



El programa “Bogotá sin hambre” parte de entender que la situación alimentaria y nutricional de una población depende de la disponibilidad suficiente y estable de los suministros de alimentos, del acceso oportuno y permanente por parte de todas las personas a los alimentos que se precisan en cantidad y calidad.

RESPUESTA SOCIAL

La Secretaría Distrital de Salud, como entidad que contribuye a mejorar las condiciones alimentarias y nutricionales, fortalece las acciones costo - efectivas como son: acciones de alimentación y nutrición, entre las que están la vigilancia de la fortificación de alimentos, implementación de estrategias de suplementación con micronutrientes a mujeres gestantes y menores de 5 años con sulfato ferroso y vitamina A, promoción de patrones de consumo alimentario saludables con énfasis en la alimentación complementaria en los niños y niñas menores de 2 años de edad. Vigilancia del estado nutricional de la población.

Protección, detección temprana y manejo precoz de la desnutrición en menores de 7 años, bajo peso al nacer, promoción, protección y apoyo de la lactancia materna a través del fortalecimiento de la consejería de lactancia materna en el POS y la implementación de las estrategias de IAMI-IAFI-AIEPI en el ámbito institucional.

El programa “Bogotá sin hambre” parte de entender que la situación alimentaria y nutricional de una población depende de la disponibilidad suficiente y estable de los suministros de alimentos, del acceso oportuno y permanente por parte de todas las personas a los alimentos que se precisan en cantidad y calidad, del adecuado consumo y de la utilización biológica de los mismos, para lo cual es indispensable el acceso a los servicios básicos de saneamiento y de atención de salud, y, más que todo, de la decisión política de los gobiernos para lograrla”¹⁸

En las localidades del Distrito hacen presencia diferentes entidades que suman esfuerzos para la atención de gestantes, niños y niñas. Entre ellas se encuentra el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) que cuenta con sus Hogares de Bienestar y grupos FAMIS, encargados de apoyar a las madres para el cuidado y la educación de los menores, a la vez que fortalecen la seguridad alimentaria de las familias; así mismo, esta entidad suministra desayunos infantiles fortificados con hierro para la prevención de la anemia ferropénica. También maneja los programas de protección a menores que han sufrido abuso, maltrato o abandono.

Por su parte, la Secretaría de Integración Social cuenta con proyectos en los que se entregan bonos y ayudas alimentarias a las gestantes en condiciones de vulnerabilidad, y pone a disposición de la comunidad las salas amigas de la familia lactante para apoyar la práctica de la lactancia materna. Así mismo, cuenta con un comité local de atención a víctimas de violencia y abuso sexual.

Existe también el subcomité de infancia y familia, allí se desarrolla el programa de formación de multiplicadores para la prevención del abuso sexual e investigación en esta temática.

¹⁸ Conferencia de Organizaciones de la Sociedad Civil Latinoamericana y del Caribe, reunida en julio de 1996, avanzó en la definición integral y plantea que la Seguridad Nutricional es parte inseparable de la Seguridad Alimentaria.

Algunos hospitales como San Blas y La Victoria, en la localidad de San Cristóbal, cuentan con la estrategia de Hospital día niño y niñas, en donde se ofrece atención al menor víctima del maltrato infantil o abuso sexual; y con el programa de atención de crisis para niños. El hospital La Victoria, cuenta, además, con el “programa bebé canguro”, el cual orienta a las madres en el cuidado de los niños pretérmino.

En el foro social de las ESE se socializan los resultados de la sala situacional y se generan acuerdos que serán insumos en los encuentros ciudadanos.

Metas del Comité Intersectorial de la Política de Infancia para la Disminución de la Mortalidad Infantil

Iniciar la construcción intersectorial de una política de aire limpio donde contemple la medida de no sobrepasar los niveles permisibles anuales (50 a 70 mcgr/m³ de pm10) y diarios (150 mcgr/m³ de pm10) de contaminación ambiental: fuentes fijas, fuentes móviles y material particulado.

Coordinar, intersectorialmente, el logro coberturas útiles de vacunación en niños y niñas cobijados por programas de bienestar.

Definir estrategias para apoyar con el transporte a madres mujeres gestantes y a madres o cuidadores de niños y niñas menores de un año, de bajos recursos.

Fortalecer conocimientos y habilidades del ciento por ciento de las madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de un año usuarios de los programas de bienestar en la importancia de factores protectores como la lactancia materna, la vacunación y el afecto, en detección de signos y síntomas de alarma y derechos y deberes en salud.

Mediante la clasificación de historia clínica, el ciento por ciento de los niños y niñas con clasificación de alto riesgo, deben tener atención prioritaria en todos los programas del Distrito

Implementar en la totalidad de las IPS que atienden partos el “Registro civil al nacer y la afiliación al SGSSS automática sin que medie la adscripción por parte de los padres del ciento por ciento de los niños y niñas recién nacidos.

Coordinar con todas las instituciones formadoras de profesionales de la salud para que su aprendizaje responda a las necesidades del sistema de salud y celebrar convenios para implementar procesos de entrenamiento y reentrenamiento.

