

Diagnóstico local Rafael Uribe



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

Subgerente Administrativo y financiero
HÉCTOR HORTUA

Coordinadora de Salud Pública
SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO

Coordinador plan de Intervenciones Colectivas PIC-Salud Pública
JUAN CARLOS COCOMÁ PARRA

Coordinadora de Vigilancia Epidemiológica
ILDUARA PEÑA GUERRA

COLABORACIÓN

COMPONENTE VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA

ADRIANA VASQUEZ - Referente de Salud Respiratoria

JENNY MORA ROZO – Referente de Estadísticas Vitales

DEYSI OÑATE – Referente de Salud Sexual y Reproductiva

AYDEE FLOREZ – Referente de Sistema de Vigilancia Epidemiológica

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 Y VIGILANCIA EN SALUD POBLACIONAL Y COMUNITARIA - VSPC

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

1. INTRODUCCIÓN	9
2. MARCO CONCEPTUAL	11
3. MARCO METODOLÓGICO	17
3.1. Primer Momento: Búsqueda y preparación de las entradas o insumos	17
3.2. Segundo Momento: Metodología de análisis de las problemáticas territoriales	18
3.3. Tercer Momento: Divulgación de la información	20
4. PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA LOCALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.....	21
4.1. SALUD Y TERRITORIO	21
4.1.1. <i>Historia del poblamiento</i>	21
4.1.2. <i>Características Físico -Geográficas</i>	22
4.1.3. <i>Territorios Saludables en la localidad Rafael Uribe Uribe</i>	25
4.2. SALUD Y POBLACIÓN.....	26
4.2.1. <i>Estructura y Dinámica Poblacional</i>	27
4.2.2. <i>Características Socio-demográficas</i>	30
4.2.3. <i>Condiciones Socioeconómicas</i>	31
4.2.4. <i>Características Ambientales</i>	33
4.3. PERFIL SALUD ENFERMEDAD	36
4.3.1. <i>Mortalidad General</i>	36
4.3.2. <i>Etapa de Ciclo Infancia</i>	37
4.3.3. <i>Etapa De Ciclo Adolescencia</i>	52
4.3.4. <i>Etapa De Ciclo Juventud</i>	58
4.3.5. <i>Etapa De Ciclo Vital Adulto</i>	62
4.3.6. <i>Etapa De Ciclo Vital Vejez</i>	67
5. NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS DE LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE.....	69
5.1. NÚCLEO PROBLEMÁTICO TRANSVERSAL: El Medio Ambiente como factor generador de calidad de vida y de prácticas saludables para cada etapa de ciclo vital.	
69	
5.2. NÚCLEO PROBLEMÁTICO INFANCIA: Condiciones sociales y culturales que inciden en la generación de diferentes tipos de violencia en los niños y niñas de la Localidad.	74

5.3.	Núcleo problemático adolescencia: consumo de SPA y embarazo en adolescentes como comportamientos riesgosos de escape frente a situaciones de violencia estructural que se expresan en los ámbitos de vida cotidiana del territorio de la localidad Rafael Uribe Uribe.	77
5.4.	NÚCLEO PROBLEMÁTICO JUVENTUD: Los jóvenes de Rafael Uribe Uribe afectados por violencia intrafamiliar y la reproducción de modelos de interacción disfuncionales y reflejados en la exclusión, escasez de oportunidades académicas y laborales que influyen en su calidad de vida y salud.	79
5.5.	NÚCLEO PROBLEMÁTICO ADULTEZ: Factores familiares, económicos, sociales, culturales, sexuales y reproductivos que inciden en el desarrollo de la persona afectando la calidad de vida.	84
5.6.	NÚCLEO PROBLEMÁTICO VEJEZ: Condiciones socioeconómicas que determinan la generación de violencias y prácticas alimentarias la vejez.	87
6.	Análisis De Respuesta Institucional	89
6.1.	ACCIONES EN SALUD PÚBLICA	90
6.1.1.	CICLO VITAL INFANCIA	91
6.1.2.	CICLO VITAL ADOLESCENCIA	98
	. NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA ADOLESCENCIA: los adolescentes se ven afectados por problemas respiratorios debido a los cambios climáticos y a la contaminación del aire.	101
6.1.3.	CICLO VITAL JUVENTUD	102
	.NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA JUVENTUD: esta etapa de ciclo se ve afectada por la presencia de residuos sólidos que generan la presencia de vectores, y falta de apropiación del espacio publico	103
6.1.4.	CICLO VITAL ADULTEZ	104
	NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ: Los adultos se ven afectados por el manejo inadecuado de residuos sólidos y del espacio público, invasiones en zonas propensas a inundaciones y remoción del terreno	106
6.1.5.	CICLO VITAL VEJEZ	108
	NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ: Las personas mayores de Rafael Uribe Uribe, tienen escasa posibilidad para el disfrute de los ecosistemas y la práctica de la actividad física al aire libre que afecta la salud	110
7.	PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES.....	112

7.1.1. NÚCLEO PROBLEMÁTICO TRANSVERSAL AMBIENTE: <i>El Medio Ambiente como factor generador de calidad de vida y de prácticas saludables para cada etapa de ciclo vital.</i>	113
7.1.2. NÚCLEOS REFERENTES A CONDICIONES SOCIALES.....	118
7.2. PROPUESTAS DE PROYECTOS O PROGRAMAS.....	126
7.2.1. PROPUESTA 1: NOMBRE DEL PROYECTO: PROYECTO ESPECIAL “MI PRIMER TRABAJO EN FAMILIA”.....	126
7.2.2. PROPUESTA 2: <i>Recuperación nutricional integral ambulatoria en menores de 5 años</i>	128
7.2.3. PROPUESTA 4: estrategias que permitan la garantía de derechos para población joven.	131
7.2.4. PROPUESTA 5: <i>Promocionar la Política Pública de y para la Adulthood - PPA</i> 134	
7.2.5. PROPUESTA 6: <i>HUMANIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL EN LA VEJEZ.</i>	135
7.2.6. PROPUESTA 8: <i>PROMOCION DEL MANEJO Y APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS SOLIDOS CON LOS NIÑOS NIÑAS DE LA LOCALIDAD 18.</i>	136
7.2.7. PROPUESTA 9: <i>MANIPULACIÓN, ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS TOXICAS Y PRODUCTOS INHALANTES PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL ADOLESCENCIA.</i>	137
7.2.8. PROPUESTA 7: <i>IMPLEMENTACION DE COMPARENDOS AMBIENTALES EN LA LOCALIDAD 18 PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD.</i>	138
7.2.9. PROPUESTA 10: <i>ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS, COMUNIDADES SALUDABLES PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ.</i>	139
7.2.10. PROPUESTA 11: <i>PROYECTO TRANSVERSAL PARA VIGILANCIA DE RUIDO Y REM</i>	140
TRABAJOS CITADOS	142

GRAFICAS

Gráfica 1. Distribución de los habitantes de la Localidad Rafael Uribe Uribe por etapa de ciclo vital, 2012.....	27
Gráfica 2. Pirámide poblacional Localidad Rafael Uribe Uribe. 2012	28
Gráfica 3. Grafica Tendencia de Mortalidad General por Grupos de edad en la Localidad Rafael Uribe Uribe Año 2010.....	37
Gráfica 4 Tendencia Nacimientos en la Localidad Rafael Uribe Uribe - Bogotá D.C 2004 - 2012	42
Gráfica 5. Tendencia del bajo peso al nacer. Localidad Rafael Uribe - Bogotá D.C 2006-2012	45
Gráfica 6. Tendencia de la mortalidad perinatal en la localidad Rafael Uribe Uribe - Bogotá D.C 2000- 2012.....	47
Gráfica 7 Tendencia de la mortalidad Infantil en la localidad Rafael Uribe Uribe - Bogotá D.C 1999- 2012	48
Gráfica 8 Tendencia de la mortalidad en menores de 5 años en la localidad Rafael Uribe Uribe – Bogotá D.C. 1999- 2012	50
Gráfica 9 Tendencia de la mortalidad por Neumonía en menores de 5 años en la localidad Rafael Uribe Uribe –Bogotá D.C. 1999- 2012	51
Gráfica 10. Tendencia Nacimientos en gestantes adolescentes en la Localidad Rafael Uribe Uribe - Bogotá D.C 2004 – 2012.....	55
Gráfica 11. Tendencia de la mortalidad materna en la localidad Rafael Uribe Uribe Bogotá D.C 1999- 2012.....	62

MAPAS

Mapa 1. Ubicación general de la localidad Rafael Uribe Uribe. Zonificación por UPZ y por estrato	24
Mapa 2. Zonificación de amenaza por eventos de remoción en masa e inundación.	24
Mapa 3. Distribución de la población por sexo y por UPZ en la Localidad Rafael Uribe Uribe.....	29
Mapa 4. Cobertura de acciones en Salud Pública en la localidad Rafael Uribe Uribe. ..	94
Mapa 5. Oferta institucional y Comunitaria en la localidad Rafael Uribe Uribe	95

ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Derecho a la salud 2008	13
Ilustración 2. Focos de residuos sólidos en los canales de la localidad Rafael Uribe Uribe 2012.....	72

TABLAS

Tabla 1. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital infancia.....	114
Tabla 2. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital adolescencia	115
Tabla 3. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital Juventud	115
Tabla 4. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital Adultez.....	116
Tabla 5. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital Vejez	117
Tabla 5. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adolescencia.....	121
Tabla 6. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Juventud.....	123
Tabla 7. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Adultez.	124
Tabla 8. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Etapa de ciclo vital Vejez.	125

1. INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local con participación social es un ejercicio de análisis participativo sobre la realidad local de Rafael Uribe Uribe, basado en la identificación de necesidades y problemáticas así como en la respuesta institucional y comunitaria a éstas, con el fin de determinar los factores que inciden en la salud y la calidad de vida de sus habitantes, de este modo, se busca reducir tanto la brecha social como optimizar la inversión de recursos, lo que redundará en la mejora de las condiciones de vida de la población. Para la elaboración de este documento de análisis se tomará como base la perspectiva de determinantes sociales y de derechos, establecida por la OMS profundizando en el enfoque territorial, diferencial y poblacional.

Dadas estas características, el diagnóstico constituye una herramienta fundamental para la toma de decisiones en el ámbito local puesto que brinda elementos para optimizar los procesos de Planeación Distrital y Local. De esta manera el Hospital Rafael Uribe Uribe como Empresa Social del Estado (E.S.E) en concordancia con lo dispuesto por la Secretaria Distrital de Salud realizó el levantamiento de información para la elaboración del presente diagnóstico basándose en un modelo de recolección y análisis explicado en el marco metodológico, dicha información fue recogida en diferentes espacios de participación comunitaria , lo que permitió profundizar en el conocimiento de los aspectos a estudiar y reconocer las problemáticas en las diferentes etapas del ciclo vital.

El análisis de esta información se realizó en la escala territorial, sin embargo, cabe mencionar que aun siendo un análisis por etapa de ciclo vital, la finalidad del mismo es identificar las problemáticas territoriales que afecten a la población del área de estudio. Su finalidad inicial, es servir de base para que se propongan mejoras en el sistema de políticas públicas, las cuales, son relevantes ya que representan la herramienta legal para favorecer el cumplimiento de los derechos de los usuarios, no sólo en el sistema de salud, sino también en otros componentes que inciden en su calidad de vida, afectando directamente los determinantes sociales de una comunidad, que finalmente se verán reflejados en la situación en salud.

El documento está compuesto por seis capítulos, además de la introducción, en el segundo se concentra el marco conceptual que introduce al lector en la terminología asociada al análisis de Situación en salud con enfoque en los determinantes sociales.

El tercer capítulo describe el marco metodológico a partir del cual se detallan los pasos para la elaboración del presente documento incluidas las actividades de participación comunitaria y la articulación con los demás sistemas de Salud Pública de la ESE Hospital Rafael Uribe Uribe, así como los procesos de divulgación de resultados y propuestas a la comunidad.

El cuarto capítulo contiene el análisis de la problematización y el análisis de la situación de Salud y calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales, en él se incluyen las descripciones del poblamiento de la localidad y las características generales de la misma en términos físico-geográficos. Finalmente se incluye una descripción de la zonificación de territorios saludables hechos en trabajo conjunto por los diferentes componentes de la ESE. En este capítulo se describen los perfiles de salud-enfermedad en las diferentes etapas de ciclo vital.

El quinto capítulo contiene los núcleos problemáticos, en donde se describen las problemáticas encontradas a través de los procesos de indagación y articulación con los otros subsistemas, además de describir un núcleo transversal a todas las etapas de ciclo vital, se incluyen los núcleos por cada una de las etapas de ciclo vital determinadas, dadas las particularidades que atañen a cada una de ellas, en cuestión de salud y determinantes sociales.

En el sexto capítulo se explican cada una de las acciones y respuestas institucionales, según las problemáticas identificadas por etapa de ciclo vital. Finalmente el capítulo séptimo contiene variadas respuestas, recomendaciones y propuestas según los núcleos problemáticos, tal proceso es el resultado de las acciones tomadas en articulación con gestión local, la comunidad y los diferentes subsistemas de salud pública.

2. 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 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).

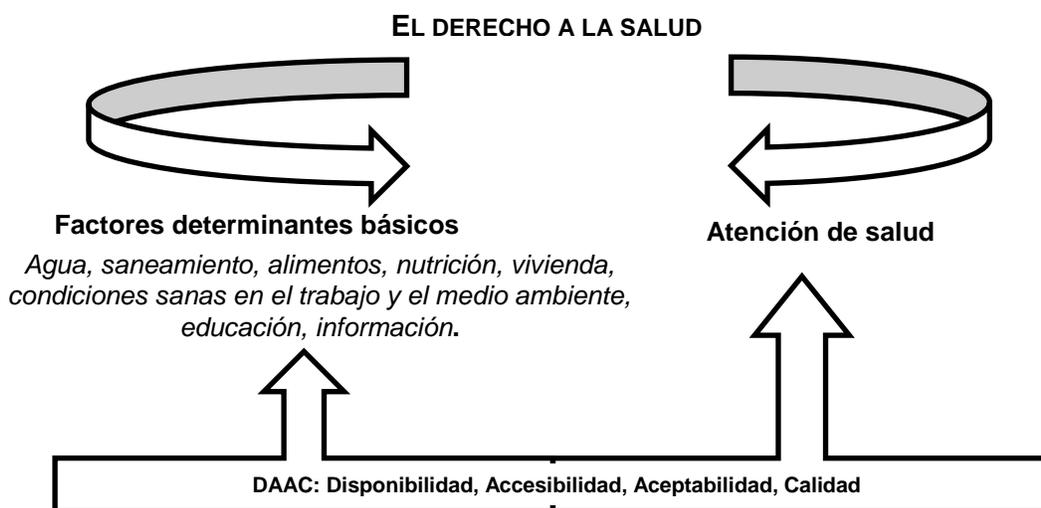
Visto en estos términos, el acceso a la salud debe ser considerado dentro de los Derechos Humanos, sabiendo que estos son normas internacionalmente acordadas que se aplican a todas las personas, que engloban los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales y se encuentran enunciados 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.

Ilustración 1. Derecho a la salud 2008



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.

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

¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

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 elaborado 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.

3. MARCO METODOLÓGICO

La metodología que se presenta a continuación, 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 para ser posteriormente divulgada, y finalmente resultados y consideraciones finales.

3.1. Primer Momento: Búsqueda y preparación de las entradas o insumos

La ESE 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 que 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 siguiente subcapítulo del presente documento.

3.2. 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.

3.3. 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,

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

Como ya se ha explicado dentro del Marco Conceptual del presente documento, es a partir de los determinantes sociales de la salud que se elaboran los análisis de la situación en salud de una comunidad, puesto que las condiciones diferenciales en las que se desarrolla una comunidad imprimen un sello también diferencial en su calidad de vida y en el estado de la salud colectiva. En el presente capítulo se recopila la información que permite dimensionar características territoriales, poblacionales y los perfiles de Salud-enfermedad que son fundamentales para el hallazgo de los núcleos problemáticos y las respuestas dadas a los mismos.

4.1. SALUD Y TERRITORIO

La salud en todas sus dimensiones debe trascender de la idea meramente biológica como ya ha sido mencionado y abarcar el análisis de los eventos desde una perspectiva más amplia, en donde sean comprendidas las razones históricas y sociales que componen una población y como estas características particulares son generadoras y condicionantes de la situación de salud y calidad de vida de las comunidades, es de esta forma que puede comprenderse la dialéctica existente entre el territorio y la sociedad, y como ambos se articulan en una realidad que se ve reflejada en problemáticas que son el objeto de estudio del presente diagnóstico.

4.1.1. Historia del poblamiento

La localidad Rafael Uribe Uribe, era inicialmente un territorio repartido entre Bogotá y el Municipio de Usme, la mayor parte del territorio estaba conformado por haciendas alrededor de 1920. Una parte de la localidad es plana, dado que es una continuidad de la Sabana de Bogotá, allí se ubicaron las primeras viviendas, que luego se extendieron a las zonas altas de la localidad, empezando a darse el fenómeno de la urbanización ilegal posteriormente, este tipo de desarrollo urbanístico comenzó como respuesta al fenómeno de desplazamiento por violencia que inicia entre las décadas de 1940 y 1950, dándose una reconfiguración del territorio (12).

En la historia de la urbanización de la localidad se reconocen cuatro etapas, la primera de la década de 1920 a 1950 en donde se configuran barrios obreros como Santa

Lucía, Libertador y Bravo Páez; la segunda de 1950 a 1980 cuando el Estado planifica urbanizaciones como el Quiroga. Seguidamente, se conformaron barrios populares como Los Chircales, El Consuelo, Palermo y Los Molinos, entre otros. La tercera etapa ocurre en 1979 cuando Alfredo Guerrero Estrada, uno de los mayores urbanizadores ilegales del sur de Bogotá, promueve la creación del barrio Diana Turbay, ubicado en la parte media y alta. La cuarta y última sucede entre 1988 y 1999 cuando surgen treinta nuevos asentamientos subnormales que aumentan los índices de población (13). En 2005 la Unidad de Planeamiento Zonal, No. 55, Diana Turbay, fue definida como una UPZ prioritaria de intervención del Subprograma de Mejoramiento Integral de la Alcaldía Mayor de Bogotá, por estar conformada con asentamientos humanos de origen ilegal, con uso residencial predominante de estratos 1 y 2, y que presenta serias deficiencias de infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público (14). Inicialmente toda la zona hizo parte de la actual Localidad de Antonio Nariño, pero por el Acuerdo 007 de 1974 del Concejo del Distrito, fue apartada de esta, dándole el número 18 dentro de la nomenclatura distrital (13).

4.1.2. Características Físico -Geográficas

La localidad Rafael Uribe Uribe se encuentra ubicada desde los 2.600 msnm hasta los 2.800 msnm, presenta un clima frío (temperatura promedio de 14.6°C y una humedad relativa de 75%). Se encuentra localizada al sur oriente de la ciudad. Colinda al oeste con la localidad de Tunjuelito, al sur con la localidad de Usme, al este con la localidad de San Cristóbal y al norte con la localidad Antonio Nariño. Limita al Norte con la Av. 1° de mayo, al sur con Calles 46, 47, 54 y la vía a Usme, al oriente la Carrera 10 y el parque Entre Nubes y al occidente con la Avenida 27 y la carrera 33 (15) (Ver Mapa 1)

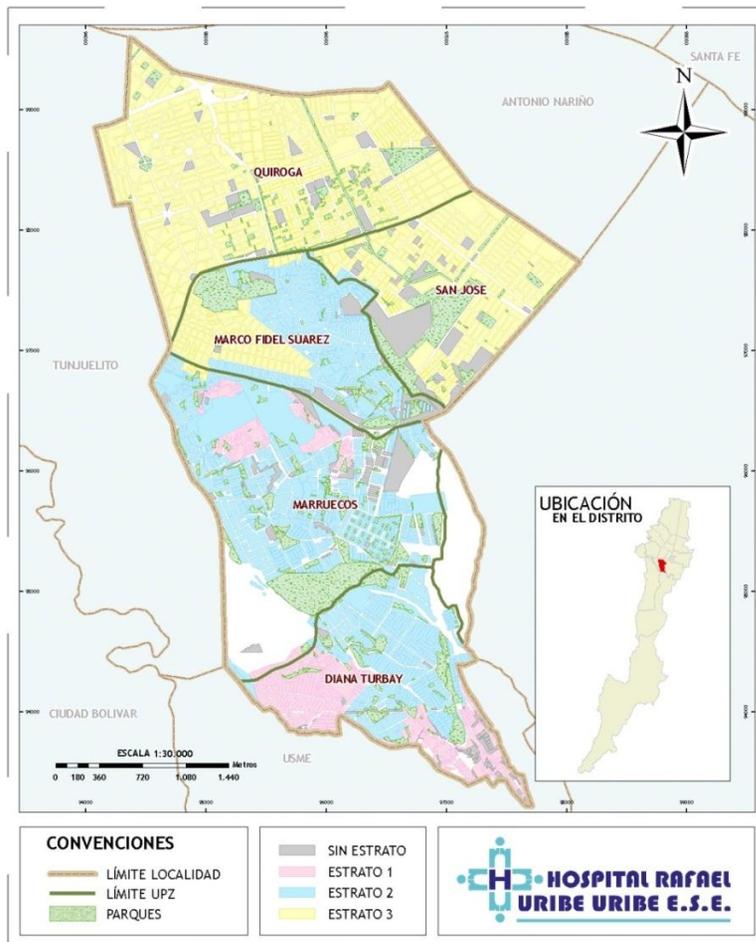
En la localidad se distinguen cuatro zonas geomorfológicas (15), las cuales condicionan las características de riesgo que se presentan en el mapa número 2, estas zonas son:

- Zona de areniscas: Sector de la regadera, poco a medianamente resistentes, presentes en los pisos inferior y superior de la formación Usme, donde se ubican las explotaciones subterráneas de arenas.
- Zona de Arcillolitas: De relativamente buena estabilidad natural, pero susceptibles a deslizamientos ligados a inadecuadas prácticas de explotación de arcillas y manejo de aguas.
- Zona de arcillas poco consolidadas de la formación Tilatá: De topografía plana o suavemente ondulada. No presenta problemas geotécnicos especiales.

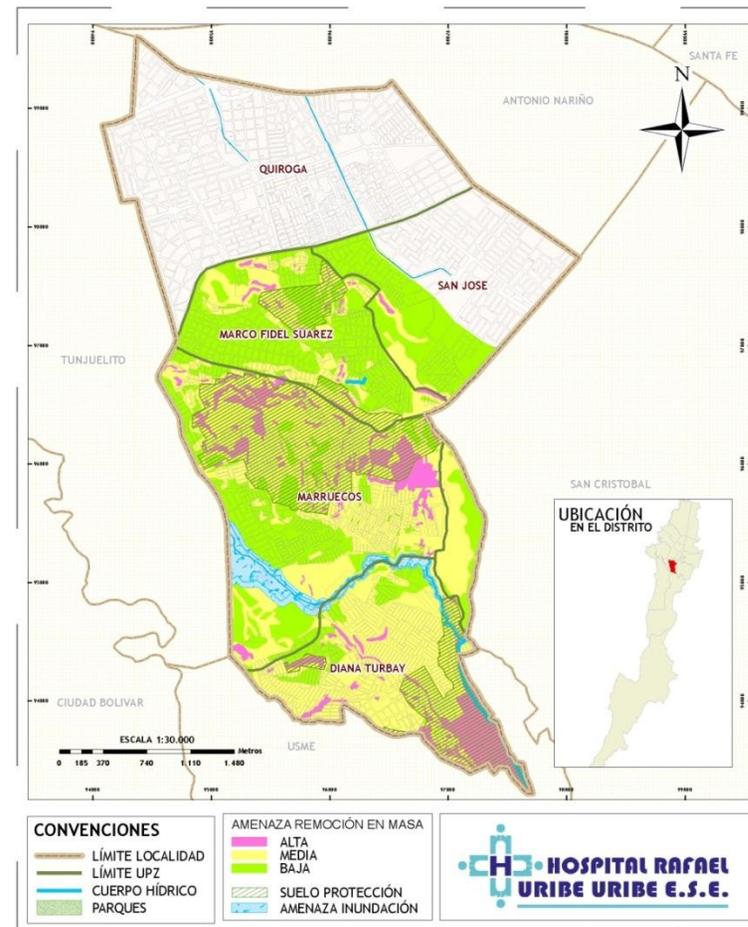
- Zona de terrazas bajas de la Quebrada Chiguaza: Parcialmente inundables. En el sector plano se encuentran desarrollos urbanísticos antiguos y en el sector quebrado, ubicado al oriente, asentamientos humanos ilegales; donde se presentan en muchos casos altos niveles de vulnerabilidad por amenaza natural debido al elevado grado de erosión y desgaste del suelo, deforestación de la zona y pérdida de la capa vegetal, sumado a la ausencia de canalización de las aguas negras y lluvias.

La localidad Rafael Uribe tiene una extensión de 1.388 hectáreas las cuales se clasifican en suelo urbano, no existe área rural. Del total de área urbana 1.250 corresponden a suelo urbano y 138 a áreas protegidas del orden Distrital; Esta conformada por 201 barrios y 2875 manzanas, lo que la ubica en un nivel intermedio comparada con las demás Localidades de Bogotá. (16)

Mapa 1. Ubicación general de la localidad Rafael Uribe Uribe. Zonificación por UPZ y por estrato



Mapa 2. Zonificación de amenaza por eventos de remoción en masa e inundación.



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases cartográficas de la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital (UAECD), Secretaría Distrital de Planeación (SDP) y FOPAE 2013.

4.1.3. Territorios Saludables en la localidad Rafael Uribe Uribe

La localidad tiene un uso de suelo predominantemente residencial, con algunas zonas de uso comercial tradicional, según consta en el Plan de Ordenamiento Territorial del año 2000. En el 2012 la SDP, reportó 341 Hectáreas (Ha) urbanizadas ilegalmente, las cuales han tenido una fuerte incidencia en la estructura ecológica de los cerros orientales, además muchas de estas viviendas se encuentran en zonas de alto y mediano riesgo (Ver mapa 2) (17). La Secretaría de Salud en el marco del programa de “Bogotá Humana Ya”, definió el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC por *Territorios Saludables* para lo cual fueron constituidos territorios y microterritorios a partir de las dinámicas sociales particulares y semejantes dentro de la localidad. Partiendo de la división previa por UPZ², reuniones comunitarias, cartografía social y técnicas de análisis espacial, se delimitaron los territorios de la localidad, fueron tenidas en cuenta otras circunstancias socio-espaciales tales como el número de territorios contratados para la vigencia, las zonas de estratos 1 y 2 prioritariamente, que los límites de territorios no traspasaran límites de UPZ o manzanas, barreras geográficas que pudiesen dificultar las operaciones de acciones de salud pública y las organizaciones políticas locales como las juntas de acción comunal. Esta división se presenta a continuación y puede consultarse en el mapa número 1.

Este proceso se realizó en trabajo mancomunado entre los coordinadores territoriales, coordinadores de Salud Pública, equipo ASIS y el equipo de vigilancia poblacional comunitaria VPC.

Territorio 1 – UPZ 55 Diana Turbay

Se localiza al sur de la localidad, está conformada por 34 barrios y una extensión de 211,4 Ha, equivalentes al 15,3% del total de la localidad. Limita al norte, con la UPZ Marruecos; al oriente, al sur y suroccidente con la UPZ Parque Entrenubes y al occidente con la UPZ Danubio de la localidad de Usme (17). En septiembre de 2012 se validó la división de 16 microterritorios en Diana Turbay, en donde se habían caracterizado 8.923 familias al final del 2012.

² En Rafael Uribe Uribe las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) previamente delimitadas son: Diana Turbay (55) Marruecos (54), Marco Fidel Suárez (53), San José (36) y Quiroga (39).

Territorio 2 – UPZ 54 Marruecos

Se ubica en la parte sur de la localidad y la atraviesa de oriente a occidente de la Avenida Caracas hasta los cerros Orientales; y va de norte a sur desde los cerros de Chircales hasta la quebrada la Chiguaza y la penitenciaría de la Picota. (Ver Mapa 1) Al igual que la UPZ anterior posee una zona de pobreza acumulada. La mayoría de su población vive en estrato bajo (83.8%), seguido de estrato bajo- bajo (12%) y sin estrato (3.2%) debido a la ilegalidad de los barrios. Tiene un total de 53 barrios, fueron definidos 15 microterritorios y a finales de 2012 había 10.177 familias caracterizadas.

Territorio 3 – UPZ 53 Marco Fidel Suárez

Se ubica en la parte central de la localidad , va de oriente a occidente, desde la Avenida Caracas y la Carrera 10 hasta y desde los cerros de Chircales y la zona quebradas del barrio las colinas. Al igual que las anteriores, pertenece a la zona crítica de pobreza acumulada. Es una de la áreas más densamente pobladas de la localidad; la mayoría de sus barrios presentan dificultades en acceso y movilidad dado que buena parte de sus calles son escaleras. La mayoría de su población vive en estrato bajo (74%), seguido de estrato medio bajo (25%). Tiene un total de 34 barrios, fueron delimitados 13 microterritorios y al final del 2012 había 8.127 familias caracterizadas.

Territorio 4 – UPZ 36 San José Y UPZ 39 Quiroga

En 2012 fueron caracterizadas 7.326 familias en este territorio, está constituido por las UPZ 36-Quiroga y la UPZ 39-San José, la primera se ubica al extremo noroccidental de la localidad y la segunda en el centro oriente de la misma, ambas son colindantes, tienen uso del suelo residencial principalmente aunque están rodeadas de amplias zonas comerciales. La mayor parte de la población de ambas localidades vive en estrato medio bajo, la UPZ 39 está compuesto por 15 barrios y la UPZ 36 por 9 barrios.

4.2. SALUD Y POBLACIÓN

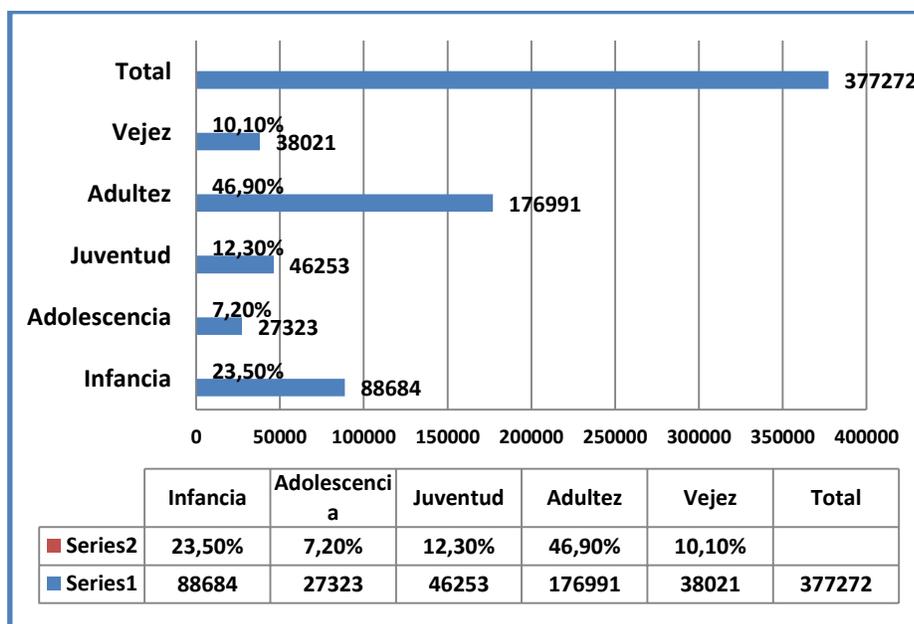
A continuación se explicará la estructura poblacional de la localidad así como los aspectos socio-demográficos de la misma. Se incluye en este aparte el perfil epidemiológico que sirvió de base para la conformación de los núcleos problemáticos, ampliamente explicados en el capítulo II donde se realiza el planteamiento de los núcleos problemáticos y en capítulo IV se presenta las alternativas de solución para las problemáticas por etapa de ciclo vital, que fueron evidenciadas en el capítulo II.

4.2.1. Estructura y Dinámica Poblacional

Según los informes de proyección del DANE; en el 2012 la población de la localidad tendrá una disminución en relación al decrecimiento de la tasa de natalidad. La tasa global de fecundidad se calculaba en 1,8 para dicho año, lo que significa que una mujer puede tener 1,8 hijos durante su vida fértil. La esperanza de vida es de 71,6 años para los hombres y de 77,1 años para las mujeres, lo que resulta en una esperanza de vida de 74,3 años. Según el mismo informe, en 2012 la localidad tendría 377.272 habitantes equivalentes al 5% de la población de Bogotá (18) (19).

En cuanto al índice de masculinidad fue de 96,1%, es decir que por cada 100 mujeres en la localidad hay 96 hombres. La razón de masculinidad por grupos de edad muestra que el grupo de edad en el que se presenta una mayor razón es el de 50 a 54 años con 157, lo cual significa que por cada 100 mujeres hay 157 hombres entre 50 y 54 años; en general se observa que de los 0 a los 69 años la razón de masculinidad es superior a 120 y únicamente en los quinquenios de 70 a 74 años y de 75 a 79 años es inferior a 100. Al hacer el análisis de la distribución de la población por etapa de ciclo vital, se identifica que existe predominio de población adulta 46,9%, seguido de la población infantil en un 23,5% y en tercer lugar juventud con el 12,3%. Ver gráfica 1.

