,6 muertes por 10.000 personas en el año 2001 a 26,5 muertes por 10.000 personas en el 2010, la principal causa de mortalidad en el año 2010 fue la Enfermedad isquémica del corazón con una tasa de 4,1 por 10.000 personas.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA (43)**

La etapa de ciclo vital adultez fue la que ocupó el segundo lugar en número de eventos con un 24,4%. Del total de la notificación de eventos correspondientes a esta etapa de ciclo vital en la localidad Antonio Nariño el 71% correspondió a la UPZ Restrepo y el 29% restante a la UPZ Ciudad Jardín.

El evento que se presentó en mayor proporción fue el relacionado con las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con 23% y se presenta en mayor proporción en la UPZ 38 Restrepo con un 72% del total de casos de este evento.

El segundo evento con mayor notificación fue la varicela individual con un 11% del total de los eventos notificados, se presentó en mayor proporción en la UPZ 38 Restrepo con un 79% del total de casos de este evento.

El tercer evento de mayor representatividad en la etapa de ciclo adulto fue el VIH/SIDA/mortalidad por sida con un 7% del total de eventos notificados, la mayoría de los eventos (74%) se presentaron en la UPZ 38 Restrepo.

- **Sistema de vigilancia de Salud Oral - SISVESO (42)**

De la notificación al subsistema de vigilancia epidemiológica de salud oral, la etapa Adultez ocupó el primer lugar con un 28% de representatividad. La gingivitis y la caries fueron los eventos que se presentaron en mayor proporción con un 32% respectivamente, seguidos de la Lesión Mancha Café con un 18%.

- **Sistema de vigilancia de conducta suicida - SISVECOS (45)**

Según el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida - SISVECOS, dentro de los casos identificados como efectivos, que llegaron a la ESE en el periodo 2012, la etapa de ciclo vital Adultez representó el 32,6% en la notificación al subsistema, ocupando el primer lugar.

En cuanto al tipo de evento, se presentaron 7 casos de intento y 7 casos de ideación, la mayoría de los casos se presentaron en la UPZ 38, 4 de estos casos fueron por ideación suicida y 6 casos fueron de intento suicida.

- **Sistema epidemiológico de Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil (SIVIM) (46)**

Otra de las problemáticas que afecta la salud mental de la población son las agresiones y en general la violencia intrafamiliar que es un fenómeno de ocurrencia mundial y en la

Localidad Antonio Nariño se presentó en la etapa de ciclo vital adultez en un 17,2 % del total de eventos notificados; el 63,1% de eventos de violencia que se presentaron en esta etapa de ciclo correspondieron a violencia emocional, seguido de las violencias físicas con un 16,2% y en tercer lugar estuvo la negligencia con un 9,2%, la mayoría de estos eventos se presentaron en la UPZ 38 Restrepo con una representatividad general de 95%.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Consumo de Sustancias Psicoactivas (VESPA) (48)**

Según el VESPA, para el año 2012 se notificaron 7 casos en la etapa de ciclo Adultez, ocupando el segundo lugar en la notificación, la vía de administración más usada por este grupo de edad según la notificación fue la vía oral en 4 de los casos y fumada en 3 de los casos.

- **Situación Laboral de Trabajadores y Trabajadoras de la economía informal (59)**

Según la base de datos de caracterizaciones Programa Salud al Trabajo el 49% de los trabajadores carecen de un contrato de trabajo escrito, el 18% tiene un contrato por prestación de servicios, el 16% presentó un contrato a término indefinido, y el 15% por obra o labor; y entre el 65% y 80% no tienen seguro médico ni previsión social. En cuanto a la forma de pago el 21% es al destajo y en cuanto a los ingresos percibidos aproximadamente el 84% de los trabajadores reciben 1 salario mínimo, el 10.3% reciben menos de 1 salario mínimo y el 5.9% recibe entre 1 y 2 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Durante I semestre 2012, de 60 UTIS intervenidas con 136 trabajadores se encontró que la prevalencia de las actividades económicas se centran en: Comercio al por menor de productos textiles, Peluquería y otros tratamientos de belleza, elaboración de productos de molinería y derivados de almidón, cooratiendas y afines.

Como determinantes de la salud se evidencia que la población intervenida no relaciona los riesgos presentes en su sitio de trabajo y/o actividad económica con sus problemas de salud, razón por la cual los trabajadores consideran de poca importancia el estar afiliados al SGSSS, el 100% de los trabajadores no cuentan con Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) y el 99% no realiza aportes a Pensión.

Según el sistema de vigilancia del trabajo SIVISTRA, del total de los trabajadores identificados en la caracterización sin afiliación, el 60% logró su afiliación al sistema de salud.

- **Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Discapacidad (49)**

En la Localidad Antonio Nariño para 2012 la etapa de ciclo juventud ocupó el segundo lugar entre las etapas de ciclo, con 17,9% de los casos registrados correspondientes a 49 casos. Al revisar los tipos de discapacidad se encontró que dentro de los 49 casos reportados, 23 estaban relacionados con movilidad física ocupando el primer lugar dentro de esta etapa, en segundo lugar se encontró la discapacidad del sistema nervioso con 17 casos y en tercer lugar la discapacidad visual con 6 casos.

- **Salud sexual y reproductiva**

- **Nacimientos (53)**

En cuanto a la distribución de los nacimientos por grupos de edad de la madre se observó que las mujeres entre 30 a 34 años representaron 18.5% del total de los nacidos vivos en la localidad y las mujeres entre 35 a 39 años representaron el 9,8%, ocupando el tercer y quinto lugar respectivamente.

- **Enfermedades de Transmisión sexual (58)**

- **Hepatitis B**

En la localidad Antonio Nariño de un total de 5 casos presentados de Hepatitis B, 4 corresponde a la etapa de ciclo Adultez, de estos 3 se presentaron en la UPZ 35 Ciudad Jardín y 1 en la UPZ 38 Restrepo.

- **Hepatitis C**

Frente a la hepatitis C en la localidad Antonio Nariño de un total de 4 casos, 1 corresponde a la etapa de ciclo Adultez, el cual se ubica en la UPZ 38 Restrepo.

- **VIH/SIDA**

En la localidad Antonio Nariño se presentaron 33 casos de VIH/SIDA de los cuales 21 correspondieron a la etapa de adultez.

- **Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional (51)**

- **Estado Nutricional de los adultos**

Al revisar la base de datos de Adulto del sistema de vigilancia en alimentación y nutrición- SISVAN se encontró que el 39% presentó sobrepeso y el 34% obesidad, uno de los determinantes de esta situación son los hábitos inadecuados en la alimentación de los adultos y el sedentarismo existente en esta etapa de ciclo vital.

1.2.6 ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ

- **Morbilidad atendida (36)**

Producto de la revisión los registros individuales de pacientes (RIPS) del Hospital Rafael Uribe Uribe los cuales provienen de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa, se encontró que en la etapa de ciclo vejez, las principales causas de consulta fueron, hipertensión esencial primaria con 18 consultas, seguido de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada con 4 consultas, en tercer lugar se encontró la Diarrea y la Gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 1 consulta.

No se presentan casos para el servicio de hospitalización ni urgencias.

- **Mortalidad General específica por grupo de edad (37) (38)**

El comportamiento de la tasa de mortalidad general, en la Localidad Antonio Nariño, en la etapa de ciclo vital Vejez ha descendido de 241,4 por 10.000 personas en el 2009 a 229,5 por 10.000 personas en el 2010. Según las diez primeras causas, la primera se debió a la enfermedad isquémica del corazón con una tasa de 42 por 10.000 habitantes y se evidencia que las enfermedades cerebrovasculares, las crónicas de las vías respiratorias y las hipertensivas fueron las que mayor carga presentaron con tasas de 21.8, 16.6 y 15 por 10.000 habitantes respectivamente.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA. (43)**

Según la notificación por SIVIGILA, la etapa de Vejez ocupó el quinto lugar con 48 notificaciones (4%), dentro ésta etapa la UPZ que mayor notificación tuvo fue la UPZ 38 Restrepo con 36 casos. En cuanto a los eventos notificados, el que ocupó el primer lugar fue el relacionado con las agresiones por animales potencialmente transmisores

de rabia con un 13 Casos, 9 de ellos en la UPZ Restrepo y 4 en Ciudad Jardín. El segundo evento en la notificación fue la Infección respiratoria Aguda Grave con 6 casos, 5 de ellos presentados en la UPZ Restrepo. El tercer evento de mayor notificación fue la Intoxicación con 4 casos, 3 de ellos en la UPZ Restrepo. En cuarto lugar estuvo la tuberculosis extra pulmonar con 4 casos notificados presentados en la UPZ Restrepo.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral – SISVESO (42)**

Según el Sistema de Vigilancia de Salud Oral (SISVESO), se identificaron 7 casos en el ciclo vital Vejez, ocupando el quinto lugar en la notificación.

En cuanto al tipo de evento, se presentaron 6 casos de gingivitis ubicándose en el primer lugar, seguido de la periodontitis con 5 casos y en tercer lugar la caries con 4 casos, para la lesión por mancha café se presentaron 3 casos.

La notificación se presentó en ambas UPZ con presencia de 9 eventos cada una.

- **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta suicida -SISVECOS (45)**

Según el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS), se identificaron 2 casos en la etapa de ciclo vital Vejez, 1 caso de ideación suicida y 1 caso de intento suicida, ambos presentados en la UPZ 38 Restrepo.

- **Sistema epidemiológico de Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil (SIVIM) (46)**

En la localidad Antonio Nariño la etapa de ciclo Vejez representó el 3,1% de la notificación ocupando el quinto lugar en las UPZ de la Localidad Antonio Nariño.

Para el año 2012, según los casos notificados al SIVIM, se observó que en la etapa de ciclo Vejez fueron notificados 16 casos, 14 de ellos correspondieron a la UPZ Restrepo. El primer y segundo evento de mayor notificación fue la negligencia y el abandono cada uno con 6 casos. En tercer lugar se encontró la violencia Física con 4 casos notificados en la UPZ Restrepo. Estos eventos repercuten aún en el estado de salud tanto físico como mental de la población agravando las condiciones crónicas.

- **Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Discapacidad (49)**

El sistema de vigilancia Epidemiológica De Discapacidad caracterizó y registró 182 casos (66,7%) en la etapa de ciclo Vejez para el 2012 en la localidad 15 ocupando el

primer lugar de la caracterización. Al revisar los tipos de discapacidad se encontró que la relacionadas con la movilidad física ocupó el primer lugar dentro de esta etapa con 90 registros (49,5%), seguido de la discapacidad relacionada con el sistema nervioso con 54 registros (29,7%) y en tercer lugar la discapacidad cardiorrespiratoria e inmunológica con 15 registros (8,2%).

- **Salud Sexual y Reproductiva**

Enfermedades de Transmisión sexual (58)

Para el 2012 se presentó un caso de VIH/SIDA representando el 3% de la notificación por este evento, se desconoce la UPZ de ocurrencia.

- **Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional- SISVAN (51)**

Según datos del SISVAN, el 43,5% de la etapa de ciclo vejez presentó para el año 2012 sobrepeso, el 23,9% de esta población presentó obesidad y el 2,2% obesidad mórbida; el 27,2% de las personas mayores se encontraron con estado nutricional adecuado y el 3,3% presentó desnutrición leve. En cuanto a la UPZ, la 38 fue la que registró un mayor porcentaje de personas con sobrepeso con 44%, mientras que en la UPZ 35 el porcentaje fue de 40; para obesidad según UPZ, los porcentajes se invirtieron pues la UPZ 35 registró un 30% de prevalencia mientras que la UPZ 38 registro un 23%, se resalta que la obesidad mórbida solo se presentó en la UPZ 38%. De esta manera se puede evidenciar malnutrición por exceso aproximadamente en el 70% de las personas mayores problemática que afecta su salud y calidad de vida. La OMS ha recogido diversos informes relacionados con la dieta y la salud, en los que se reconoce el impacto que tiene la obesidad en la prevalencia de numerosas patologías crónicas como son: las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, patología músculo-esquelética, mala calidad de sueño y algunos tipos de cáncer predominantes en este ciclo vital.

2 CAPITULO. NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS PARA LA LOCALIDAD ANTONIO NARIÑO

En este capítulo se presentan los núcleos problemáticos y sus temas generadores por etapa de ciclo vital con información cualitativa, cuantitativa y espacial.

2.1 INFANCIA

A continuación se presentan los núcleos problemáticos de la etapa de ciclo vital Infancia con su respectivo tema generador.

2.1.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.

La etapa de ciclo vital infancia representa el 20,3% (23.080 niños y niñas) del total de la población de la localidad y que corresponde a la población de los 0 a los 13 años 11 meses y 29 días.

Como determinante estructural se encuentran las condiciones medioambientales deterioradas de la localidad que afectan principalmente a población que se encuentra entre los 0-14 años; como se mencionó en la morbilidad general atendida tanto en consulta externa, urgencias y hospitalizaciones la principal causa fue la bronquiolitis aguda, causadas por factores ambientales propios de la localidad como la contaminación atmosférica derivada de la presencia de fábricas en la localidad y presencia de vías de alto tráfico, adicionalmente la industria manufacturera de cueros y textiles aporta a la contaminación química.

Otro hecho que sustenta esta problemática es la mortalidad general específica por edad en donde se cuenta con una tasa de 44,8 muertes por cada 10.000 menores de un año en donde la causa principal estuvo relacionada con trastornos respiratorios.

Así mismo, el hecho de que la niñez constituye una quinta parte de la población de la localidad hace que los problemas que los afectan revistan aún mayor importancia.

Como determinante Intermedio se encuentra el hacinamiento específicamente en el barrio Policarpa (60), esta realidad afecta el derecho a la vivienda digna y de igual forma el acceso a los servicios públicos básicos como el agua, lo que afecta la satisfacción de necesidades biológicas humanas.

Se observa igualmente que los niños y niñas corren un alto riesgo de ingerir agentes patógenos, inseguridad al fuego, sustancias tóxicas y demás accidentes, determinado principalmente por la ausencia de los padres ya que se encuentran trabajando y en consecuencia, los niños permanecen solos sin una adecuada supervisión por parte de un adulto. (61)

Las infecciones transmitidas por vectores han aumentado debido a la construcción de viviendas o edificaciones cerca de ambientes naturales, ronda de los ríos, y canales de recolección de agua lluvia, lugares en los que se encuentran larvas de mosquitos, roedores y aves que se alimentan de los residuos, basuras y partículas presentes en las aguas contaminadas, afectando principalmente los barrios aledaños a los canales Albina, Rio Fucha y Rio seco. El manejo y disposición inadecuada de éstos residuos genera contaminación atmosférica (por olores ofensivos) e hídrica, adicionalmente, se presenta contaminación auditiva debido al funcionamiento de bares, automotores e industrias, afectan la salud de los habitantes. La exposición continua al ruido puede ocasionar problemas auditivos, que no están directamente asociados a la pérdida de la audición, pero si a la alteración de la tranquilidad y bienestar de las personas, así como estrés, pérdida del sueño (insomnio), ansiedad, depresión, cambios en el comportamiento (conductas agresivas) y baja productividad. (22)

Como determinante proximal de la Salud, en la localidad se presenta la tenencia inadecuada de mascotas y como consecuencia, agresión de animales potencialmente transmisores de rabia; la comunidad al compartir espacio con perros, gatos y aves, tienen un mayor riesgo de adquirir enfermedades zoonóticas, (25) hecho que se corrobora con los datos del SIVIGILA 2012, pues las agresiones ocuparon el tercer lugar en la notificación de la etapa de ciclo infancia con un 9%, presentándose mayormente en la UPZ 38 Restrepo.

Por otro lado se evidencian prácticas inadecuadas de higiene y cuidado de las enfermedades que repercuten en la aparición de brotes transmitidos por microorganismos y sustancias químicas (62), datos del SIVIGILA corroboran la información, pues la varicela individual fue el primer evento en la notificación con 45% seguido de la ESI-IRAG con 13%.

Todas estas problemáticas medioambientales afectan el derecho a un Ambiente Sano que involucra el disfrute de la calidad del agua, de la tierra, del aire, y la posibilidad de

las personas de acceder a los recursos naturales y de poder participar en la planeación del uso de los recursos. (63)

- **TEMA GENERADOR: Educación ambiental que refuerce la cultura ciudadana y comunitaria y promueva entornos saludables para toda la población.**

La promoción y prevención direccionada al mejoramiento de la calidad de vida de los niños y las niñas de la localidad, se enfoca en el reconocimiento de las prácticas y uso adecuado del entorno, proporcionando factores protectores de la salud, de esta manera se garantizaría el acceso al derecho de gozar de un ambiente sano. Para el goce efectivo, de este derecho, se requiere del compromiso de la comunidad, del comercio, de la industria y de las autoridades locales para el restablecimiento progresivo del ecosistema.

2.1.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones sociales y culturales que inciden en la generación de diferentes tipos de violencia en los niños y niñas de la Localidad.

La familia como primer garante del desarrollo biopsicosocial del individuo, a quien proporciona valores, normas, roles, potencia habilidades y capacidades, también puede ser gestora de diferentes factores de riesgo que afectan la salud física y mental y que en la etapa infancia tienen como consecuencia la generación de patrones de violencia, desescolarización, malos hábitos alimentarios y trastornos de la conducta la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas pro sociales y con la regulación emocional, los cuales se comportan como determinantes proximales.

Como se mencionó en el perfil epidemiológico en la notificación al SIVIM, la infancia ocupó el primer lugar en la notificación con el 43% de representatividad, siendo el evento mayor reportado la violencia emocional con 45% seguido de la negligencia con 24,7% de la notificación dentro de este grupo de edad.

Los datos de mortalidades en la etapa de ciclo infancia y los embarazos en adolescentes son representativos ya que éstas reflejan la decisión de ser madre como parte de un proyecto de vida y son consecuencia de la repetición de ciclos

reproductivos tempranos, prácticas sexuales inadecuadas, desconocimiento de los cuidados de su cuerpo, débiles redes de apoyo y presión social por parte de pares, lo que incide en los cuidados de la gestación, del recién nacido y el infante. (62)

En la Localidad se presentaron 28 casos de mortalidad perinatal, 65 casos de mortalidades infantiles y 15 casos de mortalidad en menores de 5 años. En cuanto a los nacimientos en gestantes entre 10 y 14 años se presentaron 5 casos en la Localidad.

Como determinante estructural es importante resaltar que cuando se presenta un embarazo en menores de edad, la norma deroga la responsabilidad materna y paterna del recién nacido a los abuelos, como consecuencia se puede observar: repetición de un embarazo, pérdida o falta de claridad en las figuras de autoridad por parte del infante, disfuncionalidad de roles familiares y pérdida de valores al interior de la familia, que generan patrones de comportamiento disfuncionales en el niño o niña. (62)

Por otro lado esta etapa de ciclo vital se ve afectada por aspectos nutricionales ocasionados por la ausencia de los padres y el cuidado a cargo de terceros que, en algunos casos no se preocupan por el tipo de alimentación que toman los niños y niñas en esta etapa de ciclo vital, muchos casos se pueden atribuir a la violencia por negligencia que se presenta en esta etapa como ya se mencionó anteriormente. (62)

Como determinante intermedio se encuentra la situación económica del núcleo familiar ésta ocasiona que una parte de ésta población, solo reciba el alimento que les dan en las instituciones educativas. De igual forma los alimentos que reciben son ricos en grasas, harinas, azúcares, más no es una alimentación balanceada en la que deben estar todos tipos de alimentos que un menor necesita para su normal desarrollo físico y mental. (62)

Como se mencionó en el perfil epidemiológico según el SISVAN el 16,3% de los menores de 10 años presentó desnutrición crónica, y el 15,1% presentó sobrepeso por el indicador IMC.