Sensibilizar a la comunidad frente a responsabilidades compartidas en relación con la captación y canalización a servicios de salud de mujeres gestantes y niños y niñas menores de un año.

Dentro de la campaña de comunicaciones “PRIMERO LA VIDA DE NIÑOS Y NIÑAS - CERO INDIFERENCIA CON LA MORTALIDAD INFANTIL EVITABLE” se plantea:

1. La firma de un convenio de compromisos con administradores y prestadores públicos y privados, Comité Intersectorial de Infancia, SDS, Alcalde Mayor, medios de comunicación, Ministerio de Protección, Organización Panamericana de la Salud, seguimiento especial indicadores de proceso y de resultado.
2. Con los recursos de la estrategia de comunicaciones del componente de la política de infancia “Inicio de una vida digna” (ejecutados por el Departamento Administrativo de Bienestar Social DABS) se desarrollará una estrategia de comunicación masiva para divulgar derechos en salud relacionados con la atención prenatal, del parto y del niño o niña menor de un año.



Algunos hospitales como San Blas y La Victoria, en la localidad de San Cristóbal, cuentan con la estrategia de Hospital día niño y niñas, en donde se ofrece atención al menor víctima del maltrato infantil o abuso sexual.

A continuación se presentan las propuestas de alternativas de solución y cómo operarlas de manera concreta.

¿QUÉ SE DEBE HACER?

Exigir y verificar la calidad de la prestación de los servicios orientados a la población materno infantil y proponer estrategias de mejoramiento: control prenatal, control de crecimiento y desarrollo, consulta médica del niño y niñas enfermos, atención del parto, referencia y contrarreferencia, vacunación, programa de prevención y tratamiento de ERA, lactancia materna, entre otros.

¿CÓMO HACERLO?

Conformar equipos inter-direcciones para el seguimiento y definición de un plan de trabajo que tenga como insumo la propuesta presentada y los informes de las visitas a las ESE que realiza el equipo directivo.

Circular emitida por la Secretaría Distrital de Salud, IPS públicas y privadas que atienden población materno infantil que aún no se han acreditado como IAMI o IAFI (ver descripción abajo) requiriendo que inicien el proceso de acreditación, solicitando que se maneje la consulta de niños y niñas enfermos con la metodología AIEPI y exigiendo que todos los niños y niñas menores de un año y las mujeres gestantes sean admitidos en la consulta de urgencias sin que medie el triage.

Definir sanciones para instituciones públicas y privadas que venzan los plazos adquiridos en los planes de mejoramiento para mortalidad infantil o para calidad de los servicios.

¿CÓMO HACERLO?

La dirección de aseguramiento debe incluir en la contratación del vinculado y del subsidiado la exigencia de que la consulta de control prenatal y de crecimiento y desarrollo para niños y niñas tenga una duración mínima de 40 minutos.

Incluir en la contratación de la Dirección de Desarrollo de Servicios la contratación del equipo de trabajo que apoye la evaluación de los servicios en términos de calidad y el seguimiento a los planes de trabajo.

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) debe mejorar la oportunidad de la llegada y del traslado de emergencias de gestantes y de población infantil (estas dos emergencias se deben manejar como emergencias de APH).

¿CÓMO HACERLO?

La oficina de talento humano debe desarrollar e implementar un programa de capacitación para cualificar el recurso humano a cargo de la atención de los niños y niñas menores de un año y para la formación de médicos pediatras en el manejo e implementación del



Se debe exigir y verificar la calidad de la prestación de los servicios orientados a la población materno infantil y proponer estrategias de mejoramiento: control prenatal, control de crecimiento y desarrollo, consulta médica del niño y niñas enfermos, atención del parto, referencia y contrarreferencia, vacunación, programa de prevención y tratamiento de ERA, lactancia materna, entre otros.





programa canguro y definir una propuesta que incentive en las ESE la permanencia del talento humano.

La dirección de aseguramiento debe ampliar la contratación del programa canguro una vez se logre aumentar la oferta de este servicio.

¿QUÉ SE DEBE HACER?

Implementar estrategias recomendadas internacionalmente para proteger la salud y la calidad de vida de los niños, las niñas y las madres gestantes.

¿CÓMO HACERLO?

COMPRAR NUEVAS VACUNAS Y VITAMINA A POR PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.

Incluir en el contrato del subsidiado y del vinculado:

1. La exigencia a las ARS y a las ESE de que una vez la gestante o el recién nacido soliciten atención en una IPS que no tenga contrato con la ARS se les brinde atención integral hasta la resolución y egreso, si la IPS cuenta con la capacidad resolutoria necesaria, esta atención, en el caso de los subsidiados, será reconocida como evento no POS.
2. La clasificación temprana del riesgo biológico o social desde el nacimiento de niños y niñas y el seguimiento según clasificación (con prioridad al niño o niña de alto riesgo).