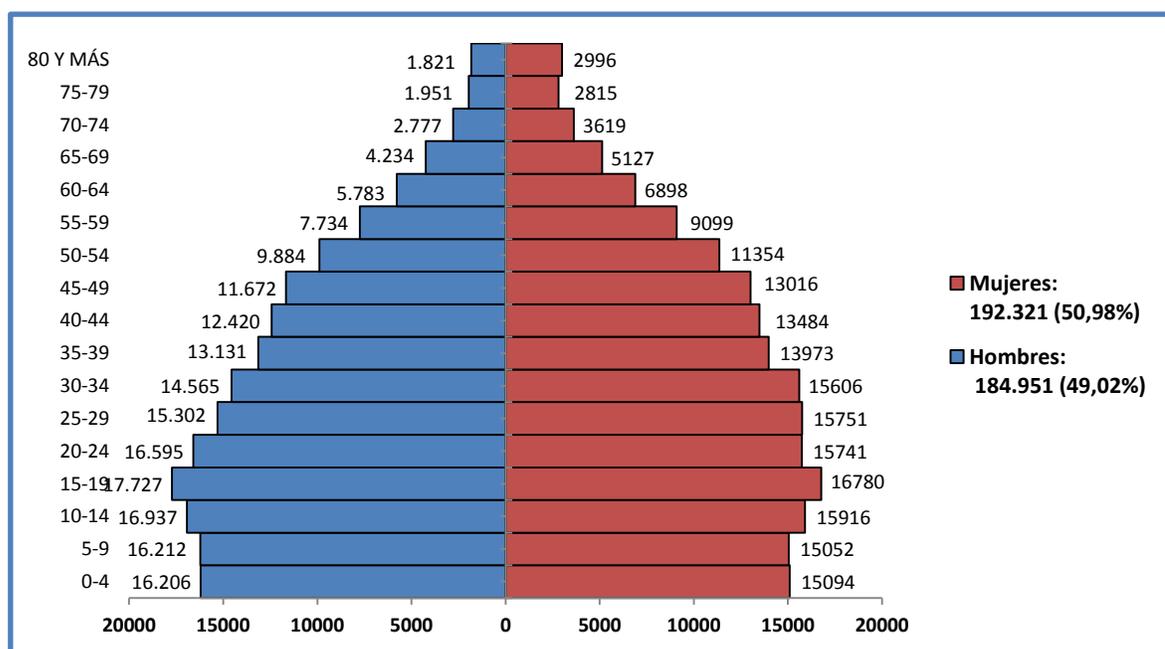
Gráfica 1. Distribución de los habitantes de la Localidad Rafael Uribe Uribe por etapa de ciclo vital, 2012



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

La pirámide poblacional refleja una base intermedia y su disminución hacia el ápice se da lentamente. Se observa un ensanchamiento progresivo en los quinquenios, desde los 10 hasta los 19 años tanto en hombres como en mujeres, a partir de los 20 años se observa una reducción gradual en ambos sexos, aunque se observa una reducción importante en el quinquenio de los 20 a los 24 años, que probablemente se debe a la situación de violencia y enfermedades tempranas. Se dice que este tipo de pirámides poblacionales son de tipo campana (Gráfica 2). Se observa que más de la mitad de los hombres están entre el rango de edad de los 20 a los 59 años, al igual que las mujeres. En la distribución por sexo (Mapa 3) se evidencia que las mujeres representan el 51% de la población y los hombres el 49%. El grupo de edad más representativo es de 20 a 59 años (55,3%) seguido del grupo de edad de 10 a 19 años (18,2%). (Gráfica 2).

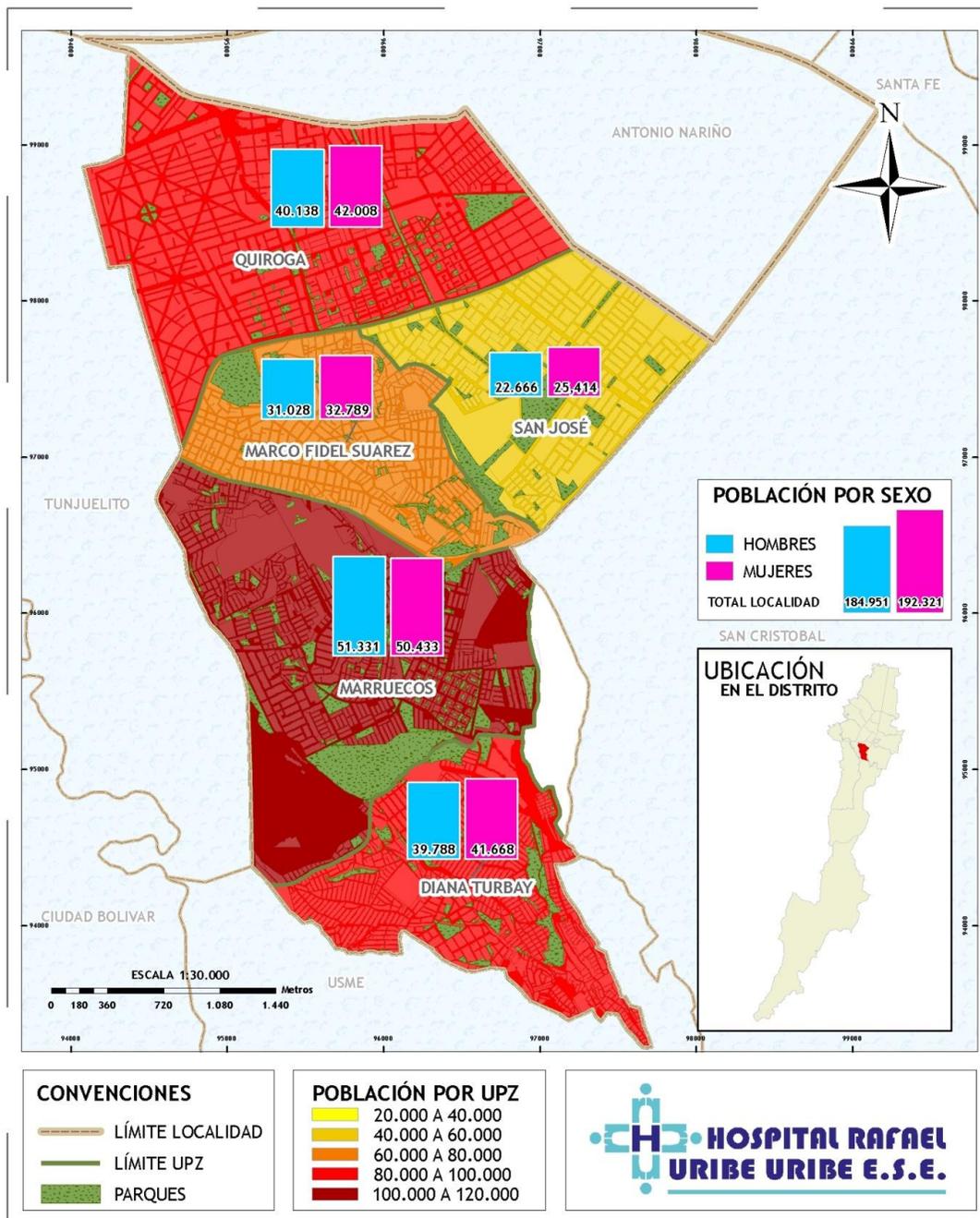
Gráfica 2. Pirámide poblacional Localidad Rafael Uribe Uribe. 2012



Fuente: Proyecciones de población de Bogotá por localidades 2005-2015. DANE. SDP

El 26,5% de los habitantes de la localidad vive en la UPZ Marruecos, el 22,2% en la UPZ Quiroga, el 21,4% en la UPZ Diana Turbay, el 17,1% en la UPZ Marco Fidel Suárez y por último el 12,8% en la UPZ San José. Ver mapa 3

Mapa 3. Distribución de la población por sexo y por UPZ en la Localidad Rafael Uribe Uribe.



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.

4.2.2. Características Socio-demográficas

A continuación se explicarán las diferentes condiciones socio-demográficas de la localidad durante el año 2012, como apoyo al análisis de los determinantes sociales que influyen en la situación en salud de sus habitantes.

Viviendas Y Hogares

La Encuesta Multipropósito 2011, reflejó que la localidad Rafael Uribe Uribe contaba con una población de 377.615 personas, que conforman 104.071 familias y que habitan en 102.131 viviendas. El 50,5% de los hogares están conformados por 4 o más miembros, lo que indica hacinamiento, éste porcentaje se encuentra más alto que el Distrital (42,2%). Se ha demostrado que el hacinamiento en particular cuando va unido a la pobreza y a la insuficiencia de servicios aumentan las tasas de transmisión de enfermedades como la tuberculosis, la neumonía, la bronquitis y las infecciones gastrointestinales. (18)

Aseguramiento

El 91,0% de la población de la localidad se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 8,6% no está afiliado. De acuerdo con el tipo de régimen, el 59,0% está afiliado al régimen contributivo, el 2,9% al régimen especial, el 38,0% al régimen subsidiado y el 0,1% de las personas sabe que está afiliado pero no sabe en qué régimen. (20)

Servicios Públicos

En la localidad existe buena cobertura en los servicios de acueducto, energía eléctrica, aseo y alcantarillado. El 99,4% es decir 103.407 de los 104.071 hogares tiene cubierto el servicio público de acueducto; el 99,7% (103.775) tiene los servicios de alcantarillado, el 99,9% (103.965) tienen el servicio de recolección de basuras, el 98,8% (102.799) el servicio de energía eléctrica y el 89,4% (93.012) tiene cubierto el servicio de gas natural. (21) El 60.1% cuenta con teléfono fijo y el 28.7% con el servicio de Internet.

Población en Condición Especial

Población situación de desplazamiento: Las personas en condición y situación de desplazamiento en la localidad, se encuentran referenciadas en los datos suministrados

por el programa Salud a su casa: Para el año 2011 se registró un total de 2566 personas en esta condición, equivalente al 2% del total de la población caracterizada en este año; el 52.6% son mujeres y 47% son hombres. De este total el 58% se encuentran en condición de desplazamiento (certificados por el Estado), y el 42% no se han certificado ni reciben ayuda gubernamental. (22)

Población Étnica: De acuerdo al censo DANE 2005, el 1.44% de la población son afro descendientes (negro, raizal y/o palenquero) y un 0.19% son indígenas. La distribución por sexo es equitativa. (22)

Educación

El nivel educativo de la población puede ser un indicador de la alta exposición a embarazo temprano y un determinante de los niveles de fecundidad, mortalidad y salud infantil. El nivel de alfabetismo en la localidad es del 98% y de acuerdo con la Encuesta Profamilia, la tasa neta de asistencia al nivel Primaria es de 71% (71% hombres, 69% mujeres), la tasa bruta es del 90% (93% hombres y 86% mujeres). La tasa neta de asistencia en secundaria es de 71% (73,5% hombres, 69% mujeres) y la tasa bruta es de 95,5 % (94% hombres y 95%) (23).

Para el periodo 2008-2012 las proyecciones indican que la población en edad escolar (entre 5 y 17 años) ha venido decreciendo en valor absoluto, de la misma manera ha disminuido su porcentaje dentro de la población total, ya que en 2008 representaba el 24,31% y en el 2012 el 22,45% (24)

4.2.3. Condiciones Socioeconómicas

Las condiciones socio-económicas de una comunidad dan una visión de las situaciones diversas a las que están expuestas, del mismo modo ayudan a la comprensión de la distribución de la renta y el acceso a los servicios que pueden tener sus integrantes, es así como esta información es relevante en el análisis de determinantes sociales de la salud.

Población Por Estrato Socioeconómico

En la localidad el porcentaje de personas en los estratos 2 y 3 superan en 12.5% los datos distritales, el 76% de la población se encuentra ubicada en estratos bajo y medio

bajo. La mayoría de la población se encuentra en el estrato bajo, seguido del medio bajo (25).

Condiciones De Trabajo

La Población en Edad de Trabajar (PET) es de 302.092 personas y la Población Económicamente Activa (PEA) es de 186.558 personas. La población ocupada es de 170.174 personas frente a 16.384 personas desocupadas. El número de ocupados representa el 4,9% y los desocupados el 5,0%, ambos datos referidos al total del Distrito capital (21).

Según la primera encuesta multipropósito para Bogotá 2011, el 4,9% de la población se encuentra económicamente activa, el 5,2% es económicamente inactiva, el 4,9% está ocupada y el 4% es desempleada, y hay una de desempleo del 8,78% (SIC) (20)

La Secretaría de Planeación de acuerdo con los registros Equipo de Saneamiento Ambiental, estableció que un 89,2% de las personas que trabaja en la localidad pertenece al sector informal, por lo cual carecen de seguridad social. Sin embargo, es importante resaltar las acciones en Salud Pública adelantadas por el área de Salud Ocupacional del Hospital Rafael Uribe Uribe condujeron a que un 4,6% de la población informal se vinculara al régimen subsidiado en salud y un 6,2% al régimen contributivo. (20)

Disponibilidad De Alimentos

De acuerdo a los determinantes del estado nutricional contemplados en la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, se encontró:

Disponibilidad: Dado que no existe un centro de acopio de alimentos, se ha detectado un incremento de ventas ambulantes lo que dificulta el control higiénico sanitario de los alimentos, especialmente en las UPZ Marco Fidel Suárez, Marruecos y Diana Turbay pese al porcentaje de cobertura del servicio de acueducto y alcantarillado se sabe que no cumple con la calidad esperada, inclusive en zonas legalizadas.

Acceso: No existen proyectos productivos que den respuesta a corto y mediano plazo a la problemática de acceso a la disponibilidad de alimentos, incluso se ha documentado el cierre de varios comedores comunitarios en la localidad, esto evidencia que el

presupuesto destinado para estos proyectos es mínimo y no garantiza permanencia y continuidad de las instituciones encargadas de ejecutarlos (26)

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 (EMB 2011) el 0,5% de la población se encuentra en situación de miseria por NBI. (20). Además se registró que el 7,7% de las personas se encuentran en pobreza por NBI. De los 104.071 hogares, el 6% tiene al menos una necesidad básica insatisfecha y 512 viven en la miseria. Del 9% al 19% de los hogares de la localidad se considera en la pobreza; sin embargo, entre el 2007 y 2011 el porcentaje de hogares con privaciones en la dimensión de salud disminuyó (20).

Índice GINI

El índice de GINI mide hasta qué punto la distribución del ingreso entre individuos u hogares dentro de una economía es equitativa, para de este modo determinar las desigualdades de una sociedad (27). Este indicador presenta una disminución en la localidad ya que pasó de 0,47 en el año 2007 a 0,43 en el 2011 (20).

Índice Desarrollo Humano Urbano (IDHU)

El informe de Desarrollo Humano para Bogotá, publicado en el 2008 por el PNUD, muestra que los indicadores tales como longevidad, medida en función de la esperanza de vida al nacer, nivel educacional, medido en función de una combinación de la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta de matrícula combinada de primaria, secundaria y superior, nivel de vida, medido por el PIB real Per Cápita (PPA en dólares), se comportan en la localidad de manera similar a los de Bogotá, a excepción de los que tienen que ver con el ingreso disponible y el índice urbano (28). El Índice de Desarrollo Humano en la localidad es de 0,734 y se encuentra más bajo comparado con el de Bogotá que es de 0,810 (28).

4.2.4. Características Ambientales

La calidad de vida y la situación en salud de una comunidad y de los individuos que la componen está directamente afectada por el entorno y las características ambientales de su territorio, es así como cualquier cambio en el sistema ambiental tiene efectos directos sobre las personas y las comunidades, a continuación se relacionan las características ambientales más relevantes de la localidad en cuestión.

Calidad del aire

La contaminación del aire en la ciudad, está asociada a la polución producida por diferentes fuentes tales como la industria, minería, quemas ilegales, infraestructura vial y vehículos. En una ciudad como Bogotá una persona al aire libre en promedio inhala en cada respiración más de 10 millones de partículas microscópicas (29). En la Localidad se presenta contaminación por partículas en suspensión resultado de procesos extractivos en las canteras y chimeneas de chircales, otra fuente de emisión de partículas se debe al parque automotor; también se presenta contaminación por ruido en las vías principales como resultado del tráfico vehicular, el sector comercial y actividades industriales en zona residencial como talleres de mecánica y ornamentación, éstas generan altos niveles de ruido y emanan considerables cantidades de partículas en suspensión (29).

Contaminación por Residuos

Los residuos sólidos y líquidos generados por la población local no son dispuestos de acuerdo con las normas sanitarias en muchos casos, es por esto que pueden encontrarse tanto en vías públicas como en cuerpos de agua. Se han identificado puntos críticos relacionados con esta problemática en las UPZ Quiroga y San José, posiblemente por la alta actividad industrial que allí es desarrollada (30).

En la localidad se encuentran industrias que elaboran, producen y comercializan alimentos (21%), y confecciones (17%) (30). Estas actividades representan una alta producción de residuos sólidos, que en muchos casos son causantes de focos de contaminación en la localidad.

Contaminación del Recurso Hídrico

La contaminación antrópica es la mayor causante del deterioro de los cuerpos de agua, este tipo de polución proviene de diversas fuentes, tales como las actividades industriales informales que predominan en los barrios ubicados en las zonas más altas. Uno de los cuerpos de agua más contaminado es la quebrada la Chiguaza puesto que a este llega un canal de recolección mixto conectado desde algunos barrios la UPZ Diana Turbay, cabe anotar que a lo largo de esta quebrada se encuentran diversos puntos de contaminación aguas arriba, en la localidad San Cristóbal (30).

Manejo de Sustancias Químicas

El empleo de las sustancias químicas está estrechamente relacionado con las actividades industriales y económicas de la sociedad actual. En la localidad la utilización de sustancias químicas en la industria formal e informal contamina los suelos, los cuerpos de agua y es determinante directo en la salud de los trabajadores y sus familias. Se identificó el bajo o nulo uso de elementos de protección personal lo que incrementa el riesgo por exposición a sustancias potencialmente tóxicas (30).

Educación Ambiental

Las entidades públicas y privadas han trabajado intensamente en sensibilizar a la comunidad y en incrementar los programas de educación ambiental locales. Los problemas más agudos se relacionan con la inadecuada disposición de residuos sólidos, vertimientos contaminantes, daños en las estructuras ecológicas y la limitada aplicación de la normatividad por parte de las autoridades competentes. Los objetivos de los programas de educación ambiental, dirigidos principalmente a la comunidad estudiantil, se direccionan a fortalecer la apropiación de los habitantes con su espacio y a la comprensión de las incidencias que sobre el ambiente y la salud tienen la creciente contaminación y las actividades que la generan (30).

Tenencia de Animales

Se considera que la tenencia de animales, especialmente caninos –domésticos y callejeros- incide en el estado de salud de la localidad, ya que se presentan casos como presencia de excretas en áreas públicas, ruptura de bolsas de basura en zonas críticas de acumulación de residuos, mordeduras y proliferación de vectores. No existe divulgación masiva de normas sobre tenencia de mascotas, contenidas en el código de policía, ni programas educativos sobre tenencia de mascotas o control de natalidad animal.

Del mismo modo, es común y creciente la molestia por la presencia de palomas comunes. De acuerdo con la información obtenida por el equipo transversal de ambiente en actividades comunitarias como la Mesa Territorial en Diana Turbay y las visitas de Salud a su Casa, la comunidad manifiesta que la población de palomas ha llegado a tal magnitud que sienten que la salud de las personas puede verse afectada, cabe anotar que los hábitos domésticos de estos animales las obligan a mantenerse cerca de las personas, lo que puede incrementar la exposición a diversos riesgos, siendo más vulnerables poblaciones infantiles, gestantes, personas mayores y comunidades en condiciones económicas deprimidas (31).

4.3. PERFIL SALUD ENFERMEDAD

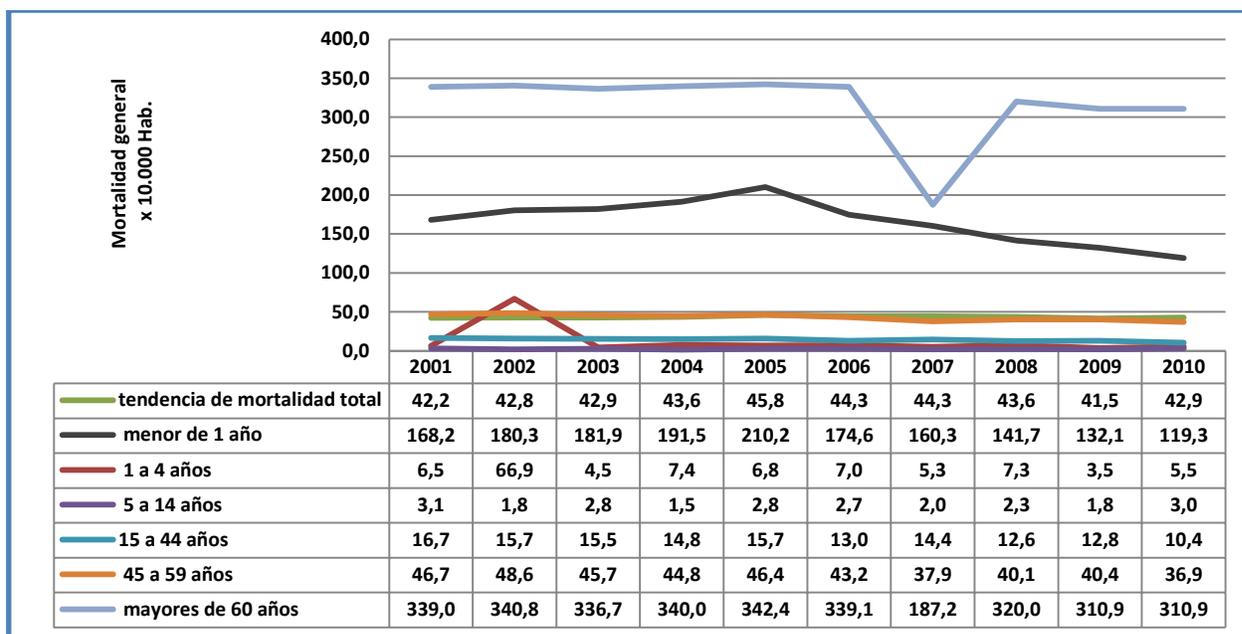
Partiendo de la elaboración del perfil salud-enfermedad de la comunidad que habita la localidad se evidenciaron las problemáticas con mayor incidencia y relevancia, estas sirvieron como base principal para la configuración de los núcleos problemáticos que muestran la situación en salud y los factores particulares que la condicionan. Para la elaboración de este subcapítulo fueron consultados datos que recopilan los subsistemas del Hospital Rafael Uribe Uribe, a partir de los cuales se elaboran las bases de información disponibles para el Distrito Capital.

4.3.1. Mortalidad General

El análisis de la tasa de mortalidad general, en Rafael Uribe, se basa en las diez primeras causas y se clasifica por lugar de residencia. Según la Secretaria Distrital de Salud la magnitud total es de 42,9 muertes por cada 10.000 habitantes para el año 2010 (1620 casos). Entre los años 2001 y 2010 la mortalidad general de la Localidad Rafael Uribe ha mostrado una tendencia estable en relación con la mortalidad general, sin embargo al hacer un análisis detallado por grupos de edad se evidencia que la mortalidad general en menores de 1 año ha mostrado una tendencia a la disminución pasando de 168,2 muertes por cada 10.000 habitantes en el año 2001 a 119,3 muertes por cada 10.000 habitantes en el año 2010 (32).

La tendencia de mortalidad general total se mantiene casi constante a lo largo de la década analizada, las variaciones notables observadas pertenecen a los grupos de edad 1 a 4 años que presenta un pico en el año 2002, y en el grupo de mayores de 60 años, donde se observa un decrecimiento en el año 2007, luego de lo cual retoma su comportamiento anterior. El resto de variables mantiene un comportamiento estable con tendencia a la disminución general.

Gráfica 3. Grafica Tendencia de Mortalidad General por Grupos de edad en la Localidad Rafael Uribe Uribe Año 2010



Fuente 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS.

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

TASA * 10.000 Habitantes. Fecha actualización: Enero 2013

La esperanza de vida al nacer en la localidad Rafael Uribe según la secretaria Distrital de Planeación es de 75,67 años, este indicador ha aumentado en los años 2010 a 2015, ya que en el quinquenio inmediatamente anterior era de 74,25 años, este dato en comparación con el de Bogotá es 3 años menor (78,01 para el periodo 2010 a 2015) (33).

4.3.2. Etapa de Ciclo Infancia

Pertencen a esta etapa los hombres y mujeres desde el nacimiento hasta los 13 Años 11 Meses 29 Días.

Morbilidad General Atendida

A través del comportamiento de la morbilidad y mortalidad puede medirse el estado de salud de una comunidad, sin embargo es importante entender que esto no es un factor totalitario ya que como se ha explicado anteriormente la salud debe ser vista positivamente y cobija condiciones del ser humano que van más allá del estado puramente clínico.

Para obtener estos datos fueron consultados los RIPS³, a partir de esto se concluyó que los casos más frecuentemente atendidos en consulta externa fueron: rinofaringitis (205 casos), astigmatismo (87 casos) e infección de vías urinarias (45 casos). Las más altas frecuencias en hospitalización fueron: Bronquiolitis aguda no especificada (55 casos), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (29 casos) e infección de vías urinarias (23 casos). En el servicio de urgencias las consultas más frecuentes fueron: Fiebre no especificada (273 casos), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (241 casos) y rinofaringitis aguda (226 casos).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral – SISVESO.

En el primer lugar de notificación del SISVESO se encuentra el Ciclo Vital Infancia con un 30,5% del total. La UPZ 53 ocupa el primer lugar de la notificación con 36%, la UPZ 55 ocupa el segundo lugar con 32,4% y las UPZ 36 y 39 ocupan el tercer lugar con 28,1% cada una.

La caries cavitacional es el evento que se presenta con mayor frecuencia (33,7%), el mayor porcentaje de casos pertenecen a la UPZ 39 Quiroga con 40,2%, seguido de la UPZ 55 Diana Turbay con 38,4%; La gingivitis es el evento ubicado en segundo lugar de incidencia, se presenta con mayor frecuencia en la UPZ 54 con 30,5%, seguido de la UPZ 36 con 29,7%. El tercer evento de importancia es la lesión por mancha café (20,6%) presentándose con mayor frecuencia en la UPZ 36 San José seguida de la UPZ 53 Marco Fidel Suarez con un 27% y 23,7% respectivamente.

El evento de salud oral con mayor frecuencia en la población gestante fue la caries cavitacional con un 33,7%, la UPZ 53 Marco Fidel Suarez tiene la mayor proporción con 29,3%, seguida de la UPZ 39 Quiroga con un 28,9%. El segundo evento más frecuente es la gingivitis con un 26,5%, la UPZ 53 Marco Fidel Suarez aporta el 36% de los casos, seguido de la UPZ 39 Quiroga con 34,3%. El tercer evento fue la lesión por macha café con un 20,6%, la UPZ 36 San José aporta el 22,6% de los casos, seguida de la UPZ 39 Quiroga con 19,7%.

³ Registros Individuales de Pacientes, generados en procesos de hospitalización, atención de urgencias y consulta externa.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA.

Según SIVIGILA, la etapa de ciclo infancia ocupa el primer lugar de la notificación con 57,3%, la UPZ que mayor notificación tuvo fue Marco Fidel Suarez con un 23,8%, seguido de Diana Turbay con 23,4%. En cuanto a los eventos notificados, el primer lugar fue la varicela individual con un 57,4% siendo más frecuente en la UPZ 54 con 65,1%. El segundo evento de notificación fueron las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con un 10,9% del total de la notificación y la UPZ donde se presentó en mayor proporción fue Marruecos, con 13,3% de los casos. El tercer evento de mayor notificación fue la Insuficiencia Respiratoria aguda (ESI- IRAG Vigilancia centinela) con 6,8% y la UPZ 36 San José es la que mayor porcentaje presenta (5,9%). En cuarto lugar está la tosferina con 5,9% de la notificación y se presentó en mayor proporción en la UPZ 39 Quiroga con 6,1%.

Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

En el año 2012 la Localidad alcanzó coberturas útiles en los biológicos Triple Viral y Polio (135,6% y 92,8% de cobertura respectivamente), según los datos reportados para población de un año de edad o menos. Al comparar estas coberturas con las del año 2011 se evidencia que el porcentaje aumentó aproximadamente 36% para Tripleviral y en 1,6% para polio. Durante los cuatro últimos años se ha presentado un aumento en las coberturas de vacunación, gracias a la voluntad política, la combinación de estrategias, el sostenimiento financiero del programa en el tiempo y a la dedicación del equipo de vacunación local.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida –SISVECOS

Las alteraciones en la salud mental de la población, son un fenómeno que se encuentran en aumento y que constituyen una prioridad de Salud Pública por las implicaciones sociales que acarrea. Según SISVECOS, de los casos identificados como efectivos en el 2012, el 24% fue del ciclo vital infancia, lo que la ubica en el segundo lugar de notificación. La UPZ 55 Diana Turbay presentó el porcentaje más alto: 31,6%.

El evento de conducta suicida en esta etapa de ciclo que ocupó el primer lugar fue la ideación con un 61,8% y la UPZ que reportó la mayor proporción fue Diana Turbay con 34%. El segundo evento que se presentó con mayor frecuencia fue la amenaza con un 22,4% y fue la UPZ Marruecos la que presentó mayor proporción con un 29,4%. El Intento suicida se ubica en tercer lugar con un 14,5% y la UPZ Diana Turbay aportó el 45,5% de los casos.

A pesar que el suicidio consumado estuvo en el cuarto lugar (1,3% que representa 1 evento en la UPZ 39 Quiroga) es importante resaltarlo por su incidencia social, económica y cultural entre otras, puede tomarse como un reflejo de desequilibrio social, falta de redes de apoyo, falencia en las políticas públicas, débil estructura familiar entre muchos otros determinantes. Esta situación está relacionada además con barreras de acceso a servicios de salud mental, desconocimiento de líneas de atención en problemáticas de salud mental como la línea 106, la presencia de violencias al interior y exterior de la familia, rupturas del núcleo familiar y en algunas ocasiones la influencia de los medios de comunicación y las redes sociales.

Subsistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Maltrato Infantil – SIVIM

La violencia intrafamiliar y las agresiones en general inciden fuertemente en la salud mental de la población, en la localidad se presentan especialmente sobre la etapa de ciclo vital Infancia con un 44% de los casos, que se encuentran con mayor incidencia en la UPZ 36 San José con un 50,5%, seguido de la UPZ 53 Marco Fidel Suarez con un 45,9% de las notificaciones.

Durante el año 2012, según los datos de notificación del SIVIM, se observó que la violencia emocional presentó el mayor número de casos reportados (536) constituyendo el 47,5% del total de la notificación, sin embargo se aclara que no todos los casos fueron intervenidos, debido a dificultades con la calidad de los datos. Este alto porcentaje se presenta ya que es un tipo de violencia transversal a todo tipo de agresiones, el 50% de los casos se presentaron en la UPZ 39 Quiroga. En segundo lugar se encuentra la negligencia o descuido con un 24,8% del total de los casos notificados, de los cuales el 28,4% se notificó desde la UPZ 55 Diana Turbay, en tercer lugar la violencia física con el 13% de los cuales la UPZ 36 San José reportó el 21,2%. y en cuarto lugar la violencia sexual con el 5,8%. Como parte del análisis de la situación de violencia a la que están sometidos muchos niños cabe mencionar que son sujetos susceptibles a la repetición de conductas violentas, tal como se menciona en el texto “Factores de Riesgo para violencia y homicidio juvenil” en donde puede leerse que:

“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.

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. (...) 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 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.” (34)

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Consumo de Sustancias Psicoactivas – VESPA.

Durante el 2012 se presentaron 4 casos en la etapa de ciclo Infancia que corresponden al 2,6% de la notificación, hubo un caso cuya vía de consumo fue la inhalación y los tres restantes se reportaron con vía de administración desconocida.

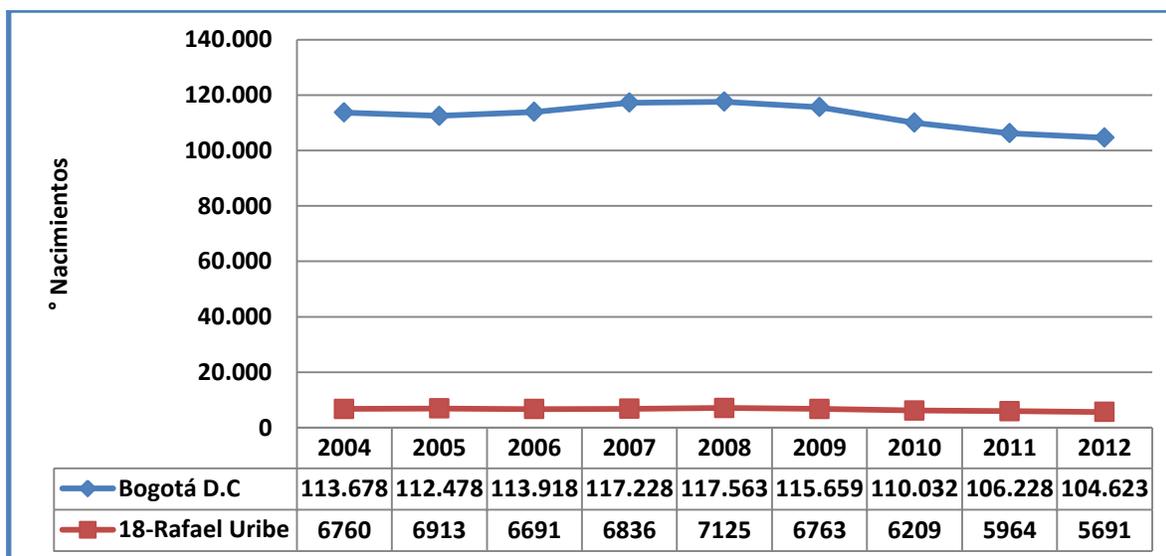
Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Discapacidad

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, para identificar inequidades y desigualdades de manera que puedan orientarse las políticas y la planificación en salud pública, Este sistema caracterizó y registró 89 registros en la etapa de ciclo Infancia durante el 2012, los tipos de discapacidad reportados en orden de frecuencia son: los relacionados con el sistema nervioso (44 registros), discapacidad física (30 registros) y discapacidad auditiva (6 registros).