Estas problemáticas afectan el derecho al que tiene toda persona de gozar de una alimentación y nutrición, que a su vez se ve afectada por la vulneración al derecho de la seguridad económica.

Como determinante proximal del estado nutricional de los infantes también está la salud oral del menor, la cual debe ser guiada por los padres de familia así como los controles médicos periódicos; de acuerdo al SISVESO la etapa de ciclo infancia ocupó el primer lugar en la notificación del sistema de vigilancia de salud con 28% del total de la notificación, estos datos de igual manera se relacionan con lo reportado desde SIVIM en cuanto a la violencia por negligencia como ya se mencionó.

Los niños y niñas de la localidad, se enfrentan desde temprana edad, a labores que por su edad se consideran peligrosas aunque muchos de ellos lo hagan como acompañantes de sus padres o cuidadores, a sus lugares de trabajo (ventas ambulantes o negocios ubicados en sectores residenciales), otros se enfrentan a trabajos como el servicio doméstico o labores en las Plazas de Mercado del Restrepo y Santander, como se menciona en el capítulo 1 el Hospital Rafael Uribe Uribe identificó 60 niños, niñas y adolescentes trabajadores en la Localidad Antonio Nariño que se encontraban en el rango de los 5 a 14 años en el primer semestre, 41 menores se clasificaron dentro de la condición de vulnerabilidad de “peor forma de trabajo infantil”. Esta situación ocasiona desescolarización, violencia o maltrato y problemas de salud; el trabajo infantil no permite el goce efectivo de los Derechos de los niños y niñas a la educación, la salud y la recreación.

- **TEMA GENERADOR: Educación en Modelos positivos de pautas de Crianza que oriente a las familias en la formación de los infantes**

La infancia es la etapa de ciclo más importante en la vida de ser humano, ella determina su desarrollo físico, psicológico y social, lo que el infante aprenda e interiorice determinará su desarrollo como persona familiar, social, cultural, mental y en lo relacionado con la salud. Por eso la importancia que las políticas gubernamentales estén dirigidas, específicamente, a salvaguardar, orientar, dirigir y promover el desarrollo y crianza de los niños y niñas para garantizar la calidad de vida y la salud que determinarán su desarrollo físico y mental.

Para responder a las necesidades, de los niños y niñas, es necesario construir un modelo positivo de crianza que asuma la función de orientación para establecer relaciones que faciliten la formación de su personalidad.

Adicional a esto son necesarios programas de higiene impulsados desde el hogar a través de los padres de familia, cuidadores, jardines y colegios para evitar problemas como caries de la dentina o mancha blanca, dos de los problemas más frecuentes en la localidad.

2.2 ADOLESCENCIA

La situación de salud de en esta etapa de ciclo vital es caracterizada por los siguientes núcleos problemáticos, descritos a continuación:

2.2.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Embarazo en adolescentes de la localidad Antonio Nariño determinado por condiciones educativas, familiares y personales.

La población Adolescente en la localidad Antonio Nariño es de 8.252 lo que representa el 7,6% del total de la población. “Dadas las implicaciones en el desarrollo y en la calidad de vida de los adolescentes, de sus familias y de las sociedades, la ocurrencia de embarazos a temprana edad ha sido considerada, a partir de la década de los setenta, una problemática social y de salud pública necesaria de ser intervenida a fin de procurar un mejor desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo”. (57)

Al revisar la morbilidad general atendida por el Hospital Rafael Uribe en la localidad se registraron 6 casos de hospitalización, de los cuales 4 correspondieron a parto espontáneo y por urgencias se presentaron 7 casos cuya causa más frecuente fue la complicación relacionada con el embarazo. Según datos de estadísticas vitales, en la localidad Antonio Nariño el 15% de los embarazos en el 2012 correspondieron a madres entre 15 y 19 años y el 0,5% a madres adolescentes menores de 14 años.

Las consecuencias del embarazo en adolescentes se han hecho explícitas e incluyen las siguientes:

“Además de presentar riesgos en el plano biológico, el embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas

inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida.” (57)

El embarazo adolescente contribuye a mayores niveles de mortalidad y morbilidad materna ya que está asociado a posibilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que se agrava porque las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria. El riesgo de complicaciones obstétricas también es más alto en las adolescentes, entre quienes la probabilidad de morir durante el embarazo y el parto superan entre cinco y siete veces a la de las mujeres entre 20 y 24 años. (64)

El embarazo en la adolescencia puede tener efectos a largo plazo; muchas veces las jóvenes se ven obligadas a interrumpir sus estudios, limitando de esta manera su desarrollo personal y social y, en el futuro, su progreso económico. También pueden llegar a perder su autonomía, al tener que buscar ayuda de los padres o de otras personas. (64)

Esta afirmación se corrobora en la localidad con los reportes de la comunidad al respecto: “Para las adolescentes que son madres solteras es más difícil seguir con los estudios, pues no hay tiempo ni dinero. A pesar de nuestras metas claras es difícil lograrlas por un embarazo no deseado en el momento menos esperado”, adicionalmente, el reporte de la comunidad encontrado incluye formas de pensar críticas hacia este evento y población: “las adolescentes buscan embarazarse porque así obtienen bonos del Gobierno o ayudas mensuales de los papás de los bebés y ese es su proyecto de vida embarazarse, no hacer nada más, ni estudiar ni nada más, sólo quedarse criando a los hijos” (65), estas afirmaciones se pueden clasificar dentro de la definición de determinantes sociales de tipo estructural pues están relacionados con el modelo socioeconómico.

Algunos de estos embarazos no deseados y/o no planeados en los adolescentes de la localidad están determinados en un nivel intermedio por la falta de información de los métodos anticonceptivos.

Al hacer la revisión de los determinantes proximales se encuentra uso inadecuado de métodos anticonceptivos e imaginarios como: “tener relaciones sexuales es de bajo riesgo”, “el embarazo le pasa a las otras menos a mí”, no dimensionar los riesgos de un acto sexual sin protección, la falta de auto cuidado, la educación por parte de los padres

a los adolescentes, la falta de un proyecto de vida y la ruptura del núcleo familiar que incide en la formación de valores y principios (62). Por otro lado, según unidades de análisis con adultos ellos refieren: “a veces no es útil decirles, pues a los jóvenes (sic) no les importa la opinión de los adultos, sólo lo que ellos piensan y lo que quieren en el momento, es decir son inmediatistas, no piensan en un futuro, ni en el de sus hijos” (65)

Como se puede observar el embarazo en menores de 17 años vulnera el derecho a la salud al poner en riesgo la vida del binomio madre e hijo al igual que el derecho a la educación, información, a la salud sexual y reproductiva, a un trabajo digno, a la seguridad económica y a la educación.

- **Tema generador 1: mejorar el apoyo familiar a los adolescentes para el planteamiento realista y logro de su proyecto de vida.**

Fortalecer el planteamiento de un proyecto de vida realista en los adolescentes y su comunicación con los adultos en articulación con instituciones del sector educativo y salud.

Mejorar la calidad de las relaciones entre adultos y adolescentes en los ámbitos institucional, familiar, educativo mediante intervenciones educativas que humanicen la atención.

Los adolescentes inhiben la comunicación de sus vivencias sexuales con los adultos, quienes tienen experiencia e información relevante en la prevención de embarazos que truncan el desarrollo de su proyecto de vida, por lo tanto es importante mejorar la calidad de la interacción social entre estas dos etapas de ciclo vital. Una propuesta para romper esta barrera es la humanización de la atención de los profesionales de los diferentes sectores que atienden a los adolescentes difundiendo el enfoque de servicios amigables mediante intervenciones educativas.

2.2.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: El consumo de Sustancias Psico Activas (SPA) en la localidad Antonio Nariño deteriora las relaciones sociales de los y las adolescentes y está determinado por condiciones socio-económicas, familiares y educativas en la comunidad.

El fenómeno del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas plantea un desafío para el progreso basado en el paradigma del desarrollo humano, los derechos humanos y la salud como activo. Más allá del debate ético o de si se considera o no una enfermedad, se trata de un comportamiento que, cuando ocurre, dinamiza una serie de riesgos que al materializarse suelen provocar consecuencias adversas para el sujeto mismo su familia y su comunidad. (66)

La población Adolescente en la localidad Antonio Nariño es de 8.252 lo que representa el 7,6% del total de la población. De acuerdo con los registros de notificación del Sistema de Vigilancia epidemiológica en Sustancias Psicoactivas (VESPA), el consumo de SPA en esta etapa de ciclo vital ocupó el primer lugar con 66,7% de representatividad con 16 casos aun cuando se conoce que el sub-registro de este evento es alto según las unidades de análisis con la comunidad.

En esta UPZ, en los límites con la UPZ 35, se ubican discotecas, bares y establecimientos de atención al público que expenden licor y cigarrillo (SPA legales) Alrededor de esta zona están ubicados los Centros Educativos Distritales Guillermo León Valencia (3 sedes), María Montessori, República de Panamá, Nuestra Señora de la Sabiduría del sector público y del privado están Colegio Cencosistemas, Colegio Robert Hook, Colegio Triángulo Restrepo, Colegio la Presentación Luna Park, Colegio Gustavo Rojas Pinilla, Colegio Adventista Emmanuel, Liceo Pedagógico Marcel Marceau, Colegio Cristo Rey del Sur, Colegio Parroquial Nuestra Señora de la Valvanera, Gimnasio Torricelli correspondientes a la UPZ 38, adicionalmente en la UPZ 35 del sector público se encuentran los Centros Educativos Distritales Gustavo Restrepo y una sede del María Montessori, mientras que del privado están el Instituto académico Bethel, Colegio Arteaga Muñoz, Instituto Julio María Matovelle, Colegio Jaime Balmes. En total estos colegios suman 22: 6 en la UPZ 35 y 16 en la UPZ 38. Adicionalmente, el consumo de SPA se presenta en parques de la localidad, la ronda del río Fucha y las Plazas de Mercado del Restrepo y Santander.

No se pueden desconocer los efectos de esta problemática tanto en los individuos como en la sociedad, las consecuencias en el individuo dependiente trae efectos biológicos son ausencia de sueño, hambre, exaltación del estado de ánimo, aceleración del ritmo cardiaco y aumento de la presión arterial, ilusiones, alucinaciones, temblores, movimientos convulsivos e incluso hasta la muerte. Dentro de los efectos psicológicos se encuentran la apatía, la conducta impulsiva, la irritabilidad, frustración depresión

fluctuaciones del humor, alteración de la imagen corporal, ansiedad y emotividad desinhibida, entre otras. (67)

Los perjuicios para la sociedad no son causadas únicamente por las personas dependientes, también hay perjuicios permanentes relacionados con las personas no dependientes, por la intoxicación aguda y la sobredosis y por la forma de administración (inyecciones no seguras), todas las sustancias psicoactivas pueden ser nocivas para la salud dependiendo de la cantidad, modo y frecuencia de su consumo.

La ocurrencia de este consumo está determinada en un nivel Estructural por una la legislación débil frente a esta problemática, a nivel intermedio por la presión social, la exposición a las SPA, el entorno, condiciones de vulnerabilidad social, las necesidades básicas insatisfechas, pobreza, la falta de espacios familiares para el diálogo, las redes de micro-tráfico presentes en los colegios, parques y barrios de la localidad, y en un nivel proximal por la disfuncionalidad y débil comunicación en las familias², la pérdida de los valores éticos, la percepción de abandono debido a largos tiempos dedicados por los padres al área laboral, negligencia, baja autoestima e inseguridad del adolescente, (68), disposición genética, trastornos de la personalidad en los adolescentes, bajo rendimiento escolar, depresión y conducta suicida. (69)

Para explorar con más detalle esta situación en unidades de análisis, se encontró que población de 14 a 16 años considera que el consumo de SPA es una cuestión cotidiana, precisamente porque conocen personas que consumen o por que han tenido experiencias con el consumo, así pues los adolescentes creen que este está relacionado con los amigos, familiares, conocidos, la pareja y “porque tenemos problemas con la familia”, “por experimentar, por problemas, por amistades y situaciones familiares”, “Porque se deja influenciar de los amigos y conocidos y no tiene el suficiente carácter de decir no” “En busca de sus problemas (sic) con soluciones; por la influencia de su entorno social, familiar e individual”. “Por falta de conocimiento y por buscar placer que después se convertirá en adicción”. “Por la presión del grupo, por problemas familiares y por robar”. “Falta de autoestima y autonomía y problemas en general”. (70)

² Los eventos de violencia intrafamiliar para la etapa de ciclo vital adolescencia ocupó el segundo lugar en notificación 24% de SIVIM.

De esta forma se identificó que en la mayoría de los casos, el consumo de SPA se inicia por algún tipo de presión social en donde personas cercanas, como los amigos generan una “tentación” inicial hacia la prueba de este tipo de sustancias y que posteriormente se convierte en una actividad más de la relación social (70), de manera que los “parches”, pandillas o tribus urbanas, se convierten en grupos propicios para la iniciación o el consumo permanente de las SPA, lo que genera matoneo, desescolarización, delincuencia, inseguridad y violencia, posiblemente asociadas a la principal causa de muerte en la UPZ 38 que en el 2010 fueron las agresiones (homicidios) y secuelas según la mortalidad general específica por grupos de edad.³

De acuerdo a lo abordado anteriormente, la problemática de consumo de SPA vulnera el derecho a la calidad de vida y un ambiente sano como lo exigen el código de infancia y adolescencia en su artículo 17, el derecho a la integridad personal en su artículo 18 y de acuerdo a su artículo 19 el derecho a la protección (espacios libres de humo de cigarrillo), los cuales se basan en cuidado del consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco (68).

- **TEMA GENERADOR: Fortalecer redes, vínculos y participación de los adolescentes.**

Según información dada por la comunidad, la principal solución es asumir una “decisión de no consumo de SPA”, sin embargo, para los asistentes fue evidente que esta decisión debe estar apoyada en la creación de vínculos afectivos y de comunicación con su núcleo familiar, así como, en “el ejemplo” que se debe dar en casa a los jóvenes y en la asertividad a la hora de “escoger los amigos”. Para estos jóvenes, fue importante mencionar que las personas de la localidad necesitan más espacios de “sana integración” y que si se “mantiene ocupada a la gente” en actividades interesantes muy seguramente bajaría el número de jóvenes consumidores. En este sentido, para las personas que actualmente consumen se deberían tener “programas” de intervención que permitieran la real resocialización y el aprendizaje de “cosas nuevas” para “distraerlos del consumo”, así como, “arreglar” las situaciones de cada individuo que facilitaron o impulsaron la decisión de consumir SPA.

³ Los determinantes del consumo de SPA descritos pueden relacionarse con el comportamiento suicida en los adolescentes. Para el 2012 esta etapa de ciclo vital ocupa el 2 lugar con un 28% aproximadamente y dentro de los tipos de conducta suicida el intento es el principal presentándose en 58,3% casos.

Es importante tener buenas relaciones y comunicación con los padres para que los ayuden en cualquier momento a salir de este problema, además de buscar ayuda si no es de los padres en el colegio cuando tienen alguna dificultad para que puedan expresar lo que les pasa y no se desahoguen con la droga y lo vean como una salida a los problemas. Alejarse de los malos amigos si así se pueden llamar, para no tener la tentación de probarla, buscar diferentes actividades después la jornada escolar como deportes, artes y música y “así no perder el tiempo en la calle con malas amistades” (71).

2.3 JUVENTUD

La población total de personas jóvenes es de 18.428 lo que representa el 17% aproximadamente de las 108.457 que tiene la localidad Antonio Nariño. La situación de salud en esta etapa de ciclo vital es caracterizada por los siguientes núcleos problemáticos a nivel psicosocial y laboral, descritos a continuación:

2.3.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Calidad en las relaciones familiares determinan el consumo de Sustancia Psicoactivas (SPA) y el deterioro de la salud mental en la etapa de ciclo vital juventud.

Eventos estresantes como la violencia emocional en la familia con un 50% de casos en la UPZ 35 y un 57% en la UPZ 38⁴, el consumo de SPA y alcoholismo, son determinantes para que en esta etapa de ciclo vital, probablemente se haya presentado el 21% de la notificación de comportamiento suicida de acuerdo con SISVECOS en el 2012, todos los casos reportados pertenecieron a la UPZ 38 y el intento suicida fue el principal tipo de evento con un 66,7%⁵.

Según reporte de habitantes de la UPZ 38 abordados por equipos de territorio en articulación con el equipo ASIS, en la zona de establecimientos de comercialización de alcohol y cigarrillo, moteles y rumba se facilitó la ocurrencia de riñas y agresiones en momentos de rumba, luego de un Consumo de Sustancias Psico-activas (CSPA) excesivo, en la UPZ 38 que pueden estar relacionadas con agresiones (homicidios) y secuelas que de acuerdo con datos del 2010 de mortalidad general específica para la

⁴ Datos de notificación de SIVIM que también incluyen casos de violencia física, económica, sexual y negligencia. De acuerdo con este subsistema, esta etapa de ciclo vital ocupó el cuarto lugar en notificación de eventos con un 12,5% de los casos.

⁵ De acuerdo con datos del primer capítulo de este documento.

edad se relacionan con la mortalidad en esta etapa de ciclo vital, sin embargo, es posible que la medición de este CSPA haya estado limitada por los alcances del VESPA y la ilegalidad del mercado de la mayoría de SPA, ya que se reporta sólo un caso para el 2012 por este subsistema de información, pero según reporte del equipo de gestión de políticas del HRUU, este tema es relevante para la esta etapa de ciclo vital.

La zona cercana a la AK 14 22 sur de la UPZ 38-Restrepo, limítrofe con la UPZ 35, se caracterizada por la presencia de moteles que atienden a jóvenes demandantes de lugares para la actividad sexual. Esta característica del territorio sumada a un posible CSPA inyectado es determinante de enfermedades transmisibles, de las cuales se atendieron 3 casos de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) constituyéndose en la segunda causa de motivo de consulta; se reportaron 33 casos de VIH/SIDA de los cuales 11 se presentaron en jóvenes y 5 casos de Hepatitis B en la UPZ 35, según datos de salud sexual y reproductiva del HRUU para el 2012.

De acuerdo con el equipo de Gestión de Políticas se ha dado un desplazamiento de la población habitante de calle joven de la zona del Bronx hacia la localidad Antonio Nariño, cuya presencia aumentó la percepción de inseguridad y los daños a bienes de la comunidad⁶

El mercado legal o ilegal de las SPA es una actividad global-estructural que termina afectando la dinámica local, el equipamiento de la UPZ 38 para la comercialización de una gran cantidad de servicios y productos permite que estén disponibles para el consumidor, este es un determinante de nivel intermedio, mientras que la violencia emocional al interior de las familias y el hábito de consumir sustancias psicoactivas en sitios de rumba es un determinante proximal.