Salud Sexual y Reproductiva

Nacimientos: En el año 2012 se presentaron 5.691 nacimientos, equivalentes al 5.4% del total de nacimientos en Bogotá durante el mismo periodo, en relación al año anterior este número se redujo en 273 casos (4,5%).

Gráfica 4 Tendencia Nacimientos en la Localidad Rafael Uribe Uribe - Bogotá D.C 2004 - 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

NOTA: Se esperan enmiendas de Medicina Legal y además se está recuperando información para ser incluida en el aplicativo RUAF y los datos pueden variar

Planificación Familiar: En la etapa de ciclo infancia se atendieron 41 consultas siendo la UPZ 55 Diana Turbay en donde se presentó mayor número. Este dato es relevante pues permite afirmar que la vida sexual, en esta etapa de la población, se está iniciando a muy corta edad. Es importante anotar, que la ESE desde los Territorios Saludables, desde Vigilancia en Salud Pública y sus componente, y PAI, realizan acciones dirigidas, específicamente, a esta etapa de ciclo vital, pues el embarazo en una menor de 14 años es de alto riesgo y trae consecuencias para la salud mental y física de la persona. Por esta razón la ESE, con diferentes acciones (charlas, talleres y acciones en salud sexual y reproductiva) en las IED de la localidad, invita a la comunidad a tener una sexualidad responsable y en el momento adecuado. Estas acciones informativas y preventivas, procuran que los menores tomen conciencia sobre su sexualidad, los embarazos no planeados y sus consecuencias, la sexualidad responsable, el autocuidado y consultar frente a cualquier situación relacionada con la sexualidad en menores de edad.

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. (35). A continuación se referencia el evento de mayor incidencia en la localidad:

Sífilis Gestacional y Congénita: En la localidad se presentaron 37 casos, principalmente en la etapa de ciclo juventud con 19 casos, seguido de la etapa Adultez con 13 casos y Adolescencia con 5 casos; la UPZ con mayor notificación fue la 53 Marco Fidel Suarez con 14 Casos, seguido de la UPZ 55 Diana Turbay con 8 casos.

Este evento es importante de analizar en la etapa de ciclo vital infancia ya que si no es tratado adecuadamente puede conducir a una sífilis congénita con fuertes repercusiones en el recién nacido; tratamientos equivocados pueden ser: 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 por 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 en la transmisión del VIH/SIDA ya que se calcula que el riesgo de contraer la infección por VIH es de 2 a 5 veces más alto cuando está presente. (35)

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. (35)

En la Localidad se presentaron 16 casos de sífilis congénita, que equivalen al 43,2% de los casos por sífilis Gestacional, de los cuales 10 pertenecen a la UPZ 53 Marco Fidel Suarez, y 3 a la UPZ 54 Marruecos. Según estudios, 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. (35)

Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional

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). Asimismo, 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 (27).

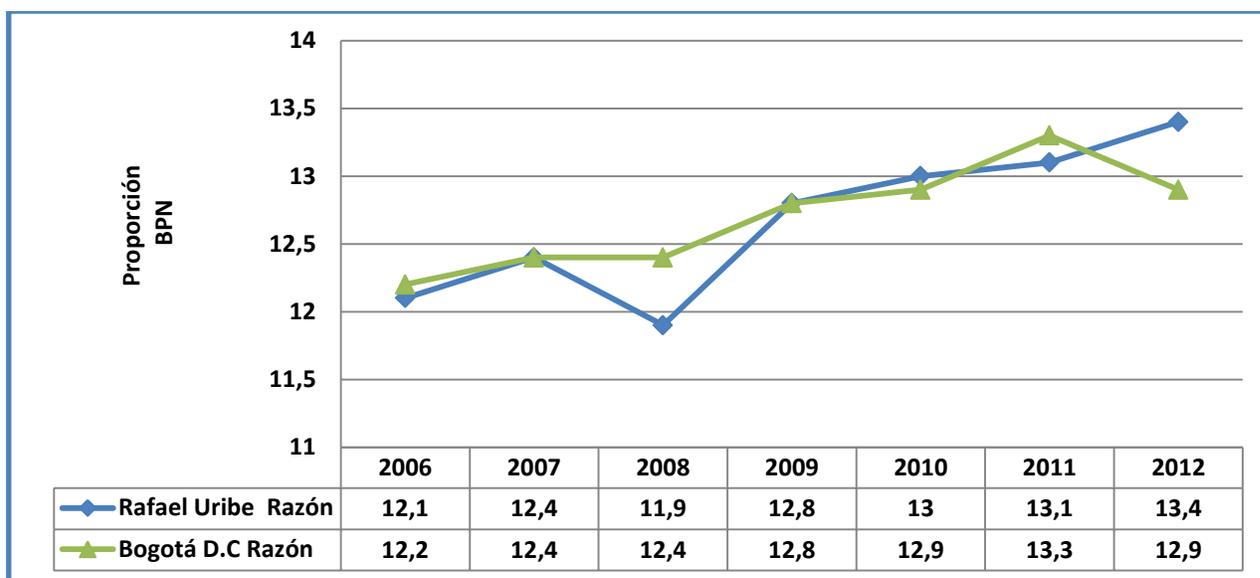
Según notificación de casos al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), en el año 2012 el indicador Talla para la edad evidenció un 19,4% de menores en desnutrición crónica, muy por encima del dato nacional (13,2%). (36); La UPZ con mayor porcentaje de casos de desnutrición crónica fue la UPZ 36 San José con 21,4% seguida de la 53 Marco Fidel Suárez con 20,7%. El indicador peso en relación a la talla, durante el año 2012 evidenció desnutrición global en un 7,3% de los menores de 5 años y el 20,9% se diagnosticó en riesgo de desnutrición global. Se observa también malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en un 11% de la población infantil. En comparación con el año 2011, el riesgo de desnutrición aumentó en 1,9%, la desnutrición global no presentó cambios significativos.

Estado nutricional de las gestantes: De la población gestante notificada durante el 2012 al SISVAN la mayoría (48%) se encontraba en un estado nutricional normal según los patrones de Atalah, sin embargo se observa que la malnutrición por exceso representó 25,4% en sobrepeso y 5,3% en obesidad, el bajo peso se presentó en el 15,7% de las gestantes, estos son datos relevantes dado que indican factores de riesgo para que el recién nacido presente también bajo peso. En la UPZ 55 se notificó la mayor proporción de Bajo peso con 18,8%, y la UPZ 54 fue donde se reportaron más casos de sobrepeso con 30,1%.

Bajo peso al nacer: Se considera recién nacido con bajo peso al nacer, aquel nacido vivo que registra un peso menor a 2499 gramos. La importancia de este indicador radica en su incidencia en la salud de los menores y su calidad de vida. En la localidad el

comportamiento del bajo peso al nacer según bases de nacidos vivos –aplicativo web RUAF se mantiene estable, aunque con picos intercalados, observándose un aumento constante desde el año 2006 con 12,1% a 13,4% en 2012, ubicándose por encima del dato distrital (12,9%).

Gráfica 5. Tendencia del bajo peso al nacer. Localidad Rafael Uribe - Bogotá D.C 2006-2012



FUENTES: 1998-2010: Certificado de nacido vivo .Bases de datos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales. 2011 y 2012: Base Nacido Vivo Aplicativo Web RUAF_ND; datos PRELIMINARES

Según bases distritales del RUAF 2012, del total de los nacidos vivos residentes en la localidad el 47,1% presentó un peso por debajo del límite, es relevante mencionar que el 11,1% del total de nacidos vivos nacieron antes de la semana 37 considerándose como una gestación pre término. El 11,9% de los nacidos vivos presentaron peso extra bajo (676 casos). Los factores de riesgo predominantes para esta situación son la ruptura temprana de membranas, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el asma bronquial, hábitos como el cigarrillo y/o consumo de sustancias psicoactivas y sepsis urinaria, principalmente. Cuando se nace con bajo peso y se mantiene esta condición, el riesgo de presentar una talla baja en edad adulta es mayor, por tal motivo es importante mantener un control de peso y talla constante al recién nacido con bajo peso, incentivando la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida y continuarla hasta los dos años acompañada de alimentación balanceada.

Lactancia materna exclusiva: la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses en el año 2012 fue 2,4 meses; según información suministrada por el Sistema de Vigilancia SISVAN. En la UPZ 36 la duración es de 2,9 meses, seguida de

las UPZ 55 y 39 cada una con 2,5 meses de duración, continúa la UPZ 54 con 2,3 meses y finaliza la UPZ 53 con 2,2 meses. Esto se encuentra determinado entre otras cosas por la obligación laboral de las madres, ya que el periodo de licencia de maternidad dura tan solo 3 meses, impidiendo que el tiempo de lactancia exclusiva sean los seis meses que debe tener un lactante luego de su nacimiento, esta situación es diferente para aquellas que tienen un trabajo informal. 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.

Mortalidad General

Los casos de mortalidad en menores de un año han disminuido desde el 2001 hasta el 2010 de 168 a 119 muertes por cada 10.000 menores, las principales causas de muerte registradas en este grupo de edad se relacionan con los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal presentándose 24,8 muertes por cada 10.000 menores, este hecho puede estar determinado por las condiciones socioeconómicas, las sanitarias y de contaminación de la zona. Las cifras de muerte para niños de 1 a 4 años también han presentado una disminución de 6,47 a 5,48 muertes por cada 10.000 niños en el mismo periodo de comparación. La principal causa de mortalidad en este grupo de edad en el año 2010 fue la neumonía, que puede estar relacionado con los cambios climáticos, y la mutación de los virus que producen dicha patología, sin embargo a pesar de las campañas continuas de vacunación para los picos de influenza, una de las principales causas de la neumonía, no se ha logrado reducir lo suficiente la mortalidad por esta causa. La mortalidad en niños de 5 a 14 años se ha mantenido constante, la principal causa de mortalidad fue la Leucemia.

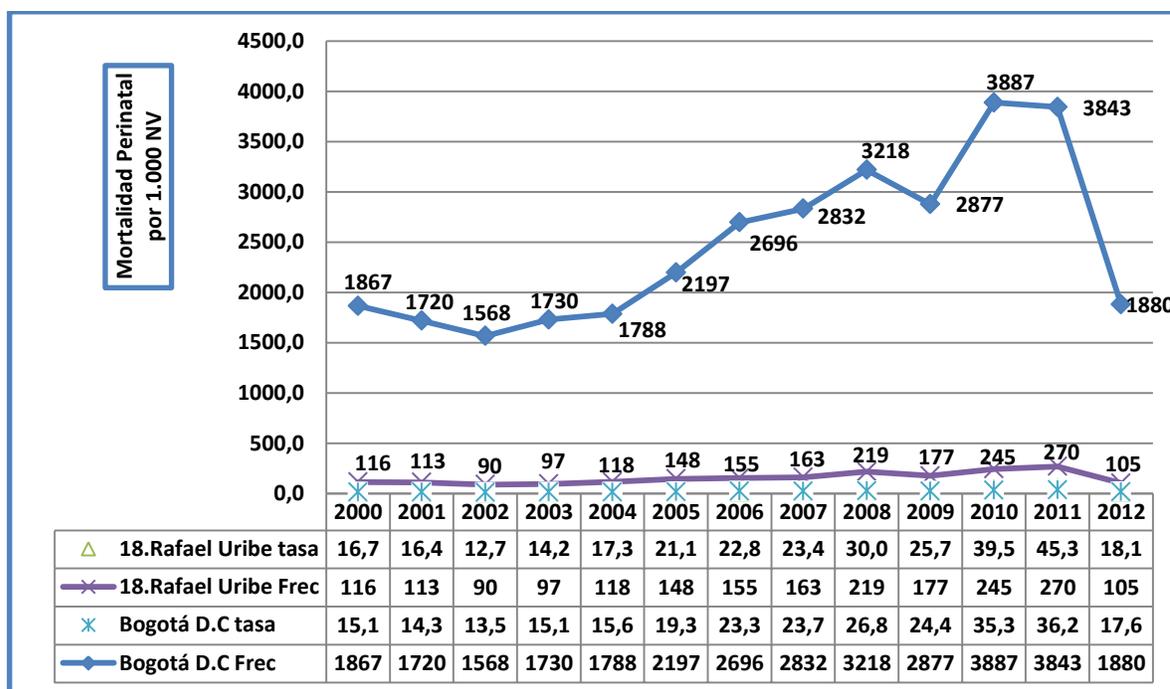
Mortalidad Evitable

La mortalidad evitable o innecesariamente prematura y sanitariamente evitable propuesta a mediados de los 1970, es un indicador que permite medir la calidad y efectividad de los servicios sanitarios, así como su evaluación y monitorización. Desde los primeros trabajos teóricos sobre mortalidad evitable elaborados por Rustein en 1976, se propusieron diversas clasificaciones de las causas o grupos de causas (prevenibles, tratables, etc.) a fin de ser utilizadas como indicadores de éxito en la asistencia médica y/o en las políticas de salud. (37)

Perinatal: En la localidad Rafael Uribe la mortalidad perinatal ha presentado picos de aumento en los años 2008, 2010 y 2011, reduciéndose en el 2012 con 18,1 por 1.000

NV (105 mortalidades perinatales), manteniéndose por encima de forma significativa a las ocurridas en el Distrital con 17,6 por 1.000 NV (1880 mortalidades perinatales) durante el 2012.

Gráfica 6. Tendencia de la mortalidad perinatal en la localidad Rafael Uribe Uribe - Bogotá D.C 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

NOTA: Los datos por localidad sólo están disponibles a partir del año de 2000

NOTA: El aumento de las perinatales a partir del año 2008 se debe al incremento en el diligenciamiento de las muertes fetales por parte de las IPS por las capacitaciones permanentes de la SDS.

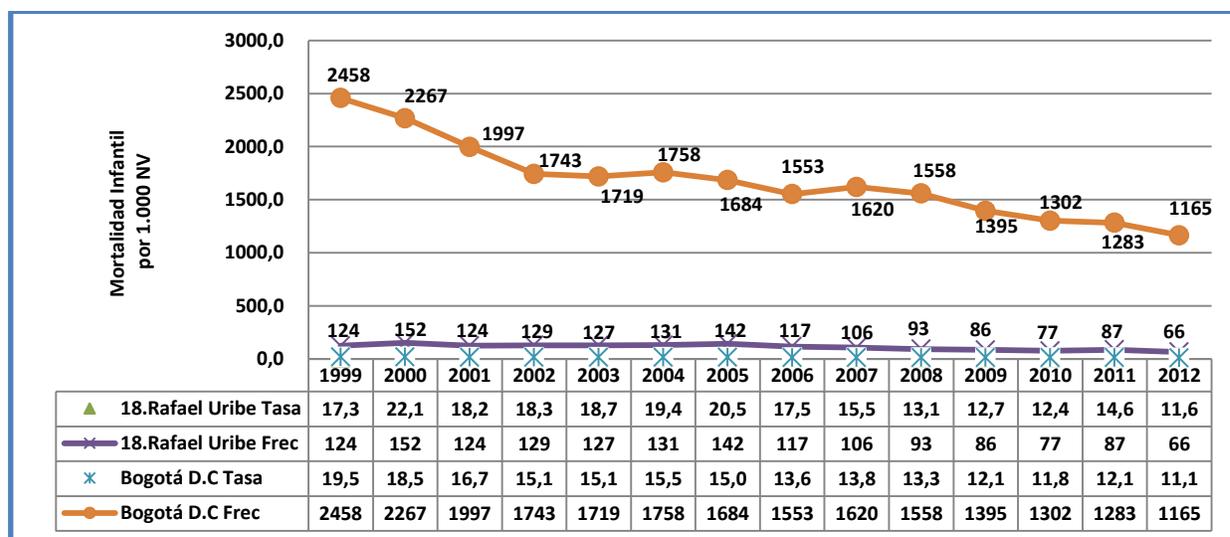
***: El denominador de la mortalidad Perinatal incluye el total de Nacidos Vivos más Fetales

En la gráfica 6 se observa que el 33,3% de los casos de mortalidad corresponde al sexo masculino, el 31,4% al femenino y el 35,2% fueron clasificados como indeterminados. De estos la mayoría de los casos se identificaron por Muerte fetal desconocida con un 35% seguido de la Muerte fetal temprana con un 25%, la mayoría de las causas básicas de mortalidad según la lista 6/67 son del grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; en relación a las características de la madre la mayoría se encontraba entre los 19 y 27 años etapa de ciclo juventud y entre 27 y 44 años ciclo

vital adulto, en cuanto al régimen de afiliación la mayoría estaba afiliado a régimen contributivo, en relación a las semanas de gestación la mayoría se encontraba entre las 20 y 27 semanas, la mayoría de los productos se encontraban en peso extra-bajo. Al analizar en escala de UPZ, se encuentra que las UPZ 39 Quiroga y 54 Marruecos ocuparon el primer lugar en la notificación de este evento con 26 casos (24.8%) cada una, seguido de las UPZ 36 San José y 53 Marco Fidel Suarez con 17,1%.

Menores de 1 año: En la localidad la mortalidad infantil ha presentado una reducción casi de la mitad en el número de casos y en las tasas por mil nacidos vivos desde 1999, sin embargo en el año 2000 y 2005 se evidencio un aumento en el número de casos y en las tasas siendo los más altos para todo el periodo con una razón de 22,1 por 1.000 NV (152 muertes infantiles) y 20,5 por 1.000 NV (142 muertes infantiles). En cuanto al año 2012, la localidad registró 11,6 muertes infantiles por 1.000 NV (66 muertes infantiles), que relacionadas con las 11,1 muertes infantiles por 1.000 NV (1165 muertes infantiles) ocurridas en el Distrito muestran un ligero aumento en 0,5 casos.

Gráfica 7 Tendencia de la mortalidad Infantil en la localidad Rafael Uribe Uribe - Bogotá D.C 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

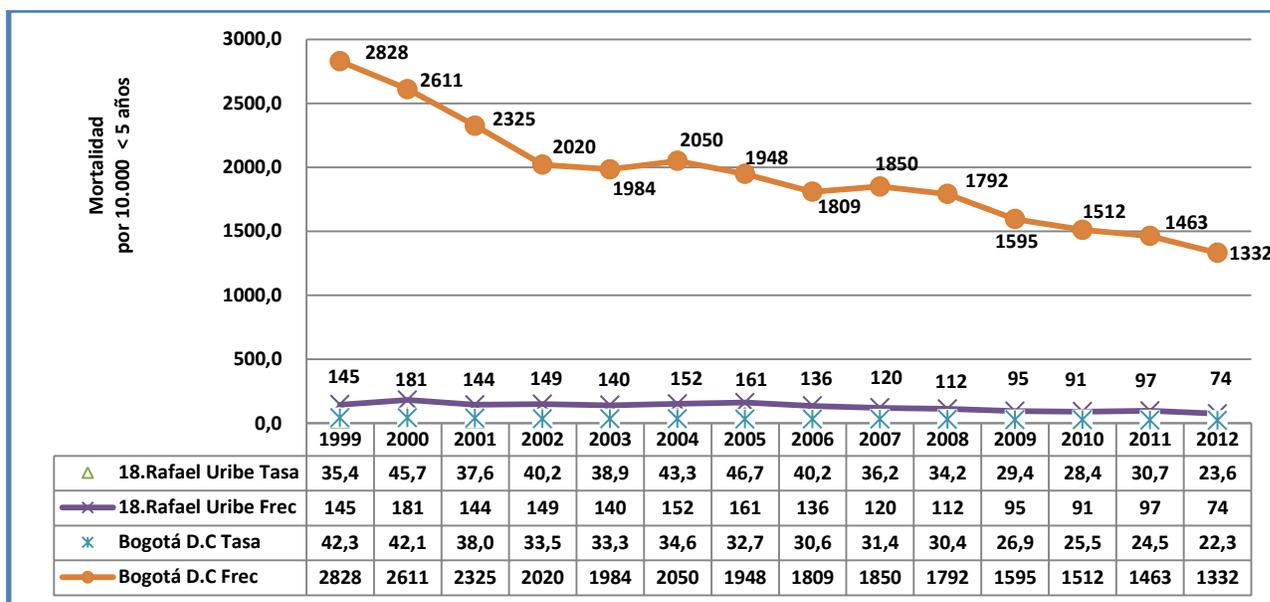
De acuerdo con la clasificación de la lista 6/67 registrada en los datos RUAF de la localidad en el 2012, la mayoría de las mortalidades infantiles se encuentra en el grupo de ciertas afecciones originada en el periodo perinatal, entre estas causas se presentó una muerte asociada a desnutrición en la UPZ 36. El análisis espacial por UPZ evidencia que donde se registraron más casos fue en la UPZ 39 Quiroga con 18 casos (27,3%), seguida de la sigue la UPZ 54 Marruecos y la UPZ 55 Diana Turbay con 13 casos cada una. (19,7%), la UPZ 53 Marco Fidel Suarez y la UPZ San José con 11 casos respectivamente (16,7%). Es importante mencionar que del total de estas causas de mortalidad la mayoría (43 casos) son difícilmente reducibles porque no atienden a causas prevenibles con promoción y tratamiento.

Gran cantidad de las muertes ocurrieron en productos de madres entre los 19 y 26 años (ciclo vital juventud), hubo 20 casos en donde la gestación no alcanzó las 27 semanas y 18 casos que no superaron las 37 semanas. Dadas las condiciones de gestación 21 de los casos tenían un peso extra-bajo al nacer, las madres en su mayoría pertenecían al régimen contributivo (34 casos).

Menores de 1 a 4 años: En el 2012, se presentaron 7 casos y fue la UPZ 53 la que presentó mayor número con 4 muertes (57.1%), seguida de la UPZ 55 con 2 muertes (28.6%) y la UPZ 54 que tuvo una mortalidad (14.3%). El 42,9% de las mortalidades fueron del sexo femenino y el 57,1% fue de sexo masculino. Entre las causas básicas de muerte se encuentran malformaciones congénitas del corazón, malformaciones congénitas del cuerpo calloso, muerte sin asistencia, septicemia no especificada, tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo supra-tentorial, tumor de comportamiento incierto o desconocido del tejido linfático de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines no especificado.

Menores de 5 años: La mortalidad en menores de 5 años en la localidad ha disminuido satisfactoriamente pasando en el año 1999 de 35.4 por 10.000 la tasa de mortalidad en menores de 5 años (145 casos) a 23.6 por 10.000 la tasa de mortalidad en menores de 5 años (74 casos en el 2012), sin embargo se presentan en este periodo dos picos preocupantes en el año 2000 y 2005 con 45.7 por 10.000 la tasa de mortalidad en menores de 5 años y 46.7 por 10.000 la tasa de mortalidad en menores de 5 años respetivamente, a diferencia del Distrito capital que se ha mantenido en constante descenso pasando en el año 1999 de 42.3 por 10.000 la tasa de mortalidad en menores de 5 años (2828 casos) a 22.3 por 10.000 la tasa de mortalidad en menores de 5 años (1332 casos en el 2012)

Gráfica 8 Tendencia de la mortalidad en menores de 5 años en la localidad Rafael Uribe Uribe – Bogotá D.C. 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

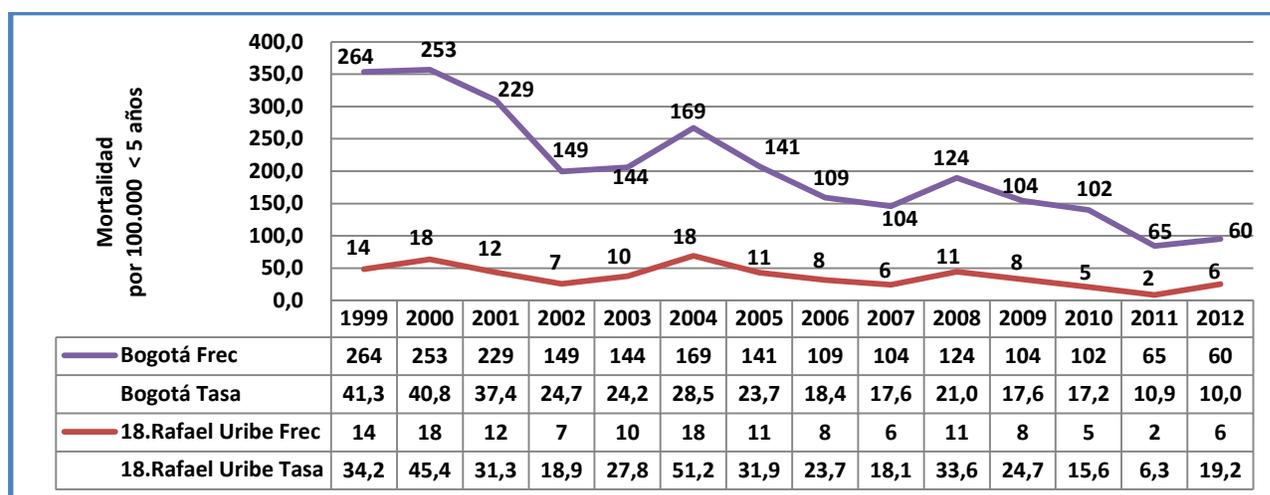
NOTA: Se esperan enmiendas de Medicina Legal y además se está recuperando información para ser incluida en el aplicativo RUAF y los datos pueden variar

La causa básica de mortalidad menores de 5 años según la lista 6/67 en la localidad durante el 2012, en su mayoría fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal con 31 casos seguidas de todas las demás causas con 25 casos. Entre las causas básicas de muerte se encuentran: malformaciones congénitas del corazón con 6 muertes, asfixia del nacimiento no especificada con 5 muertes, afección no especificada originada en el periodo perinatal con 4 muertes. Se resalta una mortalidad por tosferina no especificada ubicada en la UPZ 36 de sexo masculino. Una mayor cantidad de casos se presentó en mujeres menores de 1 año (36 casos). Solo 6 de los casos ocurrieron en etnia afro descendientes, y un número mayor de casos ocurrió en aquellos que se encontraban afiliados al régimen contributivo.

Menores de 5 años por Neumonía: La mortalidad por neumonía en la localidad ha disminuido paulatinamente en el periodo 1999 a 2012, en el año 2011 disminuyó a 6,3 por 100.000 la tasa de mortalidad en menores de 5 años (2 casos) sin embargo en el

año 2012 ha subido nuevamente a 19.2 por 100.000 la tasa de mortalidad en menores de 5 años (6 casos) lo cual resulta preocupante, aunque se observa en la tendencia que no ha sido estable la disminución. A diferencia del Distrito Capital en donde la tasa de mortalidad en menores de 5 años se ha mantenido en constante descenso pasando en el año 1999 de 41,3 por 100.000 (264 casos) a 10 por 100.000 (60 casos en el 2012).

Gráfica 9 Tendencia de la mortalidad por Neumonía en menores de 5 años en la localidad Rafael Uribe Uribe –Bogotá D.C. 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

NOTA: Se esperan enmiendas de Medicina Legal y además se está recuperando información para ser incluida en el aplicativo RUAF y los datos pueden variar

En la localidad en el año 2012 todos los casos de mortalidad por neumonía ocurrieron en menores de 1 año; con 3 casos presentes en la Unidad de Planeación-UPZ 39 Quiroga, más otras 3 mortalidades por neumonía ocurridas en la UPZ 53 Marco Fidel Suarez, UPZ 54 Marruecos y UPZ Diana Turbay respectivamente. Solo 1 de los casos pertenecía a población afrocolombiana, 2 casos ocurrieron en aquellos afiliados al régimen subsidiado, 1 estaba afiliado al régimen contributivo, 1 no estaba afiliado y 2 casos sin establecer régimen.

4.3.3. Etapa De Ciclo Adolescencia

Pertencen a esta etapa los hombres y mujeres entre los 14 y los 17 años 11 meses y 29 días de edad.

Morbilidad General Atendida

En la consulta hecha a los RIPS del Hospital Rafael Uribe Uribe, se encontró que en la etapa adolescencia la primera causa de consulta externa fue Astigmatismo con 21 consultas atendidas, seguido por cefaleas con 17 consultas y en tercer lugar otros dolores abdominales y los no especificados con 13 consultas. En cuanto a hospitalización, el parto único espontáneo (presentación cefálica de vértice) es la primera causa con 22 hospitalizaciones, seguido de parto por cesárea de emergencia con 5 hospitalizaciones y en tercer lugar se encuentra la apendicitis aguda, no especificada con 2 hospitalizaciones. En el servicio de Urgencias la primera causa fue dolores abdominales y los no especificados con 21 consultas seguida de la infección de vías urinarias, en sitio no especificado con 18 consultas y en tercer lugar la Amigdalitis aguda no especificada con 15 consultas.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral – SISVESO

La etapa de ciclo vital Adolescencia ocupa el cuarto lugar en la notificación del sistema de vigilancia de salud con 17,2% del total de la notificación. En la UPZ 54 Marruecos ésta etapa de ciclo ocupa el primer lugar de la notificación con 26,4% de representatividad, mientras que en la UPZ 55 Diana Turbay ocupa el segundo lugar con 19,3% y en la UPZ 53 ocupa el tercer lugar con 14,4% de representatividad.

En cuanto al evento de salud oral, la gingivitis es el evento que se presenta en mayor proporción en la etapa de ciclo Adolescencia (30,4%), se ve reflejado mayormente en la UPZ 36 San José con 41,2%, seguido de la UPZ 39 Quiroga con un 32,9%; La caries cavitacional ocupa el segundo lugar en la etapa de ciclo Adolescencia con 27,6% y se presenta mayormente en la UPZ 39 Quiroga con 30,6%, seguido de la UPZ 55 Diana Turbay con 28,3%. En tercer lugar se encuentra el evento de lesión por mancha café (15,5%) presentándose mayormente en la UPZ 53 Marco Fidel Suarez seguida de la UPZ 36 San José con un 22,5% y 17,6% respectivamente.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA.

Según la notificación por SIVIGILA, la etapa de ciclo Adolescencia ocupa el cuarto lugar de la notificación con 8,3%, dentro ésta etapa, la UPZ que mayor notificación tuvo fue la 53 Marco Fidel Suarez con un 24,2%, seguido de la UPZ 54 Marruecos con 21,9%. En cuanto a los eventos notificados, el que ocupa el primer lugar fue la varicela individual con un 30,9% presentándose mayormente en la UPZ 54 con 41,2%. El segundo evento en la notificación fueron las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con un 18,7% del total de la notificación y la UPZ donde se presentó en mayor proporción fue la 55 Diana Turbay, con 24,4%.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta suicida –SISVECOS

Según el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS), los casos identificados como efectivos que llegaron a la ESE en el periodo 2012, la etapa de ciclo adolescencia representó el 28,7% ocupando el segundo lugar en la notificación y la UPZ 55 Diana Turbay fue la que mayor proporción de notificación obtuvo en esta etapa de ciclo con un 27,5%.

En cuanto a los eventos de conducta suicida en el ciclo vital Adolescencia la Ideación ocupa el primer lugar con un 50% y la UPZ que reporta la mayor proporción fue la 55 Diana Turbay con 28,9%. El segundo evento con mayor frecuencia fue el intento con un 44,7% y fue la UPZ 39 Quiroga la que presentó mayor proporción con un 29,4%. La amenaza suicida se ubicó en tercer lugar con un 23,7% y la UPZ 55 Diana Turbay y 39 Quiroga fueron las que mayor proporción presentaron con 27,8% cada una.

Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Maltrato Infantil – SIVIM

En la localidad la etapa de ciclo Adolescencia ocupa el segundo lugar en la notificación de este evento (25%) y se notifica mayormente en la UPZ 55 Diana Turbay con un 31,8%, seguido de la UPZ 39 Quiroga con un 24,6% de la notificación.

Durante el año 2012, según los casos notificados al Subsistema de Sistema de Vigilancia Intrafamiliar y Maltrato Infantil (SIVIM), se observa que en la etapa de ciclo Adolescencia el 52,7% de los casos notificados fue por violencia emocional con un 47,5% y en la UPZ que se presentó este evento con mayor proporción fue en la 53 Marco Fidel Suarez con un 36,8%. En segundo evento de mayor notificación fue la negligencia con un 20,7% representado mayormente en la UPZ 53 Marco Fidel con un 37% de representatividad. En tercer lugar se encuentra la violencia física con un 12,6%

de los casos notificados y la UPZ 53 Marco Fidel con un 39,3% fue la de mayor representación.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Consumo de Sustancias Psicoactivas – VESPA.

En el 2012 la etapa de ciclo Adolescencia presentó 125 casos que corresponden al 80,6% ocupando el primer lugar en la notificación, las vías de administración que los adolescentes utilizaron fueron: fumada en 48 casos (38,4%), inhalada en 28 casos (22,4%), y vía de administración desconocida en 33 casos.

Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Discapacidad

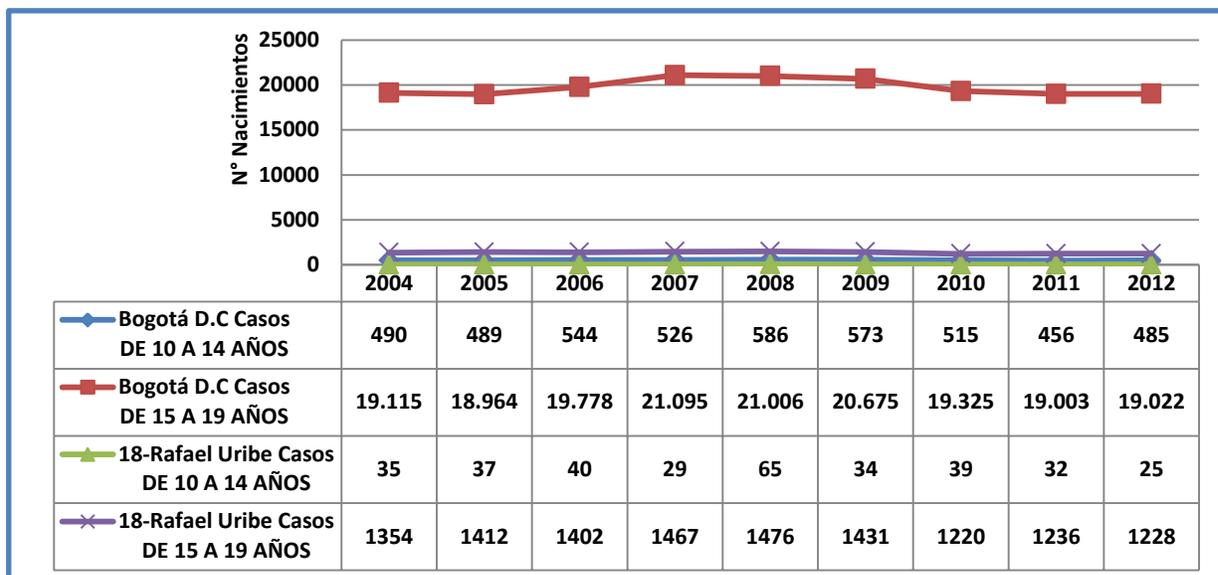
En el 2012 se caracterizaron y registraron 38 casos en la etapa de ciclo adolescencia, al revisar los tipos de discapacidad se encontró que las relacionadas con el sistema nervioso ocupan el primer lugar dentro de esta etapa con 17 registros, seguido de la discapacidad física con 9 registros y en tercer lugar la discapacidad visual con 5 registros.

Salud Sexual y Reproductiva

Nacimientos: En casos de gestantes menores de 19 años, la localidad ocupa el octavo lugar respecto a Bogotá con mayor número de nacimientos en adolescentes en este mismo grupo de edad. De un total de 1.253 nacidos, el 98% (1228 nacimientos) pertenecen a mujeres entre 15 y 19 años, promedio que se encuentra por encima al dato Distrital con 97,51% (19.022 nacimientos). En cuanto a los nacimientos en menores de 14 años se reportó un 2% (25 casos) en la localidad, frente a 2.49% del Distrito, estando por debajo en 0,49%. En comparación con los datos del 2011 los embarazos se redujeron en un 2% en menores de 19 años, y un 7% en mujeres de 14 años.

La gráfica 10 muestra la tendencia de la gestación en adolescentes en la localidad a partir de la información oficial de nacidos vivos, durante el período 2004 a 2012

Gráfica 10. Tendencia Nacimientos en gestantes adolescentes en la Localidad Rafael Uribe Uribe - Bogotá D.C 2004 – 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

NOTA: Se esperan enmiendas de Medicina Legal y además se está recuperando información para ser incluida en el aplicativo RUAF y los datos pueden variar

Dadas las cifras presentadas en la gráfica anterior, es importante enfocarse en estrategias de prevención del embarazo adolescente, el documento Conpes 147, *Estrategia Para La Prevención Del Embarazo Adolescente*, dice que:

“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. 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; todo lo anterior en virtud del nuevo papel de progenitores que enfrentan los y las adolescentes.” (38)

En los ejercicios de análisis con Gestión Local acerca de los determinantes de las problemáticas en salud por UPZ se encontró que los embarazos en las adolescentes son el resultado de aspectos estructurales como el nivel socioeconómico, la cultura, la baja percepción del riesgo, la falta de auto cuidado, la ruptura del núcleo familiar, asimismo la falta de acompañamiento por parte de la familia, algunos jóvenes y adolescentes no entienden el concepto de sexualidad y tienen un inadecuado desarrollo psicosexual, lo que resulta en buscar soluciones a los conflictos familiares por medio de la conformación de un hogar a temprana edad.

Planificación Familiar: No se presenta un amplio porcentaje de consultas adolescentes relacionadas con la planificación familiar, el registró muestra en los CAMI y las UPA del Hospital Rafael Uribe en promedio el 21,3% del total de las consultas de planificación familiar corresponden a adolescentes. En cuanto a la proporción de consultas de planificación por UPZ, la que menor porcentaje de asistencia presentó en comparación al total de consultas en esta etapa de ciclo fue la UPZ 36 San José con 259 consultas y la que mayor consulta presentó fue la UPZ 39 Quiroga con 2184 consultas.

Citologías: Dentro de las consultas a citología el 4,1% (542 tamizajes) corresponden a la etapa de ciclo Adolescencia y hubo mayor consulta en la UPZ 39 Quiroga con 233 tamizajes. Según el Ministerio de Salud y la Norma Técnica Para La Detección Temprana Del Cáncer de Cuello Uterino y Guía De Atención de Lesiones Preneoplásicas de Cuello Uterino la población beneficiaria de esta norma son todas las mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, lo que permite analizar que 542 adolescentes ya iniciaron su vida sexual equivalentes al 5% del total de la población femenina entre 13 y 18 años de la Localidad ,no existen datos certeros de cuántas adolescentes que ya han iniciado su vida sexual no acuden al tamizaje de la citología, exponiéndose a mayores riesgos como lo son las ITS sin tratamiento.

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. (35) A continuación se mencionan la ITS presentadas en la localidad en la etapa de ciclo Adolescencia.

Hepatitis B: En la localidad de un total de 27 casos presentados de Hepatitis B, 3 corresponden a casos en la etapa de ciclo Adolescencia, de los cuales 2 se ubicaron en la UPZ 55 y 1 en la UPZ 53. Según la OMS 600 mil personas mueren cada año como consecuencia de la Hepatitis B, esta enfermedad constituye un importante problema de salud a nivel mundial y es el tipo más grave de hepatitis viral, puede causar hepatopatía crónica y conlleva a un alto riesgo de muerte por cirrosis. 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 pobre consulta de asesorías de planificación familiar aumenta la probabilidad de infección en esta etapa de ciclo.

Sífilis Gestacional: En la localidad Rafael Uribe se presentaron 37 casos de Sífilis Gestacional, de los cuales 5 corresponden a la etapa de ciclo Adolescencia; la UPZ con mayor notificación fue la 53 Marco Fidel Suarez con 4 Casos y 1 en la UPZ 54 Marruecos. La presencia de sífilis gestacional en esta etapa de ciclo representa mayor riesgo, principalmente por el tipo de población (Adolescentes), por las implicaciones personales y sociales, por la desinformación y la baja adherencia al programa control prenatal o la no asistencia al mismo. (39)

Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional

Según el sistema de vigilancia en alimentación y nutrición centinela - SISVAN Escolar-, el 45,3% de escolares entre 13 y 18 años se encuentran en sobrepeso, seguido de la Obesidad con un 26,9%; el riesgo a bajo peso presentó un porcentaje de 24,9% y el 2,9% de esta población se encontró en bajo peso. Como se puede evidenciar el problema en salud pública de sobrepeso y obesidad empieza a hacerse evidente desde temprana edad y factores como la publicidad, los medios de comunicación, hábitos alimentarios, el sedentarismo entre otros factores influyen en esta problemática.

Mortalidad General

Al realizar un análisis de las causas de mortalidad por grupos de edad se evidencia que en el grupo de los 15 a los 44 años, la primera causa fue agresiones (homicidios) y

secuelas con 60 casos para una tasa de 3,3 mortalidades por 10.000 habitantes, en segundo lugar se encuentran los accidentes de transporte de motor con 15 casos y una tasa de 0,8 mortalidades por 10.000 habitantes, en tercer lugar se encuentra las lesiones intencionales (suicidios) y secuelas con 10 casos y una tasa de 0,5 mortalidades por 10.000 habitantes.

4.3.4. Etapa De Ciclo Juventud

Pertenece a esta etapa los hombres y mujeres entre los 18 y los 26 años 11 meses y 29 días de edad.

Morbilidad General Atendida

Los datos para este análisis fueron obtenidos del RIPS del Hospital Rafael Uribe Uribe, en ellos se encontró que en la etapa de ciclo Juventud, las principales causas de consulta fueron: Astigmatismo con 157 consultas, seguido de infecciones de vías urinarias en sitio no especificado con 59 consultas al igual que otros dolores abdominales y no especificados, en cuarto lugar se encuentra el dolor no especificado con 41 consultas. En la hospitalización se presentó con mayor frecuencia: el parto único espontáneo (presentación cefálica de vértice) como la primera causa con 120 hospitalizaciones, seguido del parto por cesárea de emergencia con 31 hospitalizaciones y en tercer lugar la infección en vías urinarias en sitio no especificado con 26 hospitalizaciones. En el servicio de urgencias, la principal consulta fue por otros dolores abdominales y no especificados con 100 consultas, en segundo lugar se encontró el dolor pélvico y perineal con 97 consultas y en tercer lugar estuvo la infección de vías urinarias en sitio no especificado.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral – SISVESO.

La etapa de ciclo vital Juventud ocupa el tercer lugar en la notificación del sistema de vigilancia de salud con 22,8% En las UPZ 36, 39, 53 y 54 esta etapa de ciclo ocupa el tercer lugar de la notificación con un promedio de 22%, mientras que en la UPZ 55 Diana Turbay ocupa el segundo lugar con un 23,8%. El evento de salud oral más presentado fue la gingivitis (31,8%), la UPZ 53 Marco Fidel Suarez con 36,3% aporta el mayor número de casos, seguido de la UPZ 39 Quiroga con 33,5%; La caries cavitacional ocupa el segundo lugar en la etapa de ciclo Juventud (27,5%) y se presenta con más frecuencia en la UPZ 53 con 31,1%, seguido de la UPZ 55 Diana Turbay con 20,1%. En tercer lugar se encuentra la lesión por mancha café (19%) para

este evento la UPZ 36 San José aporta el mayor porcentaje de casos (24,8%) seguida de la UPZ 39 Quiroga con un 21,3%.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA.

Según la notificación por SIVIGILA, la etapa de ciclo Juventud ocupa el tercer lugar de la notificación con 12,8%, dentro ésta etapa la UPZ que mayor notificación tuvo fue la 39 Quiroga con un 25,4%, seguido de la 55 Diana Turbay con 23,9%. En cuanto a los eventos notificados, el que ocupa el primer lugar fue la varicela individual con un 31% presentándose mayormente en la UPZ 39 Quiroga con 33,9%. El segundo evento en la notificación fueron las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con un 15,6% del total de la notificación y la UPZ donde se presentó en mayor proporción fue la 55 Diana Turbay con 20,7%. El tercer evento de mayor notificación fue el Bajo Peso al nacer con 8,6% y la UPZ 53 Marco Fidel Suarez es la que mayor porcentaje presenta (10,3%). En cuarto lugar está la parotiditis con 6% de la notificación en la etapa de ciclo Juventud y se presentó en mayor proporción en la UPZ 55 Diana Turbay con 8,5%.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta suicida –SISVECOS

Según el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS), dentro de los casos identificados como efectivos que llegaron a la ESE en el 2012, la etapa de ciclo Juventud representó el 23% de la notificación ocupando en cuarto lugar, en la UPZ 39 y en la 53 ésta etapa de ciclo ocupa el primer lugar de notificación con 31,5% y 30,1% respectivamente, en la UPZ 36 San José ocupó el tercer lugar con 4,1%.

En cuanto a los eventos de conducta suicida en el ciclo vital Juventud, el intento suicida ocupa el primer lugar con un 58% y la UPZ que reporta la mayor proporción fue la 39 Quiroga y 53 Marco Fidel Suarez con 27,3% cada una. El segundo evento con mayor representatividad fue la ideación con un 25% y fue la UPZ 53 Marco Fidel Suárez con 47,4% seguida de la 39 Quiroga con 36,8%. La amenaza suicida se ubica en tercer lugar dentro de esta etapa de ciclo con un 7,9% y la UPZ 55 Diana Turbay con 50% fue la que mayor proporción presentó. A pesar que el suicidio consumado estuvo en el cuarto lugar con 5,3% (2 evento presentados en la UPZ 39 Quiroga y 1 en la UPZ Marco Fidel Suarez y 1 en la UPZ 55 Diana Tubay) es importante resaltarlo por su afectación a nivel social, económico, cultural entre otros, lo que refleja desequilibrio social, falta de redes de apoyo, falencias en las políticas públicas, falencias en la consolidación familiar entre muchos otros determinantes.

Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Maltrato Infantil – SIVIM

En la localidad la etapa de ciclo Juventud ocupa el cuarto lugar en la notificación de este evento (12,2%). En las UPZ 36, 29, 54 y 53 esta etapa de ciclo ocupó el cuarto lugar en la notificación con un promedio de 12% en la notificación. En el año 2012, según los casos notificados al Subsistema de Sistema de Vigilancia Intrafamiliar y Maltrato Infantil (SIVIM), se observa que en la etapa de ciclo Juventud el 51,4% de los casos notificados fue por violencia emocional, en la UPZ que se presentó este evento con mayor proporción fue en la 53 Marco Fidel Suarez con un 52,4%. El segundo evento de mayor notificación fue la violencia física con un 20,5% en la UPZ 36 San José con un 33,3%. En tercer lugar se encuentra la negligencia con 17,1% de los casos notificados y la UPZ 54 Marruecos con un 24,3% fue la de mayor frecuencia.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Consumo de Sustancias Psicoactivas – VESPA.

En el 2012 la etapa de ciclo Juventud presentó 15 casos correspondientes al 9,7% ocupando el segundo lugar en la notificación, las vías de administración que los Jóvenes utilizaron fueron: fumada en 5 casos, 3 casos por vía oral, inhalada 2 casos y se desconoce la vía de administración de 5 casos.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Discapacidad

En el año fueron caracterizados y registrados 62 casos en la etapa de ciclo Juventud, al revisar los tipos de discapacidad se encontró que las relacionadas con el sistema nervioso ocupan el primer lugar con 38 registros (61,3%), seguido de la discapacidad física con 13 registros (21%) y en tercer lugar la discapacidad auditiva con 5 registros (8,1%).

Salud Sexual y Reproductiva

Nacimientos: En la distribución de nacimientos por grupos de edad de la madre se observa que las mujeres entre 20 a 24 años son las que presentan la mayor proporción de nacimientos con el 30.1%, seguidos de las mujeres entre 25 a 29 años con el 23,1%.

Planificación Familiar: Del total de las consultas de planificación familiar el 39,7% corresponden a la etapa de ciclo Juventud. En cuanto a la proporción de consultas de planificación según UPZ la que menor porcentaje de asistencia presentó en comparación al total de consultas en esta etapa de ciclo fue la UPZ 36 San José con 637 consultas y la que mayor consulta presentó fue la UPZ 39 Quiroga con 4467 consultas.

Citologías: Dentro de las consultas a citología el 16,1% (2147 tamizajes) corresponden a la etapa de ciclo Juventud y hubo mayor consulta en la UPZ 39 Quiroga con 826 tamizajes, seguido de la UPZ 55 Diana Turbay (423 tamizajes).

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. (35) A continuación se mencionan la ITS presentadas en la localidad en la etapa de ciclo Juventud.

Hepatitis B: Se presentaron un total de 27 casos de Hepatitis B, 5 corresponden a casos en la etapa de ciclo Juventud, de los cuales 2 se ubicaron en la UPZ 54 y 1 en la UPZ 53 y 1 caso en la UPZ 39.

Sífilis Gestacional: En la localidad Rafael Uribe se presentaron 37 casos de Sífilis Gestacional, de los cuales 19 corresponden a la etapa de ciclo Juventud; la UPZ con mayor notificación fue la 53 Marco Fidel Suarez con 6 Casos y 5 en la UPZ 55 Diana Turbay, 3 casos en la UPZ 36 San José, 3 casos en la UPZ 54 Marruecos y 2 casos en la UPZ 39 Quiroga.

Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional

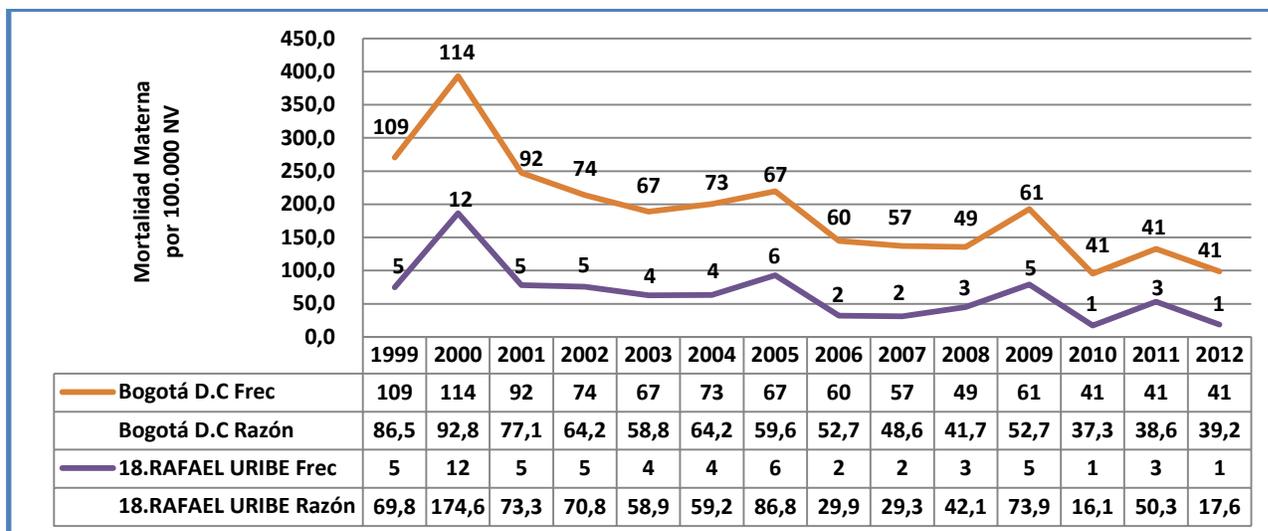
En las bases de datos del sistema de vigilancia en alimentación y nutrición- SISVAN y bibliografía no se encuentran datos significativos para esta etapa de ciclo vital en la localidad.

Mortalidad Materna

En la localidad la mortalidad materna ha presentado una reducción progresiva en el número de casos y en las tasas por 100.000 nacidos vivos desde 1999, sin embargo en el año 2000, 2005 y 2009 se evidenció un aumento en las tasas presentando se los más altos para todo el periodo con tasas de 174,6 - 86,8 y 73,9 por 100.000 NV (12 - 6 y 5 casos respectivamente), el comportamiento fue muy similar el Distrito en el 2000 y 2009 con tasas de 92,8 y 52,7 por 100.000 NV (114 y 61 casos respectivamente). En cuanto al año 2012, la localidad registró 17,6 muertes maternas por 100.000 NV (1 caso), que relacionadas con las 39,2 muertes maternas por 100.000 NV (41 casos) ocurridas en el Distrito muestran una disminución significativa en 21,6 muertes maternas por 100.000 NV.

La mortalidad materna en la localidad de acuerdo a la clasificación de la lista 6/67 registrada en los datos RUAF del 2012, ocurrió en una mujer de 26 años afiliada al régimen subsidiado ubicada en la UPZ 53 Marco Fidel Suarez, la causa básica fue una muerte por pre eclampsia severa.

Gráfica 11. Tendencia de la mortalidad materna en la localidad Rafael Uribe Uribe Bogotá D.C 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 General

Los datos para esta etapa de ciclo vital son los mismos registrados en la etapa Adolescencia, dado que no existe información separada por intervalos de edad.

4.3.5. Etapa De Ciclo Vital Adulto

Pertencen a esta etapa los hombres y mujeres entre los 27 y los 59 años 11 meses y 29 días de edad.

Morbilidad General Atendida

En las causas de consulta de la población adulta de acuerdo con los RIPS del Hospital Rafael Uribe Uribe, se encontró que, en la etapa de ciclo Adultez, las principales causas de consulta fueron Presbicia con 660 consultas, seguido de Hipertensión esencial primaria con 288 consultas, Astigmatismo con 263 consultas, en cuarto lugar se encuentra el dolor no especificado con 177 consultas. En la hospitalización, el parto único espontáneo (presentación cefálica de vértice) es la primera causa con 50 hospitalizaciones, seguido de la infección de vías urinaria en sitio no especificado con 27 hospitalizaciones y en tercer lugar la esquizofrenia paranoide con 19 hospitalizaciones. En el servicio de urgencias, la principal consulta fue por otros dolores abdominales y los no especificados con 100 consultas, en segundo lugar se encontró la infección de vías urinarias en sitio no especificado con 48 consultas y en tercer lugar estuvo la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 32 consultas.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral – SISVESO

La etapa de ciclo vital Adultez ocupa el segundo lugar en la notificación del sistema de vigilancia de salud oral con 25,9% del total de la notificación. En la UPZ 36 y 39 esta etapa de ciclo ocupa el primer lugar de la notificación con un promedio de 33,5% de representatividad, mientras que en la UPZ 53, 54 y 55 Diana Turbay ocupa el tercer lugar con un porcentaje promedio de 21,5. El evento de salud oral más frecuente es la gingivitis (32,2%), se ve reflejado con mayor incidencia en la UPZ 54 Marruecos con 38,4%, seguido de la UPZ 39 Quiroga con 33,8%; La caries cavitacional ocupa el segundo lugar en la etapa de ciclo Adultez (29,5%) y se presenta en la UPZ 55 Diana Turbay con 33,8%, seguido de la UPZ 54 Marruecos con 36,6%. En tercer lugar se encuentra la lesión por mancha café (18,9%) presentándose en la UPZ 36 San José (23%) seguida de la UPZ 53 Marco Fidel Suarez con un 21,8%.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA.

Según la notificación por SIVIGILA, la etapa de ciclo Adultez ocupa el segundo lugar de la notificación con 18,6%, dentro ésta etapa, la UPZ que mayor notificación tuvo fue la 39 Quiroga con un 22,4%. De los eventos notificados, el que ocupa el primer lugar es la agresión por animales potencialmente transmisores de rabia con un 52,4% presentándose más casos en la UPZ 55 Diana Turbay con 72,1%. El segundo evento en la notificación fue la varicela individual con un 25,7% del total de la notificación y la UPZ donde se presentó en mayor proporción fue la 53 Marco Fidel Suarez con 25,7%. En tercer la parotiditis y el VIH/SIDA (Mortalidad) con 10,1% cada una. Para la

parotiditis la UPZ 55 fue la que mayor porcentaje presentó (15,4%) y el VIH/SIDA tuvo más casos reportados de la UPZ 53 Marco Fidel con 15,9%.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta suicida –SISVECOS

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 Adultez representó el 24% de la notificación ocupando el tercer lugar, en la UPZ 53 y en la 55 ésta etapa de ciclo ocupa el segundo lugar de notificación con 26,3% y 28,9% respectivamente, en la UPZ 36, 39 y 54 ocupó el tercer lugar con un porcentaje promedio de 17%.

En cuanto a los eventos de conducta suicida en el ciclo vital Adulto, la ideación suicida ocupa el primer lugar con un 57,9% y la UPZ que reporta la mayor proporción fue la 53 Marco Fidel con 34,1% seguido de la UPZ 55 Diana Turbay con 29,5%. El segundo evento con mayor representatividad fue el intento suicida con 34,2% y fue la UPZ 39 y 55 con 30,8% cada una. La amenaza suicida se ubica en tercer lugar dentro de esta etapa de ciclo con un 5,3% y la UPZ 53 Marco Fidel Suarez con 50% fue la que mayor proporción presentó. A pesar que el suicidio consumado estuvo en el cuarto lugar con 2,6% (1 evento presentados en la UPZ 53 Marco Fidel y 1 caso en la UPZ 39 Quiroga) es importante resaltarlo por su afectación a nivel social, económico, cultural entre otros, lo que refleja desequilibrio social, falta de redes de apoyo, falencias en las políticas públicas, falencias en la consolidación familiar entre muchos otros determinantes.

Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Maltrato Infantil – SIVIM

De los eventos de violencia reportados a SIVIM, el 16% de los casos pertenecía a la etapa adultez. Durante el año 2012, según los casos notificados, se observa que en la etapa de ciclo Adultez el 51,8% de los casos notificados fue por violencia emocional, en la UPZ que se presentó este evento con mayor proporción fue en la 55 Diana Turbay con un 52,6%. El segundo evento de mayor notificación fue la negligencia con un 19,1% representado mayormente en la UPZ 55 Diana Turbay con un 21,6% de representatividad. En tercer lugar se encuentra la violencia física con 15,7% de los casos notificados y la UPZ 36 San José con un 23,6% fue la de mayor afectación.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Consumo de Sustancias Psicoactivas – VESPA.

En el 2012 en esta etapa de ciclo se presentaron 11 casos que corresponden al 7,1% ocupando el tercer lugar en la notificación, las vías de administración utilizadas fueron: fumada en 6 casos y se desconoce la vía de administración de 5 casos.

Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Discapacidad

En el año en cuestión se caracterizaron y registraron 224 casos, al revisar los tipos de discapacidad se encontró que las relacionadas con el sistema nervioso central ocuparon el primer lugar dentro de esta etapa con 93 registros (41,5%), seguido de la discapacidad física con 89 registros (39,7%) y el tercer lugar lo ocupó la discapacidad visual con 17 registros (7,6%).

Salud Sexual y Reproductiva

Nacimientos: La distribución de los nacimientos por grupos de edad de la madre permite ver que las mujeres entre 27 a 54 años presentan una proporción de 24,8%.

Planificación Familiar: Del total de las consultas de planificación familiar el 38% corresponden a la etapa de ciclo Adultez. En cuanto a la proporción de consultas de planificación según UPZ la que menor porcentaje de asistencia presentó en comparación al total de consultas en esta etapa de ciclo fue la UPZ 36 San José con 1012 consultas y la que mayor consulta presentó fue la UPZ 39 Quiroga con 4040 consultas.

Citologías: En relación con la salud de la mujer, en el Hospital Rafael Uribe Uribe se dio continuidad durante el año 2012 a la realización de citologías como medida de tamizaje para la prevención del cáncer de cuello uterino. En el 2012 se realizaron 13361 citologías, que comparadas con las realizadas en el año 2011 aumentaron en un 3%, aunque no logra superar las realizadas en el 2010 (16383). En cuanto a la proporción de toma de citologías por UPZ la que mayor atención en este servicio tuvo fue la UPZ 39 Quiroga con un 44% y la que menos tuvo fue la UPZ 36 San José con 7% de toma de citología. Por otro lado la etapa de ciclo vital que más acudió a la toma de citología fue la de Adultez con un 71% de representatividad (9482 tamizajes). Dentro de esta etapa de ciclo hubo mayor consulta en la UPZ 39 Quiroga con 4298 tamizajes, seguido de la UPZ 54 Marruecos (1516 tamizajes).

Enfermedades de Transmisión sexual: A continuación se mencionan la ITS presentadas en la localidad en la etapa de ciclo Adultez.

Hepatitis B: de los 27 casos presentados en la localidad 18 corresponden a la etapa de ciclo Adultez, de los cuales 8 se ubicaron en la UPZ 54 y 4 en la UPZ 39, 4 casos en la UPZ 36 y 2 casos en la UPZ 53.

Hepatitis C: En la localidad se presentaron 3 casos de Hepatitis C todos ellos en la etapa de ciclo vital adulto, de estos 2 se presentaron en la UPZ 54 y 1 en la UPZ 53. La OMS calcula que en el mundo hay unos 150 millones de personas que padecen la infección crónica por este virus y que más de 350 000 enfermos mueren al año por afecciones hepáticas vinculadas con él, la hepatitis C se puede curar con antivíricos, aunque actualmente no se cuenta con una vacuna.

Sífilis Gestacional: En la localidad se presentaron 37 casos 13 de los cuales corresponden a la etapa de ciclo Adultez; la UPZ con mayor notificación fue la 53 Marco Fidel Suarez con 4 Casos, 3 casos en la UPZ 55 Diana Turbay, 3 casos en la UPZ 39 Quiroga, 2 casos en la UPZ 54 y un caso en la UPZ 36 San José.

Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional

Según el sistema de vigilancia en alimentación y nutrición - SISVAN-, el 40,4% de los Adultos se encuentran en sobrepeso, seguido de la Obesidad con un 22,3%; el 2,2% de esta población presenta algún grado de desnutrición, según la OMS Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo, fenómeno que en la localidad Rafael Uribe también se refleja. Hábitos alimentarios inadecuados, el sedentarismo, las comidas rápidas y el consumismo son algunos de los muchos determinantes que afectan negativamente estos diagnósticos que sumados a enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes cobran cientos de vidas.

Mortalidad General

En cuanto a la mortalidad en de los adultos de 45 a 59 años ha ido descendiendo entre los años 2001 a 2010 pasando de 46,7 a 36,9 muertes por cada 10.000 personas este grupo de edad, la principal causa de mortalidad en el año 2010 fueron las Enfermedades isquémicas del corazón al igual que en el grupo de edad de mayores de 60 años donde en el periodo de 2001 a 2010 también se ha producido un descenso en las cifras de mortalidad.

4.3.6. Etapa De Ciclo Vital Vejez

Pertencen a esta etapa los hombres y mujeres mayores de 60 años de edad.

Morbilidad General Atendida

En los RIPS del Hospital Rafael Uribe Uribe se encontró que, en la etapa de ciclo vejez, las principales causas de consulta fueron, hipertensión esencial primaria con 277 consultas, seguido de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada con 33 consultas, en tercer lugar se encuentra presbicia con 31 consultas. La hospitalización se dio principalmente por infección de vías urinarias sitio no especificado con 2 hospitalizaciones, seguido de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 2 hospitalizaciones y en tercer lugar esquizofrenia con 1 hospitalización. En el servicio de urgencias, la principal consulta fue infección de vías urinarias en sitio no especificado con 11 consultas, en segundo lugar otros dolores abdominales y los no especificados con 7 consultas, en tercer lugar fiebre no especificada con 5 consultas.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA.

Según la notificación por SIVIGILA, la etapa de ciclo persona mayor ocupa el quinto lugar de la notificación con 3%, dentro ésta etapa la UPZ que mayor notificación tuvo fue la 53 Marco Fidel Suarez con un 22,8%, seguido de la 55 Diana Turbay con 22,4%. En cuanto a los eventos notificados, el que ocupa el primer lugar fue las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia con un 52,4% presentándose mayormente en la UPZ 55 Diana Turbay con 69%. El segundo evento en la notificación fue intoxicación por fármacos con 7,4 presentándose mayormente en la UPZ 55 Diana Turbay con 10,3%. El tercer evento de mayor notificación fue la tuberculosis pulmonar con 7,4%, la UPZ con mayor porcentaje fue la UPZ 39 Quiroga con 17,6%. En cuarto lugar está tuberculosis extra pulmonar con 6,8%, la UPZ 55 Diana Turbay es la que mayor porcentaje presenta (13,8%).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta suicida –SISVECOS

Según el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS), no se identificaron casos, en el ciclo vital persona mayor.

Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Maltrato Infantil – SIVIM

En la localidad la etapa de ciclo vejez representó el 2% de la notificación ocupando el quinto lugar. Para el año 2012, según los casos notificados al Subsistema de Sistema

de Vigilancia Intrafamiliar y Maltrato Infantil (SIVIM), se observa que en la etapa de ciclo vejez el 53,8% de los casos notificados fue por violencia emocional, en la UPZ que se presentó este evento con mayor proporción fue en la 54 Marruecos con un 62,5%. El segundo evento de mayor notificación fue abandono con un 15,4% representado mayormente en la UPZ 39 Quiroga con un 28,6% de representatividad. En tercer lugar se encuentra negligencia con 12,8% de los casos notificados y la UPZ 39 Quiroga con un 14,3% fue la de mayor representación.

Sistema De Vigilancia Epidemiológica De Discapacidad

Durante el 2012 fueron caracterizados y registrados por este sistema 141 casos en la etapa de ciclo vejez, los tipos de discapacidad que se encontraron se relacionan con la movilidad física ocupan el primer lugar dentro de esta etapa con 81 registros (57,4%), seguido de la discapacidad cardio-respiratoria con 21 registros (14,9%) y en tercer lugar la discapacidad del sistema nervioso con 18 registros (12,8%).

Salud Sexual y Reproductiva

Enfermedades de Transmisión sexual: A continuación se mencionan la ITS presentadas en la localidad en la etapa de ciclo vejez

Hepatitis B En la localidad Rafael Uribe de un total de 27 casos presentados de Hepatitis B, 1 corresponde a la etapa de ciclo vejez ubicado en la UPZ 36.

Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Estado Nutricional

Según el sistema de vigilancia en alimentación y nutrición - SISVAN-, el 38% de las personas mayores se encuentran con estado nutricional adecuado, un 37,4% con sobrepeso, el 21,9% de esta población presenta obesidad y 1% presenta desnutrición leve y 0,6% severa, es importante mencionar que muchas de las personas mayores sufren desnutrición debido a las condiciones económicas (muy pocos son pensionados), dificultades físicas que impiden que la persona tenga la posibilidad de desplazarse para comprar alimentos y/o prepararse comida, la pérdida dentaria, y los trastornos cognitivos pueden empeorar esta situación. La UPZ Quiroga es la que registra un mayor porcentaje de personas con sobrepeso con un 40% seguido de la UPZ 53 Marco Fidel Suárez con un 39,5%.

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.

Mortalidad General

El comportamiento de la tasa de mortalidad general, en Rafael Uribe, evidencia un aumento del 2009 al 2010, paso de 288,8 en el 2009 a 310,9 muertes por cada 10.000 personas en el 2010, La primera causa de morbilidad se debe a las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 52,5 por 10.000 habitantes, seguido de las crónicas de las vías respiratorias y las hipertensivas con tasas de 31.2 y 31 por 10.000 habitantes respectivamente.

5. NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS DE LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE

Los núcleos referentes a las condiciones ambientales son transversales a todas las etapas de ciclo vital afectando, por igual, las condiciones de calidad de vida y salud⁴.

Bogotá D.C., es una metrópolis con una población estimada de 7'363.782 habitantes. De éstos 3'548.713 son Hombres y 3'815.069 son Mujeres. El número de habitantes en la localidad Rafael Uribe Uribe esta alrededor de los 377.762 habitantes de éstos, según la pirámide poblacional, la población de hombres jóvenes es de 20.162 y 19.121 mujeres (19).