Las condiciones anteriores reflejan que se pasa por alto la obligación de los seres humanos a comportarse fraternalmente los unos con los otros, el derecho a la vida y a la seguridad, al presentarse violencia emocional en las familias de los jóvenes se vulnera el derecho de la familia a ser protegida por la sociedad y el Estado.

En el caso de la población habitante de calle, se vulnera el derecho a contar con una residencia, mientras que al producir posibles daños en propiedades ajenas esta

⁶ Según reporte de presidente de Junta de Acción Comunal del barrio Restrepo

población vulnera el derecho de los demás habitantes de la comunidad a la propiedad colectiva e individual y pasa por alto la importancia de cumplir con sus deberes hacia la comunidad en la cual se desarrolla como persona y de la cual hace parte (72).

- **TEMA GENERADOR: Alternativas seguras de recreación y cultura para la juventud.**

Los antecedentes de violencia emocional en la familia en un territorio y el CSPA habitual facilitan la agresividad de los jóvenes al relacionarse en situaciones de rumba características de la UPZ 38. Para disminuir la violencia y agresividad en las relaciones, los jóvenes de la localidad deben contar con un territorio seguro donde las condiciones del mismo faciliten la práctica del derecho a relacionarse fraternalmente con las demás personas. Los sitios de rumba pueden contar con asesoría institucional para tener disponibles actividades sociales, culturales y recreativas seguras alternativas que disminuyan el CSPA y hagan parte de los servicios comercializadas por los propietarios de los establecimientos.

2.3.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Escasas oportunidades laborales y educativas determinan la inclusión de los jóvenes en el sector del empleo informal vulnerando sus derechos laborales.

De acuerdo con la base de datos del programa de Salud al Trabajo en el 2012 para la localidad Antonio Nariño se realizaron un total de 136 caracterizaciones a trabajadores (67% femenino, 33% masculino) de 60 unidades de trabajo informal (UTI), enfocadas al cuidado de la belleza y panadería, para el primer semestre de este año. De este total, se identificó que el 42% cuenta con un nivel de escolaridad de bachillerato completo, un 15% corresponde a un nivel de primaria terminada, mientras que hay un 1% de personas con un nivel universitario completo. Esta información converge con reporte dado por el Equipo de Gestión de Políticas, en el que se afirma que los jóvenes carecen de oportunidades para acceder a la Educación Superior o Tecnológica.

Adicionalmente, se reportó que los y las jóvenes de la localidad carecen de oportunidades laborales, lo cual puede incluir el acceso a empleos con condiciones dignas, donde se respeten los derechos laborales. Por su parte SIVISTRA reportó que de las 136 personas caracterizadas, el 59% se ubica en un nivel de operario, el 84%

sobrevive con un salario mínimo y el 14% con menos de esta cantidad, el 49% trabaja sin contrato, el 99% no cotiza a pensión, además, la población caracterizada trabajó un promedio de 10,47 horas diarias durante 6,45 días a la semana, incluyendo los sábados y domingos. Las personas que trabajan, se emplean u ofrecen sus servicios en esta localidad pertenecen a todas las etapas de ciclo vital, incluyendo las personas jóvenes y tienen que desplazarse diariamente desde sus localidades de residencia.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de la población caracterizada fue de sexo femenino, según SIVISTRA, las condiciones laborales de informalidad llevan a bajos ingresos y jornadas laborales largas, escaso o nulo acceso a la seguridad social (riesgos en materia de salud y seguridad, condiciones de trabajo peligrosas, violencia de género y una susceptibilidad cada vez mayor al VIH/SIDA), la limitada capacidad para organizarse y conseguir que se hagan efectivas las normas internacionales del trabajo y los derechos humanos. Para el caso de las mujeres, se identifica que realizan actividades laborales y domésticas (73) que posiblemente generan sobrecarga o un estrés evitable, en un nivel de determinación proximal, al contar con la comunicación y colaboración de toda la familia en la distribución de las responsabilidades del hogar, lo cual también fue encontrado por la Vigilancia Poblacional y Comunitaria mediante la implementación Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitario (COVECOM) en articulación con referente de ámbito laboral, con participación de trabajadoras de la Plaza de Mercado Distrital del barrio Restrepo, cuyo reporte permitió explorar y contar con indicios de inequidades por género en la distribución de las labores domésticas, ya que son las mujeres quienes principalmente se comprometen con su realización (74)

Al respecto de la capacidad de organización y participación, se ha reportado por parte del equipo de Gestión de Políticas, que la participación de las y los jóvenes de la localidad en las decisiones políticas fue baja en el año 2012, por lo que puede haber carencias en la inclusión de las necesidades de esta etapa de ciclo vital en proyectos de gobierno. Según articulación entre este equipo y el de ASIS, la carencia de oportunidades laborales de las jóvenes mujeres es un determinantes intermedio de su inclusión en actividades informales características de la zona, como la prostitución y la comercialización de productos mediante venta ambulante, en las que se incluye población étnica y en condición de desplazamiento ubicadas posiblemente en la UPZ 35.

La informalidad y precarización de condiciones laborales en la que tienen que emplearse los, las jóvenes y demás personas en la localidad para satisfacer necesidades básicas personales y las de sus familias, está punteando la economía dentro de esta localidad debido a la falta de oportunidades y ofertas laborales dignas, lo cual va en dirección opuesta a la normatividad sobre derechos humanos (73). Teniendo en cuenta que la gran mayoría de los trabajadores son propietarios de sus negocios (73), ellos mismos han estado limitados para garantizarse condiciones dignas de empleo, entonces la determinación social estructural de la precarización de las condiciones laborales en las que se encuentran los y las jóvenes quienes inician su búsqueda de empleo en esta localidad puede deberse a políticas planteadas y ejecutadas en niveles más amplios que el local.

De acuerdo con organizaciones internacionales, las condiciones anteriormente descritas permiten contar con evidencias de vulneración de los derechos a la seguridad social (pensión), al descanso, a vacaciones periódicas pagadas, el disfrute del tiempo libre, a la protección social, “a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...” (72)

- **TEMA GENERADOR: empoderamiento y participación juvenil para la inclusión de derechos laborales.**

El desarrollo de microempresas informales en la localidad y la satisfacción de necesidades básicas facilita la inclusión de jóvenes en el sector informal de la economía. En esta etapa de ciclo vital se puede contar con un mayor empoderamiento y educación para la comprensión de los derechos vulnerados en el ámbito laboral y un fortalecimiento de su participación en asociaciones de influencia política con los propietarios de las microempresas para incidir a largo plazo en el cambio de las condiciones laborales precarias determinadas por situaciones estructurales.

2.4 ADULTEZ

La etapa de ciclo vital Adultez representa el 46,9% (24.186 hombres y 26.685 mujeres) del total de la población de la localidad y que corresponde a la población de los 27 a los

59 años. La situación de salud de esta etapa de ciclo vital es caracterizada por los siguientes núcleos problemáticos:

2.4.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Factores económicos y laborales que inciden en el desarrollo humano de las y los adultos afectando su salud y calidad de vida así como la de sus familias.

En la localidad Antonio Nariño especialmente en la UPZ 35 Ciudad Jardín las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia en la etapa de ciclo vital adultez tienen que ver con las condiciones económicas y laborales. La comunidad manifiesta su preocupación debido a los altos niveles de desempleo enmascarados en trabajo informal.

Según el Diagnóstico realizado por Salud al Trabajo el 49% de los trabajadores intervenidos no cuenta con contrato, su remuneración es al destajo en el 21% de los trabajadores y el 83.8% tienen ingresos de 1 salario mínimo y el 10,3% recibe menos de 1 salario mínimo mensual legal vigente. En cuanto al nivel de escolaridad el 28% de la población realizó estudios de primaria completa y bachillerato incompleto, el 20% estudios de bachillerato completo y el 15% estudios de primaria incompleta, el 4% estudios de técnico completo, el 2% estudios de técnico incompleto y el 1% universitario completo e incompleto. (59) (75)

Con respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud se evidencia que el 44% de la población se encuentra afiliada a salud en el régimen subsidiado, el 40% se encuentra afiliado al régimen contributivo, el 10% de la población no refiere afiliación alguna, el 6% se encuentra vinculado al fondo financiero distrital.

Por otro lado, los trabajadores no logran adquirir el beneficio de la pensión, pues las bases de datos de trabajo informal del hospital Rafael Uribe, el 99% no hace aportes a pensión y el 100% no hace aportes a riesgos laborales, así mismo no reciben beneficios básicos como auxilio de transporte y licencias, descuidando así su salud y bienestar tanto individual como familiar.

Estas condiciones ponen en riesgo la economía de las familias y por lo tanto el cubrimiento de las necesidades básicas del núcleo familiar, como la alimentación, la

educación, una vivienda digna, entre otros aun cuando los trabajadores se sometan a jornadas de trabajo extensas que a su vez determinan la salud mental y física. (62)

Determinantes de tipo estructural como la precarización del empleo, la falta de oportunidades laborales en condiciones dignas de trabajo, los modelos económicos y de educación que sobresalen en el país, afectan cada día más a la población trabajadora insertándolos en un mundo laboral que no cumple sus expectativas de vida y que por el contrario se aleja de los planteamientos estipulados en la normatividad y que la falta de controles rigurosos frente a estas situaciones son las que dificulta el cumplimiento y avances en las políticas planteadas para la población de trabajadoras y trabajadores de los diferentes sectores económicos, así mismo la falta de ofertas institucionales y el poco apoyo a las iniciativas empresariales. (75)

La salud de las personas en la etapa de ciclo vital Adultez se ve afectada en un nivel proximal por la falta de autocuidado, pues en la caracterización que hizo el ámbito laboral, muchos trabajadores manifiestan que la asistencia al médico es escasas ya que “no les queda tiempo de nada y las citas se demoran mucho”, además aducen que no les duele nada y cuando aparece alguna sintomatología o malestar recurren a los medicamentos que tienen en su casa o a la droguería más cercana para cubrir dicha necesidad, situación que se puede presentar al mismo tiempo por barreras al servicio de salud. (75)

Así mismo en unidades de análisis con el equipo de gestión de políticas se menciona que aunque hay escasos espacios de capacitación para el trabajo (en oficios), también existe falta de interés y tiempo para la formación y participación ciudadana por parte de los adultos, ésta escasa participación es resultado de las condiciones laborales de la población, de manera que se convierte en un ciclo interminable. (62)

A nivel general, como se puede observar, la vulneración a los derechos laborales básicos tiene una gran afectación en la salud y calidad de vida del individuo, por lo tanto a las familias y por supuesto a la sociedad.

- **Tema generador: Formación educativa a trabajadores informales en sus unidades de trabajo.**

La capacitación o formación educativa es importante para mejorar la situación laboral de las personas, en vista de la dificultad en cuanto a tiempo y participación social de esta etapa de ciclo vital, se propone capacitación a los trabajadores de las diferentes unidades de trabajo informales en sus sitios de trabajo, acciones enfocados no solo a la prevención de enfermedades sino a formar laboral y técnicamente a las personas en conjunto con los demás entes distritales.

2.4.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Hábitos de consumo y estilos de vida que afectan el estado nutricional, la salud mental y la salud sexual de los adultos de la localidad Antonio Nariño.

Otras problemáticas por las que atraviesan los adultos de la localidad Antonio Nariño tienen que ver con sus hábitos de vida, por un lado los hábitos alimentarios y de actividad física de esta población están generando según el SISVAN, sobrepeso en el 39% y obesidad en el 34 % de los adultos, datos relevantes cuando se observa que la primera causa en la mortalidad General específica de esta población fue la enfermedad isquémica del corazón.

Según unidades de análisis, se reporta como determinante proximal que los usuarios prefieren el uso de medicamentos para solucionar sus problemas de salud relacionados con su nutrición a seguir instrucciones para cambiar sus comportamientos nutricionales y de actividad física. (76)

Otro determinante pero de tipo estructural es la publicidad pues mediante comerciales en televisión se muestra la imagen de posibles profesionales de la salud, recomendando alimentos que en vez de proteger o fortalecer la salud de las personas pueden causar daños en la misma. La modificación de tales mensajes acerca de los alimentos que se producen es un tema intersectorial que involucraría sectores económicos que hasta el momento no han tenido participación en unidades de análisis, consejos ni transversalidades. (76)

Los hábitos de la población también son relevantes en la sexualidad, la localidad Antonio Nariño por ser una localidad comercial principalmente en la UPZ 38, presenta variedad de actividades nocturnas, prostitución, moteles, bares que facilitan el consumo

de SPA⁷ y consumo de alcohol, todo lo anterior genera mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, generar explotación y abuso sexual, embarazos no deseados y abortos. (62) Según bases de datos de Prevención y Desarrollo 2012, la etapa de ciclo vital adultez ocupó el primer lugar en el reporte de Hepatitis B (4 casos), VIH con 21 casos, Hepatitis C con 1 caso y sífilis gestacional con 9 casos. (58)

Al realizar el análisis de determinantes se encuentra falta de posicionamiento de la política de salud sexual y reproductiva como determinante estructural; como determinantes proximales se encuentran la corresponsabilidad familiar, estilos inadecuados de afrontar situaciones en los que se ven envuelta la sexualidad, falta de interés por el autocuidado de la salud y baja adherencia al tratamiento de las infecciones; como determinante intermedio el difícil acceso a los métodos anticonceptivos modernos por la misma situación económica (59) de esta población. (62)

A nivel general, aun cuando las instituciones trabajen en educación para la prevención, se encontró como determinante intermedio que no hay impacto en las capacitaciones realizadas por los profesionales a la comunidad, debido a una falta de formación pedagógica de los profesionales de la salud. (76)

- **TEMA GENERADOR: Capacitación en pedagogía a profesionales de la salud**

Aunque existen políticas, programas, proyectos y estrategias, se puede implementar un proceso sistemático de aplicación, seguimiento y evaluación para los profesionales de la salud que les permita mejorar el efecto de sus intervenciones en la comunidad.

Se proponen como acciones a seguir, la simplificación de estrategias como AIEPI, implementar métodos educativos en el tema de Seguridad Alimentaria y Nutricional que incluyan capacitación en que el hacer para los profesionales, de tal forma que lo que se encuentra consignado en las guías o la información sobre las rutas de atención se lleve a la práctica de manera unificada y de acuerdo con los estándares especificados.

⁷ La etapa de ciclo Adultez ocupó el segundo lugar en la notificación en el sistema de vigilancia de consumo de sustancias psicoactivas (VESPA) con 7 casos.

Una de las respuestas a las problemáticas en el territorio para la población adulta que presentan adicción a sustancias psicoactivas es el CAMAD. Este programa busca dar atención integral e información en prevención a los habitantes de la Localidad Antonio Nariño y en especial al habitante de calle que habita en la rivera y los puentes que cruzan el Rio Fucha, a lo largo de la localidad.

2.5 VEJEZ

La etapa de ciclo vital Vejez representa el 13,1% (6.165 hombres y 8.148 mujeres) del total de la población de la localidad y que corresponde a la población mayor o igual 60 años. La situación de salud de esta etapa de ciclo vital es caracterizada por los siguientes núcleos problemáticos:

2.5.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones de discapacidad y hábitos alimentarios en la etapa de ciclo vital vejez que agravan sus enfermedades crónicas e influyen en su desarrollo social.

Según el sistema de vigilancia epidemiológica de discapacidad, la etapa de ciclo vital vejez ocupó el primer lugar en la notificación. La movilidad física fue el tipo de discapacidad con mayor porcentaje de representatividad (49,5%), en segundo lugar, se encontró la relacionada con el sistema nervioso (29,7%) y el tercer tipo de discapacidad fue la cardiorrespiratoria e inmunológica con 8,2%.

Estos tipos de discapacidad afectan la práctica de actividad física, aspecto importante cuando ésta es un determinante del estado nutricional que a su vez desempeña un papel importante en el desarrollo de enfermedades crónicas; las personas en la etapa de ciclo vejez de la localidad presentan altos niveles de sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida según el SISVAN (43,5%, 23,9% y 2,2% respectivamente) lo que muestra que aproximadamente el 70% de esta población presentó malnutrición por exceso. Este estado nutricional se logra ver relacionado al encontrar como primeras causas de morbilidad la hipertensión arterial esencial primaria (18 consultas) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4 consultas).

El desplazamiento y/o asistencia a los controles médicos necesarios para el control de estas enfermedades se dificultan por los tipos de discapacidad ya mencionados,

situación que se ve agravada por el abandono y/o negligencia⁸ de familiares quienes no se comprometen para acompañarlos a las IPS o desconocen los cuidados pertinentes para la etapa de ciclo vital vejez (77).

Por otro lado las condiciones de discapacidad influyen en la capacidad adquisitiva de estas personas, ya que dificulta su inclusión en el ámbito laboral. En las personas en etapa de ciclo vejez los ingresos llegan por medio del arriendo de sus propiedades o por beneficios pensionales, sin embargo algunas de ellas no cuentan con estos beneficios, de manera que su economía es insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas, deteriorando así su calidad de vida; es allí cuando se requiere del apoyo familiar, que muchas veces no es el esperado pues como se menciona en unidades de análisis “ las personas en etapa de ciclo vejez son “abandonados en hogares geriátricos donde (sic) pasan necesidades” (77).

Estas situaciones vulneran el derecho a la salud, a la seguridad económica, a la recreación y a la seguridad.

- **TEMA GENERADOR: Responsabilidad y amor hacia la persona mayor**

Para que la persona mayor logre mejorar su calidad de vida es necesario lograr el compromiso familiar incondicional que evidencie la responsabilidad y el apoyo afectivo. Una familia comprometida suple las necesidades económicas, de vivienda, alimentación, acompañamiento para que reciban atención en salud y brindar condiciones de diligencia con calidez.

Considerando la vulnerabilidad o fragilidad que acontece con la edad, la familia desempeña un papel relevante al examinar la provisión de cuidados a los mayores, sin perder de vista que las situaciones de dependencia, en general, afectan tanto a los dependientes como a los cuidadores y es que, ya sea por razones culturales, ya sea por falta de un marco normativo adecuado, o por la confluencia de ambos motivos, es necesario que exista un equilibrio entre la ayuda formal (Bonos, comedores comunitarios, canasta alimentaria, grupos de apoyo ONG) y la ayuda informal (prestada principalmente por familiares, aunque también por amigos, vecinos y otros miembros de la red social del dependiente).

⁸ De 16 casos notificados al SIVIM en la etapa de ciclo vital vejez 6 fueron por negligencia y 6 por abandono ocupando el primer y segundo lugar.

Se hace necesario generar espacios de formación o capacitación gratuita para los cuidadores de personas en vejez, en temas como: alimentación, manejo del paciente crónico, con discapacidad, cuidados de higiene personal, suministro de medicamentos y orientación en manejo de emociones negativas.

Teniendo en cuenta la afectación de la salud mental de la persona mayor es necesario el fortalecimiento de actividades lúdicas en casa para quienes por su condición física no pueden desplazarse así como para su familia.