La población, en las diferentes etapas de ciclo vital, se ve afectada por múltiples problemáticas que se convierten en barreras de acceso a los servicios de salud que afectan su calidad de vida y el desarrollo de la persona

5.1. NÚCLEO PROBLEMÁTICO TRANSVERSAL: El Medio Ambiente como factor generador de calidad de vida y de prácticas saludables para cada etapa de ciclo vital.

Este núcleo problemático, por su característica, influye en las diferentes etapas de ciclo vital. Todas las personas y organismos se hallan en interacción directa con los factores ambientales. Factores energéticos, hídricos, químicos y mecánicos afectan el medio

⁴ Se plantea un núcleo problemático referente a condiciones ambientales en la etapa de ciclo vital niñez que es similar a las condiciones en las que las personas de las demás etapas de ciclo vital desarrollan sus actividades cotidianas. En la etapa de ciclo vital adulto mayor se especifica un núcleo problemático con información acerca de higiene y condiciones ambientales relacionada con instituciones de protección a esta población.

ambiente y las características de éste. Es así como forma las personas, animales y organismos reaccionan a los cambios del medio ambiente que afectan el derecho a la salud de todos los seres humanos. La localidad cubre 1.310,1 hectáreas, de las cuales el 6,8% (88,8 ha.) son zonas protegidas; el 97,6% es considerado área urbana. De ésta el 59,08%, está amanzanada y el 2,4%, de esta área, está destinada para el desarrollo de nuevos proyectos urbanísticos, recreativos, comerciales u otros usos, que son terrenos no urbanizados.

Cuenta con 114 manzanas divididas de la siguiente forma: UPZ 36 San José: 5 barrios; UPZ 39 – Quiroga: 13 barrios; UPZ 53 – Marco Fidel Suárez: 30 barrios; UPZ 54 – Marruecos: 39 barrios y la UPZ 55 – Diana Turbay: 55 barrios (40)

Esta localidad no cuenta con áreas para la expansión urbana y es la sexta localidad en el Distrito con menos área de expansión. (40)

Clima

Los terrenos que corresponden a Rafael Uribe Uribe están ubicados dentro de una altitud aproximada de 2.590 metros sobre el nivel del mar (msnm) en la parte más baja y 2.670 msnm en su parte más alta; su clima es frío, con una temperatura media anual de 14°C.

Recurso Hídrico

La quebrada Chiguaza es la más importante de la localidad. En recorrido por la localidad, se observó que ésta se encuentra en un avanzado estado de contaminación, debido al vertimiento de las aguas negras provenientes de los barrios Diana Turbay, Villa Ester, Reconquista, Serranía y Palermo Sur, a la altura del barrio San Agustín, y el canal de lluvias que va paralelo al caño, descarga directamente a la quebrada. Adicionalmente se observa el vertimiento de basuras, escombros de construcción y toda clase de desechos que se generan en los hogares, han acrecentado el problema ambiental de esta quebrada en su paso por la localidad. (40)

El Canal de La Albina y el canal del Río Seco, tributarios del río Fucha, han corrido la misma suerte de la quebrada Chiguaza al convertirse en botaderos de basura, vertedero de residuos de los talleres y zonas residenciales vecinas al recorrido de los canales, como lo manifiestan los residentes aledaños a éstas fuentes de agua y que adicionalmente refieren que la invasión de la ronda del río con construcciones ilegales y el no respetar este espacio, ha generado tragedias en las temporadas de lluvias y

afecta a la comunidad y a las fuentes de agua. (40)

Riesgos Medioambientales que afectan las etapas de ciclo vital

El incremento de las lluvias y los inviernos más marcados y fuertes, que vivió el país durante el 2012 y del que no fue ajeno el Distrito Capital, determinó la aparición de ciertos fenómenos que afectaron el estado de salud de las personas y otros factores que aquejaron a la comunidad.

Eventos de Remoción en Masa:

La localidad cuenta con 1.412 manzanas. De estas 191 manzanas se clasifican como zona de remoción en amenaza alta, 1.104 manzanas se clasifican como zona de remoción en amenaza media y 117 manzanas se clasifican como zona de remoción en amenaza baja. Los barrios que se verían más afectados son Diana Turbay, Marruecos, Marco Fidel Suárez y San José (Mapa 3). (40)

Ruido:

La contaminación por ruido que se observa en las vías de alto tráfico vehicular como la AV. Caracas, CR 10, AV. 1 de Mayo, Cll. 27 sur, Kr. 24, AK. 30, Cll. 1 sur, entre otras, generan altos decibeles de ruido por el constante uso de los pitos, el tubo de escape de los automotores,

Aire:

La contaminación atmosférica en Rafael Uribe Uribe se origina, principalmente, en las emisiones de fuentes móviles y, anteriormente, en la explotación de canteras. En ellas funcionaban treinta hornos de tipo español o fuego dormido, que efectuaban quema abierta.

Este fenómeno puede asociarse con la gran cantidad de enfermedades respiratorias que afectaron a los habitantes de la localidad durante el año 2012, en el que, por ejemplo, las principales causas de atención de urgencias para los menores de 1 año fueron Bronquiolititis aguda no especificada (36,3%), amigdalitis aguda no especificada (15,9%) y bronquitis aguda no especificada (9%); para los infantes entre 1 t 5 años de edad el diagnóstico más frecuente fue amigdalitis aguda no especificada (44,5%), seguido de Bronquitis aguda no especificada (10%) y de Rinofaringitis aguda o resfriado común (10%). (29)

Residuos Sólidos:

Los recorridos realizados por la localidad arrojó, a partir de la observación, el inadecuado manejo de residuos sólidos que son arrojados en los canales y corrientes de agua de la localidad. Focos de insalubridad, en las esquinas de los barrios, zonas verdes y parques, que generan aparición de moscas y ratones, animales domésticos callejeros, contaminación visual y contaminación de suelos.

Ilustración 2. Focos de residuos sólidos en los canales de la localidad Rafael Uribe Uribe 2012



Fuente: (GESA-VSPC, 2012), (ASIS-VPC, 2012)

Los eventos en salud que más se presentan por etapa de ciclo vital, en la localidad Rafael Uribe Uribe son los siguientes:

Infancia: Esta etapa de ciclo vital se ve afectada por problemas respiratorios por el cambio climático y la contaminación del aire; Enfermedades Diarreicas Agudas y por el mal manejo de basuras la presencia de vectores y el estancamiento de aguas negras.

Adolescencia: Los adolescentes se ven afectado por problemas respiratorios debido a los cambios climáticos y a la contaminación del aire. En estos casos, específicamente, se presenta un subregistro (19) porque en esta etapa de ciclo, los padres no consultan

al médico para este tipo de enfermedades y buscan asistencia médica directamente en los saberes populares o a los farmacéutas.

Juventud: Esta etapa de ciclo se ve afectada por factores como la proliferación de basuras en las zonas verdes y la ronda de los ríos, quebradas y canales, lo que impide el aprovechamiento de éstos espacios por la presencia de basuras, roedores, mosquitos, y animales domésticos callejeros que ven en las basuras una fuente de alimento. Además el estado de abandono en el que caen estos sitios (parques, zonas verdes y ronda de río) se convierten en lugares para la venta y distribución de SPA, presencia de habitante de calle, sitios de reunión de pandillas. Finalmente la falta de apropiación del espacio genera que muchas de estas problemáticas cada día tomen más fuerza en perjuicio de la comunidad.

Adultez: Los adultos, al igual que los jóvenes, se ven afectados por las mismas problemáticas: basuras, aprovechamiento del espacio público, invasión de la ronda de los ríos, quebradas y canales de la localidad. Adicionalmente los adultos invaden o son víctima de personas inescrupulosas que venden terrenos ubicados en zonas propensas a eventos de remoción en masa, inundación

Vejez: Las personas mayores de Rafael Uribe Uribe habitan en una localidad netamente urbana, con escasa posibilidad para el disfrute de los ecosistemas y la práctica de actividad física al aire libre que afectan la salud. Durante el 2012 se identificaron a través del SIVIGILA, TBC Pulmonar y Extrapulmonar, de igual forma se presentaron Enfermedades Diarreicas Agudas – EDA, hipertensión esencial primaria, neumonía, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC, Enfermedades Isquémicas del Corazón, Crónicas de las Vías Respiratorias e Hipertensión. Además se presentan enfermedades relacionadas con la discapacidad que afecta la movilidad física de la persona.

Tema Generador: Ambientes Saludables para el Desarrollo Integral del ser Humano.

Son múltiples las acciones que se pueden realizar para mejorar la calidad de vida y del medio ambiente que afecta a las personas, entre ellas, campañas de reforestación en los cerros orientales de la ciudad, mantenimiento y control al parque automotor, mejoramiento de la malla vial, medidas más eficaces para el control de emisión de gases industriales, presencia de remoción en masa, campañas de limpieza y de cultura

para evitar que las basuras terminen en las rondas de los ríos y en cauces, campañas de limpieza y de concientización para el manejo de basuras, y mantenimiento al sistema de alcantarillado de la ciudad.

Pero lo más importante, para que este problema encuentre solución o disminuya su impacto sobre las personas y la comunidad, es el compromiso de éstas y el de las instituciones, para sacar adelante diferentes proyectos, iniciativas o políticas ambientales que estén encaminadas a mejorar la calidad de vida en cada etapa de ciclo vital.

A nivel local se ha trabajado intensamente por parte de las entidades públicas y privadas, en sensibilización y educación ambiental a la comunidad. Sin embargo persisten muchos de los problemas ambientales que se pretende abordar con dichas actividades educativas, lo cual se debe a la poca apropiación de sus espacios por parte de la comunidad y la limitada aplicación de la normatividad ambiental por parte de las autoridades competentes.

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

La infancia es el 23,5% (82026) de la población total de la Localidad Rafael Uribe Uribe, es decir, conforma casi una cuarta parte de población, por lo que cualquier problemática se convierte es un fenómeno a gran escala.

Los individuos de esta etapa de ciclo son dependientes de su familia, y es ésta la garante del desarrollo biopsicosocial del individuo. Ella es quien proporciona valores, normas, roles, potencia habilidades y capacidades. De igual forma es 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, las conductas sociales y con la regulación emocional, los cuales se comportan como determinantes proximales.

Dichos patrones de violencia se evidencian en el perfil epidemiológico en la notificación al SIVIM, en la cual encontramos que la infancia ocupó el primer lugar en la notificación con el 44% de representatividad, siendo la UPZ Marco Fidel Suarez la que mayor cantidad de casos reportó con un 34% del total de casos de esta etapa, el evento mayor reportado fue la violencia emocional con 47,5% seguido de la negligencia con 24,8% de la notificación dentro de este grupo de edad.

Si bien la conformación de la familia juega un papel importante en el desarrollo de las niñas y niños, las características de los padres son fundamentales en este proceso, una de estas es la edad de la madre, ya que es posible que entre menor sea ella, menor sea el grado de experiencia en los patrones de crianza, y el tiempo de dedicación a sus hijos, por ello es importante mencionar que en la Localidad Rafael Uribe Uribe en el año 2012 se presentaron 5 casos nacimientos en gestantes entre 10 y 14 años se presentaron en la Localidad. Los embarazos en adolescentes además 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. (31)

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. (31)

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. (31)

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. (31)

Como se mencionó en el perfil epidemiológico según el SISVAN el 19,4% de los menores de 10 años presentó desnutrición crónica, y el 15,2% presentó sobrepeso u obesidad 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 30,5% 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.

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.

5.3. Núcleo problemático adolescencia: consumo de SPA y embarazo en adolescentes como comportamientos riesgosos de escape frente a situaciones de violencia estructural que se expresan en los ámbitos de vida cotidiana del territorio de la localidad Rafael Uribe Uribe.

“El fenómeno de la violencia no se ha desarticulado de las formas como los grupos sociales elaboran y reproducen significados” (41). El significado de la violencia, entendida como determinante social estructural, se relaciona con control territorial iniciado en la época de la independencia donde diferentes actores sociales colombianos han posibilitado el conflicto armado y diferentes formas de violaciones a los derechos humanos trasciende hasta la localidad Rafael Uribe⁵ contribuyendo a explicar la normalización y estabilización de fenómenos en el ámbito comunitario como la formación de grupos delincuenciales, en el caso del ámbito escolar matoneo (bullying, hostigamiento o acoso escolar) y en el ámbito familiar la violencia (41).

El escape a estos tipos de violencia vivida por los y las adolescentes de la localidad Rafael Uribe Uribe se manifiesta en comportamientos riesgosos que pueden incluir el consumo de SPA (CSPA) y el embarazo como alternativa del y la adolescente para formar un hogar alejado de las violencias que ocurren en la familia de origen. El reconocimiento que buscan los adolescentes en su grupo de pares constituye un riesgo para el CSPA, adicionalmente justifican tal consumo en la falta de apoyo familiar (42) y buscan suplir las necesidades de afecto y seguridad de la familia de origen en relaciones de pareja que terminan en embarazos no planeados y en un alejamiento de la pareja (43).

El consumo de sustancias psicoactivas, es otra problemática que afecta esta etapa de ciclo vital; se presenta gracias a determinantes sociales de nivel proximal: mayor sensibilidad del adolescente a la presión social, abandono por parte de los padres, la disfuncionalidad en las familias, la carencia de seguimiento normas, valores, límites y disciplina ante figuras de autoridad. A nivel Intermedio: la escasas de oportunidades educativas, la distribución de las SPA por redes locales de micro-tráfico, falta de instituciones dedicadas a la promoción y prevención del consumo, la falta de comunicación asertiva e apoyo familiar. A nivel estructural: mercado global del

⁵ Como se describe en el capítulo 1, el desarrollo urbanístico en 341 Ha de la localidad se ha realizado de forma ilegal y en medio del desplazamiento forzado con consecuencias en la estructura ecológica de los cerros orientales.

narcotráfico, limitación en avances científicos y sociales para intervención efectiva en casos de consumo de SPA.

Los embarazos, una de las mayores problemáticas en esta etapa de ciclo, son considerados de alto riesgo, por la inmadurez física y psicológica de las adolescentes. Para esta etapa de ciclo vital durante el 2012 se presentaron 22 hospitalizaciones por parto único espontáneo, seguido por parto por cesárea de emergencia con 5 casos. En cuanto a los embarazos no deseados o no planeados se presentan 40 casos en menores de 14 años y 1.321 en menores de 15 a 19 años. El impacto psicosocial del embarazo en la adolescencia se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. El embarazo en la adolescencia representa un serio problema social, y se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo (44).

La violencia intrafamiliar ocupó el segundo lugar en la notificación de eventos con el 25% de los casos. De acuerdo con el Subsistema Vigilancia Intrafamiliar y Maltrato Infantil (SIVIM), en esta etapa de ciclo vital se presentaron un 52,7% de casos notificados por violencia emocional, un 20,7% de casos de negligencia y la violencia física estuvo en tercer lugar con un 12,6% de la notificación.

La falta de orientación de la familia para el planteamiento de un proyecto de vida con metas desafiantes y la carencia un acompañamiento idóneo por parte de los adultos en la gestión que el adolescente haga del mismo puede verse como resultado de la carencia de desarrollo y práctica de las habilidades comunicativas necesarias alternativas a la violencia intrafamiliar, este es un determinante social proximal del embarazo en adolescentes en la localidad Rafael Uribe Uribe. Adicionalmente, como determinante social intermedio es posible que el alcance de las intervenciones educativas disponibles, usado por las instituciones sea insuficiente para producir cambios en las prácticas sexuales de los adolescentes.

Teniendo en cuenta que el propósito de las acciones de los equipos de territorios saludables es el de impactar las prácticas sexuales de los adolescentes para disminuir el indicador de embarazos en esta etapa de ciclo vital, las diferentes barreras de acceso de tipo geográfico, normativo, administrativo, cultural y de oferta para acceder a los servicios le dificultan a los equipos modificar los determinantes sociales proximales de su situación de salud entre los cuales posiblemente están baja percepción del riesgo, la

falta de auto-cuidado, la ruptura del núcleo familiar, la falta de acompañamiento por parte de la familia en cuanto a valores y los principios enfocados al autoconocimiento.

Tema Generador: Educación para la Adolescencia en Crisis.

Los adolescentes ubicados en un contexto socio-cultural violento y en territorios donde la insatisfacción de necesidades en las familias es frecuente se enfrentan a eventos estresantes cotidianos donde la violencia y el embarazo los puede llevar crisis emocionales caracterizadas por una desorganización en sus pensamientos (pensamientos catastróficos, generalizaciones, pérdida del sentido existencial, etc.), sentimientos (confusión, ansiedad, ira, tristeza, culpa, frustración), conductas (hábitos, actividades, relaciones sociales) y fisiología (sueño, alimentación, sexo, dolor, etc.)

La calidad de vida de los y las adolescentes se puede mejorar en dos sentidos: el primero, mitigando por medio de acciones educativas la violencia que motiva el embarazo en condiciones de vulnerabilidad como forma de escapar a la violencia intrafamiliar y la ignorancia en derechos sexuales y reproductivos y el segundo, construyendo relaciones de ayuda en la crisis que conlleva el embarazo en adolescentes. Las instituciones deben tener la posibilidad de intervenir efectivamente en ambas situaciones considerando que en los momentos de crisis las familias y los adolescentes de la localidad tienen una situación de crecimiento personal privilegiada en la medida que las intervenciones y asesorías en educación brindadas por las instituciones con sus servicios sociales sean pertinentes.

El monitoreo de situaciones de crisis en las familias y la intensificación de una respuesta institucional integral educativa en estos momentos, puede facilitar que las concepciones en las cuales se enmarca la institucionalidad colombiana se consideren como formas posibles de solución a la crisis y alternativas frente a la violencia y agresividad cuya ocurrencia muchas veces reflejan la exclusión y segregación, en contraposición a los valores de respeto, apoyo e inclusión en la familia para afrontamiento del embarazo en la adolescencia.

5.4. NÚCLEO PROBLEMÁTICO JUVENTUD: Los jóvenes de Rafael Uribe Uribe afectados por violencia intrafamiliar y la reproducción de modelos de interacción disfuncionales y reflejados en la exclusión, escasez de oportunidades académicas y laborales que influyen en su calidad de vida y salud.

El número de habitantes en la localidad Rafael Uribe Uribe esta alrededor de los 377.762 habitantes de éstos, según la pirámide poblacional, la población de hombres jóvenes es de 20.162 y 19.121 mujeres (19). Estos jóvenes a diario se ven aquejados por diferentes situaciones de violencia intrafamiliar, consumo de SPA, pandillismo, falta de oportunidades de estudio y laborales, discriminación y exclusión, por creencias religiosas o grupo poblacional al que pertenecen, entre otras, que determinan su comportamiento social y la forma como enfrentan la vida.

Lo anterior, de acuerdo con lo mencionado por Rodríguez, en su informe sobre Políticas Públicas de Juventud en América Latina, en la manifiesta que los jóvenes se ven enfrentados a diferentes problemáticas como la débil participación en el sistema educativo y la precariedad de la inserción laboral; además, los fenómenos de inestabilidad que están afectando a las familias, también inciden en reducir su capacidad de socialización y de cumplimiento de un rol complementario y reforzador de las funciones de los establecimientos educativos; subsiguiente, se encuentra el aislamiento en el que la sociedad deja a los jóvenes sin modelos cercanos vinculados al adecuado aprovechamiento de la estructura de oportunidades.

La combinación de todos estos elementos contribuye a la formación de subculturas marginales, de pandillas y barras que tienen códigos propios, subculturas que suelen incorporar y consolidar en el tiempo, los hábitos y comportamientos que surgen como correlatos socialmente disruptivos de las situaciones de marginalidad y exclusión social. Lo dicho plantea problemas serios, en la medida en que la cristalización de las subculturas marginales no solo impide que los jóvenes aporten al funcionamiento de la sociedad, sino que erosiona la trama social y las normas de convivencia y motoriza el reforzamiento de la segregación y la segmentación (45).

De igual forma y acorde con lo que manifiesta Rodríguez, los jóvenes de la localidad aprenden o imitan modelos, que reproducen en su interactuar social con sus pares, amigos o individuos generacionales con los que comparten diversos espacios como la casa, el barrio, la escuela y los parques, entre otros. Es importante tener en cuenta a partir de la observación que se realizó en la localidad, que predominan las familias nucleares y monoparentales, y de ellas se desprenden, muchas de estas actitudes y comportamientos. Esto lleva a que en esta etapa de ciclo, en su interactuar, su afinidad y gustos, los lleve a asociarse, agruparse o a unirse por diferentes particularidades como el deporte, los grupos de oración, los grupos de jóvenes parroquiales o cristianos, las barras futboleras, los grupos étnicos o de género, los

desplazados, las pandillas delincuenciales y los expendedores de droga, entre otros.

Un informe del Departamento Nacional de Estadística – DANE, en una encuesta realizada a estudiantes del distrito en el 2012, manifestó que en un 50,3% de los barrios de Bogotá hay presencia de pandillas. En Rafael Uribe Uribe el porcentaje reportado por los estudiantes supera el promedio del distrito a 57.9% lo que se constituye en una problemática que afecta a esta etapa de ciclo vital y las condiciones de vida y de seguridad de los habitantes de la localidad. (46)

En el mismo informe el 10,3% de los estudiantes de los grados 5° a 11° de Bogotá, manifestaron que “todos los días” se presentaban atracos en las calles de su barrio. En la localidad Rafael Uribe Uribe el promedio supera al de Bogotá (12,9%), esto demuestra el grado de inseguridad que afecta a la población, sobre todo en los desplazamientos desde sus hogares hasta los centros educativos y viceversa. (46)

Estos grupos, como por ejemplo los desplazados y los afro-descendientes que representan el 1,5% de la población de Bogotá, son discriminados al interior de la sociedad y de los colegios, lo que genera que ellos adquieran mecanismos de defensa agresivos, que producen rechazo, señalamiento y comportamientos que afectan a la comunidad y la calidad de vida de sus pobladores (46). De igual forma estos grupos de jóvenes en condiciones de marginalidad, son víctimas de la exclusión social, escasez de oportunidades laborales y académicas, que los llevan a hacer parte de redes globalizadas de narcotráfico que se dedican al micro-tráfico de SPA en la localidad, o a unirse a las filas de grupos armados ilegales o delincuenciales que hacen presencia en la localidad.

Como estas dos problemáticas, que afectan a un grupo de ésta población específicamente, existen otras que en general afectan a toda la población joven de la localidad como el consumo de alcohol acompañado de otras sustancias psicoactivas, la depresión, los comportamientos delictivos, la desescolarización, la falta de oportunidades laborales, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, el matoneo escolar, los embarazos no planeados, las enfermedades de transmisión sexual (42 casos entre hepatitis y sífilis gestacional en el 2012), la conducta suicida (el intento suicida ocupa el primer lugar con un 58% y la UPZ que reportó con mayor proporción fue Quiroga con 30,7%, seguida de Marco Fidel Suarez con 27,3%), la extorsión y el hurto, entre otros.

Cabe mencionar que los eventos de violencia en la familia son una motivación para que

los jóvenes conformen a temprana edad su propia familia, siendo dicha conformación, un medio de escape a diversas situaciones que suceden al interior de su núcleo familiar paterno y/o materno (violencia, abusos, necesidades económicas, etc.) o para encontrar solución a la falta de afecto en su familia. Esto trae por consecuencia padres y madres inmaduros que repiten patrones o modelos y que crían a sus hijos con carencias afectivas, sociales, valores y de crianza. Los casos de violencia que registra SIVIM para esta etapa de ciclo vital, son 536 de violencia emocional que corresponde al 51,8% del total de la notificación, seguido de negligencia o descuido con un 19,1% y violencia física con un 15,7%. De las cuatro UPZ que conforman la localidad, la que más reportes realiza es Marco Fidel Suárez.

El bajo nivel educativo, los medios de comunicación y los falsos estereotipos, crea en los jóvenes una imagen distorsionada de la realidad, de las relaciones, de la sexualidad, la identidad sexual, la responsabilidad, el trabajo, la superación y la formación para el trabajo y la vida productiva. La influencia que ejercen los medios y la misma sociedad sobre los jóvenes, los ha llevado a descubrir y experimentar a más temprana edad la sexualidad; como consecuencia de esto y de otros factores, cerca de 1.378 embarazos no planeados se presentaron durante el 2012.

Los jóvenes de la localidad, pese a su condición económica, se idealizan en patrones o modelos que son acordes con la realidad del país. El dinero fácil que produce el microtráfico, la prostitución disfrazada en el modelaje, el hurto, el sicariato, el contrabando de armas o alquiler de éstas, el secuestro y la extorsión, se han convertido en las “oportunidades laborales” para algunos jóvenes, que no ven en el trabajo honesto una forma de superación o de proyecto de vida. La tasa de desempleo a nivel nacional se ubicó en 18,7% según cifras del DANE; para Bogotá se ubicó en el 9,5% a diciembre de 2012 (47)según cifras de la Alcaldía de Bogotá. Estos datos indican la importancia de implementar programas de empleo en la localidad, con el fin de disminuir algunas de las situaciones o eventos que genera la falta de empleo en la localidad.

En relación con el factor ambiental, a nivel local, se presenta dificultad en la toma de conciencia por parte de la etapa de ciclo juventud, en las acciones que se deben llevar a cabo al respecto, puesto que no existen campañas educativas que permitan a los jóvenes impulsar estrategias que permitan minimizar los riesgos de los posibles daños ambientales, por lo cual se desentienden de estas problemáticas, sin tener en cuenta que ellos se están viendo afectados por la presentación de las mismas, teniendo que

vivir en entornos y contextos con dificultades ambientales, como contaminación ambiental, visual, auditiva, lugares invadidos por las basuras y los escombros de construcción, deforestación en las zonas de páramo o bosque andino, la invasión en terrenos propensos a derrumbes y avalanchas, la construcción de viviendas en zona de protección de los ríos, quebradas y humedales, perjudican el medio ambiente y atentando contra la salud de las personas.

Según datos de la Secretaria del Medio Ambiente de Bogotá, en el 2012, las fuentes móviles (tráfico rodado, tráfico aéreo, perifoneo) aportaron el 60% de la contaminación auditiva. El 40% restante corresponde a las fuentes fijas (establecimientos de comercio abiertos al público, pymes, grandes industrias, construcciones, etc). La exposición continua al ruido puede ocasionar los siguientes problemas extra auditivos: Estrés, Pérdida del sueño (insomnio), Ansiedad, Depresión, Cambios en el comportamiento (conductas agresivas) y Baja Productividad, entre otros.

Tema Generador: Educar en Valores

Los jóvenes requieren del aprendizaje de estilos o pautas de crianza que permita identificar el valor de las cosas. El valor del amor, el respeto, la responsabilidad, la lealtad, la integridad, la honestidad, la creatividad y la solidaridad entre otros. Los valores orientan la conducta del ser humano y con base en ellos el individuo decide cómo actuar frente a diferentes situaciones que se presentan en la vida. Los valores tienen que ver con los efectos que producen en el otro las acciones de los demás, pero no solo en la persona, sino también en la familia, en la comunidad, sociedad y en el medio ambiente. El fortalecimiento y construcción de una escala de valores, facilita el crecimiento psicológico e intelectual de la persona, además en esa misma medida su aplicación en sociedad permitirá, también, el crecimiento de ésta.

Por esta razón es importante inculcarlos desde temprana edad en los niños y niñas a través de campañas en la que se involucren a los jóvenes que son la base de la familia, a los adultos como motor de fortalecimiento de éstos, al adulto mayor como un representante de las buenas costumbres y en general a toda la comunidad para tener una sociedad justa, igualitaria y democrática para todas las personas. El diálogo con los hijos, la reflexión sobre las diferentes situaciones de la vida y las consecuencias de los actos, son acciones que se deben implementar desde el núcleo familiar, desde la escuela, el trabajo y desde las instituciones de salud que como “ultimo” eslabón de una larga cadena de eventos, recibe a la persona para atender sus necesidades de eventos

de salud desde lo físico o desde lo mental. Este trabajo necesita del apoyo de todas las instituciones públicas y privadas, del individuo y la comunidad, de la familia y sus integrantes para tener una sociedad justa, equitativa, igualitaria y con acceso a los servicios para todos los seres humanos.

5.5. NÚCLEO PROBLEMÁTICO ADULTEZ: Factores familiares, económicos, sociales, culturales, sexuales y reproductivos que inciden en el desarrollo de la persona afectando la calidad de vida.

Según la pirámide poblacional para el 2012 la localidad, para esta etapa de ciclo, contaba con una población total de 176.991, de estos 92.283 son mujeres que equivale al 24.4% y 87.708 hombres que equivale al 22.4% de la población de la localidad. (19). Los adultos, al igual que todas las etapas de ciclo vital, se ven afectados por diferentes problemáticas que inciden en el normal desarrollo y la calidad de vida de todas las personas.

Esta población se enfrenta a factores familiares, sociales, económicos, educativos, culturales, laborales, de discapacidad, desplazamiento, recreación, sexuales y reproductivos y psicológicos que afectan su desarrollo, su calidad de vida y en algunos casos el acceso a los servicios de salud.

Los adultos enfrentan problemas como necesidades básicas insatisfechas, que se ven reflejadas a causa del empleo informal, el desempleo o los bajos ingresos, que disminuyen la oportunidad para desarrollar un proyecto de vida. El 27,3% de los hogares de la localidad que considera que sus ingresos no son suficientes para cubrir los gastos mínimos (48).

Las limitaciones económicas para los hombres, quienes socialmente tienen la función de proveer, se constituyen en un determinante de la violencia al interior de la familia. El uso de la violencia puede entenderse como un “ejercicio de poder para acallar demandas que ponen en entredicho el cumplimiento de funciones socialmente prevalecientes” (32). Otro determinante es la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo cual se asocia con una mayor libertad de la mujer, autonomía económica y redistribución de la responsabilidad de los oficios domésticos. Durante el 2012, en la localidad se presentaron 224 casos de violencia: 197 de éstos fueron contra la mujer y se manifestaron en violencia física (18%), violencia sexual (5%) y violencia emocional que está implícita en todos los tipos de violencia (11%) y los 27

casos contra los hombres, la violencia que predominó fue la emocional

De igual forma se enfrentan a situaciones de violencia, conducta suicida, delincuencia, consumo de SPA, prostitución y barreras de acceso a los servicios de salud, entre otros. La dedicación de esfuerzos de la población adulta a su ámbito laboral para cubrir sus necesidades y las de hogar, hace que se reduzca la posibilidad de participación y empoderamiento en la construcción de políticas y proyectos comunitarios para el mejoramiento de su calidad de vida. Las barreras de acceso por el tipo de aseguramiento y la prestación de servicio de salud cuya calidad es inferior a la esperada por los usuarios motivan la inasistencia a las EPS, principalmente de régimen Subsidiado. Los adultos que pertenencia a grupos minoritarios, como los afrodescendientes que para la localidad es de 6.720 personas⁶, indígenas con un número de 15.032 personas⁷, 55 personas LGTBI⁸ y 15.537 personas con alguna discapacidad. El efecto se acentúa debido a que enfrentan mayores barreras de acceso a servicios sociales y de dependencia a los beneficios ofrecidos por el Estado.

La población en condición de desplazamiento, tienen una mayor dificultad para conseguir empleo debido a que sus habilidades no corresponden a las requeridas en los centros urbanos. El deterioro de las capacidades para realizar un trabajo se empieza a entender como una discapacidad. Algunos factores que pueden determinar el deterioro de las capacidades pueden deberse al estilo de vida o la calidad en la alimentación que tuvo la persona a lo largo de su existencia y que disminuyen las habilidades y autonomía de la persona en el ámbito laboral.

También se observan dificultades para la inclusión, en empleos formales, a las poblaciones indígenas y afrodescendientes, debido al poco acceso que han tenido a la educación. Para personas en desplazamiento, se reporta, que tienen que dedicar mucho tiempo a conseguir ayudas del Estado, no conocen las normas de restitución de sus derechos y evitan volver a su sitio de origen. Por esta razón los empleos desempeñados por estas poblaciones, son informales (venta ambulante, oficios varios, servicios domésticos, entre otros).

Las personas en desplazamiento perciben que conseguir empleo los puede llevar a perder de los beneficios ofrecidos y recibidos por el Estado, razón por la cual se

⁶ Censo General 2005 – Información Básica DANE

⁷ Según el Concejal Diego García Bejarano

⁸ Identificadas en recorridos por la localidad por el equipo de Territorios Saludables

abstienen de buscar empleo y los motiva a realizar actividades laborales informales. Un gran porcentaje de este grupo poblacional, prefieren mantener su condición de víctima, que genera dependencia hacia el Estado y la prevalencia de estados como la miseria, la marginalidad, la violación a derechos fundamentales, el acceso a servicios de salud con calidad y oportunidad, entre otros.

TEMA GENERADOR: mejoramiento de las habilidades sociales y laborales para la disminución de la violencia y la formalización del trabajo en el adulto

La etapa de ciclo vital adultez es donde se alcanza nivel de productividad y socialización máximos de la apersona, se espera que los grupos de apoyo de esta persona ya estén conformados y que las competencias para el trabajo sean las más idóneas, lo cual se reflejaría en unas condiciones económicas y laborales optimas que permitan al individuo cubrir sus necesidades básicas y por ende satisfacer sus derechos. Sin embargo, las condiciones laborales para muchas personas de esta etapa de ciclo vital son informales por múltiples barreras de acceso al Sistema General de Seguridad Social (salud, pensión y administradora de riesgos laborales). La pertenencia a poblaciones diferenciales: afro-descendientes, indígenas, LGBTI, personas en condición de desplazamiento dificulta aún más el acceso al ámbito laboral que permite la satisfacción de los derechos y necesidades básicas de los adultos y sus familias, ya que requieren competencias diferentes a las que han desarrollado para adaptarse a nuevos trabajos.

Fomentando la salud mental en esta etapa de ciclo vital se puede contribuir al desarrollo de habilidades sociales que promuevan la movilización por el derecho a la seguridad social y en articulación con sectores educativos se puede fortalecer el desarrollo de competencias para el trabajo. En la medida que estas condiciones estresantes sean mitigadas, se prevé que la violencia y agresividad disminuyan porque posiblemente están relacionadas con las necesidades básicas insatisfechas y las barreras de acceso del Sistema General de Seguridad Social basado en un enfoque de paquetes de servicios y segmentación de mercado por regímenes de afiliación.

Para dar alcance en atención a esta etapa de ciclo vital se plantea la posibilidad de que los programas de promoción y prevención se puedan ofrecer a toda la comunidad a través de sensibilización y educación crítica por medio de talleres y conferencias complementadas con intervenciones individuales que generen impacto y den respuesta a las necesidades de formalización y dignificación del empleo.

5.6. NÚCLEO PROBLEMÁTICO VEJEZ: Condiciones socioeconómicas que determinan la generación de violencias y prácticas alimentarias la vejez.

En la localidad Rafael Uribe Uribe viven 38.021 personas en etapa de ciclo vital de 60 años, quienes representan el 10% de la población. De estos adultos mayores el 56% son mujeres. El 83% de la población de la UPZ Marruecos habita en el estrato socioeconómico bajo y el 12% en el bajo-bajo⁹ (49). Las condiciones económicas de las familias se reflejan en eventos estresantes, ya que se exigen grandes esfuerzos para la consecución de recursos suficientes que les permita cubrir las necesidades de sus integrantes, incluidas las personas en vejez (del 9% al 19% de los hogares se considera en la pobreza según el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas) (50).

Las expectativas para la obtención de tales recursos son frustradas por determinantes estructurales como desempleo, que según la Encuesta de Calidad de Vida 2007 asciende a 10,45% para la localidad Rafael Uribe (51) y la informalidad laboral que se observa en el “adulto mayor trabajando en las calles” (52). De acuerdo con información de SIVISTRA, el 71% de los 270 trabajadores caracterizados trabaja sin contrato, el 100% no cotiza pensión, en promedio trabajan 10,08 horas diarias por 6,64 días a la semana, el 64% recibe un salario mínimo (53). Adicional a estas condiciones, se presentan casos donde los hijos y sus núcleos familiares dependen económicamente de las personas en vejez (54).

Tales obstáculos para conseguir recursos frustran en las familias el cubrimiento de las necesidades básicas y aspiraciones sociales, personales y laborales, de sus miembros, incluidos los adultos mayores y facilitan la incidencia del maltrato emocional, que se presentó como el evento de mayor notificación con un 54,8% de los casos (principalmente en la UPZ Marruecos), y el abandono que se presentó en el 15,4% de

⁹ Según el artículo 102 la Ley 142 de 1994 los estratos se clasifican en: bajo-bajo, bajo, medio-bajo, medio, medio alto y alto.

los casos (principalmente en la UPZ Marruecos), siendo este el segundo evento más importante, y en la UPZ Quiroga se evidenció una prevalencia de abandono y negligencia hacia los adultos mayores, la primera condición presenta una incidencia del 15% y la segunda el 13%.

Según el sistema de vigilancia en alimentación y nutrición (SISVAN) un 37% con sobrepeso generado por la ingesta de alimentos de gran aporte calórico y el 22% de esta población presenta obesidad. La UPZ 39 Quiroga es la que registra un mayor porcentaje de personas con sobrepeso con un 40%, éste se relaciona con los hábitos y prácticas culturales alimentarias, la falta de dinero y la escasa información de los profesionales de medicina sobre como adquirir alimentos para una dieta balanceada con los ingresos disponibles. También, se ha presentado el cierre de nueve de los once comedores comunitarios y albergues (54) que existían en la localidad (26), situación que posiblemente agudiza la situación nutricional en la vejez.

Esto permite evidenciar una posible “obesidad del pobre” (54) caracterizada por el consumo de alimentos de alta densidad calórica y bajo aporte nutricional que está determinada de forma proximal por “los gustos” o preferencias alimentarias; de forma estructural por los costos de los alimentos y productos básicos de la canasta familiar frente a políticas de austeridad que mantienen a la población con bajos ingresos; de forma intermedia por carencias en información acerca de los alimentos que permitan conseguir alimentos de mayor aporte nutricional a bajo precio, de acuerdo con reporte de equipo de Gestión de Políticas del Hospital Rafael Uribe Uribe (54).

Los eventos de violencia y nutrición ocurridos en las UPZ Marruecos y Quiroga principalmente, sumados a dificultades económicas estructurales, tienen impacto en la prevalencia de las enfermedades crónicas evidenciadas en los registros individuales de pacientes (RIPS) del Hospital Rafael Uribe Uribe, donde se encontró que en la etapa de ciclo vital vejez, la principal causa de consulta fue la hipertensión esencial primaria con 277 consultas.

Tema Generador: Movilización Social para el Cuidado de la Vejez

Teniendo en cuenta, la escasez de recursos observada, la movilización social a largo plazo para la consecución de recursos se puede fortalecer. Pensar en la consolidación de las redes sociales que incluyan la visión de los empresarios e instituciones que han

decidido apoyar a las personas en vejez puede facilitar la especificación de planes a largo plazo para la protección contra las condiciones laborales informales. También se plantea fortalecer el auto-control sobre las entidades encargadas de ejecutar los recursos en pro de la etapa de esta etapa de ciclo vital para que cuente con los servicios con una calidad mínima necesaria.

El mejoramiento de la articulación PIC y POS para una canalización y seguimiento más frecuente en la adopción de una alimentación saludable, la práctica de actividad física y el mejoramiento de habilidades para el afrontamiento de eventos económicos estresante puede disminuir el impacto de las enfermedades crónicas incapacitantes. Adicionalmente, las acciones educativas en estilos de vida saludables dirigidas a las demás personas de la comunidad, pueden sensibilizar y fortalecer la corresponsabilidad y auto-cuidado para prevenir la aparición de las enfermedades crónicas.

6. Análisis De Respuesta Institucional

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 especializadas, según la actividad que ejercen o el tipo de comunidad que atienden, deben distribuirse en el territorio en concordancia con las necesidades poblacionales.

En la localidad 18 son evidentes las altas concentraciones de HOBÍ y FAMI, sin embargo su distribución no es homogénea, revelándose una alta concentración de estas instituciones en los territorios Diana Turbay (18-55-71) y Marco Fidel Suárez (18-53-73), donde se encuentra población de estratos 1 y 2 principalmente. De otro lado, existe un amplio número de hogares para la tercera edad, en comparación con otros territorios de la localidad, en el territorio San José-Quiroga (18-39-74), aquí predomina la población de estrato 3 (ver mapa 4).

La información correspondiente a los capítulos 3 y 4 fue suministrada por el equipo de Gestión de Políticas y Programas del Hospital Rafael Uribe Uribe en el año 2013 al equipo de ASIS. Para dimensionar el alcance y exhaustividad tal información se debe tener en cuenta la coyuntura de cambio Administración Distrital que propuso un nuevo modelo de operación de Salud Pública cambiando el antiguo modelo basado en

ámbitos de vida cotidiana por el programa de Territorios Saludables. En esta coyuntura el equipo de Gestión Local dejó de operar, quedando como debilidad la carencia de articulación intersectorial del Hospital Rafael Uribe Uribe a nivel de la localidad Rafael Uribe Uribe.

Durante el primer semestre del año 2012, las acciones de Salud Pública se enfocaron en la lectura de necesidades y problemáticas de la comunidad. Durante el segundo semestre del 2012 se inició la conformación del equipo de Gestión de Políticas y Programas, que finalmente se consolida para el año 2013. Esto repercute en la carencia de información de las respuestas institucionales y en el alcance de las propuestas, que están muy limitados por carencia de articulación intersectorial del año 2012. Estos aspectos se vienen fortaleciendo desde el 2013 para mejorar la actualización del Diagnóstico Local con Participación Social.

6.1. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

La Salud Pública es la disciplina que se hace cargo de la protección de la salud a nivel poblacional, 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 Rafael Uribe Uribe, se utilizan tres tipos de equipos de respuesta, compuestos por las Auxiliares Técnicas de Enfermería, los Jefes de Enfermeros y los Médicos; cada uno de los cuales recoge y procesa información sobre dicha población. Los objetivos de cada equipo varían y se determinan a partir de los censos oficiales y las metas territoriales sobre el área de acción (ver mapa 5)

Los equipos de auxiliares técnicos, cumple con la meta de caracterización de familias en las todas las UPZ de la localidad. Diana Turbay, Quiroga, San José, Marco Fidel Suárez y Marruecos, son las que conforman la localidad Rafael Uribe Uribe. Las tres primeras presentan el mayor número de canalizaciones y de población, las UPZ Marco Fidel Suárez y Marruecos. La caracterización de niños de 1 a 5 años excedió las metas en la UPZ Marruecos y el resto de indicadores de caracterización se encontraron por debajo de las metas propuestas en todas las UPZ de la localidad. La situación más crítica fue la que se dio con la caracterización de gestantes, que apenas alcanzó el 80%

de la meta, como valor más alto (UPZ San José y Quiroga) que el resto. Los otros territorios presentan porcentajes de caracterización muy bajos, siendo la UPZ Marruecos la más baja con cumplimiento de meta del 12,5% de la caracterización de gestantes.

El equipo de enfermeras tuvo un índice de cumplimiento entre el 70% y el 100% de todos los indicadores a su cargo. Es importante resaltar que en la UPZ Marruecos, la caracterización de gestantes se presentó como la más baja de toda la localidad y del equipo de respuesta, con un 53.5% de la meta. Finalmente, el equipo de los médicos, presenta tasas de cumplimiento que oscilan entre el 60% y el 118 %. De nuevo, que en la localidad, la atención y caracterización de maternas se dio por debajo de las metas, este equipo de atención, también presentó los valores más bajos en las metas de atención a niños menores de un año (ver mapa 5)

6.1.1. CICLO VITAL INFANCIA

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

Determinantes como la extrema pobreza, el acceso los servicios públicos, de educación, sociales y de salud, los factores socioeconómicos, familiares, el maltrato infantil, la carencia de pautas y los modelos de crianza, el consumo de sustancias psicoactivas y situaciones medio ambientales, entre otros, son factores que se manifiestan en la vulneración sobre el derecho a la salud que tienen las persona y en este caso al ciclo vital infancia.

A estas situaciones se enfrentan a diario, los niños y niñas de la localidad. Estas se originan, generalmente, por la ausencia de los padres, que por diferentes factores, no están presentes en el diario vivir de los infantes y que lleva a ellos sean víctimas de diferentes eventos como: el abuso sexual, el abandono, la explotación laboral, negligencia en la solicitud y atención en los servicios médicos, desnutrición y desescolarización, entre otros, que afectan su salud mental, física, emocional, fisiológica y social de éstos individuos, y a factores ambientales que afectan su integridad física y emocional.

Desde el Hospital Rafael Uribe Uribe se realizan diferentes actividades que tienen como objeto mejorar la calidad de vida de los niños y niñas que residen en la localidad 18 y desde Salud Pública, el Programa de Territorios Saludables, los componentes de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Sanitaria, PAI, y los Proyectos del fondo de Desarrollo Local, llevan a cabo acciones de promoción y prevención, que se ajustan a los lineamientos y la línea técnica que da la Secretaría Distrital de Salud para la atención de todos los habitantes del Distrito Capital. Las acciones se llevan a cabo en los territorios Diana Turbay, Marruecos, Marco Fidel Suárez y Quiroga de la localidad 18.

En Rafael Uribe Uribe la población infantil representa, de acuerdo con las estadísticas del DANE, el 16,58% de la población total de la localidad, de los cuales el 71,5% acceden a los servicios de salud por medio EPS de régimen contributivo y/o subsidiado, el 17,4% se encuentran como población vinculada y acceden a los servicios de salud por medio del Fondo Financiero Distrital de Salud y el 9,9% no cuentan con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

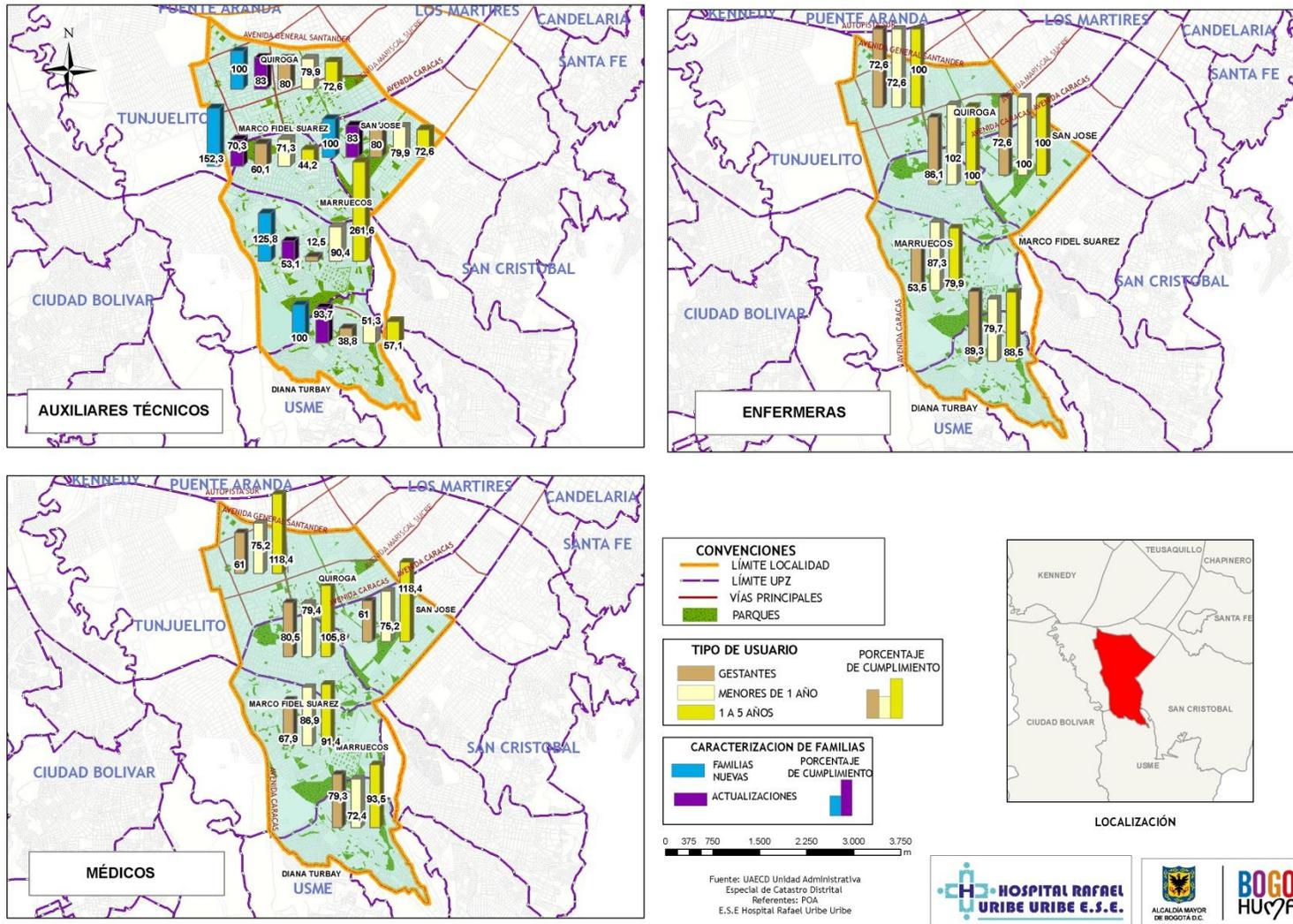
El Hospital, a través del Programa de Territorios Saludables, presta los servicios de atención extramural a través de dos equipos de profesionales: el Equipo de Respuesta Inicial –ERI- conformado por un médico, una enfermera y dos técnicos en salud (promotores), quienes recorren y caracterizan a las familias en el territorio donde habitan, garantizando, en términos generales: Caracterización y notificación de eventos de Salud Pública, Intervenciones de Resolución de problemas de salud-enfermedad y Gestión transectorial. (1); y el Equipo de Respuesta Complementaria ERC, que realiza acciones de salud individual y colectiva, intramurales y extramurales, en los 55 microterritorios de la localidad Rafael Uribe Uribe.

Estos equipos realizaron seguimiento a 29.935 niños y niñas menores de cinco años, equivalentes al 7,9% de la población total de la localidad, haciendo seguimiento a enfermedades prevalentes en la infancia, además se realizaron seguimientos, desde enfermería, para crecimiento y desarrollo, sensibilizando a las familias sobre la importancia de los controles permanentes y los cuidados que se deben tener a cerca de 6.854 niños y niñas (Ver mapa 4).

El Ámbito Escolar, desde medicina y enfermería, atendió a 1.203 niños y niñas de las instituciones educativas de la localidad. El hospital hace presencia en HOBIS, FAMIS, Jardines Infantiles y colegios priorizados en la localidad Rafael Uribe Uribe (Ver mapa 5).

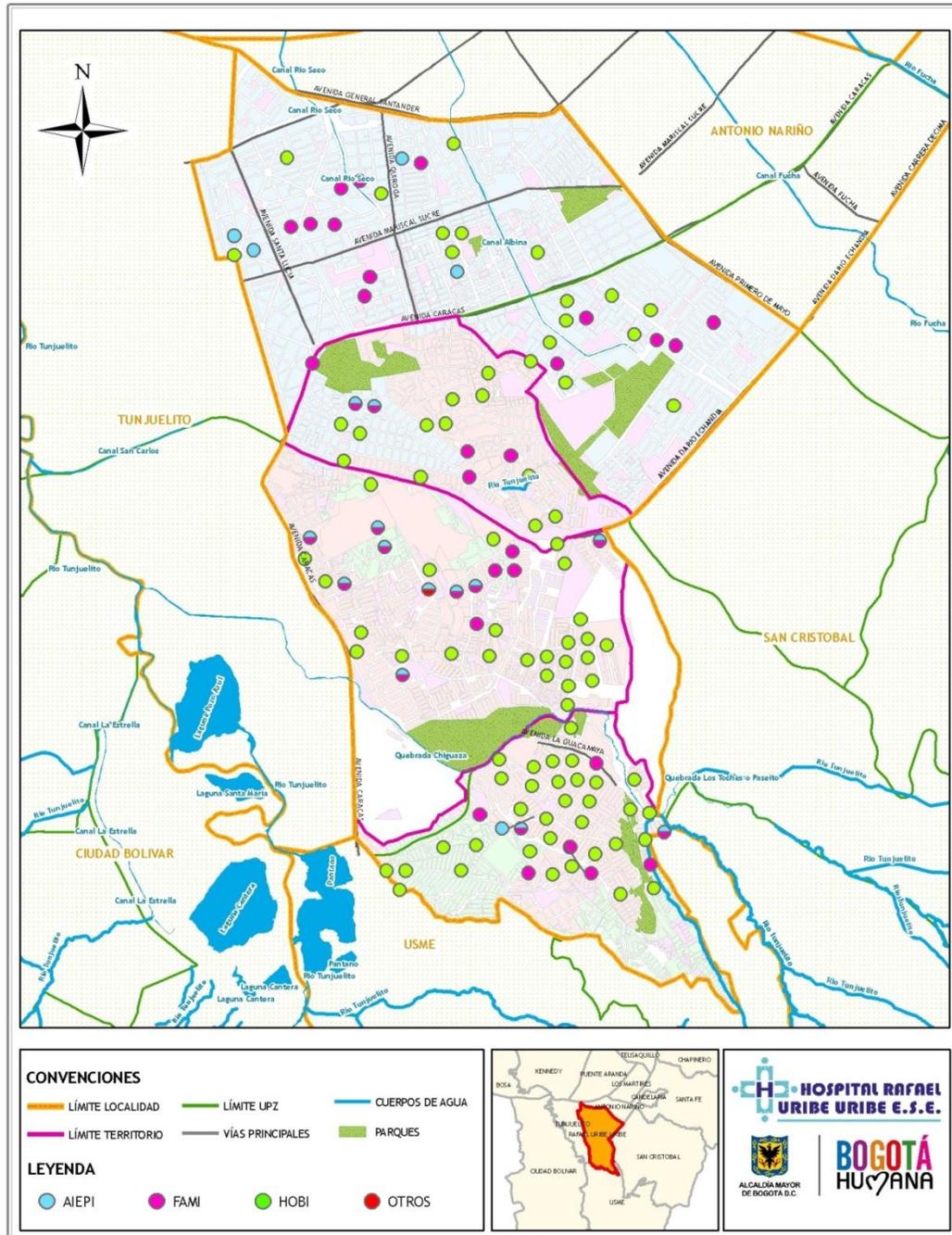
El Ámbito Familiar realizó, 512 asesorías en odontología y hábitos adecuados de higiene bucal como formas de prevenir problemáticas como caries y gingivitis.

Mapa 4. Cobertura de acciones en Salud Pública en la localidad Rafael Uribe Uribe.



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

Mapa 5. Oferta institucional y Comunitaria en la localidad Rafael Uribe Uribe



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

El subsistema de nutrición de la Vigilancia en Salud Pública, se realizó seguimiento a 60 niños y niñas, por medio de visita domiciliaria, que permitió analizar las condiciones y los hábitos alimentarios inadecuados de los infantes. A través de esta actividad se logró

identificar problemáticas de bajo peso por condiciones socioeconómicas desfavorables, hábitos alimentarios incorrectos por alto consumo de alimentos con alto valor calórico y bajo valor nutricional, se realizaron procesos de sensibilización encaminados al mejoramiento de las prácticas en el contexto educativo y se atienden a 211 niños y niñas que requieren intervención por nutrición.

Desde las intervenciones de psicología se realizó seguimiento a 12.503 casos distribuidos de la siguiente forma: intervención psicosocial 3 sesiones a 369 niños, niñas y sus familias; intervenciones individuales 525 sesiones en escolar; abordaje a 60 padres de familia en las instituciones educativas y a 90 padres de familia en jardines infantiles, y 20 intervenciones a padres de familia de las instituciones

En los FAMI – Familia, Mujer e Infancia, programa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que trabaja con mujeres líderes de la comunidad, y quienes son llamadas MADRES FAMI, trabajan desde sus casas, con mujeres gestantes y lactantes, y con hijos menores de 2 años. Este programa las orienta en el autocuidado durante la etapa de gestación, les brinda herramientas sobre pautas de crianza para sus hijas e hijos, estrategias para el manejo del conflicto en la familia, orientación y formación en salud sexual y reproductiva. El hospital, a través de los equipos de respuesta inmediata del programa Territorios Saludables, hace presencia y seguimiento a éstos hogares, a través de la caracterización, visitas y seguimiento. La población objeto son los menores de 5 años y 11 meses, sus padres y madres, las mujeres gestantes que estén en su primer mes de gestación y las madres lactantes de debes hasta los 6 meses.

El ciclo vital infancia también enfrenta factores que afectan su calidad de vida y de salud, como el manejo de duelos no resueltos, la depresión, situaciones socioeconómicas, violencia intrafamiliar, consumos de sustancias psicoactivas (SPA), pueden ser generadores de ideación y/o conducta suicida razón por la que es necesario brindar apoyo e información desde las intervenciones de salud mental para que los niños niñas y sus familias puedan acceder a asesoría y orientación en temáticas psicosociales y evitar el incremento de éstos eventos.

En relación al trabajo infantil se identificaron altos factores de riesgo Psicosocial para los niños y niñas por la humillación, el mal trato de los empleadores y por tener que asumir responsabilidades que no son propias de la edad, precarias condiciones económicas y, largas jornadas laborales que deben alternar con las escolares, entre

otros. Desde el Hospital, se realizaron, intervenciones de prevención y erradicación del trabajo infantil de trabajo infantil a 240 niños y niñas en alto riesgo de esta problemática y a su grupo familiar. De igual forma se logra la desvinculación laboral de un 70% de los niños y niñas intervenidas, a través de un ejercicio permanente de sensibilización con las familias, parientes, cuidadores y empleadores, con el objeto restituir los derechos de la infancia.

Se analiza con los equipos territoriales y con las familias intervenidas, la importancia de generar oportunidad de desarrollo y crecimiento en diferentes esferas psicosociales, que permita un crecimiento integral, enfocado, no solamente, a estudiar y permanecer en casa, sino a buscar proyectos en diferentes instancias gubernamentales que ofrezcan actividades lúdico-recreo-deportivas que permitan el desarrollo integral del menor y sus acudientes.

NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA INFANCIA: los niños y niñas de la localidad Rafael Uribe se ven afectados principalmente por problemas de enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda como consecuencia de la contaminación del aire y por el mal manejo de residuos sólidos que genera presencia de vectores

Desde Vigilancia Sanitaria y las acciones que realizan los profesionales de medio ambiente en los territorios saludables, se llevan a cabo actividades en promoción y prevención, a eventos de salud ocasionados por factores medio ambientales, a través de actividades informativas y formativas en jardines infantiles, colegios, Hobis y Famis. Una de éstas fue los cuidados que se deben tener en los jardines y Hobis, debido a la contaminación ambiental o material particulado, que afecta la calidad del aire y que perjudica, sobre todo a la población de esta etapa de ciclo. De igual forma a través del programa de vivienda saludable, se brinda información a las familias para que los hogares se conviertan en lugares saludables y no en focos de enfermedades, debido al mal manejo de residuos, manejo de basuras, escasa circulación del aire, humedad y falta de aseo.

Los niños y niñas de localidad Rafael Uribe Uribe se ven afectados principalmente por problemas de Enfermedad Respiratoria Aguda y de Enfermedades Diarreica Agudas como consecuencia de la contaminación del aire, por el manejo dado a los residuos que genera la presencia de vectores y por prácticas de manipulación de alimentos.

Para los niños de 1 a 5 años se cuenta con información acerca de la atención recibida por infección aguda de vías respiratorias, bronquiolitis, síndrome bronco obstructivo (SBO) / asma, laringotraqueitis – CRUP y neumonía: fueron atendidas 523 niñas y 660 niños en las salas ERA del Hospital Rafael Uribe Uribe (55).

Frente a esta situación, el componente de vigilancia sanitaria y la estrategia de vivienda saludable que se lleva a cabo desde territorios saludables, se realizaron procesos de sensibilización y educación a 24 colegios, 22 jardines, 72 Hogares Comunitarios y el fomento de la cultura del agua y la sostenibilidad de los sistemas de acueducto y alcantarillado. Además La línea de Calidad del Aire, Ruido y Radiación Electromagnética (REM) abordó la contaminación del aire por material particulado en 3 jardines infantiles priorizados, que se ven altamente expuestos a este material y se aplicaron encuestas a 220 niños y niñas menores de 5 años para documentar su situación.

Las intervenciones de Inspección Vigilancia y Control (IVC) realizadas a los negocios de la localidad y los cursos de manipulación de alimentos se dirigen a mejorar las condiciones de inocuidad de los alimentos y productos para el consumo de niños y niñas de la localidad.

6.1.2. CICLO VITAL ADOLESCENCIA

Núcleo problemático adolescencia: consumo de SPA y embarazo en adolescentes como comportamientos riesgosos de escape frente a situaciones de violencia estructural que se expresan en los ámbitos de vida cotidiana del territorio de la localidad Rafael Uribe Uribe.

El alcance de la información que se refiere a la respuesta frente al núcleo problemático de la etapa de ciclo vital adolescencia está limitado a información del sector salud, teniendo en cuenta que desde el equipo ASIS del Hospital Rafael Uribe Uribe se realizaron sesiones de construcción del diagnóstico con el equipo de Gestión de Políticas y Programas quienes conocieron los requerimientos de información necesarios para describir las brechas entre la y de acuerdo con su reporte realizaron la gestión de articulación con las demás instituciones sociales que se espera aporte información respecto a la magnitud de la respuesta.

Tal gestión permitió conocer limitaciones en la construcción del diagnóstico que pueden estar relacionadas con una articulación interinstitucional lo suficientemente fortalecida para contar con criterios unificados de recolección, sistematización y análisis de datos e información de la problematización, respuesta institucional y brechas entre la oferta institucional y la demanda de la comunidad de la localidad para dimensionar con mayor precisión las necesidades que se requieren cubrir por los servicios sociales para mejorar la calidad de vida y salud de los adolescentes.

Las problemáticas que afectan a esta etapa de ciclo vital están relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva y específicamente con los embarazos no deseados o no planeados, frente a los cuales se ha considerado dar respuesta para mejorar el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y el uso inadecuado de los mismos como forma de prevención del aumento de los embarazos no planeados, los no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

La pobre oferta de campañas de información y prevención frente a las relaciones sexuales y los embarazos, no se ajusta a la realidad que viven los adolescentes. Desde el Hospital Rafael Uribe Uribe y la Secretaría Distrital de Salud, se implementa el Programa de Servicios Amigables para Jóvenes y Adolescentes, que tiene como objeto incidir en la calidad de vida y salud de los adolescentes, facilitando el acceso a los servicios médicos, asesorías grupales en diferentes temáticas de interés para los adolescentes y el acceso a citas médicas para los adolescentes que capitaban con el Hospital y los procesos de acercamiento con las EPS correspondientes acorde con el tipo de aseguramiento de cada persona. Estas asesorías promovían hábitos saludables de vida, salud sexual y reproductiva, prevención de violencias, ideación y conducta suicida y trabajo infantil y trabajo protegido.

Para favorecer la toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes fue necesario hablar de sexualidad y medidas de prevención, autocuidado de manera integral, conductas de riesgo y anticonceptivos, embarazos no planeados y las relaciones de pareja, derechos de los adolescente para decidir en qué y con quién tener relaciones sexuales, derecho a manifestar su opinión, y del derecho a estar bien informado y a recibir atención profesional en las áreas que afecten su sexualidad y su reproducción.

Desde el Hospital se dio inicio al programa del Centro Atención Móvil a Drogodependientes – CAMAD, que inició con la caracterización e intervención inicial al habitante de calle y campañas de prevención en las IED, con los adolescentes consumidores. Se realiza seguimiento, desde psicosocial y los subsistemas de SIVIM y SISVECOS, para generar procesos de sensibilización y concientización con las familias, debido a que en la mayoría de los casos, el consumo se presenta por negligencia y abandono de los padres con sus hijos que pueden tener como consecuencia la desescolarización, la drogadicción, prostitución, conducta suicida y otros eventos de salud negativos que se pueden acentuar a causa del consumo.

La respuesta institucional y terapéutica es escasa; el abordaje de la raíz del problema en el adolescente, no brinda continuidad en los procesos terapéuticos que se requieren, hace falta mayor apropiación por parte de los profesionales de la salud y menos discriminación. El desconocimiento de la gravedad de esta problemática, que implica también a las EPS y a las instituciones gubernamentales, no brinda alternativas de solución y respuesta integral a las personas afectadas por este flagelo. Las intervenciones son limitadas tanto en tiempo como en atención, lo que se convierte en una barrera de acceso tanto para la calidad del servicio como para el seguimiento y tratamiento que requiere la persona afectada.

Una problemática que en los últimos años ha tomado fuerza y ha trascendido el ámbito académico y ha llegado a los medios de comunicación, por lo violento de sus actos, ha sido el matoneo escolar. Este se presenta por la presión ejercidas por "líderes negativos" sobre otros estudiantes. Estos comportamientos son modelados en el núcleo familiar, son patrones negativos adquiridos de los medios de comunicación o de grupos sociales (pandillas o barras futboleras); son consecuencia del bajo rendimiento académico, por situaciones económicas y porque una persona o un grupo quiere ejercer poder sobre los demás para disfrazar su carencia o deficiencia.

Cuando los adolescentes no encuentran su identidad propia buscan, en grupos pares, con quienes compartir actividades, gustos y afinidades, algunas de las cuales pueden ser negativas y terminan en grupos como pandillas juveniles y barras futboleras, que son usadas como escudo para ejercer la violencia y delincuencia hacia la comunidad. Para tratar de minimizar dichas situaciones se cuenta con las intervenciones de los profesionales de psicología de las diferentes instituciones como el Hospital, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, la Personería Local y la Dirección Local de

Educación, realizan procesos de sensibilización con el objetivo de reducir el impacto negativo de estos eventos que afectan a la población adolescente.

. NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA ADOLESCENCIA: los adolescentes se ven afectados por problemas respiratorios debido a los cambios climáticos y a la contaminación del aire.

Las acciones que realizan los profesionales de medio ambiente en los 4 territorios saludables y la Vigilancia Sanitaria de Salud Pública en la localidad Rafael Uribe Uribe, se llevan a cabo actividades en promoción y prevención a eventos de salud ocasionados por factores medio ambientales. A través de actividades informativas y formativas, que se llevan a cabo en los colegios priorizados de la localidad, se realizan acciones dirigidas al reciclaje, huertas caseras e institucionales y manejo de basuras, entre otros, con esta etapa de ciclo vital, para mejorar la calidad de vida y de salud de las personas que se ven afectadas por situaciones medioambientales en la localidad.

Los adolescentes se ven afectados por problemas respiratorios en los que influye la contaminación del aire y transmisión de microorganismos a través de vectores o animales potencialmente transmisores de rabia¹⁰. Al respecto en el marco de Agua Potable y Saneamiento Básico, el programa de Vigilancia Sanitaria realizó actividades de inspección, control y asesoría a establecimientos educativos donde se concentra esta etapa de ciclo vital para mejorar las prácticas de manejo de agua . En cuanto a los animales potencialmente transmisores de rabia se realizaron 900 familias sensibilizadas en tenencia responsable, promoción y prevención de enfermedades compartidas y mitigación del riesgo asociado a la salud humana, además de 1084 esterilizaciones caninas, 1022 esterilizaciones felinas y 30 capacitaciones de tenencia adecuada de animales.

¹⁰ Ver perfil de salud-enfermedad en el capítulo 1 del presente diagnóstico.