2.5.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Barreras de acceso a servicios de salud que vulneran el derecho a la salud

Los adultos mayores, tiene características y necesidades particulares, así como mayor grado de vulnerabilidad en comparación a los usuarios tradicionales de los sistemas de salud. Los problemas de salud de las personas en Vejez están condicionados por diversas situaciones y trastornos al interior de la familia. (78)

Una de las situaciones a las que se ven enfrentados los adultos mayores son las barreras de acceso a servicios de salud. El ejercicio del derecho a la salud se ve vulnerado permanentemente por situaciones como son la disponibilidad de medicamentos de alto costo y los tramites que implica la gestión de sus autorizaciones (77). Existen barreras de acceso que comprenden aspectos geográficos, ya que para el año 2012 no se contaba con un punto de atención en salud del Hospital, de manera que cuando se remitía a una persona a algún centro de atención de la Localidad Rafael Uribe Uribe surgía la limitante económica. (62)

Otra barrera para el acceso a servicios de salud es la infraestructura física de los centros de salud, que afectan el desplazamiento tanto para la entrega de medicamentos como la obtención de citas médicas, esta problemática se ve marcada mayormente por la discapacidad física que se presenta en el 49.5% de la las personas de esta etapa de ciclo (49).

Existen otras barreras de tipo administrativo, como el cambio de EPSs en los regímenes subsidiados; barreras de tipo informativo que agudizan la evolución de enfermedades,

pues en las consultas médicas no se ofrece la suficiente información con respecto al manejo general de las patologías, medicamentos (frecuencia y dosis pertinente). (77)

A nivel general las barreras de acceso en salud reflejan la calidad de servicio de una institución que a su vez impactan indicadores de morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad, afectando la calidad de vida del adulto mayor.

- **Tema generador: Hacia una atención digna en servicios de salud para la persona mayor.**

La Atención Primaria de Salud (APS), se presenta como estrategia comprobada para maximizar los sistemas de salud mundiales que debe renovarse en el marco de un mundo globalizado en constante cambio; pero al mismo tiempo, como uno de los mejores escenarios para el diseño, implementación y hasta evaluación de acciones – no sólo de salud- que condicionen un envejecimiento activo y saludable (78).

Teniendo en cuenta las bondades de la atención primaria en salud, como la oportunidad de recibir atención médica domiciliaria gratuita sin condicionamiento por régimen de afiliación, se requiere ampliar la cobertura sin tener en cuenta la ubicación geográfica de sus viviendas y sin sujetar la posibilidad de atención a las metas institucionales.

Adicionalmente el programa de Atención Primaria en Salud debe fortalecerse mediante la posibilidad de que los profesionales que hacen parte del programa puedan realizar la formulación y entrega de medicamentos en casa, especialmente en esta etapa de ciclo vital.

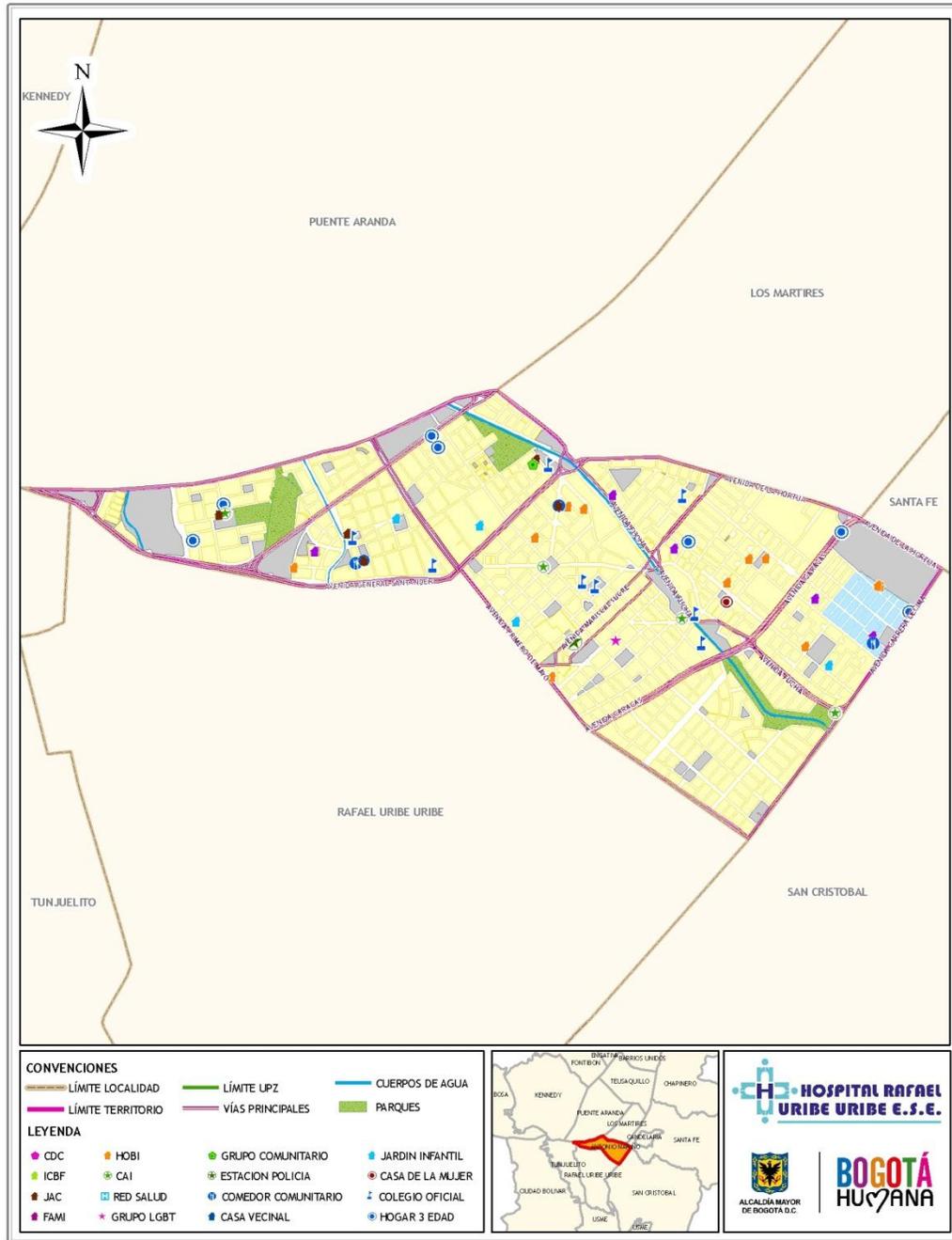
3 CAPITULO 3. ANALISIS DE RESPUESTAS

Se entiende como oferta institucional y comunitaria al conjunto de instituciones que presta un servicio a los habitantes de la localidad y que tiene por objeto impactar positivamente la vida de los ciudadanos y su relación con el entorno, así como fortalecer las relaciones de convivencia comunitaria. Dichas instituciones son especializadas, según la actividad que ejercen o el tipo de comunidad que atienden y deben distribuirse en el territorio en concordancia con las necesidades poblacionales. En la localidad 15, puede observarse una distribución más o menos dispersa de la oferta en general, con espacios sin cobertura en el microterritorio Ciudad Jardín (15-35-69-772). Los HOBI son los centros de atención más numerosos dentro de toda la localidad, concentrándose principalmente en San Antonio (15-38-70-773), Restrepo (15-38-70-775) y San Juan de Dios (15-35-69-771).

La localidad Antonio Nariño cuenta con 11 colegios oficiales y 56 instituciones no oficiales de educación, dentro de las cuales se cuentan: Universidades, Institutos y establecimientos de educación especial. Cuenta además con 371 instituciones privadas de servicios de salud como laboratorios, consultorios médicos y privados, sólo se cuenta con 53 equipamientos de bienestar social como son Jardines sociales e infantiles y hogares comunitarios. (Ver mapa 3)

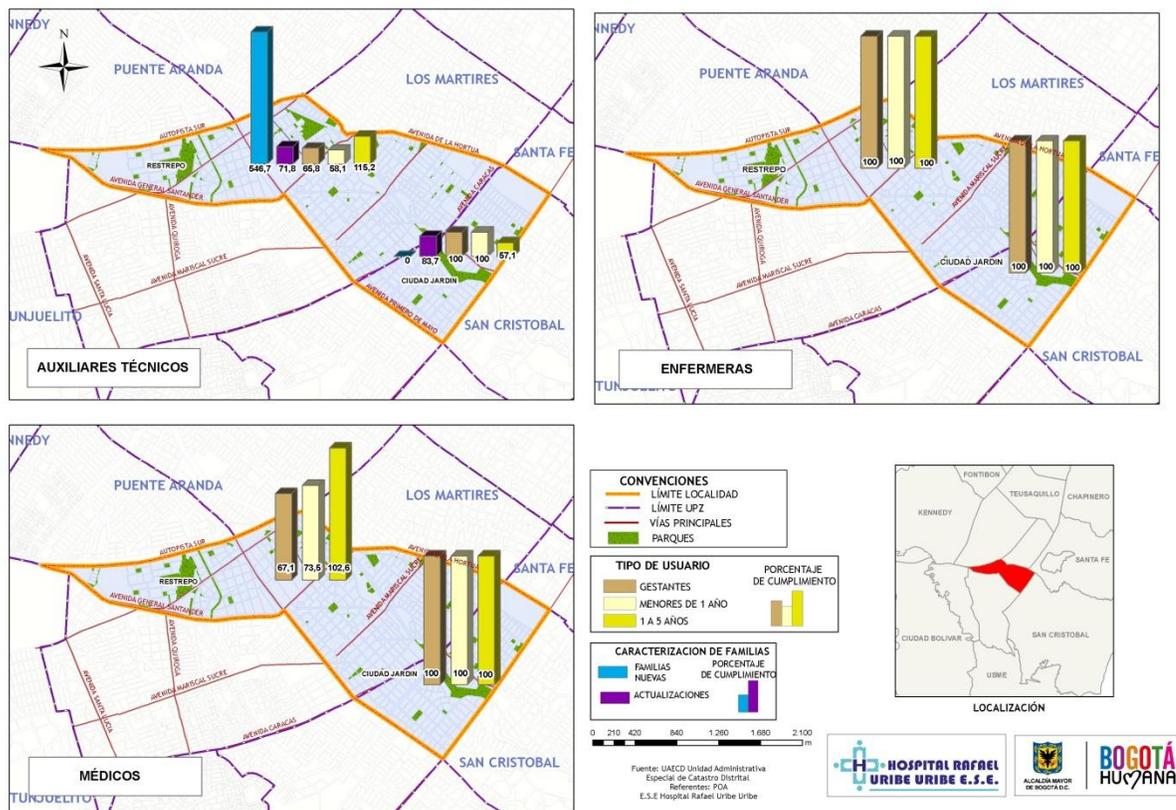
De acuerdo a la información anterior se podría deducir que la oferta institucional que atiende la problemática los núcleos mencionados en el capítulo anterior es baja, por otro lado existen dificultades en la recolección de información de respuesta, debido a la periodicidad con la que se construye el diagnóstico y a la rotación de personal en las diferentes instituciones, por otro lado algunas instituciones cuentan con políticas de manejo de información limitadas y trámites administrativos desgastantes, por lo cual la disponibilidad de los datos es mínima aun cuando se realizó un ejercicio de articulación en los diferentes espacios locales con apoyo de los equipos de Gestión de Políticas y Programas del Hospital.

Mapa 3. Oferta institucional y comunitaria. Localidad Antonio Nariño. 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases cartográficas de la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital (UAECD), Bases de datos Hospital Rafael Uribe Uribe

Mapa 4. Cobertura de acciones en Salud Pública. Localidad Antonio Nariño. 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases cartográficas de la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital (UAECED), Datos de referencia POA 2012

Entendiendo la salud pública como la disciplina que se hace cargo de la protección de la salud a nivel poblacional y cuyo objetivo principal es tomar medidas que incidan directamente en la prevención, control y erradicación de enfermedades, para finalmente conseguir condiciones de mejora de la salud de la población, las acciones primarias de ésta se relacionan con el conocimiento claro y detallado de la población que habita el área de estudio, en este caso la localidad. Para la identificación y caracterización de las familias que habitan en Antonio Nariño, se utilizan tres tipos de equipos de respuesta, cada uno de los cuales recogen y procesa información sobre dicha población. Los objetivos de cada equipo varían y se determinan a partir de los censos oficiales sobre el área de acción.

El equipo de auxiliares técnicos excedió las metas de caracterización de familias y niños entre 1 y 5 años en la UPZ Restrepo, reflejados en los altos porcentajes de cumplimiento. Por otro lado, la actualización de la información de las familias y la caracterización de gestantes y menores de 1 año, dentro de esta UPZ fue por debajo de

la meta. Este mismo equipo no caracterizó familias nuevas en la UPZ Ciudad Jardín, esto puede darse quizás porque las caracterizaciones en este aspecto, ya están completas. En Ciudad Jardín, las metas de caracterización de gestantes y menores de 1 año están completas, en tanto que las restantes caracterizaciones están por debajo de la meta propuesta. (Ver mapa 4)

3.1 CICLO VITAL INFANCIA

3.1.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.

La etapa de ciclo vital infancia en la Localidad Antonio Nariño en 2012 se vio afectada por condiciones medio ambientales que fueron generadoras del deterioro de la calidad de vida de niños y niñas. La morbilidad y la mortalidad por trastornos respiratorios ocuparon un lugar en las causas de consulta externa, por urgencia y por hospitalizaciones, como se mencionó en el capítulo II.

Otra problemática es la presencia de familias en hacinamiento (60), lo cual sumado a la ausencia de padres o cuidadores de niños y niñas por situaciones laborales (61), dio como resultado la exposición de éstos a riesgos físicos que ponen en peligro su bienestar.

Las enfermedades transmitidas por vectores fueron ocasionadas por la construcción de viviendas cerca de rondas y canales en donde prolifera la aparición de mosquitos, roedores y aves carroñeras. La tenencia inadecuada de mascotas aumenta el riesgo de adquirir enfermedades zoonóticas (61) principalmente por animales potencialmente transmisores de rabia como perros y gatos. Las inadecuadas prácticas de higiene y de cuidado de las enfermedades dieron origen a la aparición de brotes, principalmente de varicela y de ESI IRAG como se referenció en el capítulo anterior.

A fin de contribuir con la solución a estas problemáticas a nivel local se implementaron intervenciones orientadas a resolver dificultades en aspectos de salud, recreación, educación, familia, entre otros; para ello existen en la localidad varias instituciones y organizaciones comunitarias entre las cuales están la Subdirección Local de Integración

Social, el Hospital Rafael Uribe Uribe, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Alcaldía local, ONGs y fundaciones.

Desde el Hospital Rafael Uribe Uribe se realizó la articulación de las actividades extramurales con el área asistencial a fin de garantizar la efectividad de las canalizaciones hacia los centros de atención, de igual manera se apoyó las intervenciones con las actividades específicas de los ámbitos.

Paralelamente se articularon acciones con el componente de medio ambiente a través del desarrollo de intervenciones del Programa Territorios Saludables y se fortaleció el componente de canalizaciones con las acciones de Vigilancia en Salud Pública.

La prestación de servicios de salud desde los centros de atención y la consecuente identificación de procesos mórbidos y cobertura, se realizó teniendo en cuenta la condición de aseguramiento de la población de la localidad. En Antonio Nariño se reportó que el 90,2 % de la población se encontraba afiliada, frente a 9,4 % que no lo estuvo; esta situación indica inicialmente el déficit en las coberturas de seguridad social de salud. El 71,7% de los habitantes de la localidad se encontraban afiliados al régimen contributivo y 23,9% al régimen subsidiado, en este régimen se ubican algunas personas que viven en condiciones precarias y de acuerdo la encuesta han sido clasificados en una categoría que exige copagos que no están en la capacidad de pagar, generando barreras en el acceso a los servicios de salud, pese a esto, en la esfera nacional no se han observado grandes esfuerzos en el abordaje de sus determinantes sociales; de los 30.499 hogares de la Localidad Antonio Nariño en 2012 el 3,4% se encontraba en pobreza por NBI, y posiblemente esta proporción de la población hizo parte de aquellos no afiliados o de aquellos sisbenizados (28).

Por otro lado, el modelo de salud actual sugiere inequidades en el acceso a Los servicios de salud debido a la tramitología e inoportunidad en la atención y detección temprana de la enfermedad; cabe resaltar que a pesar de que solo un 23,9% de la población de la localidad se encontraba afiliada a régimen subsidiado es muy posible que su IPS de atención no se encontrara en la localidad lo cual además genera una barrera geográfica.

La política de salud distrital consiente de la necesidad de eliminar las barreras de acceso a servicios de salud sin la limitante del régimen de afiliación, estableció la operación del Programa Territorios Saludables con enfoque de Atención Primaria en

Salud desde las ESE, aportando en la prevención de la aparición de enfermedades y fortaleciendo procesos de promoción de la salud. Poco a poco, este programa se fue extendiendo y logrando una mayor cobertura en la localidad, para el año 2012 se encontraban caracterizadas 5765 familias correspondientes a 16018 individuos, de los cuales 3043 eran niños lo que equivale a un 12% de cobertura desde el ámbito familiar, adicionalmente cubrió en promedio un 7% de la población infantil con las intervenciones desde el ámbito escolar. La integralidad del programa incluye la orientación a los niños, niñas y a sus cuidadores frente al cuidado y manejo adecuado de enfermedades que eviten el contagio a otros miembros de la comunidad. (60)

Frente a la problemáticas de tenencia inadecuada de mascotas, desde los Territorios Ambientalmente Saludables se realizan actividades de promoción de tenencia adecuada de animales en los ámbitos comunitario, escolar y familiar.

Desde la estrategia Vivienda Saludable se sensibilizó a familias de la localidad que tenían en su casa mascotas o animales, sobre temas relacionados con la tenencia adecuada y los riesgos de transmisión de enfermedades compartidas. Este tema fue también, ampliamente demandado por la comunidad en general en las demás intervenciones. En las sesiones de los grupos de Monitores Ambientales Comunitarios se capacito además en la normatividad vigente, aplicable a la tenencia de animales en zona urbana. En 2012 se realizaron 30 actividades educativas y de sensibilización en tenencia adecuada de animales, 74 esterilizaciones caninas, 97 esterilizaciones felinas, 710 vacunas en felinos y caninos y 155 personas sensibilizadas sobre tenencia adecuada de mascotas y enfermedades compartidas (79).

La problemática por presencia de vectores en la localidad 15, se atendió en algunos focos con actividades de desratización y desinsectación. La ESE Hospital Rafael Uribe mediante el componente de Vigilancia Sanitaria y Ambiental ofreció el servicio de control de vectores en áreas de acceso público, previa solicitud escrita por parte de la comunidad o canalización por parte de los funcionarios que operan en los territorios.

Desde el componente de Vigilancia Sanitaria se realiza la Inspección, vigilancia y control a establecimientos sobre el manejo adecuado de alimentos, aunque no todos los establecimientos obtienen concepto favorable.

Desde Gestión de la Salud Ambiental (GESA), se realizó apoyo a varias campañas de recuperación de puntos críticos, a través de la articulación de las acciones de los sectores que tienen competencia en la atención de esta problemática. En este sentido se coordinaron acciones conjuntas entre la EAAB, Lime y el Hospital Rafael Uribe Uribe, para la intervención del punto crítico de la Valvanera, en el canal Fucha, en donde adicionalmente se observó disposición inadecuada de residuos sólidos (79).

Con relación a la prevención de enfermedades en la infancia, desde el Plan Ampliado de Inmunizaciones se alcanzó coberturas del 95,6% para Triple Viral y de 91% para Polio en población menor de un año y según monitoreo rápido de coberturas se logró una proporción mayor al 95%. Para el 2012 se contribuyó al cubrimiento de la población infantil a través de las jornadas de vacunación, fortaleciendo el seguimiento en las coberturas, realizando soporte técnico en las diferentes IPS y brindando información oportuna de cubrimiento y vacunación a la población por etapa de ciclo vital. Estas acciones en salud tuvieron un avance significativo ya que en lo corrido de los últimos años se ha disminuido la mortalidad infantil y en menores de 5 años, sin embargo fue de especial preocupación el comportamiento de la mortalidad perinatal, lo cual merece especial atención. Sin embargo, la cobertura para la población gestante es baja y en ocasiones se relaciona con aquellos factores culturales que generan barreras para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (44).

3.1.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones sociales y culturales que inciden en la generación de diferentes tipos de violencia en los niños y niñas de la Localidad.

Las problemáticas en esta etapa no estuvieron relacionadas únicamente con la salud sino también con aspectos sociales de la población, si bien existen múltiples programas sociales desde la Alcaldía y el Gobierno Distrital, estos confluyen en aportar en la reducción de las carencias derivadas de las deficientes condiciones socioeconómicas de la población y ofrecen programas asistenciales, como son jardines infantiles (que ofrecen tres comidas al día), bonos alimentarios, comedores comunitarios y escolares y fundaciones, que aunque mitigan problemáticas específicas para el ciclo vital no son soluciones contundentes a una problemática más grave.

Es importante tener claro que si no cambian las estructuras familiares existentes en los hogares, problemas de desempleo de los padres, maltrato en las familias, familias

disfuncionales, desplazamiento por el conflicto armado interno, no será viable un resultado positivo directamente en la calidad de vida de los menores.

En la localidad durante 2012 de acuerdo al Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil (SIVIM), la etapa de ciclo vital infancia ocupó el primer lugar en la notificación siendo la violencia emocional y la negligencia los eventos más reportados con un 43% y 24,7% respectivamente, tal como se mencionó en el capítulo uno.

Una forma de visualizar las actitudes negligentes de los padres que permanecen ausentes o dejan el cuidado de sus hijos a terceros fueron los deficientes estados nutricionales; en 2012 el 16.3% de los niños menores de 10 años fueron diagnosticados en desnutrición crónica y el 15,1% en sobrepeso. De igual manera la presencia de problemas de salud oral evidencia la deficiencia en las prácticas de cuidado hacia los niños, en 2012 el 28% de la notificación correspondió a la etapa de ciclo vital infancia. Otra forma de violencia hacia los niños y niñas es el sometimiento al trabajo, en donde son expuestos a prácticas violentas, desescolarización y problemas de salud.

Otra situación que determinó problemáticas en los menores fue el hecho de tener madres jóvenes, factores que afectan la salud sexual y reproductiva estuvieron vinculados a debilidades en la gestión de los servicios de salud, que se tradujeron principalmente en deficiencias en la calidad de la atención y barreras de acceso de tipo administrativo-contractual, que conllevaron a la fragmentación en la atención con pérdida en la integralidad y continuidad del servicio prestado. Así mismo la falta de unificación de criterios en la interpretación de las normas, y el cambio constante de los profesionales que prestaban el servicio de salud sexual y reproductiva en la institución, la no generación de espacios de capacitación a los trabajadores de área asistencial y la no continuidad de los procesos por la alta rotación de los directivos que toman las decisiones para el fortalecimiento de las dificultades, afectaron la calidad de los servicios en la institución.

Se visualizó desde la red materno infantil la falta de articulación oportuna para el mejoramiento de la información frente al cuidado de la mujer gestante y su familia con los diferentes líderes comunitarios, aun cuando se evidenció solo focalizada la atención de la gestante lo cual deja de lado los demás grupos poblacionales.

Frente a los casos de violencia, desde el SIVIM se dio atención al 100% de los casos notificados, sin embargo no se logró dar cumplimiento a los tiempos de respuesta establecidos desde la Secretaría Distrital de Salud, debido a la alta notificación de casos frente al talento humano disponible para esta labor.

Con relación al trabajo infantil, se encontraron precarias condiciones económicas y factores de alto riesgo psicosocial para los niños y niñas, entre los cuales se describen: atención a público, combinar jornadas laborales con escolares, humillación, malos tratos por parte de empleadores y asumir responsabilidades que no son propias para la edad. Para atender estas situaciones, solo se contó con intervención a familias por psicólogo de 2 horas por parte del Hospital Rafael Uribe Uribe y por la Subdirección de Integración Social (SIS) se intervinieron algunos grupos que no alcanzaron a cubrir al 100% de población canalizada.

Del total de niños y niñas trabajadores se logró la desvinculación de un 70%, quienes fueron intervenidos a través de un ejercicio permanente de sensibilización con las familias, parientes, cuidadores y empleadores, con el objeto restituir los derechos de la infancia, generando procesos de reflexión y sensibilización frente a por qué un niño debe dedicarse a estudiar y desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan desempeñarse óptimamente en el espacio escolar, familiar y con su red de amigos o sus espacios lúdicos y no en el espacio laboral. El 30% de la no efectividad de la desvinculación, según seguimiento realizado por los técnicos de salud ocupacional, se atribuyó de acuerdo a lo manifestado por las familias, a no contar con espacios de ocupación del tiempo libre y tampoco donde dejar a sus hijos e hijas seguros mientras laboran. (79)

Por otro lado desde la respuesta del ICBF, la labor realizada desde los Hogares Comunitarios Familia, Mujer e Infancia (FAMI) parte de la atención en diversas actividades en corresponsabilidad entre la familia, la comunidad y el estado, brinda atención a gestantes, madres lactantes y menores de 2 años, para consolidar los vínculos afectivos que apoyan el desarrollo de los niños y niñas, la promoción de prácticas de crianza adecuada, la prevención del maltrato infantil y el fortalecimiento de la responsabilidad de los padres en la formación y cuidado de los hijos (80); la cobertura de este programa en la Localidad Antonio Nariño es baja, ya que se cuenta solo con 5 FAMIS que atienden entre 12 y 15 familias cada uno, además sólo cuentan

con 80 horas mensuales de actividad, las cuales no son suficientes para hacer seguimiento a cada menor y su Familia.

Dentro del proyecto de atención Integral a la primera Infancia desde los ámbitos Familiar e Institucional se cuenta con equipos interdisciplinarios conformados por maestros, psicosociales, nutricionistas, Talleristas y trabajadores sociales con el fin de hacer acompañamientos en educación, nutrición, salud cultura y la parte psicosocial, sin embargo en la Localidad existen 3 jardines de este tipo los cuales cuentan con 1 profesional de psicología para los 3 jardines y por cada 50 niños destinan 5 horas mensuales. (81) (82)

3.2 CICLO VITAL ADOLESCENCIA

3.2.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Embarazo en adolescentes de la localidad Antonio Nariño determinado por condiciones educativas, familiares y personales.

El embarazo durante la adolescencia tiene gran impacto en el desarrollo del país, especialmente por sus implicaciones en la deserción escolar; es así como entre el 20% y el 45% de adolescentes que dejan de asistir a la escuela, lo hacen en razón a su paternidad o maternidad, (83) con lo que se favorecen los círculos de la pobreza, dado que los embarazos tempranos no deseados en ausencia de redes sociales de apoyo, dificultan las oportunidades de desarrollo personal y el fortalecimiento de capacidades, limitan el acceso a oportunidades económicas y sociales e inciden en forma negativa sobre la conformación de hogares entre parejas sin suficiente autonomía e independencia económica para asumir la responsabilidad derivada y el fortalecimiento individual y familiar (57).

Durante 2012 en la localidad Antonio Nariño el 15% de los nacimientos fueron fruto de madres adolescentes entre 15 y 19 años y el 0,5% en niñas menores de 14 años. Los riesgos en salud de una gestante adolescente son mayores con relación a una mujer madura, es así como en 2012 se atendieron 6 casos de hospitalizaciones en gestantes, 4 por partos espontáneos y 7 por otras causas relacionadas con el embarazo como ya se mencionó.

Los embarazos no deseados o no planeados, están directamente relacionados con el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y al uso inadecuado de ellos, pese a

los programas de planificación familiar, servicios de salud colectiva y demás estrategias que se han llevado a cabo. La baja oferta de campañas informativas y preventivas que oriente una vida sexual responsable no se ajusta a las necesidades de los adolescentes. Es conocida la barrera cultural frente a la consejería en temáticas en salud reproductiva, a lo que se suma la falta de sensibilización del personal de salud para la atención de los adolescentes, teniendo en cuenta las características propias de este grupo poblacional (79).

El Hospital Rafael Uribe Uribe desarrolló estrategias como los servicios amigables, que busco la vinculación de adolescentes en programas de salud sexual y reproductiva, sin embargo, como se mencionaba anteriormente, no siempre la población de la localidad asiste a los centros de salud de la ESE por pertenecer al régimen contributivo. Por otro lado existieron otras barreras como las distancias geográficas, el pago de cuota moderadora o simplemente la no asignación oportuna de citas.

Otra forma que logró orientar a los adolescentes fue por medio de intervención en casa, no obstante, el abordaje con la familia en ocasiones generó barreras por parte de los adolescentes, debido a que no les interesa que sus familias conozcan de su vida sexual (79).

Para favorecer la toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es necesario hablar de sexualidad, medidas de prevención y de autocuidado de manera integral, hablar de conductas de riesgo y de anticonceptivos, de embarazos no planeados y de relaciones de pareja, de los derechos que tiene todo adolescente de decidir en qué momento y con quién tener relaciones sexuales, del derecho a manifestar su opinión y del derecho a estar bien informado y a recibir atención profesional en áreas que afecten su sexualidad y su reproducción, pero esto en ocasiones no se da adecuadamente debido a la falta de unificación de criterios de todos los profesionales de la salud (84).

Por otro lado los adolescentes aprenden a pensar de manera abstracta, lo que les permite planificar su futuro. Es normal que los adolescentes experimenten y tomen riesgos, ya que es parte de un proceso que les permite tomar decisiones; los adolescentes están influenciados tanto de manera positiva como negativa por sus pares, a quienes respetan y admiran, en estas situaciones es cuando los adultos juegan un rol importante, ya que pueden ayudar a los adolescentes a evaluar las

consecuencias de sus conductas (particularmente las conductas que les permiten identificar opciones), sin embargo se encuentran debilidades en el abordaje a los núcleos familiares que fomenten la influencia de al menos un adulto con carácter positivo en la familia lo cual puede generar factores que sirven para su protección durante este período de desarrollo y puede ayudar a enfrentarse al estrés y desarrollar resistencia, por lo contrario la familia ejerce un papel de represión y de autoridad que no apoya la formación del proyecto de vida del adolescente (85).

La secretaría de Educación por medio de algunos colegios, realizaron intervenciones en esta temática, pero se abordaron de manera muy general debido a la disponibilidad de tiempo que brindaron las instituciones para estos espacios. (79)

En el Hospital se lleva a cabo el Programa bebe piénsalo bien que es un proyecto integral de Salud Sexual y Reproductiva con adolescentes escolarizados que brinda educación en cuanto al proyecto de vida para la prevención del embarazo en adolescentes por medio de un simulado de bebe que invita a los adolescentes hombres y mujeres para que durante un fin de semana vivan la experiencia de ser padres y las implicaciones que esto trae, sin embargo las unidades de bebés disponibles son reducidas al igual que el número de colegios donde se lleva a cabo el proyecto.

Existen otras Instituciones que abordan el Embarazo en adolescentes pero su labor principal consiste en tratar de mitigar las consecuencias sociales de esta problemática, entre estas se encuentran la Secretaría Distrital de Integración social (SDIS), ICBF y la Alcaldía con apoyos económicos que buscan suplir la canasta básica de alimentos.

3.2.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: El consumo de SPA en la localidad Antonio Nariño deteriora las relaciones sociales de los y las adolescentes y está determinado por condiciones socio-económicas, familiares y educativas en la comunidad.

El consumo de sustancias psicoactivas en ocasiones se da por la presión social, la exposición, el entorno, la disfuncionalidad en las familias, la pérdida de los valores y disciplina, los débiles niveles de comunicación, abandono por parte de los padres asociado al aspecto laboral, negligencia no intencional, condiciones de vulnerabilidad, las necesidades básicas insatisfechas, pobreza, la falta de espacios familiares, baja autoestima, inseguridad, las redes de microtráfico presentes en los colegios, parques y barrios de la localidad, y una legislación débil frente a esta problemática.

Tal como se mencionó en el capítulo anterior esta etapa de ciclo representa el 66,7% de los consumidores de SPA de acuerdo al sistema de vigilancia de sustancias psicoactivas.

Desde la Alcaldía Local, el Hospital Rafael Uribe Uribe y el Instituto Distrital para la protección de la Niñez y Juventud (IDIPRON) se llevó a cabo acciones para contrarrestar este flagelo, la respuesta terapéutica es muy frágil y no aborda de raíz la problemática en el adolescente, hace falta mayor apropiación por parte de los profesionales de la salud, menos discriminación, y mejores vínculos familiares, para ello es preciso evaluar cuál ha sido la articulación interinstitucional, porque al parecer el impacto no se denota, las estrategias por si solas no solucionan la problemática, porque como bien se sabe depende además de determinantes estructurales, como la violencia, el narcotráfico y los grupos armados, entre otros.

Desde la Secretaria de Salud se implementó la Estrategia artistas por la salud que por medio de Obras de teatro trata temáticas de mitigación del consumo de SPA, buen trato y salud.

Hacia los adolescentes se dirigen varias intervenciones pero muchas no tienen el impacto deseado o no responden a las necesidades de ellos, ni contienen los enfoques adecuados para abordar las temáticas con esta población. No existe una verdadera priorización de las intervenciones lo que incurre en gasto innecesario de recursos, metodologías inadecuadas y por ende deserción de los procesos por parte de los adolescentes.

3.3 CICLO VITAL JUVENTUD

3.3.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Calidad en las relaciones familiares determinan el consumo de Sustancia Psicoactivas (SPA) y el deterioro de la salud mental en la etapa de ciclo vital juventud.

Los jóvenes tal vez son el grupo poblacional con mayor dificultad de abordaje, sin embargo no se debe desconocer que sufren problemáticas importantes; para intentar subsanar algunos factores de riesgo que conllevan a éstas existen variedad de

intervenciones pero debido a barreras de tiempo y culturales no alcanzan la cobertura esperada.

Dentro de los problemas que afectan a la juventud de la Localidad Antonio Nariño se encuentran los relacionados con la salud mental. En 2012 el reporte de casos de violencia emocional en las dos UPZ de la localidad superó el 50% del total de las violencias. En este mismo año el 21% de los casos de conducta suicida se presentó en esta etapa de ciclo siendo el intento suicida el que se presentó en mayor porcentaje, tal como se mencionó en el capítulo uno. Una situación que se relaciona la problemática de violencias fue el consumo de SPA que se favorece por la presencia de zonas de rumba y de moteles, que en conjunto, pudieron generar situaciones propicias para la transmisión de ETS.

Respecto a la atención de casos de violencia notificados al SIVIM se observó que la cobertura es baja, teniendo en cuenta la cantidad de población existente en la localidad y la demanda de estos eventos por el aumento de violencias, abuso sexual, consumo de spa y conducta suicida; sin embargo no solo la parte terapéutica es suficiente; debido al contexto en el que se desenvuelve cotidianamente este grupo de población, se hace necesario identificar factores de riesgo y avanzar hacia la prevención y no estancar el proceso en actividades resolutivas, por lo anterior se considera que la respuesta no es acorde a las necesidades de la etapa de ciclo.

Se ha identificado que los esquemas de seguimiento no son los adecuados en todas las situaciones, ya que cada problemática es distinta, además la cobertura de atención es muy baja debido a la poca contratación de profesionales para este proceso; por otro lado la dinámica de articulación intersectorial es tardía y el proceso de notificación se hace lento por lo cual en ocasiones no se alcanza a atender los casos.

Las barreras culturales ejercen una presión en la efectividad de las acciones, por ejemplo, en el caso de la consulta psicológica es probable que los usuarios no asistan debido a la percepción negativa que se tiene con respecto a la utilidad del servicio, o simplemente por una concepción errónea en donde se cree que al psicólogo debe asistir las personas con alteraciones mentales.

Debido a que el entorno familiar de los jóvenes en algunos casos es disfuncional y sus padres carecen de tiempo para el acompañamiento y educación a los y las jóvenes, el

desarrollo del proyecto de vida en ocasiones no es adecuado, además cuentan con influencia de sus pares, que en ocasiones no es positivo; no existen programas que trabajen en la reconstrucción de lazos familiares en la familia.

En relación a la atención de promoción y prevención debido a que los jóvenes no reconocen la importancia del programa de territorios saludables, se hace difícil la intervención, posiblemente porque no reconocen la relación salud - enfermedad (79).

El Instituto Distrital para la protección de la niñez y juventud IDIPRON cuenta con un modelo de intervención para la inclusión social de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de y en la calle para la restitución de sus derechos, tiene un componente terapéutico que además de reorientar acciones a la reconstrucción de procesos vitales, restitución de vínculos y elaboración de duelos, desarrolla actividades de prevención, mitigación y rehabilitación del uso y abuso de SPA. (86)

En la localidad 15 Existe la Casa de la Juventud, que es un espacio de encuentro y diálogo de saberes, talleres, procesos de formación, empoderamiento y expresión juvenil e intergeneracional, además constituye un escenario de participación y procesos juveniles, desde donde los lineamientos del proyecto de la SDIS “Jóvenes visibles y con derechos”, se evidencia la articulación de los y las jóvenes con las localidades y se desarrollan procesos de promoción en alternativas de prevención en consumo de sustancias psicoactivas, acompañamiento a las iniciativas sociales y el fomento de iniciativas de emprendimiento, promoción y producción cultural y artística; sin embargo la entrada de funcionamiento de esta casa es reciente por lo cual existen aún jóvenes que no conocen la iniciativa. (87)

3.3.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Escasas oportunidades laborales y educativas determinan la inclusión de los jóvenes en el sector del empleo informal vulnerando sus derechos laborales

En Antonio Nariño el trabajo informal en los jóvenes es una variable importante. En 2012 se caracterizó a 136 trabajadores de 60 unidades de trabajo informal en donde se logró identificar que el acceso al sistema educativo para los jóvenes es deficiente, teniendo en cuenta que menos de la mitad (42%) cuentan con secundaria y que solo el 1% contaba con nivel universitario. De igual manera, esta caracterización permitió observar la falta de oportunidades de acceder a un trabajo digno, por cuanto más de la mitad de las personas caracterizadas eran operarios (59%), ganaban el salario mínimo

o menos, no contaban con estabilidad laboral ya que la mitad de las personas trabajaban sin contrato y en horarios de más de 10 horas diarias, con descansos de medio día a la semana, tal como se mencionó en el capítulo anterior (73).