6.1.3. CICLO VITAL JUVENTUD

NÚCLEO PROBLEMÁTICO JUVENTUD: Los jóvenes de Rafael Uribe Uribe afectados por violencia intrafamiliar y la reproducción de modelos de interacción disfuncionales y reflejados en la exclusión, escasez de oportunidades académicas y laborales que influyen en su calidad de vida y salud.

En la localidad Rafael Uribe Uribe, una de las problemáticas que más afectan esta etapa de ciclo vital es el consumo de SPA. Las causas que desencadenan esta conducta se pueden asociar a situaciones como la pérdida de valores o familias disfuncionales que presentan la ausencia de alguno de los padres de familia. Desde el Hospital se realizan intervenciones desde psicosocial, en promoción y prevención, que permite identificar y realizar alertas sobre los riesgos de consumo y sus consecuencias.

El CAMAD, como programa especial, realiza acciones de promoción y prevención con población drogodependiente y habitante de calle, promoviendo actividades con estas poblaciones en riesgo y realizando restitución de derechos a través de servicios de salud colectivos dirigidos a la comunidad.

La oferta institucional no cubre la excesiva demanda que se presenta en esta sentido, y que se agudiza en cada etapa de ciclo, sobre todos con mayor gravedad en esta etapa de ciclo. Las EPS privadas no brindan la atención integral que requiere la comunidad, por lo que se presentan brechas entre la demanda de servicios y la oferta desde las diferentes instituciones.

Se evidencia, también, problemáticas de desescolarización y falta de oportunidades para el acceso a la educación superior, escasas oportunidades laborales, y no se presentan redes sociales o institucionales de apoyo, que den respuesta a los jóvenes que buscan orientación a sus problemáticas. A nivel distrital solo se encuentra el Instituto para la Economía Social, que apoya con procesos de asesoría y orientación para generación de proyectos productivos que contribuyan en la generación de fuentes de ingreso, sin embargo se cuentan con recursos económicos limitados.

Estas situaciones generan, dentro de esta etapa de ciclo vital, violencia, consumo de SPA, vandalismo y delincuencia y llevan a la población joven a realizar actividades que no mejoran sus condiciones de vida y solo apuntan al detrimento de sus condiciones de salud.

Finalmente el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud – IDIPROM, junto con el Hospital y la Subdirección Local de Integración Social, trabaja en prevención y manejo de grupos o pandillas juveniles y barras futboleras con el fin de minimizar las consecuencias que traen consigo, el consumo de alcohol y cigarrillo como “productos” que abren la puerta a otras más “fuertes”. Las acciones que realizan Territorios Saludables, Vigilancia Poblacional y Comunitaria, Gestión de Políticas y Programas se realizan de forma articulada con el Centro de Atención Móvil a Drogodependientes, como proyecto articulador y transversal a las problemáticas que se presentan a consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas y que generan otras problemáticas sociales como el habitante de calle, el pandillismo, las barras futboleras, entre otros y que han sido mencionadas en desarrollo del diagnóstico.

.NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA JUVENTUD: esta etapa de ciclo se ve afectada por la presencia de residuos sólidos que generan la presencia de vectores, y falta de apropiación del espacio publico

Desde los Territorios Saludables, con los profesionales de Medio Ambiente, se realizan acciones dirigidas a la comunidad, para la prevención y promoción de actividades relacionadas con el ambiente y los efectos que éstos pueden ocasionar sobre el ser humano. Reuniones con la comunidad, las instituciones educativas, las juntas de acción comunal y comercio, se realizaron reuniones para socializar el programa Basuras Cero, actividades para el reciclaje, lavado de manos, manejo del agua y protección de las rondas de los ríos y acciones en vigilancia sanitaria que involucran a la comunidad son algunas de las acciones que realizan los equipos en la localidad Rafael Uribe Uribe. A través de estas actividades informativas y formativas, con esta etapa de ciclo vital, se busca mejorar la calidad de vida y de salud de las personas que se ven afectadas por situaciones medioambientales en la localidad. El programa de vivienda saludable, de igual forma, entrega información a la comunidad, sobre las condiciones óptimas de una vivienda para que éstas no se conviertan en foco de enfermedades. Se proporciona información para el manejo de residuos y basuras, iluminación y circulación del aire, higiene y reciclaje entre otros.

Esta etapa de ciclo se ve afectada por la disposición de residuos en las zonas verdes y la ronda de los ríos, quebradas y canales, lo que impide su aprovechamiento y contamina de éstos espacios por la presencia de olores ofensivos, residuos, vectores y animales callejeros (56). A esta situación se suma que el segundo evento de

notificación por SIVIGILA en esta etapa de ciclo vital fue la mordedura por animal potencialmente transmisor de rabia es pertinente considerar que se aplicaron 14492 vacunaciones felinas y caninas y se realizaron 269 atenciones de accidentes rábicos.

La línea de seguridad, vigilancia y convivencia ciudadana en relación con la fauna doméstica y silvestre del componente de Vigilancia Sanitaria y Ambiental: desde diferentes sectores se responde a las problemáticas de la localidad relacionadas con conductas inadecuadas de tenencia de animales, sea por maltrato o por incumplimiento de la normatividad vigente. Al respecto, la ESE hospital Rafael Uribe Uribe realiza atención a las solicitudes de la comunidad en las cuales se denuncia casos de maltrato animal e inadecuadas condiciones higiénico sanitarias de tenencia. Dichas denuncias son atendidas a través de visita de inspección por parte del personal médico veterinario de la ESE y según el resultado de dicha visita, se realiza articulación con las autoridades locales de Policía, para la respectiva toma de medida a la cual haya lugar.

Desde la estrategia Vivienda Saludable se sensibiliza familias de la localidad que, tienen en su casa mascotas o animales, sobre los temas relacionados con la tenencia adecuada y los riesgos de transmisión de enfermedades compartidas. Este tema es también, ampliamente demandado por la comunidad en general en las demás intervenciones. En las sesiones de los grupos de Monitores Ambientales Comunitarios se capacita a demás en la normatividad vigente, aplicable a la tenencia de animales en zona urbana.

Las actividades de Gestión de la Salud Ambiental GESA se enfocaron inicialmente en el posicionamiento de la problemática por tenencia inadecuada de animales en los espacios de decisión como los encuentros ciudadanos y cabildos de presupuestos participativos.

6.1.4. CICLO VITAL ADULTEZ

NÚCLEO PROBLEMÁTICO ADULTEZ: Factores familiares, económicos, sociales, culturales, sexuales y reproductivos que inciden en el desarrollo de la persona afectando la calidad de vida.

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 debido a que esta

etapa de ciclo vital las personas por sobrepasar una edad determinada no son admitidos en el entorno laboral, ya que en esta etapa las personas se visibilizan como cuidadores, protectores, generadores de ingreso y tienen la responsabilidad de satisfacer las necesidades de su núcleo familiar.

Otra problemática que afecta esta etapa de ciclo, asociada a factores como el desempleo y el aprovechamiento del tiempo libre, entre otros, es el consumo de spa, de sustancias lícitas e ilícitas, el alcoholismo, las enfermedades de transmisión sexual (sida, sífilis, herpes, gonorrea, entre otras), la explotación y abuso sexual, los embarazos no deseados y los abortos que conllevan al deterioro de la calidad de vida de las personas.

En esta etapa de ciclo vital Otro, también se evidencian, las practicas inadecuadas de higiene oral, lo que produce perdida de las piezas dentales. De igual forma el deterioro auditivo, producido por los altos decibles causados por el parque automotor y otros ruidos ambientales producen problemas auditivos tempranos. A estos, la población, no les presta la debida atención, y conllevan a que en esta etapa de ciclo se presente esta clase de discapacidad o enfermedad, que perjudica el normal desarrollo y la calidad de vida de las personas.

Este grupo poblacional es quizá el que se ve en mayor medida y directamente 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 sociales, ya que la etapa de ciclo adultez es la menos favorecidas por las redes de apoyo y las acciones que se generan desde las diferentes instituciones, ya que en muchos casos es vista como una etapa de ciclo sin mayores dificultades

Desde el Hospital Rafael Uribe Uribe, las intervenciones están dirigidas a la prevención y promoción en salud desde el componente psicosocial en los territorios saludables, también se realiza intervención en violencias desde el subsistema de SIVIM, ya que esta situación desencadena eventos psicosociales que se manifiestan en estrés. El subsistema de SISVECOS, también realiza intervención con los casos que se presentan de ideación y conducta suicida, los factores que llevan a que se presenten estos eventos son las dificultades económicas, la falta de oportunidades laborales y los problemas sentimentales, entre otros.

Las instituciones que intervienen y aportan para la solución de estas problemáticas para esta etapa de ciclo vida se encuentran las Comisarías de Familia que contribuye en la mediación y resolución de conflictos que se presentan al interior del grupo familiar, de igual forma la Casa de Igualdad y Oportunidades para las Mujeres donde se brinda asesoría y orientación atención legal, laboral y psicológica a las mujeres en las diferentes situaciones que se le presentan a las mujeres de la localidad. Además se realizan jornadas y servicios de salud colectiva en donde se promocionan los derechos de salud sexual y reproductiva, prácticas de autocuidado, canalizaciones y seguimiento.

Las brechas que existen para lograr de manera óptima las actividades de canalización de usuarios se evidencian en la calidad del dato donde se reportan las direcciones y datos personales no son 100% reales, 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.

Hasta junio de 2012, el Hospital contó con el Centro de Escucha Granjas de San Pablo, donde se brindaban procesos terapéuticos por psicología, pero no contaba con la cobertura suficiente de acuerdo con las necesidades que la población tiene en relación con problemáticas de salud mental, debido a su cierre parcial lo que disminuyó en el horario y en el talento humano que brinda atención a la población. Otro factor que contribuye a que no se cubra a la totalidad de la población de adultos, es el aseguramiento. El 23% pertenece al régimen subsidiado.

NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ: Los adultos se ven afectados por el manejo inadecuado de residuos sólidos y del espacio público, invasiones en zonas propensas a inundaciones y remoción del terreno

Los profesionales de Medio Ambiente, que realizan acciones dirigidas a la comunidad desde los Territorios Saludables, realizan acciones relacionadas con la prevención y promoción en temas relacionados con el ambiente y los efectos que éstos pueden ocasionar sobre el ser humano. Periódicamente, a través del programa Vivienda Saludable, realiza visitas a la comunidad y los hogares, las juntas de acción comunal, las organizaciones barriales y el comercio, con el fin de concientizar a la población sobre la importancia del medio ambiente y su cuidado, el manejo del agua, el cuidado

de las mascotas y el manejo de residuos. Una de estas acciones fue socializar el programa Basuras Cero, como iniciativa distrital, para mejorar la calidad de vida de las personas en sus localidades y en pro del medio ambiente por el manejo inadecuado en la recolección de las basuras. De igual forma se realizan actividades relacionadas con el reciclaje, lavado de manos, cuidado de mascotas, manejo del agua y protección de las rondas de los ríos y acciones en vigilancia sanitaria que involucran a la comunidad, pero en especial a esta etapa de ciclo vital, puesto que con el cambio de actitud frente al medio ambiente, puede mejorar la calidad de vida y de salud de la comunidad.

Los adultos, al igual que los jóvenes, se ven afectados por las problemáticas de manejo de residuos, aprovechamiento del espacio público, invasión de la ronda de los ríos, quebradas y canales de la localidad.

La agresión por animales potencialmente transmisores de rabia fue notificada por SIVIGILA como el primer evento. Frente a esto las diferentes capacitaciones y esfuerzos por posicionar el tema de tenencia inadecuada de animales en espacios participativos, las sesiones de grupos de Monitores, la línea seguridad, vigilancia y convivencia ciudadana en relación con la fauna doméstica y silvestre han desarrollado acciones para mitigar estos eventos.

Quinientas diez y seis personas participaron en 36 capacitaciones sobre normatividad vigente relacionada con ambiente, recomendaciones, resolución de conflictos, acciones adelantadas y respuestas a inquietudes.

En todos los establecimientos visitados se verificó la disposición de los residuos sólidos generados por la actividad comercial o institucional desempeñada; como complemento se realizaron actividades educativas en manejo de residuos sólidos y saneamiento básico a los comerciantes locales y la comunidad en general.

En el marco de Agua Potable y Saneamiento Básico sanitaria realizó visitas de IVC a bodegas de reciclaje, gimnasios, centros comerciales, almacenes, bancos, parqueaderos, oficinas, salones de juego. En cifras, se realizaron 2.765 visitas IVC, 82 actividades educativas y 4 operativos.

La línea de Alimentos Sanos y Seguros realizó cursos de manipulación de alimentos de 6 horas cada uno a 1.825 adultos (algunos de los cuales fueron gratuitos), 21

operativos de muestreo de diferentes tipos de alimentos para detectar microorganismos transmisores de enfermedades, talleres de sensibilización sobre entornos de trabajo ambientalmente saludables, orden, aseo, trabajo digno y salud en el establecimiento. Se capacitó sobre almacenamiento y manipulación de alimentos al interior de las viviendas y también se efectuaron operativos de IVC en establecimientos y vehículos para fortalecer el cumplimiento de la normatividad relacionada. El reporte presentado de las visitas IVC a establecimientos fue: 345 visitas con concepto favorable, 2521 visitas con concepto pendiente, 33 visitas con concepto desfavorable para un total de 6074 visitas y 979 familias sensibilizadas. Tales intervenciones están asociadas a procesos productivos que posibilitan el consumo de bienes y servicios por todas las etapas de ciclo vital, por lo tanto estas acciones también pueden estar relacionadas indirectamente con la salud-enfermedad en las demás etapas de ciclo vital.

La Alcaldía local reporta que en nivel bajo de cumplimiento se encuentran la meta: control y prevención de la contaminación ambiental e implementación de tecnologías limpias en los sistemas productivos y aprovechamiento de residuos sólidos y saneamiento ambiental de la localidad, recuperación geomorfológica, obras de conservación de suelos y recuperación paisajística.

6.1.5. CICLO VITAL VEJEZ

NÚCLEO PROBLEMÁTICO VEJEZ: Condiciones socioeconómicas que determinan la generación de violencias y prácticas alimentarias la vejez.

En relación con los núcleos problemáticos de esta etapa de ciclo vital, la respuesta incluyó intervenciones de perfiles profesionales y técnicos del área de la salud y del área social para manejar las enfermedades crónicas, eventos estresantes y afrontamiento, empoderamiento y participación, alimentación y nutrición. La respuesta para esta etapa de ciclo vital fue realizada por los equipos de territorios saludables de que operan en la localidad de la siguiente manera, según documentos de análisis de salud territorial del 2012: “Familiar: durante el periodo se realizaron asesorías integrales a 535 familias con personas mayores en condición crónica” (13)

Por medio de la intervención psicosocial, se realizaron 9 seguimientos a usuarios que pueden facilitar el manejo de eventos estresantes de la vida cotidiana y la prevención de violencias, de los cuales “3 son del género masculino y 6 del género femenino” (13) En cuanto al ámbito laboral, se identificó una persona mayor en las acciones de

identificación, caracterización y primera asesoría a unidades de trabajo informal (UTI) (13).

Para el ámbito comunitario ser trabajo en el sector de Ayacucho para la conformación de un grupo de Gestores Comunitarios y la aplicación de dos sesiones en el mismo donde se desarrollaron (13): “dos sesiones con el grupo de persona mayor (sic) la Rumbita, el cual se retoma para desarrollar sesiones de fortalecimiento técnico. En la primera sesión se realiza acercamiento al líder comunitario y al grupo con el fin de hacer la presentación del programa y validar la lectura de necesidades se cuenta con la participación de 15 integrantes. En la segunda sesión con las aclaraciones realizadas por la SDS, se aborda temática como Control Social y Movilización Social en Salud con la participación de 12 personas” (13).

Otro espacio de participación para esta etapa de ciclo vital (ECV) desarrollado en la localidad, fue el de los cabildos comunitarios donde se abordaron temas de Control y Movilización Social en Salud. Desde los profesionales de enfermería del proceso de Salud Pública del Hospital Rafael Uribe se atendieron 85 personas en ECV vejez y por auxiliar de enfermería se atendieron 485 para un total de 570 (13). Servicios de salud colectiva incluyeron la asesoría de profesionales en medicina, enfermería, nutrición, odontología, psicología, terapia y ciencias sociales quienes para el periodo de noviembre de 2102 a febrero de 2013 realizaron 66 sesiones de servicios de salud colectiva con una asistencia de 15 personas a cada una.

Los servicios de salud colectiva para la ECV vejez enfocaron sus asesorías a los temas de estrategias de afrontamiento y manejo del estrés, además de la alimentación y hábitos saludables cuando se padecen enfermedades crónicas como la hipertensión. También se realizaron sensibilizaciones para el cuidado de prótesis dentales y las enfermedades que trae como consecuencia el uso de diferentes prótesis dentales y la falta de cuidado de las mismas (13).

En la ECV vejez “Fueron visitadas por el técnico de salud 1257 personas mayores, en los cuales se identificaron condiciones de alerta como: con diagnóstico de enfermedades trasmisibles, condición crónica (hipertensión arterial, diabetes mellitus...”, tales hallazgos permitieron la canalización a profesionales de enfermería para su atención (13). “Desde territorios saludables se realizaron 456 visitas con seguimiento a persona mayor a quienes se valoran por medio del formato de ciclo vital

adulto-adulto mayor donde se realiza, evaluación estado físico, adherencia a los tratamiento por medio del test Morisky Green, factores protectores (hábitos de vida saludable, asistencia a controles de paciente crónico, reconocimiento de signos de alarma), sexualidad y acciones promocionales y preventivas” (13).

Para el empoderamiento de las familias en el derecho a la salud se informó a las personas en vejez acerca del Punto por el Derecho a la Salud, ubicado en el barrio Olaya y en visitas se explicaron los beneficios de la caracterización realizada por los equipos de Territorios Saludables y se avanzó en el empoderamiento de estas personas de la comunidad con información acerca de los derechos y deberes en relación con la salud. Gracias a esta respuesta se encontraron varios casos de discapacidad posiblemente asociada a condiciones de abandono, depresión y barreras de acceso a servicios de salud (13). En lo referente a la intervención psicosocial, se realizaron sensibilizaciones para el cuidado de la “persona mayor” en las cuales participaron 23 personas, en 5 instituciones (13).

**NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ:
Las personas mayores de Rafael Uribe Uribe, tienen escasa posibilidad para el disfrute de los ecosistemas y la práctica de la actividad física al aire libre que afecta la salud**

A través de estas actividades informativas y formativas, con esta etapa de ciclo vital, se busca mejorar la calidad de vida y de salud de las personas que se ven afectadas por situaciones medioambientales en la localidad. Estas acciones las llevan a cabo los equipos de Territorios Saludables, a través de sus profesionales de medio ambiente, y en ellas se involucra la comunidad. Las actividades que se realizaron desarrollaron temas como Basuras Cero, reciclaje, cuidado de mascotas, manejo del agua y enfermedades respiratorias, entre otras. De igual forma el programa de vivienda saludable realiza visitas a los hogares con el fin de concientizar a la población sobre la importancia del medio ambiente y su cuidado, el manejo del agua, el cuidado de las mascotas, el manejo de residuos y las calidades de higiene y seguridad en los hogares.

Las personas de esta etapa de ciclo vital de la localidad Rafael Uribe Uribe realizan sus actividades de vida cotidiana en un territorio urbana, con escasa posibilidad para el disfrute de los ecosistemas y la práctica de actividad física al aire libre que afectan la salud. Durante el 2012 se identificaron a través del SIVIGILA, TBC Pulmonar y Extra-pulmonar, de igual forma se presentaron Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA),

hipertensión esencial primaria, neumonía, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC, Enfermedades Isquémicas del Corazón, Crónicas de las Vías Respiratorias e Hipertensión. Además se presentan enfermedades relacionadas con la discapacidad que afecta la movilidad física de la persona.

La intoxicación por los dos eventos más notificados fueron agresión por animal potencialmente transmisor de rabia e intoxicación por fármacos. Desde la transversalidad de Salud Ambiental de la E.S-E Hospital Rafael Uribe Uribe se ejecutan actividades de promoción de uso adecuado de productos químicos en espacios familiares, comunitarios y de comercio formal. Dicha promoción se realiza a través actividades educativas en los diferentes espacios de intervención de la ESE, dirigidas a los manipuladores de sustancias químicas y comunidad en general en las cuales se informa sobre las condiciones adecuadas de almacenamiento, transporte y manipulación de las mismas.

En cuanto a la respuesta de la Alcaldía Local en lo que respecta a la meta de implementar tecnologías y aprovechamiento de residuos, saneamiento, recuperación paisajística, reforestación de zonas verdes e intervención de malla vial que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas de esta etapa que padecen enfermedades crónicas, sin embargo se encuentra en un nivel de ejecución bajo para este año.

En las salas ERA del Hospital Rafael Uribe Uribe, para el segundo semestre de 2012, el mes donde fueron atendidos mayor número de casos fue septiembre, con 71 casos aproximadamente, mientras que agosto fue en el que menos casos se atendieron con 59 casos aproximadamente (55).

7. PROPUESTAS DE RESPUESTA Y RECOMENDACIONES

Después de ajustar la información contenida en los capítulos 2 y 3, y de analizar detalladamente las características, dinámicas e inequidades surgidas desde algunas categorías tales como: el acceso a servicios sociales e institucionales, 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 Proyecto de Desarrollo de Autonomía - PDA, 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.

Teniendo en cuenta los Territorios más afectados y las intervenciones o respuestas ofertadas por el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC y otras instituciones, se realiza un análisis de las deficiencias o brechas existentes, desde las que se sustenta o justifica cada tema generador. Éstos se convierten en parte fundamental, que representan ámbitos o focos de actuación, los cuales, posteriormente, se convierten en Propuestas Integrales que dan solución a las problemáticas descritas. Estas 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 mejorar, en parte, la situación de calidad de vida y de salud de la población en la Localidad.

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 los temas generadores.

7.1.1. NÚCLEO PROBLEMÁTICO TRANSVERSAL AMBIENTE: El Medio Ambiente como factor generador de calidad de vida y de prácticas saludables para cada etapa de ciclo vital.

Tema Generador: Ambientes Saludables para el Desarrollo Integral del ser Humano.

Tabla 2. Recomendaciones a las intervenciones existentes. Ambiente.

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIAS	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Implementación del programa Basura Cero en la localidad 18	Actividades de sensibilización y pilotos de recolección de material separado. Integración de los recicladores de cada sector al programa.	Fortalecer la participación de la población recuperadora en el proceso de implementación del programa Basura Cero, realizando pilotos de implementación en algunos sectores, sensibilizando a la comunidad, articulando efectivamente los horarios de recolección del material reciclado, haciendo seguimiento a los avances y resultados en recuperación de material e informando a la comunidad sobre dichos logros.	Salud Publica, Territorios Saludables, Componente de Vigilancia Sanitaria y Ambiental del Hospital Rafael Uribe Uribe. Comunidad como generadora de estrategias para evitar la proliferación de basuras en los microterritorios, Alcaldía Local Rafael Uribe, UAESP, Comisión Local Ambiental, Aguas de Bogotá.
Programa para la esterilización masiva de la población canina y felina de la localidad 18.	Fortalecer programa para la esterilización canina y felina.	Incrementar el cubrimiento 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.	Hospital Rafael Uribe Uribe-Vigilancia Sanitaria.
Inspección, Vigilancia y Control sobre el manejo adecuado de alimentos	Fortalecer el cubrimiento de las actividades de sensibilización, inspección, vigilancia y control sobre el manejo adecuado de alimentos en las localidades 18	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el presupuesto de las actividades de IVC, para cubrir el 100% de los establecimiento de la localidad 18 • Continuar con la gratuidad en los cursos de manipulación de alimentos. 	Hospital Rafael Uribe Uribe-Vigilancia Sanitaria. Comunidad como notificadora de eventos.

Fuente: Unidad de Análisis Equipo de Gestión Local y Equipo de Análisis de Situación en Salud - ASIS.

NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA INFANCIA: los niños y niñas de la localidad Rafael Uribe se ven afectados principalmente por problemas de enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda como consecuencia de la contaminación del aire y por el mal manejo de residuos sólidos que genera presencia de vectores

Tabla 1. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital infancia

Acciones actuales	Estrategia	Acciones de mejora	Responsables
Salas ERA-EDA	Implementación de protocolos y manejo de la enfermedad Respiratoria Aguda - ERA y Enfermedad Diarreica Aguda-EDA en la Infancia.	Realizar la atención prioritaria a niños y niñas con Enfermedad Respiratoria Aguda y Diarreica Aguda, a fin de evitar la mortalidad en menores de 5 años y disminuir las complicaciones originadas por este diagnóstico	Equipo ERI - Profesionales centros de Atención
Estrategia vivienda saludable	Realizar proceso de sensibilización y educación que minimicen los riesgos de aparición de enfermedades prevalentes de la infancia	Hacer seguimiento e implementar procesos educativos que permitan mejorar las condiciones habitacionales de los niños y niñas de la localidad	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales
Manipulación de alimentos	Realizar proceso de sensibilización y educación que minimicen los riesgos de aparición de enfermedades prevalentes de la infancia secundarias a la manipulación de alimentos	Hacer seguimiento e implementar procesos educativos que permitan mejorar las condiciones de higiene y manipulación de alimentos en las viviendas de los niños y niñas de la localidad	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe-Vigilancia Sanitaria y Ambiental, 2012

NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA ADOLESCENCIA: los adolescentes se ven afectados por problemas respiratorios debido a los cambios climáticos y a la contaminación del aire.

Tabla 2. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital adolescencia

Acciones actuales	Estrategia	Acciones de mejora	Responsables
Intervención en instituciones educativas	Seguimiento, control y asesoría a establecimientos educativos sobre prácticas adecuadas del manejo de agua en la adolescencia	Realizar la atención prioritaria a niños y niñas con Enfermedad Respiratoria Aguda y Diarreica Aguda, y mejorar las condiciones higiénico sanitarias	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales
Tenencia adecuada de animales en las viviendas	Promoción de la tenencia adecuada de animales domésticos	Realizar sensibilización en los adolescentes sobre tenencia adecuada y vacunación de animales domestico que minimicen los riesgos de aparición de enfermedades compartidas.	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales
Manipulación de alimentos	Acciones de inspección vigilancia y control a establecimientos educativos y comerciales que manipulen y expendan alimentos	Adelantar procesos educativos que permitan mejorar las condiciones de higiene y manipulación de alimentos en las viviendas y establecimientos educativos a los cuales confluyen los adolescentes de la localidad	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe-Vigilancia Sanitaria y Ambiental, 2012

NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA JUVENTUD: esta etapa de ciclo se ve afectada por la presencia de residuos sólidos que generan la presencia de vectores, distribución y consumo de sustancias psicoactivas SPA, conformación de pandillas y falta de apropiación del espacio publico

Tabla 3. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital Juventud

Acciones actuales	Estrategia	Acciones de mejora	Responsables
Manejo y disposición de residuos solidos	Orientación y asesoría a los jóvenes sobre el adecuado manejo de residuos solidos	Realizar procesos de sensibilización y educación en el manejo adecuado de los residuos sólidos en el hogar y en su entorno	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales

Acciones actuales	Estrategia	Acciones de mejora	Responsables
Control de vectores y animales	Orientación y asesoría sobre el manejo de vectores y animales callejeros potencialmente transmisores de rabia	Control y erradicación de animales potencialmente transmisores de rabia que minimicen los riesgos de aparición de enfermedades compartidas.	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales
Manipulación de alimentos	Acciones de inspección vigilancia y control a establecimientos educativos y comerciales que manipulen y expendan alimentos	Adelantar procesos educativos que permitan mejorar las condiciones de higiene y manipulación de alimentos en las viviendas y establecimiento educativos a los cuales confluyen los jóvenes de la localidad	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe-Vigilancia Sanitaria y Ambiental, 2012

NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ: Los adultos se ven afectados por el manejo inadecuado de residuos sólidos y del espacio público, invasiones en zonas propensas a inundaciones y remoción del terreno.

Tabla 4. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital Adultez

Acciones actuales	Estrategia	Acciones de mejora	Responsables
Manejo y disposición de residuos sólidos	Orientación y asesoría a los adultos sobre el adecuado manejo de residuos sólidos	Realizar procesos de sensibilización y educación en el manejo adecuado de los residuos sólidos en el hogar y en su entorno	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales
Manejo del espacio público e invasión de zonas propensas a inundación y remoción del terreno	Caracterización, sensibilización y concientización a los adultos sobre el manejo del espacio público, y la importancia de no comprar y asentar las viviendas cerca a los canales de los ríos por el riesgo de inundaciones y/o remoción del terreno	Caracterización, sensibilización y concientización a los adultos sobre el manejo del espacio público, y la importancia de no asentar viviendas cercanas a las riveras de los ríos por el riesgo de inundaciones y/o remoción del terreno	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales

Acciones actuales	Estrategia	Acciones de mejora	Responsables
Control de vectores y animales	Orientación y asesoría sobre el manejo de vectores y animales callejeros potencialmente transmisores de rabia	Control y erradicación de animales potencialmente transmisores de rabia que minimicen los riesgos de aparición de enfermedades compartidas.	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales
Manipulación de alimentos	Acciones de inspección vigilancia y control a establecimientos educativos y comerciales que manipulen y expendan alimentos	Adelantar capacitaciones a través de talleres de sensibilización que permitan mejorar las condiciones de higiene y manipulación de alimentos en los distintos espacios que ofrece el Hospital Rafael Uribe	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe-Vigilancia Sanitaria y Ambiental, 2012

NUCLEO PROBLEMÁTICO AMBIENTAL PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ:
Las personas mayores de Rafael Uribe Uribe, tienen escasa posibilidad para el disfrute de los ecosistemas y la práctica de la actividad física al aire libre que afecta la salud

Tabla 5. Recomendaciones para el núcleo problemático ambiental en la etapa de ciclo vital Vejez

Acciones actuales	Estrategia	Acciones de mejora	Responsables
Manejo y disposición de residuos sólidos y aprovechamiento del espacio público	Orientación y asesoría a los adultos mayores sobre el adecuado manejo de residuos sólidos manejo de la enfermedad Respiratoria Aguda - ERA, Enfermedad Diarreica Aguda- y enfermedades crónicas que generan discapacidad	Realizar la atención prioritaria al adulto mayor con Enfermedad Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y enfermedades crónicas inherentes al proceso de envejecimiento y que generan discapacidad a fin de disminuir las complicaciones y sobrellevar las limitaciones derivadas de la enfermedad; Realizar procesos de sensibilización y educación en el manejo adecuado de los residuos sólidos en el hogar y en su entorno	Equipo ERI - Profesionales centros de Atención
Control de vectores y animales	Orientación y asesoría sobre el manejo de vectores y animales callejeros potencialmente transmisores de rabia	Control y erradicación de animales potencialmente transmisores de rabia que minimicen los riesgos de aparición de enfermedades compartidas.	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales

Acciones actuales	Estrategia	Acciones de mejora	Responsables
Manipulación de alimentos	Acciones de inspección vigilancia y control a establecimientos educativos y comerciales que manipulen y expendan alimentos	Adelantar capacitaciones a través de talleres de sensibilización que permitan mejorar las condiciones de higiene y manipulación de alimentos en los distintos espacios que ofrece el Hospital Rafael Uribe	Equipo ERC - Ingeniero y Técnicos Ambientales

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe-Vigilancia Sanitaria y Ambiental, 2012

7.1.2. NÚCLEOS REFERENTES A CONDICIONES SOCIALES

Las recomendaciones que se presentan a continuación corresponden a núcleos centrados en determinantes sociales analizados por etapa de ciclo vital.

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

TEMA GENERADOR: Educar 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 Infancia.	Trabajar de manera articulada con padres de familia, docentes y niños y niñas, en programas o acciones dirigidas a la sensibilización y puesta en práctica de pautas de crianza	Equipo de salud atención psicosocial, SISVECOS ¹¹
		Generar corresponsabilidad y articulación entre PIC y POS ¹² para las respuestas frente a las canalizaciones que se presenten frente a la conducta suicida y violencia intrafamiliar.	Equipo salud de atención psicosocial, SIVIM ¹³ SISVECOS, profesionales de Territorios Saludables
		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	Referentes distritales de

¹¹ Subsistema de Vigilancia de la Conducta Suicida.

¹² Plan Obligatorio de Salud.

¹³ Subsistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar y Maltrato.

		central para que se contraten acciones de salud mental y promuevan planes y programas para eventos de salud.	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
Canalización efectiva de acuerdo con las necesidades de niños niñas		Mayor número de talento humano que permita oportunidad y efectividad en la identificación, abordaje y respuesta a los eventos de salud.	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 coordinaciones 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
		Llegar a las poblaciones con mayor riesgo de vulnerabilidad (Afrodescendientes, LGBTI, desplazados, indígenas, personas en condición de discapacidad, niños y niñas menores de 5 años y personas mayores de 60).	Gestión Local, ERI, ERC
		Minimizar el asistencialismo que se tiene como alternativa de solución, a través de talleres de padres en los que se les responsabilice de su papel de padres, formadores, educadores y responsables del desarrollo integral, psicológico,	Gestión Local, ERI, ERC
Promoción de las estrategias materno infantiles con padres de familia y docentes de jardines infantiles			

¹⁴ Equipo de Respuesta Complementaria.

		físico y social de los niños. De igual forma concientizar a la familia y a los docentes en su papel para reforzar todos los aspectos anteriores.	
		Crear la liga de las estrategias materno-infantiles como una manera de promocionar de forma lúdico-pedagógica el AIEPI ¹⁵ y IAMI ¹⁶ , IAFI ¹⁷ , EDA ¹⁸ , ERA ¹⁹ Salud Mental, tanto con los profesionales de la institución como con la comunidad en general.	Gestión Local, ERI, ERC
Sesiones lúdico pedagógicas fortaleciendo hábitos de vida saludable y promoción y prevención		Brindar educación a las madres y a los padres de familia a través de herramientas que les permitan orientar a los niños y niñas en temáticas relacionadas con la sexualidad como una parte integral del ser humano, pautas de crianza, resolución de conflictos y comunicación asertiva. Trabajar adecuadamente las pautas de crianza con los padres, involucrando a los niños y niñas, pero teniendo en cuenta el enfoque de género.	Gestión Local, ERI, ERC
Generación de multiplicadores de conocimiento sobre alimentación infantil saludable		Se debe ampliar las intervenciones educativas en torno a la alimentación saludable, pautas de crianza y los colegios intervenidos desde SISVAN escolar, en la parte de tiendas escolares.	SAN, SISVAN
Festivales de nutrición enfocados en alimentación saludable		Con el fin de dinamizar las estrategias educativas frente al consumo de alimentos sanos, disponibilidad de alimentos, acceso a los alimentos y aprovechamiento biológico de	SAN

¹⁵ Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

¹⁶ Institución Amiga de la Mujer y la Infancia

¹⁷ Institución Amiga de la Familia y la Infancia.