A fin de contribuir en la solución a esta problemática, desde el Hospital Rafael Uribe Uribe con el programa territorios saludables, se realizaron asesorías a los establecimientos en donde se ubicaron trabajadores informales, para dar recomendaciones orientadas a la prevención de riesgos a nivel ocupacional dependiendo de la actividad económica que se desarrollaba. En cada una de las intervenciones, se sensibilizó la importancia del cuidado de la salud en el trabajo y de la asistencia a los servicios médicos, sin embargo, la cobertura no es suficiente para abordar las Unidades de trabajo Informal existentes en el territorio. Por otro lado no existe una política seria que proteja el trabajo digno en esta etapa de ciclo vital.

Resultado de los acompañamientos realizados a las UTI's, se identificó que los empleadores y trabajadores cumplieron en la mayoría de la Unidades un 80% del plan de trabajo establecido, lo cual se reflejó en la instauración de procesos de cambio y la concientización de trabajadores y trabajadoras frente a la relación existente en el tema de salud y trabajo, manifestándose a través del uso permanente y adecuado de los elementos de protección personal, en las actividades desarrolladas para mitigar y disminuir el riesgo de aparición de enfermedades ocupacionales o accidentes laborales (79).

La Alcaldía Local de Antonio Nariño y la Casa de la Juventud, llevan a cabo programas con el fin de fomentar iniciativas de emprendimiento y proyectos productivos sin embargo los recursos destinados no son suficientes para la demanda de necesidades en esta población.

En la localidad Antonio Nariño solo se cuenta con acceso a una universidad (Universidad Abierta y a Distancia-UNAD) y el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), la demanda de cupos para el SENA es alta y no cubre las necesidades del total de la población juvenil, por otro lado la UNAD tienen costos altos a los cuales muchos jóvenes no tienen acceso, lo que impide una formación de mayor nivel que se traduce en menores oportunidades para un trabajo digno.

3.4 CICLO VITAL ADULTEZ

3.4.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Factores económicos y laborales que inciden en el desarrollo humano de las y los adultos afectando su salud y calidad de vida así como la de sus familias.

Las principales problemáticas que afectan a esta etapa de ciclo vital son las que tienen que ver con aspectos laborales y por ende económicos. Como se mencionó en el capítulo anterior el aumento del desempleo de la población adulta se enmascara con el trabajo informal. Las condiciones laborales de los adultos fueron similares a los de la población joven en donde se presentó baja estabilidad laboral, baja remuneración por el trabajo a cambio de amplias jornadas laborales, lo que tiene como consecuencia dificultades para cubrir sus necesidades y la de sus familias. De acuerdo a la información de la caracterización de trabajadores informales desde SIVISTRA, el 99% no aporta al sistema pensional y el 100% no contaba con ARL.

Este grupo poblacional es quizá el que se vio más afectado por las dinámicas sociales, el desempleo, la economía informal y las condiciones socioeconómicas en general; por ende las intervenciones deberían estar enfocadas a atender aquellos factores de riesgos y consecuencias de estas dinámicas, sin embargo desde el Hospital Rafael Uribe Uribe las intervenciones solo aportaron a la prevención y promoción en salud desde el componente psicosocial, ocupacional y de salud en general.

La informalidad laboral afecta la afiliación a un sistema de seguridad social, y para aquellos que cuentan con afiliación de tipo subsidiado, existen barreras administrativas y contractuales al momento de gestionar la asignación de citas ya que todas las IPS de la localidad no contratan todos los paquetes de salud del POS, además existen cambios en las IPS primarias, problemas de afiliación (en casos donde el adulto pasa tener régimen de salud contributivo a subsidiado) y traslados desde otras ciudades.

En esta misma dinámica, desde la ESE Rafael Uribe Uribe se identificó baja cobertura tanto en actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), porque la prioridad de atención se encuentra centrada en la etapa de ciclo primera Infancia y Vejez. Por otro lado vale la pena mencionar que las metas desde el plan de intervenciones colectivas tampoco permiten cubrir toda la demanda de atención (79).

Con relación al servicio que se oferta desde La casa de Igualdad de Oportunidades para la Mujer de la localidad Antonio Nariño, en el 2012 no se brindó atención, lo cual ocasionó que no se realizara asesoría en cuanto a las violencias, atención legal, laboral y psicológica a las mujeres de la localidad. (79)

3.4.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Hábitos de consumo y estilos de vida que afectan el estado nutricional, la salud mental y la salud sexual de los adultos de la localidad Antonio Nariño.

Otras de las problemáticas presentes en la población adulta están relacionadas con el autocuidado, los inadecuados hábitos de alimentación y la falta de actividad física se convierten en factores de riesgo para la ocurrencia de enfermedades isquémicas del corazón, las cuales en 2012 fueron la primera causa de mortalidad general específica como ya se mencionó.

Por otro lado los hábitos sexuales y la presencia de sitios de actividad nocturna, tales como bares y moteles favorecen actividades como prostitución, consumo de alcohol y SPA que ponen en riesgo la salud. En 2012 la etapa de ciclo adultez ocupó el primer lugar en el reporte de casos de hepatitis B, VIH, hepatitis C y sífilis congénita como ya se mencionó en el capítulo 2.

Respecto a la atención en salud para la población adulta, existen debilidades ya sea desde el régimen contributivo o subsidiado para la atención y seguimiento a pacientes con ETS, no son claros los procesos diagnósticos y por ende se inician los tratamientos de forma tardía. Adicionalmente se conservan tabús alrededor de las personas que portan las enfermedades. (88)

Con relación a la atención y canalización de eventos de salud desde el Programa Territorios Saludables, a 2012 no se había cubierto a toda la población de la localidad ya que se encontraba en proceso de caracterización de las familias, sin embargo, se identificó dificultades para acceder a las familias porque estaban trabajando.

Las brechas que existen para lograr de manera óptima las actividades de canalización de usuarios se relacionaron con: Fallas en la calidad del dato, por condiciones inherentes a cada persona como condición de desplazamiento, temor a ser retirados de las ayudas gubernamentales o temor a sanciones por conductas inadecuadas.

Uno de los factores que influyen en las problemáticas de salud de la población adulta son las deficientes prácticas de actividad física, recreación y deportes, lo cual no solo apoya el mantenimiento de un adecuado estado nutricional y de salud, sino a su vez mejora sus capacidades a nivel mental, cognitivo y cardiaco.

Por lo anterior como brecha identificada en este núcleo problemático se encuentra que las personas de la localidad no cuentan con espacios físicos adecuados para realizar actividad física.

3.5 ETAPA DE CICLO VEJEZ

3.5.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones de discapacidad y hábitos alimentarios en la etapa de ciclo vital vejez que agravan sus enfermedades crónicas e influyen en su desarrollo social.

El proceso de envejecimiento conlleva un incremento de las limitaciones funcionales discapacitantes que llevan a la persona mayor a depender de la atención y cuidado que le brinden sus familiares.

En 2012 la etapa vejez ocupó el primer lugar en la notificación de discapacidad, en donde las limitaciones físicas se presentaron en el 49,5%, seguida de las del sistema nervioso en un 29,7% y las de origen cardiorrespiratorio en un 8,2%, como se mencionó en el capítulo II.

La condición económica de las personas mayores es un importante factor desencadenante de problemáticas de situaciones que reflejan su baja capacidad de auto sostenimiento. El ingreso económico en algunas personas mayores se centra en la disponibilidad de una pensión que aunque no representa suficiente dinero se convierte en la principal y única fuente de ingreso; de igual manera, como fruto del trabajo de su vida, otras personas viven del ingreso económico que representa propiedades arrendadas; sin embargo no todas las personas mayores cuentan con estas posibilidades, ya que las condiciones de la ley pensional restringen a unos pocos el acceso a este beneficio, por tanto, no les es posible cubrir sus necesidades básicas (89).

Desde el Hospital Rafael Uribe se realizaron servicios de salud colectiva en cada territorio los cuales se tenían como mínimo dos grupos de adulto mayor, donde se

implementaron acciones de promoción y calidad de vida, abordando temas de enfermedades crónicas a nivel multidisciplinario, salud oral, actividad física, nutrición, entre otras.

Así mismo se cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Discapacidad que caracteriza a la población en condición de discapacidad y adulto mayor, esta caracterización permite que las personas puedan acceder a beneficios económicos del gobierno. Por otro lado se cuenta con el banco de ayudas técnicas financiado por la Alcaldía Local, sin embargo la cobertura no es suficiente de acuerdo a la cantidad de adultos que necesitan el apoyo.

Respecto a la solvencia económica y alimentaria de las personas mayores, la gestión de Secretaria Distrital de Integración Social ha permitido la asignación de Subsidio Económico para Personas Mayores, en esta Localidad el acceso al bono es rápido para los adultos mayores.

3.5.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Barreras de acceso a servicios de salud que vulneran el derecho a la salud

Las barreras de acceso en salud para los adultos mayores se enmarcan en tres aspectos específicos: geográficas, por las distancias que se deben recorrer para llegar a las IPS con el agravante de la dependencia de un cuidador para poder desplazarse en ocasiones por condiciones de discapacidad; la baja disponibilidad de medicamentos de alto costo; la oportunidad en la asignación de citas y las administrativas por los cambios de EPS en el régimen subsidiado.

En 2012 en el Hospital Rafael Uribe atendió 1127 personas de esta etapa de ciclo vital en los centros asistenciales en donde las tres primeras causas fueron hipertensión esencial con un 61,4%, hiperlipidemia mixta y dispepsia con el 3,2% cada una; no obstante se estima que la cobertura es insuficiente.

Teniendo en cuenta la necesidad de atención en salud mental para esta población por presentar problemáticas como maltrato, abandono, demencia senil, depresión, Alzheimer, Parkinson, cáncer, discapacidad, entre otras, el Hospital Rafael Uribe Uribe atendió 544 consultas durante todo el 2012 (36), la cual es un bajo número de consultas teniendo en cuenta la población de la localidad. Esta baja cobertura resulta de las

barreras de acceso ocasionadas por el régimen de afiliación en casos de ser contributivo y algunas de las personas que se encuentran en régimen subsidiado no capitán con el Hospital.

En cuanto a las sesiones de salud familiar que se realizaron desde el Programa Territorios Saludables por prioridad-discapacidad para familias nuevas y adscritas, se realizaron 117 intervenciones donde a pesar de ser un número significativo, la identificación de la población con discapacidad en el ciclo vital vejez es compleja debido a la falta de claridad del ERI acerca de la discapacidad y la canalización oportuna al ERC (90).

En el desarrollo de los cabildos se evidencia la participación activa de personas de la etapa de ciclo vital vejez en mayor porcentaje. En este espacio se plantearon las dificultades de las personas mayores para acceder los servicios de salud aunque las problemáticas planteadas son estructurales y no son de fácil respuesta ya que dependen del nivel Distrital y Nacional haciendo referencia a los atributos del SGSSS (91).

4 CAPÍTULO 4: PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES

Después de armonizar la información contenida en los capítulos anteriores, y analizando en detalle las características, dinámicas e inequidades surgidas desde algunas categorías tales como: el acceso a servicios sociales e instituciones, la interacción entre los diferentes niveles de determinantes, el perfil de salud y las características diferenciales de la vivienda y el entorno; se realizaron sesiones de trabajo con los referentes de los PDA⁹, Transversalidad, Etapas de Ciclo, Ámbitos del equipo de Gestión de Políticas y programas, con el fin de establecer los temas generadores partiendo de los núcleos problemáticos ya definidos y teniendo en cuenta Territorios más afectados, intervenciones o respuestas ofertadas por el PIC¹⁰ y otros sectores, haciendo un análisis de los déficit de atención o brechas existentes desde las que permitiera sustentar o justificar la razón de cada tema generador, los cuales se convierten en una parte fundamental, ya que estos representan ámbitos o focos de actuación, los cuales posteriormente se convierten en Propuesta integrales para la solución de las problemáticas descritas. Dichas propuestas se presentan de manera específica (por etapa de ciclo vital), en término de poblaciones a abordar, acciones e interacciones a desarrollar, que permitan dar solución o mejoren en parte la situación de calidad de vida y salud de la población en la Localidad.

4.1 RECOMENDACIONES A LAS INTERVENCIONES EXISTENTES

A continuación se presentan las recomendaciones generales propuestas en forma de acción de mejora de cada una de las intervenciones existentes que apuntan de alguna manera en la resolución de los núcleos problemáticos de cada etapa de ciclo vital, conforme lo expresado en cada tema generador.

4.1.1 ETAPA DE CICLO INFANCIA

⁹ Proyecto de Desarrollo de Autonomía.

¹⁰ Plan de Intervenciones Colectivas

NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.

Tema generador: Educación ambiental que refuerce la cultura ciudadana y comunitaria y promueva entornos saludables para toda la población.

Tabla 2. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Vivienda Saludable.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIAS	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Programa para la esterilización masiva de la población canina y felina de las localidades 15 y 18.	Fortalecer programa para la esterilización canina y felina.	Incrementar la cobertura local del programa de esterilización de mascotas caninas y felinas. Esterilizar adicionalmente, los machos caninos y felinos. Incrementar el cubrimiento de las actividades educativas sobre tenencia adecuada de animales.	Secretaria Distrital de Salud
Inspección, vigilancia y control sobre el manejo adecuado de alimentos	Fortalecer la cobertura de las actividades de sensibilización, inspección, vigilancia y control sobre el manejo adecuado de alimentos en las localidades 15 y 18	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el presupuesto de las actividades de IVC, para cubrir el 100% de los establecimiento de las localidades 15 y 18 • Garantizar la gratuidad en los cursos de manipulación de alimentos. 	Secretaria Distrital de Salud

Fuente: Unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones sociales y culturales que inciden en la generación de diferentes tipos de violencia en los niños y niñas de la Localidad.

Tema generador: Educación en Modelos positivos de pautas de Crianza que oriente a las familias en la formación de los infantes.

Tabla 3. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Infancia.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Intervención psicosocial	Consolidación de las actividades realizadas en torno a la	Trabajar de manera articulada con padres de familia, docentes y niños y niñas en la atención psicosocial.	Equipo de salud atención psicosocial, SISVECOS ¹¹
		Generar corresponsabilidad y articulación entre PIC y POS ¹² para	Equipo salud de atención psicosocial,

¹¹ Subsistema de Vigilancia de la Conducta Suicida.

	Infancia.	las respuestas frente a las canalizaciones.	SIVIM ¹³ SISVECOS
		Desde nivel central se dé una línea técnica unificada donde se le dé al PIC y al POS acciones compartidas.	Referentes distritales de salud mental psicosocial SIVIM SISVECOS
		Seguimiento desde nivel central para que se contraten acciones de salud mental.	Referentes distritales de salud mental psicosocial SIVIM, SISVECOS
		Mejoramiento de los presupuestos y tiempos de intervención para que se realice un abordaje adecuado.	Gestión Local, ERI, ERC ¹⁴
Notificación con intervención efectiva de acuerdo con las necesidades de niños niñas en relación a las violencias que se presentan.		Mayor número de talento humano que permita efectividad en las respuestas y en la oportunidad.	Gestión Local, ERI, ERC
Prevención de trabajo infantil		Abordaje a familias con niños y niñas en situación de trabajo infantil desde los equipos de respuesta inicia y de respuesta complementaria.	Gestión Local, ERI, ERC
		Hacer partícipe a las autoridades territoriales del hospital para que las acciones de los equipos ERI y ERC tengan impacto y sean realmente efectivas y tengan un seguimiento oportuno a las debilidades y aspectos a mejorar.	Gestión Local, ERI, ERC
		Capacitación con los padres de familia y cuidadores a cargo de niños desescolarizados.	Gestión Local, ERI, ERC
		Se hace necesario llegar a las poblaciones con mayor riesgo de vulnerabilidad.	Gestión Local, ERI, ERC

Fuente: Unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

4.1.2 ETAPA DE CICLO ADOLESCENCIA

NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Embarazo en adolescentes de la localidad Antonio Nariño determinado por condiciones educativas, familiares y personales.

¹² Plan Obligatorio de Salud.

¹³ Subsistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar y Maltrato.

¹⁴ Equipo de Respuesta Complementaria.

Tema generador: mejorar el apoyo familiar a los adolescentes para el planteamiento realista y logro de su proyecto de vida.

Tabla 4. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adolescencia.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Servicios amigables para adolescentes y jóvenes los cuales se apoyan en los servicios de salud colectiva, se brinda atención desde el POS para citas medica por medicina, enfermería para regulación de la fecundidad y odontología	Empoderar a los funcionarios de los centros de atención en salud de la ESE y a los equipo de salud pública frente a la apropiación e implementación de la estrategia de servicios amigables lo cual permita brindar una atención integral y diferenciada de acuerdo a las necesidades de los y las adolescentes.	Procesos de formación y sensibilización en la atención diferenciada a los adolescentes y jóvenes. Continuar con el posicionamiento de las políticas públicas en los territorios y centros de atención.	Secretaria Distrital de Salud, Hospital Rafael Uribe Uribe y Familia.
Programa bebe piénsalo bien: Proyecto integral de SSR con adolescentes escolarizados, educación en SSR proyecto de vida para prevención del embarazo en adolescentes por medio de un simulado de bebe se invita a los adolescentes hombres y mujeres para que durante un fin de semana vivan la experiencia de ser padres	Promover la articulación intrainstitucional, tanto con los referentes que manejan líneas relacionadas con la etapa de ciclo vital, como con los programas y proyectos que se dirigen a implementar acciones preventivas en SSR e involucrar a la familia en todo el proceso de aprendizaje.	Convocar un espacio institucional donde converjan todos los procesos para el abordaje, seguimiento y evaluación de los Servicios Amigables.	Secretaria Distrital de Salud, Hospital Rafael Uribe Uribe y familia.
Asesoría por parte del equipo ERI en salud para los adolescentes.	Fomentar prácticas de autocuidado, derechos sexuales y reproductivos, promoción en la construcción de proyecto de vida y reconocimiento corporal.	Dentro de las prioridades determinadas por la Secretaria Distrital de Salud debería incluirse la educación por parte del equipo ERI a los a los jóvenes y adultos, ya que el adecuado cuidado preconcepcional influirá en el embarazo posteriormente.	SSR ¹⁵ y Salud mental, Equipo ERI ¹⁶
Atención prioritaria por parte de Medicina y Enfermería en gestación.	Identificación y seguimiento a mujeres gestantes menores de 15 años	Incluir dentro de la meta a auxiliares desde el lineamiento de Secretaria Distrital de Salud el seguimiento de las gestantes adolescentes, para reducir los riesgos de morbimortalidad en ellas y sus hijos.	SSR, Salud mental, Equipo ERI.

¹⁵ Salud Sexual y Reproductiva.

¹⁶ Equipo de Respuesta Inmediata.

Fuente: Unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO: El consumo de SPA en la localidad Antonio Nariño deteriora las relaciones sociales de los y las adolescentes y está determinado por condiciones socio-económicas, familiares y educativas en la comunidad.

Tema Generador: Fortalecer redes, vínculos y participación de los adolescentes.

Tabla 5. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adolescencia.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Trabajo protegido	Integrar las acciones interinstitucionales, a partir de escenarios locales como las Redes de Buen Trato, los COLIA ¹⁷ , CLNNA ¹⁸ , MLPETI ¹⁹ , Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Consejos Locales de Discapacidad y demás espacios, en los cuales se propenda por el fortalecimiento de las acciones promocionales, preventivas y la oferta institucional para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población adolescente de la localidad.	Divulgación y promoción de la Estrategia de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes, con la finalidad de vincular a las demás instituciones desde su quehacer. Elaborar plan de trabajo intersectorial que permita dar respuesta integral a las necesidades de la población.	Secretaría Distrital de Salud, Hospital Rafael Uribe Uribe.
Asómbrate bajo el árbol de la vida. (Intervenciones del equipo de Respuesta complementaria)	Conformar grupos de apoyo de familias con integrantes adolescentes y jóvenes para el abordaje de las situaciones de consumo de SPA.	Retomar los grupos de servicios de salud colectiva y redes comunitarias para la consolidación de grupos de apoyo, en los cuales se aborden temas de prevención en el consumo de SPA.	Secretaría Distrital de Salud, Hospital Rafael Uribe Uribe y familia.
Estrategia artistas por la salud: Obras de teatro trata temáticas de mitigación del consumo de SPA, buen trato y salud	Optimizar los centros de atención en salud, haciéndolos más amigables y cercanos a las necesidades de las y los adolescentes.	Diseño de estrategia comunicativa, señalización y publicidad que generen mayor impacto y captación de la población para la vinculación a los servicios. Desarrollo de actividades	Secretaría Distrital de Salud, Hospital Rafael Uribe Uribe.

¹⁷ Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia.

¹⁸ Consejo Consultivo Local de niños, niñas y adolescentes

¹⁹ Mesa de Prevención y Erradicación de Trabajo Infantil.

sexual y reproductiva y proyecto de vida.		lúdicas dentro de los centros de atención que fortalezcan los procesos educativos en salud.	
---	--	---	--

Fuente: Unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

4.1.3 ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 1: Calidad en las relaciones familiares determinan el consumo de Sustancia Psicoactivas (SPA) y el deterioro de la salud mental en la etapa de ciclo vital juventud.

Tema generador 1: Alternativas seguras de recreación y cultura para la juventud.

Tabla 6. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Juventud.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Intervención psicosocial en la familia.	Generar corresponsabilidades con el núcleo familiar y ESE a través de procesos que permitan incidir en las problemáticas y fortalecimiento de redes de apoyo	Realizar seguimientos por parte de la ESE a los compromisos a los que llegaron con los profesionales	Familia y Hospital Rafael Uribe Uribe

Fuente: unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 2: Escasas oportunidades laborales y educativas determinan la inclusión de los jóvenes en el sector del empleo informal vulnerando sus derechos laborales.

Tema generador: empoderamiento y participación juvenil para la inclusión de derechos laborales.

Tabla 7. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Juventud.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Acciones con las Unidades de Trabajo	Implementar acciones de promoción y prevención en salud	Asesoría en temas de salud ocupacional,	Secretaría Distrital de

Informal	ocupacional.	capacitación y formación acciones preventivas y de atención.	Salud, Alcaldía local, FOPAE, Policía Nacional
Asistencia a los diferentes espacios locales (Participación social)	Fortalecimiento de la articulación intersectorial para que los resultados sean efectivos en pro de la comunidad.	Realizar ferias de servicios que sean dentro de las familias con cada una de las instituciones respondiendo a las necesidades laborales de esta población.	Instituciones y gestión local de políticas y programas

Fuente: Unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

4.1.4 ETAPA DE CICLO VITAL ADULTO

NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Factores económicos y laborales que inciden en el desarrollo humano de las y los adultos afectando su salud y calidad de vida así como la de sus familias.

Tema generador: Formación educativa a trabajadores informales en sus unidades de trabajo.

Tabla 8. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adulto.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Acciones con las Unidades de Trabajo Informal	Implementar acciones de promoción y prevención en temáticas de enfermedades laborales y riesgos laborales.	Asesoría en temas de salud ocupacional, capacitación y formación acciones preventivas y de atención.	Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía local, FOPAE, Policía Nacional
Articulación con otras instituciones	Identificación de habilidades de la población para la invitación a ferias de trabajo formal.	Vinculación de otros actores a las mesas de productividad.	Secretaría Distrital de Salud. Secretaría de Educación. IDRD, Secretaria de planeación, Alcaldía Local.

Fuente: unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Hábitos de consumo y estilos de vida que afectan el estado nutricional, la salud mental y la salud sexual de los adultos de la localidad Antonio Nariño.

Tema generador: Capacitación en pedagogía a profesionales de la salud

Tabla 9. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adultez.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Programa de actividad física desde el equipo de gestión de políticas y programas	Crear y promover la utilización de los programas dirigidos a la población adulta en cuanto a prevención de consumo de SPA. Ampliar la cobertura de atención psicosocial.	A través de actividades que promuevan el manejo adecuado del tiempo libre con énfasis preventivo desde las primeras etapas del ciclo vital.	IDRD, Secretaría Distrital de Salud.
Servicios de salud colectiva	Realizar ejercicios de educación centrada en la práctica, promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades. Orientación en rutas de acceso a los servicios de salud.	Educación como herramienta fundamental para la transformación de los imaginarios y hábitos de vida que deterioran la salud.	Secretaría Distrital de Salud. Secretaría de Educación. IDRD

Fuente: Unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

4.1.5 ETAPA DE CICLO VEJEZ

NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Condiciones de discapacidad y hábitos alimentarios en la etapa de ciclo vital vejez que agravan sus enfermedades crónicas e influyen en el desarrollo social.

Tema generador: Responsabilidad y amor hacia la persona mayor.

Tabla 10. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adulto mayor.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Servicios de salud colectiva, banco de ayudas técnicas.	Prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y socio cuidado. Reactivación del banco de ayudas técnicas.	Incrementando el número de acciones en la localidad.	Secretaría Distrital de Salud. Secretaría de Integración Social. Alcaldía local con todas sus entidades adscritas.
Articulación con espacios Locales.	Articulación con las instancias locales de participación con incidencia en la población adulta mayor para	Participación y posicionamiento de las necesidades de las personas mayores en la agenda de las	Secretaría Distrital de Salud. Secretaría de Integración Social. Alcaldía local con todas sus entidades adscritas.

	canalizaciones, gestión y obtención de recursos.	instancias de participación local.	
Servicios de salud colectiva	Asesorías en promoción en salud y calidad de vida a instituciones de atención al adulto mayor.	A través del programa de territorios saludables por medio de todos sus ámbitos y componentes.	Secretaría Distrital de Salud. Secretaría Distrital de Ambiente y Secretaría de Integración Social.

Fuente: Unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Barreras de acceso a servicios que vulneran el derecho a la salud.

Tabla 11. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adulto mayor.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Atención en los centros de salud.	Brindar información acerca de derechos y deberes en salud	A través de los equipos de profesionales de los territorios saludables	Hospital Rafael Uribe.

Fuente: Unidad de análisis equipo de gestión local y equipo de análisis de situación en salud.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO: Barreras de acceso a servicios de salud que vulneran el derecho a la salud.

Tema generador: Hacia una atención digna en servicios de salud para la persona mayor.

4.2 PROPUESTAS DE PROYECTOS O PROGRAMAS

A continuación se describen las diferentes propuestas que surgen de las deficiencias en las intervenciones actuales, con el fin de atender a la problemática evidenciada en el presente diagnóstico.

PROPUESTA 1: NOMBRE DEL PROYECTO: PROYECTO ESPECIAL “MI PRIMER TRABAJO EN FAMILIA”. Propuesta generada a partir de la sala situacional Antonio Nariño 2013.

Núcleo problemático al que apunta: Condiciones sociales y culturales que inciden en la generación de diferentes tipos de violencia en los niños y niñas de la Localidad.

Fuente: Estrategia sala situacional. 2012.

Productos- resultados esperados: Fortalecer relación socio afectiva.

Beneficiarios: Niños y Niñas de menores de 5 años y padres de Familia.

Relación del proyecto con otras iniciativas: AIEPI (Componente Uno), IAMI, IAFI

PROPUESTA 2: FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS AMIGABLES.

Núcleo problemático al que apunta: Embarazo en adolescentes de la localidad Antonio Nariño determinado por condiciones educativas, familiares y personales.

Planteamiento del problema: Débil implementación e integralidad de la estrategia de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, debido a la apropiación que se debe dar por parte del personal de los centros de atención, la articulación entre los diferentes procesos del hospital, el componente de comunitario y de movilización social frente a la conformación y fortalecimiento de grupos de adolescentes y jóvenes empoderados.

Objetivo General: Fortalecer la estrategia de servicios amigables desde la salud sexual y reproductiva, incluyendo los componentes de salud mental, prevención de trastornos de conducta alimentaria, seguridad alimentaria y nutricional, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud oral, promoción de hábitos de vida saludables, en donde la afiliación y aseguramiento en salud no se presenten como barreras de acceso a los diferentes servicios, involucrando las diferentes redes sociales, familiares e institucionales de apoyo.

Objetivos Específicos

Empoderar a los funcionarios de los centros de atención en salud de la ESE y a los equipo de salud pública frente a la apropiación e implementación de la estrategia de servicios amigables lo cual permita brindar una atención integral y diferenciada de acuerdo a las necesidades de los y las adolescentes.

Promover la articulación intrainstitucional, tanto con los referentes que manejan líneas relacionadas con la etapa de ciclo vital, como con los programas y proyectos que se dirigen a implementar acciones preventivas en SSR.

Integrar las acciones interinstitucionales, a partir de escenarios locales como las Redes de Buen Trato, los COLIA, CLNNA, MLPETI, Comités de Seguridad Alimentaria y

Nutricional, Consejos Locales de Discapacidad y demás espacios, en los cuales se propenda por el fortalecimiento de las acciones promocionales, preventivas y la oferta institucional para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población adolescente de la localidad.

Conformar grupos de apoyo de familias con integrantes adolescentes y jóvenes, y que con el acompañamiento de las diferentes instituciones encuentren herramientas para el abordaje de las situaciones que se presenten en esta etapa del ciclo vital.

Optimizar los centros de atención en salud, haciéndolos más amigables y cercanos a las necesidades de las y los adolescentes.

Acciones

Procesos de formación y sensibilización en la atención diferenciada a los adolescentes y jóvenes.

Continuar con el posicionamiento de las políticas públicas en los territorios y centros de atención.

Convocar un espacio institucional donde converjan todos los procesos para el abordaje, seguimiento y evaluación de los Servicios Amigables.

Divulgación y promoción de la Estrategia de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes, con la finalidad de vincular a las demás instituciones desde su quehacer.

Elaborar plan de trabajo intersectorial que permita dar respuesta integral a las necesidades de la población.

Retomar los grupos de servicios de salud colectiva y redes comunitarias para la consolidación de grupos de apoyo, en los cuales se aborden temas de interés presentes en esta etapa de ciclo vital.

Diseño de estrategia comunicativas, señalización y publicidad que generen mayor impacto y captación de la población para la vinculación a los servicios.

Desarrollo de actividades lúdicas dentro de los centros de atención que fortalezcan los procesos educativos en salud.

PROPUESTA 3: ESTRATEGIAS QUE PERMITAN LA GARANTÍA DE DERECHOS PARA POBLACIÓN JOVEN.

Núcleos problemáticos a los que apunta:

Calidad en las relaciones familiares determinan la informalidad laboral y el deterioro de la salud mental en la etapa de ciclo vital juventud.

Escasas oportunidades laborales y educativas determinan la inclusión de los jóvenes en el sector del empleo informal vulnerando sus derechos laborales.

Objetivo: Generar estrategias que permitan la garantía de derechos para población joven a partir de las acciones desarrolladas desde la ESE y la gestión transectorial e intersectorial.

Objetivos específicos:

Fortalecer la articulación intersectorial en busca de generar mayor impacto en la intervención y actividades desarrolladas en la comunidad.

Empoderar a la población joven frente a la exigibilidad de sus derechos permitiendo la participación individual y colectiva.

Promover procesos de autonomía a través del arte, cultura y recreación.

Problema o necesidad: A partir de la revisión del Diagnóstico local se ha evidenciado el impacto desfavorable que genera la disfuncionalidad a nivel familiar, la cual conlleva a los adolescentes y jóvenes a no establecer un proyecto de vida adecuado que aumenta los factores de riesgo, situando a la población en exposición de riesgo a frente a consumo de SPA, maltrato, ESCNNA, embarazos no deseados lo cual conlleva a posibles interrupciones del embarazo, trabajo adolescente que influye en la desescolarización y aumenta el riesgo ocupacional.

De igual manera se identifica la necesidad de involucrar a las familias en los procesos de los jóvenes, con el fin de fortalecer el proyecto de vida de los mismos.

Población afectada: Adolescentes y jóvenes, edad 14 a 28 años de las localidades Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe.

Estrategias:

Como insumo específico para esta propuesta se retoman las Políticas Públicas de Juventud, Salud Mental y SPA, Salud Sexual y Reproductiva, LGBTI, Salud para el trabajo y Mujer y Género.

A partir de un recorrido por las localidades Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe y apoyando esta actividad con la georreferenciación se identifica que aunque existen

diferentes actividades a nivel local la participación de las y los jóvenes no se ha visibilizado.

Por esta razón se propone el diseño de un proyecto de intervención a nivel transectorial e intersectorial, que permita generar espacios que den respuesta a las necesidades propias de la población y que fortalezcan los procesos participativos tanto de los adolescentes y jóvenes como de sus familias.

Para empezar se debe contar con los diferentes actores que participan en los espacios locales y que se encuentran relacionados, evidenciando estas problemáticas; donde cada participante actualiza la información sobre el contexto y situación actual de los adolescentes y jóvenes en la localidad Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe, para lo cual se piensa en un trabajo con las diferentes instituciones.

Se busca que por medio de un taller participativo y vivencial se indague sobre:

Participación

Conocimiento de espacios de participación.

Reflexión frente a la participación tanto de las Instituciones como de las y los jóvenes.

Como les gustaría que fuera la participación de los adolescentes y jóvenes.

Para poder llevar a cabo el proyecto se espera poder generar articulación desde la ESE con los grupos de la Secretaria Distrital de Integración Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección Local de Educación, Alcaldías Locales, IDIPRON, IDARTES, Policía de infancia y adolescencia, IDPAC, con los cuales se adelanta trabajo al interior de las Mesas, Comités, y/o Consejos Locales.

Generar corresponsabilidades con el núcleo familiar y ESE a través de procesos que permitan incidir en las problemáticas y fortalecimiento de redes de apoyo.

PROPUESTA 5: PROMOCIONAR LA POLÍTICA PÚBLICA DE Y PARA LA ADULTEZ - PPA

Núcleo problemáticos a los que apunta: Factores económicos y laborales que inciden en el desarrollo humano de las y los adultos afectando su salud y calidad de vida así como la de sus familias.

Planteamiento: La etapa de ciclo vital de adultez es el soporte socioeconómico para las otras etapas de ciclo vital, motivo por el cual se evidencia la necesidad de implementar acciones que materialicen la Política Pública de y para la Adultez en el Distrito Capital.

Objetivo: Promocionar la Política Pública de y para la Adultez - PPA en la localidad 18 Rafael Uribe Uribe a través del posicionamiento de la misma, afectando positivamente la calidad de vida de las y los adultos.

Objetivos específicos:

Dar a conocer la PPA en los equipos de territorios saludables de la ESE, a través de diversas metodologías de socialización.

Socializar la PPA en los territorios saludables de la localidad Rafael Uribe Uribe, a través de diversas metodologías de socialización, con el apoyo de los equipos de respuesta inicial y complementaria.

Posicionar la PPA en instancias de participación social que permitan la toma de decisiones en la materialización de la misma.

Metodología: Socialización de la PPA a nivel interno de la ESE, en los diferentes equipos de territorios saludables y en la comunidad, por medio de talleres, charlas, conferencias, foros, y elaboración y difusión de piezas comunicativas, que permitan la participación activa de la comunidad.

Alternativas:

- En los espacios de reuniones territoriales desarrollar dinámicas de promoción de la PPA.
- En las instancias de participación local posicionar la PPA.
- Participar en los espacios comunitarios que existen en la localidad.
- Dar a conocer las rutas de atención como una forma de materialización de la PPA.
- En las jornadas de espacio público hacer la promoción y divulgación de la PPA.

PROPUESTA 6: HUMANIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL EN LA POBLACION ADULTA MAYOR

Núcleos problemáticos a los que apunta: Barreras de acceso a servicios de salud que vulneran el derecho a la salud.

Objetivo general: Promover la difusión de la política de humanización como medio de mejoramiento continuo de la prestación de los servicios asistenciales para las personas mayores.

Objetivos específicos

Fortalecer el grupo focal de humanización para que sean multiplicadores de la información en sus espacios de trabajo.

Realizar seguimiento y evaluación al protocolo de atención y realizar planes de mejoramiento.

Involucrar acciones sociales claves en los espacios de participación internos de la ESE tales como Asociación de Usuarios, COPACO, etc.

Metodología: Socialización de la Política de Humanización a nivel interno de la ESE por medio de talleres, charlas, conferencias, foros, y elaboración y difusión de piezas comunicativas, que permitan la conocer la política para su posterior aplicación.

Alternativas:

Divulgación de la Política de Humanización en cada uno de los espacios de reunión con el cliente interno.

Empoderamiento de la política pública para el envejecimiento y la vejez de los funcionarios que trabajan en los centros de atención de la ESE.

Divulgación permanente de los derechos y deberes de los usuarios y de la política pública de envejecimiento y vejez.

PROPUESTA 7: IMPLEMENTACION DE COMPARENDOS AMBIENTALES EN LAS LOCALIDADES 15 Y 18

Núcleo al cual apunta: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.

Problema a Solucionar: La persistencia de conductas y hábitos por parte de la comunidad, que afectan las condiciones del entorno, son una constante en diferentes sectores del distrito. Estas conductas igualmente violan la normatividad ambiental vigente y los códigos de policía.

Objetivo: Sensibilizar a la población de las localidades sobre los comparendos ambientales y las infracciones relacionadas. Promover la implementación de dichos comparendos.

Población Objetivo: Comunidad de las Localidad 15 y 18.

Actividades a Desarrollar: Realizar campañas de sensibilización sobre comparendos ambientales y normatividad relacionada.

- Definir estrategia intersectorial articulada para favorecer la implementación de los comparendos.

Metas por Actividad: Impresión de 1000 comparenderas, 50 campañas sensibilización, Tiempo de Ejecución: 2 años

Entidades Responsables: Secretaria de Salud, Alcaldía Local, Policía Nacional.

PROPUESTA 8: PROMOCION DEL MANEJO Y APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS SOLIDOS EN LAS LOCALIDADES 15 Y 18

Núcleo al cual apunta: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.

Problema a Solucionar: Presencia permanente de puntos críticos de disposición de residuos sólidos que contaminan áreas públicas y cuerpos de agua, favoreciendo la presencia de vectores plaga y detrimento de la calidad del paisaje local.

Objetivo: Reducir la presencia de puntos críticos de residuos sólidos, a través de la sensibilización y capacitación a la comunidad sobre manejo adecuado de residuos sólidos, apoyando la implementación del programa Basura cero.