¹⁸ Enfermedad Diarreica Aguda.

¹⁹ Enfermedad Respiratoria Aguda.

		los nutrientes, es necesario que la Secretaría Distrital de Salud, destine recursos físicos, económicos y humanos con la finalidad de fortalecer la estrategia Festivales de Nutrición en las instituciones educativas distritales de las localidades que atiende el hospital.	
--	--	---	--

Fuente: Unidad de Análisis Equipo de Gestión Local y Equipo de Análisis de Situación en Salud - ASIS

NÚCLEO PROBLEMÁTICO ADOLESCENCIA: Consumo de SPA y embarazo en adolescentes como comportamientos riesgosos de escape frente a situaciones de violencia estructural que se expresan en los ámbitos de vida cotidiana del territorio de la localidad Rafael Uribe Uribe.

TEMA GENERADOR: Educación para la Adolescencia en Crisis.

Tabla 6. 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 médicas por medicina y 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.	Hospital Rafael Uribe Uribe, CAMIS, UPA, Oficina de Atención al Usuario y Equipo de Territorios Saludables.
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 bebe simulador se invita a los adolescentes para que durante un fin de semana vivan la experiencia de ser	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.	Convocar un espacio institucional donde converjan todos los procesos para el abordaje, seguimiento y evaluación de los Servicios Amigables. Ampliar la cobertura y divulgación del programa a todos los colegios distritales de la	Hospital Rafael Uribe Uribe, Alcaldía Local, Fondo de Desarrollo Local, Dirección Local Educación, Salud Sexual y Reproductiva

padres		localidad.	
Trabajo protegido	Integrar las acciones interinstitucionales, a partir de escenarios locales como las Redes de Buen Trato, los COLIA ²⁰ , CLNNA ²¹ , MLPETI ²² , 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.	Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador integrado por organizaciones de trabajadores, empleadores de Organizaciones de adolescentes de Organizaciones de consumidores Policía de Infancia y Adolescencia ICBF Zonal Secretaría de Integración Social Secretaria Distrital de Salud, Hospital Rafael Uribe Uribe.
Estrategia Grupal Asómbrate Bajo el Árbol de la Vida: Trabaja proyecto de vida, toma de decisiones, derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y prevención de ETS	Conformar grupos de apoyo de familias con integrantes adolescentes y jóvenes que, con el acompañamiento de las diferentes instituciones, brinden herramientas para el abordaje de las situaciones que se presenten en esta etapa del ciclo vital.	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.	Secretaria Distrital de Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas Hospital Rafael Uribe Uribe, Territorios Saludables, Equipo de Gestión de Políticas, y Salud Sexual y Reproductiva (SSR).
Estrategia Artistas por la Salud: Por medio de obras de teatro se desarrollan temáticas de mitigación frente al consumo de SPA, el buen trato y la salud sexual y reproductiva como proyecto de vida.	Optimizar los centros de atención en salud, haciéndolos más amigables y cercanos a las necesidades de las y los adolescentes.	Diseño de estrategia comunicativa, sensibilización 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	Secretaria Distrital de Salud, Secretaria Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, Hospital Rafael Uribe Uribe.

²⁰ Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia.

²¹ Consejo Consultivo Local de niños, niñas y adolescentes

²² Mesa de Prevención y Erradicación de Trabajo Infantil.

		fortalezcan los procesos educativos en salud.	
--	--	---	--

Fuente: Unidad de Análisis Equipo de Gestión Local y Equipo de Análisis de Situación en Salud - ASIS

NÚCLEO PROBLEMÁTICO JUVENTUD: Factores socioculturales, económicos y familiares que inciden en el desarrollo humano de las y los jóvenes afectando su calidad de vida y salud.

TEMA GENERADOR: Educar en Valores.

Tabla 7. 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	Hospital Rafael Uribe Uribe, Territorios Saludables Psicólogos
Asistencia a los diferentes espacios locales	Fortalecimiento de la articulación intersectorial para que los resultados sean efectivos en pro de la comunidad	Realizar Ferias de Servicios para las familias en cada una de las instituciones educativas, Juntas de Acción Comunal, Iglesias, entre otros, que respondan a las necesidades identificadas al interior del núcleo familiar y de la comunidad	Instituciones y Gestión Local de Políticas y Programas
Asistencias técnicas.	Establecer comunicación con la Secretaria de Salud donde se generen articulaciones con cada uno de los profesionales y poder así generar impacto en las estrategias y actividades desarrolladas con la comunidad.	Las asistencias deben ser espacios de discusión y elaboración de propuestas entre el hospital y la SDS.. Deben ser autónomos con el fin de que generen cambios y toma de decisiones.	Hospital Rafael Uribe Uribe, Coordinadores de Centro, Coordinadores Territoriales Secretaria Distrital de Salud
Visita por parte del odontólogo a la familia para reconocimiento de deterioro de la salud oral.	Generar sensibilizaciones y espacios en los centros de atención para que les brinden a los jóvenes servicios	Generar para los jóvenes soluciones en salud oral donde se brinde información para	Hospital Rafael Uribe Uribe, Equipo Territorios Saludables, ERC, EPS, Secretaria Distrital de Salud, Odontólogos y

	resolutivos a nivel de salud oral e incluir servicios de ortopedia maxilar dentro del POS.	la prevención, desde las instituciones educativas u otros actores o instituciones presentes en la localidad.	Auxiliares de Odontología
Servicios de Salud Colectiva en Salud Oral.	Crear herramientas visuales que orienten y evidencien a la población las problemáticas a nivel de salud oral como: el uso del piercing, consumo de SPA, cigarrillo, enfermedades por causa de transmisión sexual y barrera de látex para relaciones homoafectivas.	Realizar sensibilizaciones que generen impacto en cada una de las problemáticas a nivel de salud oral	Hospital Rafael Uribe Uribe, Equipo Territorios Saludables, ERC, Odontólogos y Auxiliares de Odontología
Servicios Amigables para los jóvenes.	Fortalecer la estrategia de servicios amigables dentro de los centros de salud aumentando la demanda inducida para la captación de jóvenes y adolescentes de los programas de planificación familiar y consulta del joven frente a eventos de salud que los afecten directa o indirectamente.	Generar espacios de sensibilización con los funcionarios de los centro de salud orientado por la Secretaria de Salud	Hospital Rafael Uribe Uribe, Equipo Territorios Saludables, ERC, Coordinadores de Centro y Atención al Usuario

Fuente: Unidad de Análisis Equipo de Gestión Local y Equipo De Análisis de Situación en Salud - ASIS

NÚCLEO PROBLEMÁTICO ADULTEZ: Factores familiares, económicos, sociales, culturales, sexuales y reproductivos que inciden en el desarrollo de la persona afectando la calidad de vida.

TEMA GENERADOR: Mejoramiento de las habilidades sociales y laborales para la disminución de la violencia y la formalización del trabajo en el adulto.

Tabla 8. 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 al aprovechamiento del tiempo libre y la prevención frente al consumo de SPA. Ampliar la cobertura de atención	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. Equipo Territorios Saludables, ERC

	psicosocial.		
Acciones con las Unidades de Trabajo Informal	Implementar acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, salud mental	Asesoría en temas de salud ocupacional, capacitación y formación acciones preventivas y de atención.	Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía local, FOPAE, Policía Nacional, Equipo Territorios Saludables, ERC
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, Equipo Territorios Saludables, ERC

Fuente: Unidad de Análisis Equipo de Gestión Local y Equipo De Análisis de Situación en Salud - ASIS

NÚCLEO PROBLEMÁTICO VEJEZ: condiciones socioeconómicas que determinan la generación de violencias y prácticas alimentarias en la vejez.

TEMA GENERADOR: movilización social para el cuidado de la vejez.

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

ACCIONES ACTUALES	ESTRATEGIA	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLES
Servicios de salud colectiva, Banco de Ayudas Técnicas UEL	Socialización de los Proyectos UEL y el Banco de Ayudas Técnicas a las comunidades. 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. Profesionales de Proyectos UEL y Banco de Ayudas Técnicas.
Asistencia a espacios locales.	Articulación con las instancias locales de participación con incidencia en la población en vejez para canalizaciones, gestión y obtención de recursos.	Participación y posicionamiento de las necesidades de las personas mayores en la agenda de las instancias de participación local.	Secretaría Distrital de Salud. Secretaría de Integración Social. Alcaldía local con todas sus entidades adscritas. Profesionales de Gestión de Políticas y Programas.
Servicios de Salud Colectiva	Asesorías en promoción en salud y calidad de vida a instituciones de atención la persona en vejez	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. Equipos ERI y ERC de Territorios Saludables

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 Uribe, Humanización y Of. de Atención al Usuario
-----------------------------------	---	--	--

Fuente: Unidad de Análisis Equipo de Gestión Local y Equipo De Análisis de Situación en Salud - ASIS

Las recomendaciones anteriormente descritas se dirigen a la especificación del tema generador planteado para esta etapa de ciclo vital y convoca principalmente a los equipos de Gestión de Políticas quienes con su operación fortalecen la movilización de actores sociales en pro de esta etapa de ciclo vital y a los equipos de respuesta complementaria de territorios saludables quienes pueden fortalecer una educación centrada en prácticas alimentarias basadas en una dieta más balanceada.

7.2. PROPUESTAS DE PROYECTOS O PROGRAMAS

A partir de las deficiencias encontradas en las diferentes intervenciones se plantearon propuestas para apuntar a solucionar los núcleos problemáticos planteados. A continuación se describen cada una de las propuestas formuladas:

7.2.1. PROPUESTA 1: NOMBRE DEL PROYECTO: PROYECTO ESPECIAL “MI PRIMER TRABAJO EN FAMILIA”

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.

OBJETIVO: Elaborar e implementar la estrategia “Cartilla de Sensibilización y Psico-educación”

Tabla 5. Etapas y actividades contempladas en el proyecto

ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLES
ETAPA I	Elaboración y diseño de las Cartillas	Diseñador Instituciones
ETAPA II	Piloto Evaluación Modificación- Corrección	HRUU
ETAPA III	Divulgación Impresión Cd’s	HRUU
ETAPA IV	Implementación	HRUU, Secretaria Distrital de

		Educación, Secretaría Distrital de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
ETAPA V	Evaluación	SDS y Hospital RUU

Fuente: Estrategia Sala Situacional. 2012.

CRONOGRAMA

Tabla 6. Planeación de Actividades.

ACTIVIDAD	1 SEM	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 13
Elaboración y diseño de la cartilla	X							
Visto bueno de la Secretaria de Salud		X						
Piloto con grupos			X	X	X			
Evaluación					X			
Modificaciones de la propuesta					X	X		
Impresión o difusión de la cartilla						X		
Implementación y uso de la cartilla							1 AÑO	
Evaluación y resultados							X	X

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.

IMPACTO DEL PROYECTO

Relación del proyecto con otras iniciativas

AIEPI (Componente Uno)

IAMI

IAFI

7.2.2. PROPUESTA 2: Recuperación nutricional integral ambulatoria en menores de 5 años

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.

Tema Central: Seguridad alimentaria y calidad de vida

Antecedentes: El tipo de desnutrición que presenta los porcentajes más altos de prevalencia en las Localidades 15 y 18, es la crónica. Las coberturas actuales de complementación alimentaria están dirigidas a mejorar ganancia de peso y son insuficientes para la demanda. Las consecuencias de la no intervención del problema afectan el desarrollo psicomotor, el rendimiento escolar, el estado de salud (mortalidad infantil) y la productividad en la Edad Adulta. Este problema maneja causalidad del nivel General, particular y singular.

Presentación actividades generales:

Identificación y canalización: Se articularán las actividades de detección con todos los actores del sector salud EPS, ESE, IPS y los sectores que atienden a los menores de 5 años, a nivel local, especialmente con el programa de Crecimiento y Desarrollo y el Programa Territorios Saludables.

- Fase 1: Estabilización Clínica

Aplica para los casos de:

- Desnutrición aguda severa con patología agregada o signos de Marasmo o Kwashiorkor
- Desnutrición aguda moderada con patología agregada
- Fase 2: Tratamiento Alimentario y Nutricional (Entrega de complemento nutricional o ración alimentaria según el caso, Seguimiento nutricional bimensual y Capacitaciones a los padres o cuidadores citándolas cada dos meses y estableciendo un plan de capacitaciones en relación con los siguientes temas:
 - Derechos y deberes de los niños y niñas
 - Consejería en lactancia materna, Alimentación del niño y la niña en los primeros dos años, Vigilancia del crecimiento.

- Alimentación de la niña o niño enfermo o convaleciente.
- Alimentación de la niña, la adolescente y la mujer.
- Alimentación de la madre gestante y lactante.
- Importancia de los Micronutrientes: La vitamina A, el hierro y el yodo.
- Higiene en la preparación y consumo de alimentos.
- Pautas de crianza y buen trato, identificación, causas y consecuencias de la desnutrición, preparación de alimentos saludables, identificación y manejo primario de enfermedades prevalentes en la infancia.

- Fase 3: Seguimiento médico, nutricional y psicosocial.

Durante la permanencia en el programa se debe fortalecer el acompañamiento social de programas del ICBF, SDIS, Jardín Botánico y otros que lideren procesos de autosostenimiento y mejoramiento de condiciones de vida de las familias.

Actores que participan

Ámbitos y componentes del PIC, Centros de Atención, Subdirección Integración Social, ICBF, Alcaldía Local.

Población Objetivo

Niños y niñas menores de 5 años 11 meses identificados con desnutrición crónica o aguda leve o riesgo nutricional por inseguridad alimentaria u otras causas que puedan llevarlo a sufrir desnutrición. Prioridad a población especial.

Tiempo en el Programa:

El niño o niña ingresa al programa desde el momento de la captación y hasta por seis meses, independiente de la edad al momento del ingreso.

Ubicación Territorial: Localidades 15 y 18

Recursos y financiación:

Profesionales en nutrición, personal médico y de enfermería, profesionales en psicología y trabajo social, auxiliares de cocina (Fase 1).

Áreas físicas (Fases 1 y 2) según normatividad vigente.

Se propone cofinanciación con diferentes actores y recursos de Cooperación Internacional (*Propuesta tomada: Protocolo Recuperación Nutricional Ambulatoria ESES Red Pública Depto. Boyacá y Depto. de Antioquia*).

PROPUESTA 3: Fortalecimiento de los servicios amigables.

Nucleo Problemático al que apunta: Factores socioculturales, económicos y familiares que afectan localidad de vida y la salud, e inciden en el desarrollo de los y las adolescentes.

Antecedentes:

La Débil implementación e integralidad de la estrategia de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, se debe a la falta de apropiación que debe tener el personal de los centros de atención, la articulación con los diferentes procesos del hospital, el componente comunitario y la movilización social frente a la conformación y el 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 el aseguramiento en salud no se presenten como una barrera de acceso a los servicios de salud, en la que se involucren 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 las líneas relacionadas con la etapa de ciclo vital, como con los programas y proyectos que se dirigen a implementar acciones preventivas en Salud Sexual y Reproductiva.

- 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.

7.2.3. *PROPUESTA 4*: estrategias que permitan la garantía de derechos para población joven.

Nucleo Problemático al que apunta: Factores socioculturales, económicos y familiares que inciden en el desarrollo humano de las y los jóvenes afectando su calidad de vida y salud.

Antecedentes:

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.

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 ESPECIFICOS

- 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.

POBLACION 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 georeferenciación 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 talleres participativos y vivenciales 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 Secretaría 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.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

- Identificación de necesidades vista desde los jóvenes que tienen a nivel local, familiar e institucional.
- Crear con los jóvenes las estrategias que crean ellos den respuesta a las necesidades identificadas.
- Observar los diferentes ámbitos de vida cotidiana y actores sociales.

7.2.4. PROPUESTA 5: Promocionar la Política Pública de y para la Adulthood - PPA

Núcleo Problemático al que apunta: Factores familiares, económicos, sociales, culturales, sexuales y reproductivos que inciden en el desarrollo de la persona afectando la calidad de vida.

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 Adulthood- PPA en el Distrito Capital.

OBJETIVO

Promocionar la Política Pública de y para la Adulthood – (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.

ALTERNATIVA

- 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.

7.2.5. PROPUESTA 6: HUMANIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL EN LA VEJEZ.

Nucleo Problemático al que apunta: factores socioeconómicos y emocionales que afectan la salud mental y nutricional en la vejez en la localidad Rafael Uribe Uribe

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.

ALTERNATIVA

- 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.

7.2.6. PROPUESTA 8: PROMOCION DEL MANEJO Y APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS SOLIDOS CON LOS NIÑOS NIÑAS DE LA LOCALIDAD 18.

Nucleo Problemático al que apunta: El Medio Ambiente como factor generador de calidad de vida y de prácticas saludables para cada etapa de ciclo vital.

Antecedentes:

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 los niños y niñas sobre manejo adecuado de residuos sólidos, apoyando la implementación del programa Basura cero.

Población Objetivo:

Niños, niñas de la Localidad 18, Rafael Uribe Uribe.

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.

Tiempo de Ejecución: 2 años

Entidades Responsables: Secretaria de Salud, Vigilancia Sanitaria Hospital Rafael Uribe Uribe (HRUU), Comisión Ambiental local, Secretaría Distrital de Ambiente, Alcaldía Local, Aguas de Bogotá, Dirección Local de Educación, Centro Zonal ICBF.

7.2.7. PROPUESTA 9: MANIPULACIÓN, ALMACENAMIENTO Y COMERCIALIZACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS TOXICAS Y PRODUCTOS INHALANTES PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL ADOLESCENCIA.

Nucleo Problemático al que apunta: El Medio Ambiente como factor generador de calidad de vida y de prácticas saludables para cada etapa de ciclo vital.

Antecedentes:

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 tal razón este proyecto se encuentra 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 adolescente del distrito capital.

Población Objetivo:

Comerciantes de sustancias químicas en la localidad 15

Actividades a Desarrollar:

- Informe estadístico de las capacitaciones realizadas en el mes.
- Diligenciamiento de un acta de información, promoción y prevención, basada en el acuerdo 286 del 2007 Concejo de Bogotá D.C.

Metas por Actividad: 100 Capacitaciones

Tiempo de Ejecución: 2 años

Entidades Responsables: Secretaria de Salud, Alcaldía Local, Hospital Rafael Uribe Uribe.

7.2.8. PROPUESTA 7: IMPLEMENTACION DE COMPARENDOS AMBIENTALES EN LA LOCALIDAD 18 PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD.

Nucleo Problemático al que apunta: El Ambiente como factor generador de calidad de vida y de prácticas saludables para cada etapa de ciclo vital.

Antecedentes:

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 y sancionar frente al cuidado del ambiente a la población joven y adulta de la localidad 18 por medio de la implementación de comparendos ambientales e infracciones relacionadas.

Población Objetivo:

Comunidad de las Localidad 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, Salud Pública HRUU, Secretaria de Ambiente, Alcaldía Local, Policía Nacional, Comisión Ambiental Local.

7.2.9. PROPUESTA 10: ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS, COMUNIDADES SALUDABLES PARA LA ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ.

Nucleo Problemático al que apunta: El Medio Ambiente como factor generador de calidad de vida y de prácticas saludables para cada etapa de ciclo vital.

Antecedentes:

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 la localidad 18, a través de la capacitación gratuita y certificada de las personas que los manipulan.

Población Objeto:

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, Hospital Rafael Uribe Uribe, Alcaldía Local, trabajadores a cargo de la cadena de producción y distribución de alimentos.

7.2.10. PROPUESTA 11: PROYECTO TRANSVERSAL PARA VIGILANCIA DE RUIDO Y REM

Nucleo Problemático al que apunta: El Medio Ambiente como factor generador de calidad de vida y de prácticas saludables para cada etapa de ciclo vital.

Antecedentes:

La comunidad de la localidad Rafael Uribe Uribe, que atiende el Hospital, se ven afectada 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 articulación entre Secretaria Distrital de Ambiente, la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá y la Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética del Hospital Rafael Uribe Uribe, una estrategia de vigilancia y seguimiento a los efectos adversos de los elevados niveles de ruido en la salud de la población de la localidad 18.

Población Objeto:

Población y comunidad en general de las localidad 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: Secretaría de Salud, Hospital Rafael Uribe Uribe, Secretaría Distrital de Ambiente, Alcaldía Local, Secretaría de Planeación a nivel local, Secretaría Distrital de Ambiente.

TRABAJOS CITADOS

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_FUNDA_MENTALES_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. Subsanan 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_TE_RRITORIOS_SALUDABLES.
12. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE. Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. [Online]. [cited 2013 12 12. Available from: http://www.eserafaeluribe.gov.co/web2013/plataforma_estrategica/historica_hruu.pdf.
13. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE. Coordinación de Salud Pública. Análisis de situación en salud territorial localidad Rafael Uribe Uribe. [Online].; 2012 [cited 2013 12 10. Available from: http://www.eserafaeluribe.gov.co/web2013/salud_publica/asis/vigilanciapoblaciona/informetrimestral/INFORME_TRIMESTRAL_RAFAEL_URIBE.pdf.
14. ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Decreto 218 de 2005. 2005 Julio 13..

15. OBSERVATORIO AMBIENTAL DE BOGOTÁ. Cartilla: Conociendo las localidades de Bogotá. [Online].; 2011 [cited 2013 12 12. Available from: http://oab.ambientebogota.gov.co/resultado_busquedas.php?AA_SL_Session=8cf97c692bfb8688eaf05115108c7ab8&x=4410.
16. Secretaria Distrital De Planeación. Bogotá ciudad de estadísticas. Edición especial "Conociendo las Localidades de Bogotá".. Boletín. Bogota;; Julio de 2009.
17. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, SECRETARÍA DE HÁBITAT. Agenda Ambiental Localidad Rafael Uribe. Agenda. Bogota;; 2009.
18. DANE. Encuesta Multipropósito Demografía y Salud. ; 2011.
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE y Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones de Población 2005 - 2015 según Proyecciones de Edad y por Sexo. 2005..
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística/Secretaria Distrital de planeación. Primera encuesta multipropósito para Bogota 2011. Encuesta. Bogota D.C.;; Octubre 2011.
21. Secretaria de Planeación Distrital/Alcaldía Mayor de Bogota. 21 Monografías de las Localidades # 18 Rafael Uribe Uribe. Monografía. Bogota D.C.;; 2011.
22. Gestión Local Hospital Rafael Uribe Uribe. Situación etnias. Narrativa. Bogotá D.C.;; 2011.
23. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA. Encuesta Distrital de Demografía y Salud Localidad Rafael Uribe Uribe 2011. Encuesta. Bogota;; Agosto de 2011.
24. Secretaria Distrital de Educacion. Oficina asesora de Planeacion, grupo de Analisis y Estadistica. Caracterizacion Sector Educativo. Bogota;; 2011.
25. DANE, SDP. Proyección población de Bogotá por localidades 2005-2015. Bogotá;; 2012.
26. NOTICIAS UNO LA RED INDEPENDIENTE. Noticias UNO. [Online].; 2012 [cited 2013 12 16. Available from: <http://noticiasunolaredindependiente.com/2012/09/22/noticias/nacional/comedores-bogota/>.
27. Banco Mundial. Pagina Banco Mundial. [Online].; 2011 [cited 2011 febrero. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>.
28. Programa de las Naciones Unidad para el Desarrollo. PNUD. Informe de desarrollo para Bogota Colombia; 2008.
29. Línea de Aire Ruido y Radiación Electromagnética. Hospital Rafael Uribe Uribe. Boletín Epidemiológico Mensual de la Relación entre Calidad del Aire y Salud. Bogotá D.C.;; 2012.
30. Alcaldía Local de Rafael Uribe Uribe. Plan Ambiental Local Localidad 18 Rafael Uribe Uribe 2012. Bogota;; 2012.
31. 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.
32. ESE HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE. DIAGNÓSTICO LOCAL RAFAEL URIBE

- URIBE 2012. DIAGNÓSTICO. BOGOTÁ D.C.: ESE HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE, ANALISIS DE SITUACIÓN EN SALUD - ASIS; 2012.
33. Secretaria Distrital de Planeacion. ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS) POR SEXO 2005 - 2015..
 34. 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.
 35. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia y Control de Sífilis Gestacional y Congénita. 2011..
 36. Min. Protección social/Profamilia/INS. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN). Bogotá; 2010.
 37. Nolasco A MIPJPZPMJTNGSCZOMB. Preventable avoidable mortality: Evolution of socioeconomic inequalities in urban areas in Spain. Health&. ; 1996-2003.
 38. 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.
 39. Bojanini B. JF, Gómez D. JG. RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN ADOLESCENTES. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2004; 55(2): p. 114-121.
 40. Lozano UM. SECRETARIA DISTRITAL DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTES. OBSERVATORIO DE CULTURAS. BOGOTÁ D.C.; 2008.
 41. Pardo G. Violencia Simbólica, discursos mediáticos y reproducción de las exclusiones sociales. Sociedad y Discurso. 2013; 7(2).
 42. Barbosa A SCGDPC. Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. Avances en Psicología Latinoamericana. 2014; 32(1).
 43. Priscila Quinde KM. Estudio del maltrato familiar, como factor de riesgo para el embarazo adolescente. 2009.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec:8080/bitstream/123456789/2378/1/tps593.pdf>.
 44. Mendoza L,AM,PM,MP. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad Colombiana. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2012; 77(4).
 45. Rodríguez E. Políticas Públicas de Juventud en América Latina: Empoderamiento de los Jóvenes, Enfoques Integrados, Gestión Moderna y Perspectiva Generacional. In Rodríguez E. Políticas Públicas de Juventud en América Latina: Empoderamiento de los Jóvenes, Enfoques Integrados, Gestión Moderna y Perspectiva Generacional.; 2003. p. 3.
 46. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. Encuesta de Convivencia Escolar y Circunstancias que la Afectan - ECECA para

- Estudiantes de 5° a 11° de Bogotá. 2012 mayo 9..
47. Departamento Nacional de Planeación. Boletín de Prensa. 2012..
 48. DANE-SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Bogotá; 2011.
 49. SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá. [Online].; 2009 [cited 2013 12 16. Available from:
http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Proyecci%F3nPoblaci%F3n/02_Poblacion_viviendas_hogares_por_estrato_socieconomico.xls.
 50. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA (DANE). Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. [Online].; 2007 [cited 2013 12 16. Available from:
www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/ecvb/2.xls.
 51. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA (DANE). Base de Datos Encuesta de Calidad de Vida. [Online]. Bogotá; 2007 [cited 2013 12. Available from:
www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&card=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Ffiles%2Finvestigaciones%2Fcondiciones_vida%2Fecvb%2F3xls&ei=TZm9UouBNrukQfCjoHACw&usq=AFQjCNHF7tibGBDangXF-j5AtoHtb-yxkg&bvm=bv.58187178d.eW0.
 52. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe-VIGILANCIA COMUNITARIA POBLACIONAL. Unidad de Análisis "Priorización de Problemáticas". Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2012.
 53. E.S.E HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE- SALUD AL TRABAJO. Diagnostico local de entornos de trabajo saludables. Bogotá: E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe, Salud Pública; 2012.
 54. E.S.E HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE. Unidades de Análisis con Equipo de Gestión de Políticas. 2013. Información obtenida en articulación con el Equipo de Gestión de Políticas para la construcción del Diagnóstico Local con Participación del 2012.
 55. Hospital Rafael Uribe Uribe- Línea Aire, Ruido y Radiación Electromagnética. Boletín Epidemiológico Anual de la Relación entre Calidad del Aire y Salud. 2012. http://eserafaeluribe.gov.co/web2013/salud_publica/vigilanciasanitaria/Boletin%20ANUAL%202012.pdf.
 56. E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe-ASIS. Informe Ejecutivo de Sala Situacional Localidad Antonio Nariño. 2012..
 57. Secretaría de Cultura Recreación y Deportes. Ficha técnica turística op. cit. Bogotá; 2008.
 58. Instituto Nacional de Salud/ Ministerio de la Protección social. Guía Práctica para la Atención Integral de personas Agredidas por un Animal Potencialmente Transmisor De Rabia. Guía Práctica. Bogotá; 2009.
 59. Sistema de Vigilancia intrafamiliar y Maltrato infantil (SIVIM). Hospital Rafael Uribe Uribe. Base de datos Sistema de Vigilancia intrafamiliar y Maltrato infantil. Base de

- datos. Bogotá.; 2010-2011.
60. Hospital Rafael Uribe Uribe. Sala situacional de violencias. Sala situacional. Bogota.; 2011.
 61. Medina Arias N, Carvalho Ferriani MdG. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010 Mayo/Junio; 18(spe): p. 504-512.
 62. Ámbito Familiar Hospital Rafael Uribe Uribe. Informe Ámbito Familiar. Informe Final. Bogotá.; 2011.
 63. Alcaldía Mayor de Bogotá. Política Distrital de Salud Ambiental de Bogotá. 2012 – 2023. Bogotá.; 2012.
 64. Castaño LSÁ. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Revista Gerencia y políticas de Salud. 2009 Julio; 8(17).
 65. Sarria AG. Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Pedagogía. Experiencia de la Escuela Popular de Líderes en Salud en la Localidad de Suba. 2006..
 66. World Health Organization. [Online].; 2005 [cited 2013 junio 21. Available from: <http://www.unep.org/maweb/documents/ma-health-spanish.pdf>.
 67. Corte Constitucional de Colombia. www.corteconstitucional.gov.co. [Online].; 1959 [cited 2013 07 10. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/DECLARACION%20DELOS%20DE RECHOS%20DEL%20NI%C3%91O.php>.
 68. Sandoval M. Comportamiento Sustentable y Educación Ambiental: una visión desde las prácticas culturales. Revista Latinoamericana de Psicología. 2012; 184.
 69. Arturo L. La violencia intrafamiliar: ¿un problema que se hereda o se aprende? Gaceta Medica de México. 2002; 138(2).
 70. Cecibel DHKELJY. Maltrato físico intrafamiliar y su relación con los trastornos afectivos-conductales en niños y niñas de 5-6 años de edad. [Online].; 2010 [cited 10 07 13. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2377>.
 71. Maryoris Zapata Zabala MCAUDAAMACC. Coeficiente intelectual y factores asociados en niños escolarizados en la ciudad de Medellín, Colombia. Revista Salud Pública. 2012; 14(4).
 72. Mayelín Ortiz JAYFRSLAVEJF. Condiciones ambientales del hogar y resultados académicos de educandos de primaria del Consejo Popular "Cayo Hueso". Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2011; 49(1).
 73. Nubia Medina Arias MdGCF. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. Revista Latinoamericana Enfermagem. 2012 Mayo; 18.
 74. Castro GEG. Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia: evaluación de un programa para la promoción de la salud bucal en Colombia. Univ Odontol. 2012; 31(66).
 75. Lilián Sánchez MEGNHMBRIAG. Representaciones sociales del noviazgo en adolescentes escolarizados de estratos bajo, medio y alto, en Bogotá. Revista de Salud Pública. 2011; 13(1).
 76. Alonso GD. Historia de la anticoncepción. Revista Cuabana de Medicina General

Integral. 1995; 12(2).

77. Diana Cicua MMLM. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*. 2008; 4(11).
78. Maritza Muñoz P POM. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 75(5).
79. Leymann H. El contenido y desarrollo del mobbing en el trabajo. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996; 5(2).
80. Carlos Echavarría AMLJFD. Reivindicar para permanecer. Expresiones de ciudadanía de un grupo de hip-hop en la ciudad de Bogotá. *Revista de estudios sociales*. 2011; 40.
81. Fernando Juarez Acosta BCGSYSG. Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. *Psicología y salud*. 2010; 20(1).
82. Pérez F LFyGM. Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencia*. 2010; 35(3).
83. Jimenez Emmanuel KETJP. Sacar buena nota. *Finanzas y Desarrollo*. 2012 marzo.
84. Climent GI. Voces, silencios y gritos: los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Revista Argentina de Sociología*. 2009;(12).
85. Noreña Sara SMEF. Modernidad líquida: las relaciones entre sexualidad, feminidad, y moda. 2010 diciembre; 4(5).
86. Javier Pineda Duque LOP. Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*. 2004 febrero;(17).
87. Bernal IL. La familia en la determinación social de la salud. *Revista Cuabana de Salud Pública*. 2003; 29(1).
88. Jeronimo Rios Sierra GBERBP. Estado, Estado de Derecho y Violencia Armada en Colombia. *Revista de paz y conflictos*. 2013;(6).
89. Mendoza L,AM,PM,MP. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad Colombiana. *REV CHIL OBSTET GINECOL*. 2012; 77(4).
90. Mendoza L,AM,ML. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Child Obstric Gynecology*. 2012; 77(5).
91. Alejandro Barbosa CSDGCP. Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2014; 32(1).
92. Quinde KMP. Estudio del maltrato familiar, como factor de riesgo para el embarazo adolescente. 2009.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec:8080/bitstream/123456789/2378/1/tps593.pdf>.