Población Objetivo: Comunidad de las Localidades: 18 Rafael Uribe Uribe y 15 Antonio Nariño

Actividades a Desarrollar:

Sensibilización en manejo y aprovechamiento de residuos sólidos

Vincular a la población recicladora al programa.

Promover campañas locales de reciclaje y separación desde la fuente.

Seguimiento y consolidación

Metas por Actividad: 296 capacitaciones en manejo de residuos, 7 campañas de reciclaje, 1 por UPZ, para el cuatrienio, Costos Estimado: \$ 314.902.000.

Tiempo de Ejecución: 2 años

Entidades Responsables: Secretaria de Salud, Alcaldía Local.

PROPUESTA 9: PROYECTO PARA VIGILANCIA DE RUIDO Y REM

Núcleo al cual apunta: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.

Problema a Solucionar: La comunidad de las localidades Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe se ven afectadas por elevados niveles de ruido y la proliferación de antenas de telefonía. Factores como el ruido excesivo afectan directamente la salud de la población y es necesario fortalecer la vigilancia y respuesta institucional en este sentido.

Objetivo: Implementar, a través de la Línea Aire, ruido y radiación Electromagnética, una estrategia de vigilancia y seguimiento a los efectos adversos de los elevados niveles de ruido en la salud de la población de las localidades 15 y 18.

Población Objetivo: Población y comunidad en general de las localidades 15 y 18.

Actividades a Desarrollar:

Atención y canalización de quejas y solicitudes de la comunidad relacionadas con ruido y Radiación Electromagnética.

Sensibilizar a la comunidad sobre temas relacionados con ruido y Radiación Electromagnética.

Realizar encuestas de vulnerabilidad y percepción a la comunidad.

Tiempo de Ejecución: 2 años

Entidades Responsables: Secretaria de Salud

PROPUESTA 10: ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS, COMUNIDADES SALUDABLES

Núcleo al cual apunta: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.

Problema a Solucionar: Esta problemática se relaciona con los alimentos provenientes de establecimientos comerciales (formales e informales) y viviendas, los cuales no cuentan con el proceso de producción que garantice su inocuidad ya sea por inadecuada manipulación o por deficiencia en la calidad de los insumos.

Objetivo: Garantizar la calidad de los alimentos que consumen los habitantes de las localidades 15 y 18, a través de la capacitación gratuita y certificada de las personas que de una u otra forma los manipulan.

Población Objetivo: Comerciantes, expendedores y manipuladores de alimentos en la localidad 18.

Actividades a Desarrollar:

Capacitación gratuita en manejo adecuado de alimentos.

Promover la alimentación sana.

Asesoría a establecimientos en el adecuado manejo y buenas prácticas de manipulación de alimentos.

Capacitar a personas en sectores vulnerables, con deficientes condiciones del agua para consumo, en tratamientos para mejorar su calidad.

Metas por Actividad: Capacitar a 10000 personas durante el periodo

Tiempo de Ejecución: 2 años

Entidades Responsables: Secretaria de Salud, Alcaldía Local

PROPUESTA 11: BOGOTA HUMANA CON LOS ANIMALES

Núcleo al cual apunta: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.

Problema a Solucionar: Las localidades 15 y 18 presenta gran número de caninos callejeros y domésticos que causan problemas por accidentes rábicos y presencia de excretas en vía pública. Las estadísticas actuales estiman una proporción de 1 canino

por cada 10 habitantes en el Distrito Capital. La comunidad desconoce los riesgos de convivir con un canino.

Objetivo: Realizar campañas masivas de esterilización quirúrgica de mascotas caninas, controlando la población de animales en la localidad.

Capacitar a la comunidad de la localidad en tenencia de animales, reduciendo la problemática relacionada con la presencia los mismos.

Población Objetivo: Habitantes de las localidades Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe.

Actividades a Desarrollar:

Esterilización quirúrgica de caninos

Promover la adecuada disposición y manejo de las excretas de las mascotas.

Capacitar a la comunidad en la adecuada tenencia de mascotas.

Hacer cumplir la normatividad en cuanto a tenencia de mascotas.

Metas por Actividad: 8000 Esterilizaciones durante y 296 jornadas de sensibilización para el cuatrienio

Tiempo de Ejecución: 2 años

Entidades Responsables: Secretaria de Salud, Alcaldía Local.

PROPUESTA 12: CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN PARA UNA MEJOR MANIPULACIÓN, ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS TOXICAS Y PRODUCTOS INHALANTES.

Núcleo al cual apunta: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida y salud de los niños y niñas de la localidad que conlleva a la aparición de enfermedades.

Problema a Solucionar: Un porcentaje considerable de la población adolescente en Bogotá se ha visto afectada por el mal almacenamiento, manipulación, y comercialización de las sustancias químicas toxicas y productos inhalantes debido a que han sido tomadas y/o utilizadas como sustancias psicoactivas. Es por esto que este proyecto está enmarcado dentro de la promoción y concientización, del almacenamiento, manipulación y comercialización de las sustancias químicas toxicas y productos inhalantes.

Objetivo: Prevenir y de minimizar los riesgos e impactos que pueden causar las sustancias químicas tóxicas y productos inhalantes en la salud de la población del distrito capital.

Población Objetivo: Comerciantes de sustancias químicas en la localidad 15

Actividades a Desarrollar: Informe estadístico del impacto de las capacitaciones realizadas en el mes.

Diligenciamiento de un acta de información, promoción y prevención, basados en el acuerdo 286 del 2007 Consejo de Bogotá D.C.

Metas por Actividad: 100 Capacitaciones

Tiempo de Ejecución: 2 años

Entidades Responsables: Secretaria de Salud, Alcaldía Local

5 Bibliografía

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Conferencia Sanitaria Internacional. 1946 22 julio..
2. DOSSEY L. Salud, Tiempo y Medicina Barcelona: Kairos; 1999.
3. PONTE MITTELBRUNN C. Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. [Online]. [cited 2013 12 17. Available from: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de Prensa OMS. [Online].; 2013 [cited 2013 11 27. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
5. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. La Salud no es un favor, es un derecho. [Online].; 2011 [cited 2013 11 27. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/Saludnoesunfavoresunderecho.aspx>.
6. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA , ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD , ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. In (OMS) OMDLS, (OPS) OPDLS, (UNICEF) FDLNUPLI, editors. ; 1978; Alma-Ata, Kazajstan.
7. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Plan Territorial de Salud 2012-2016 Bogotá; 2012.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Determinantes Sociales de la Salud. [Online].; 2013 [cited 2013 12 12. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/.
9. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Subsana las desigualdades en una generación. INFORME FINAL. Ginebra.; 2009.
10. ESCUDERO JC. Lo que dice, calla, propone y soslaya el informe de la Comisión Sobre los Determinantes Sociales de la Salud/OMS. Medicina Social. 2009 Septiembre; 4(3): p. 208-210.

11. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Documento Marco de Territorios Saludables. [Online].; 2013 [cited 2013 12 10. Available from: [http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=1. DOCUMENTO MARCO TERRITORIOS SALUDABLES](http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=1._DOCUMENTO_MARCO_TERRITORIOS_SALUDABLES).
12. Secretaria De Educación del Distrito. Caracterización Sector Educativo 2010 – Localidad de Antonio Nariño. Caracterización. Bogotá: SED; 2013.
13. Hospital Rafael Uribe Uribe. Diagnóstico Local de Salud con Participación Social 2011. Diagnóstico Local. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe; 2011.
14. Secretaria de Planeación Distrital/Alcaldía Mayor de Bogota. 21 Monografías de las Localidades # 15 Antonio Nariño. Monografía. Bogota D.C.; 2011.
15. Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente. Localidad 15: Antonio Nariño - Ficha Ambiental DAMA- UEL DMA. Ficha Técnica. Bogotá: Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente; 2003.
16. Secretaría de Cultura Recreación y Deporte. Ficha Técnica Turística. Diagnóstico. ; 2008.
17. Secretaría Distrital de Planeación. Aspectos demográficos. Distrital. Bogotá: SDS-DANE; 2006-2015.
18. SDP2012 D. BOGOTÁ D.C. Proyecciones de Población 2005 - 2015 según Proyección Grupos de Edad y por Sexo. [Online].; 2012 [cited 2013 Abril.
19. DANE SDP. Proyecciones de población 2006 - 2015. [Online].; 2006 - 2015.
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. La Visibilización estadística de los gruposétnicos Colombianos. Censo. Bogotá: DANE; 2005.
21. Organización Mundial de la Salud. ; 2008.
22. Ambiente SDd. Política Distrital de Salud Ambiental. Bogotá; 2012-2013.
23. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Boletín Epidemiológico Anual de la Relación entre Calidad del Aire y Salud. Boletín Epidemiológico. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe; 2012.
24. Observatorio Ambiental de Bogotá. Informe GEO Localidad 15 Antonio Nariño. Dignostico Ambiental. Bogotá: Universidad Nacional/ Alcaldía Mayor de

Bogota/ UN Hábitat; 2008.

25. ASIS- Hospital Rafael Uribe Uribe. Unidad de Analisis- Lectura de necesidades con equipo ERI. Bogota: Hospital Rafale Uribe Uribe; 2012.
26. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe Territorios Saludables. Diagnostico Rapido Localidad 15 Antonio Nariño. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe; 2013.
27. DANE. Encuesta Multipropósito Bogotá. Bogotá;; 2011 Noviembre 4.
28. PROFAMILIA. I Encuesta Distrital de Demografía y Salud. BOGOTÁ;; 2011.
29. DANE. Encuesta Multipropósito de Bogotá. Bogotá: DANE; 2011.
30. Secretaria de Educación del Distrito SED. Caracterización Sector Educativo. ; 2010.
31. Secretaría Distrital de Planeación. 21 Monografías de las Localidades- Diagnóstico de los Aspectos Físicos, Demográficos y Socieconómicos 2011. Diagnóstico. Bogotá;; 2011.
32. Secretaría Distrital de Ambiente/ Secretaría Distrital de Planeación. Observatorio Rural de Bogotá. [Online].; 2014 [cited 2014 04 23. Available from: http://www.observatorioruralbogota.gov.co/ficha_tecnica.shtml?apc=fj,-,-,-,1,-,-,193.
33. DANE. MERCADO LABORAL DE LA JUVENTUD (14 a 26 años) GRAN ENCUESTA INTEGRADA DE HOGARES Trimestre octubre – diciembre de 2012. Encuesta. Bogota;; 2012.
34. Ministerio Nacional de Trabajo, DANE, ICBF, Departamento Nacional de Planeación, Organización Internacional del Trabajo. Resultados Módulo de Trabajo Infantil. Gran Encuesta Integrada de Hogares. Resultados Encuesta. Bogotá: DANE; 2012.
35. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Diagnóstico de Trabajo Infantil-Trabajo Protegido. Localidad 15. Diagnóstico. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Ambito Laboral; 2012.
36. Secretaria Distrital de Salud. Resgistro Individual de Pacientes-RIPS, Secretaria Distrital de Salud. Hospital Rafael Uribe Uribe 2012. Bases de Datos. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud, Salud Pública; 2012.

37. Secretaria Distrital de Salud. Bases de datos DANE. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 1998-2007.
38. Secretaría Distrital de Salud / DANE. Bases de datos DANE - RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS.. Bases de Datos. DANE/Secretaría Distrital de Salud.; 2008 - 2010.
39. Secretaría Distrital de Salud. Base de Datos Estadísticas Vitales- Mortalidad Evitable. Bogotá:, Estadísticas Vitales; 2012.
40. Instituto Nacional de Salud - INS. Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía. Protocolo. Bogotá: Instituto Nacional de Salud - INS, Enfermedades no Transmisibles ; 2011.
41. PROFAMILIA. Encuesta nacional de Demografía y Salud - ENDS. [Online].; 2010 [cited 2013 11 12. Available from: www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=60&Itemid=90.
42. Secretaria Distrital de Salud. Base de Datos Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral. Bases de datos. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe, Vigilancia Epidemiologica en Salud pública; 2012.
43. Secretaria Distrital de Salud. Base de Datos Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. Base de Datos. Bogotá:, Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública; 2012.
44. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe. Coberuras Plan Ampliado de Inmunizaciones. Coberturas. Bogotá:, Plan Ampliado de Inmunizaciones; 2012.
45. Secretaría Distrital de Salud. Base de Datos Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida. Base de Datos. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Vigilancia Epidemiológica en Sald Pública; 2012.
46. Secretaria Distrital de Salud. Base de Datos Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar y maltrato Infantil. Base de Datos. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe, Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública; 2012.
47. Acero Gonzalez ÁR, Escobar-Córdoba F, Castellanos Castañeda G. Factores de Riesgo para violencia y homicidio juvenil. Revista Colombiana de

Psiquiatria. 2007 Enero/Marzo; 36(1): p. 78-97.

48. Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el consumo de Sustancias Psicoactivas. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe, Vigilancia en Salud Pública; 2012.
49. Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Discapacidad. Base de Datos. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe, Vigilancia Epidemiológica en Salud pública; 2012.
50. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia y Control de Sífilis Gestacional y Congénita. 2011..
51. Secretaria Distrital de Salud. Bases de Datos. Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional SISVAN. Bases de Datos. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe, Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública; 2012.
52. Min. Protección social/Profamilia/INS. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN). Bogotá; 2010.
53. Secretaria Distrital de Salud. Base de Datos Estadísticas Vitales. Bogotá:, Vigilancia en Salud Pública; 2012.
54. Secretaria Distrital de Salud. Base de Datos IEC SISVAN. Base de datos. Bogotá:, Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública; 2012.
55. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe. Unidad de Análisis Sala Situacional T 2012, Mesa del Buen Trato. Localidad Antonio Nariño. Unidad de Análisis. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe; 2013.
56. Secretaria Distrital de Salud. Base de Datos RUAF. Bogotá:, Vigilancia en Salud Pública; 2012.
57. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 a 19 años. Conpes social. Bogotá D.C.; 31 Enero 2011.
58. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Base de Datos Prevención y Desarrollo.

Base de datos. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe; 2012.

59. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Base de datos de caracterizaciones Programa Salud al Trabajo. Unidades de Trabajo Informal año 2012 Localidad Antonio Nariño. Base de Datos. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe , Salud Pública; 2012.
60. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Bases de datos APS. Bases de datos. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2008- 2012.
61. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Unidad de analisis Equipo APS Territorio 5. Unidad de Análisis. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2012.
62. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Unidad de Análisis Equipo de Gestion de política Públicas y ASIS. Diagnóstico con participación social 2012. Unidad de Análisis. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2012.
63. Defensoría del Pueblo Colombia. Defensoria del Pueblo Colombia. [Online].; 2003 - 2013 [cited 2013 12. Available from: http://www.defensoria.org.co/red/?_item=060504&_secc=06&_ts=1.
64. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Naciones unidas CEPAL. [Online].; 2000-2013 [cited 2012 11 28. Available from: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/Embarzoadolescente.pdf>.
65. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Unidad de Análisis Proyecto de vida como prevención. Unidad de Análisis. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; Julio 25 2012.
66. Minsiterio de la protección social. Política Nacional para la reduccion del Consumo de sustancias Psicoactivas y su impacto. Política. Bogotá: Minsiterio de la protección social, Salud Pública; 2007.
67. Gobernació valle del cauca. Gobernación del Valle del Cauca. [Online].; 2010 [cited 2014 04 28. Available from: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=6162>.
68. Congreso de Colombia. Ley 1098. 2006. Por la cual se expide el código de

infancia y adolescencia.

69. Organización Mundial de la Salud (OMS). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2004.
70. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe.. Unidad de Análisis “PREVENCIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)”. Colegio María Montessori. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe., Salud Pública; Julio 2012.
71. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe. Colegio Francisco de Paula Santander.. Unidad de análisis “PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SPA”.. Bogotá:, Salud Pública; Junio de 2012.
72. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Documento de la Asamblea General consultado en el año 2013.
73. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe-Ambito Laboral. Diagnóstico de Unidades de Trabajo informal. 2012. Documento realizado para la localidad Antonio Nariño para el primer semestre del 2012.
74. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe-Vigilancia Poblacional Comunitaria. Informe de COVECOM. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2012.
75. Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. Diagnóstico Local de Entornos de Trabajo Saludable. Diagnóstico. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E, Ambito Laboral; 2012.
76. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe. Unidad de Análisis. Consejo Local de Seguridad Alimentaria y nutricional. Sala Situacional 2012. Unidad de Análisis. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2013.
77. E.S.E HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE. Unidad de análisis con enfoque poblacional y territorial. Bogotá:, Salud Pública; 2012.
78. G JFP. La atención primaria de salud como estrategia para el bienestar de las personas mayores. Acta Médica Peruana. 2009; 26(4): p. 267-269.
79. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe. Matriz de Balance y Oferta. Equipo Gestion de Políticas públicas y Equipo ASIS. Matriz. Bogotá: E.S.E. Hospital

Rafael Uribe Uribe, Vigilancia Sanitaria; 2012.

80. Ayuntamiento de Málaga. Pedagogía Gensini Gavito. Blog sobre crianza y Red de apoyo a la Infancia y la familia. [Online]. [cited 2014 04 28. Available from: http://www.pedagogia-gensini-gavito.com.es/index.php?option=com_content&view=article&id=113:hogar-comunitario-fami-bienestar-familiar&catid=130:red-vinculaciones&Itemid=152.
81. Secretaría Distrital de Integración Social. Secretaría Distrital de Integración Social. [Online].; 2014 [cited 2014 04 28. Available from: http://www.integracionsocial.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=4.
82. Secretaría Distrital de Integración Social. Lineamientos y Estándares técnicos de Calidad en los Servicios de educación inicial en el Distrito. Lineamientos. Bogotá: Secretaría Distrital de Integración Social, Dirección Poblacional. Subdirección para la Infancia; 2009.
83. Ministerio de Educación Nacional. Encuesta Nacional de Deserción Escolar. Encuesta. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2011.
84. Secretaria de salud. Servicios de salud de Veracruz. Dirección de salud pública. Manual del instructor-Farmacia Joven. [Online].; 2010 [cited 2013 Noviembre. Available from: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/04/Manual-Farmacia-Joven.pdf>.
85. Save de children-UNFPA. Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios. [Online].; 2009 [cited 2013 Noviembre. Available from: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf.
86. Instituto Distrital para la protección de la Niñez y Juventud (IDIPRON). Operación de los procesos. Programa de Atención IDIPRON. Bogotá: Instituto Distrital para la protección de la Niñez y Juventud (IDIPRON), IDIPRON; 2012.
87. Secretaría Distrital de integración Social. Secretaría Distrital de integración Social. [Online].; 2004 [cited 2014 04 29. Available from: http://www.integracionsocial.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=21:derechos-de-los-jovenes-&catid=8:ultimas-noticias.

88. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe. COVE local. Noviembre. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2012.
89. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe. Grupo Focal Persona Mayor. Transversalidad Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe, Gestion Local; 2008.
90. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe. Matriz 869. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2012.
91. E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe. Cabildos Territoriales. Bogotá: E.S.E. Hospital Rafael Uribe Uribe; 2012.
92. Cifuentes Osorio SL. Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal colombiano. [Online].; 2012. Available from: http://www.fpv.org.co/uploads/documentos/libreria/forensis_2012.pdf.
93. DANE, SDP. Proyección población de Bogotá por localidades 2005-2015. Bogotá; 2012.