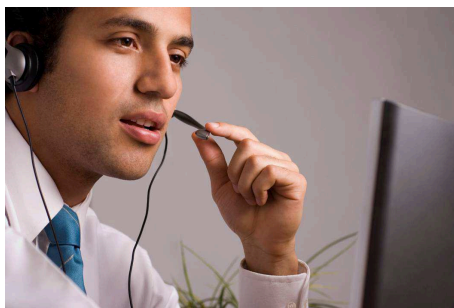
Incluir en el contrato del vinculado para los II y III niveles el apoyo telefónico por 24 horas de pediatras y ginecólogos y para I nivel de atención para consultas relacionadas con emergencias de gestantes, niños y niñas.

Exigir la inclusión en el contrato del plan de atención básica en el ámbito familiar la visita domiciliaria integral por profesional de enfermería para la gestante y para niños y niñas de alto riesgo y que las investigaciones epidemiológicas de campo para eventos de interés en salud pública de niños, niñas y gestantes sean realizadas por enfermeras y tengan también enfoque integral.

Buscar mecanismos de coordinación con el nivel nacional para lograr que la fortificación de harina de trigo con ácido fólico exija los niveles necesarios para la prevención de defectos genéticos del tubo neural.

Con los recursos de la estrategia de comunicaciones del componente de la política de infancia “Inicio de una vida digna” se desarrollará una estrategia de comunicación masiva para divulgar derechos en salud relacionados con la atención prenatal, del parto y del niño o niña menor de un año.

Incluir en el contrato del vinculado para los II y III niveles el apoyo telefónico por 24 horas de pediatras y ginecólogos y para I nivel de atención para consultas relacionadas con emergencias de gestantes, niños y niñas.



Estrategias para Disminuir la Mortalidad Infantil a través de la Reducción de la Prevalencia de Malformaciones Congénitas en el Distrito Capital.

Estrategias de prevención primaria:

Continuar con la vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas como herramienta principal de monitorización de frecuencias de estas alteraciones y evaluación de eficacia de las medidas implementadas.

Fortificación con ácido fólico de alimentos de consumo masivo. Se propone fortificar el arroz con la técnica de grano símil demostrada en Canadá y Costa Rica (Reduction in Neural-Tube Defects after Folic Acid Fortification in Canadá. N Engl J Med 2007;357:135-42.). El costo-efectividad de este procedimiento está comprobado internacionalmente incluyendo países del tercer mundo y Latinoamérica. Además, se encontró que mujeres que consumieron ácido fólico por al menos un año antes de embarazarse, el riesgo de parto pretérmino se disminuyó en más del 60 por ciento (<http://www.medscape.com/viewarticle/569590?src=rss>).

Fortalecer los servicios de asesoría genética existentes en la ciudad con el fin de evaluar los antecedentes familiares que aumenten los riesgos genéticos de anomalías congénitas.

Entrenamiento del personal de salud en evaluación de riesgos genéticos a través del levantamiento de árboles genealógicos en instituciones de primer nivel. Esto se hace dentro del programa de vigilancia de malformaciones congénitas. Se han realizado conferencias divulgativas en 25 hospitales de Bogotá.

Vacunación masiva para infecciones con efecto teratogénico

Generar campañas educativas para poblaciones en o con factores de riesgo

Mujeres con edades extremas (menores de 18 años o mayores de 35)

Embarazo no deseado

Controles prenatales inadecuados

Posible Rubéola

Automedicación durante el embarazo

Consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias de entretenimiento

Dieta deficiente

Riesgos ocupacionales

Pobre atención en salud

Estrategias de prevención secundaria:

Mejoría del diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas. Se propone precisar el proceso de habilitación de las IPS que realizan ecografías prenatales. Estas instituciones deben contar con equipos adecuados, personal con formación específica en detección de malformaciones congénitas y la creación de una lista de chequeo mínima que debe cumplir cada ecografía realizada según la edad gestacional.

Diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de rubéola, toxoplasma y sífilis en los controles prenatales.

Estrategias de prevención terciaria:

Tamizaje neonatal de infecciones (rubéola, toxoplasma, sífilis, citomegalovirus, herpes), errores innatos del metabolismo y sordera. Además del tamizaje para hipotiroidismo la detección precoz de patologías con tratamiento y curación total debe ser evaluado en los primeros siete días de vida con el propósito de evitar estas muertes prematuras sin diagnóstico.



Se debe continuar con la vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas como herramienta principal de monitorización de frecuencias de estas alteraciones y evaluación de eficacia de las medidas implementadas.



Educación y entrenamiento de los equipos de salud en la detección de anomalías y malformaciones congénitas. Esta estrategia se debe llevar a las instituciones de todos los niveles a través de capacitaciones con el fin de lograr el diagnóstico temprano y la prevención de las complicaciones.

Generación y aprovechamiento de los grupos interdisciplinarios para el tratamiento de anomalías congénitas. Está demostrado que el agresivo manejo de la mayoría de malformaciones congénitas, a través de equipos especializados y concentrados en una sola institución o grupo, disminuyen drásticamente la mortalidad y la discapacidad de la mayoría de las anomalías congénitas.

Vigilancia de malformaciones congénitas en la consulta de crecimiento y desarrollo. Se sugiere implementar un sistema de vigilancia especial en las instituciones que tienen servicios de cirugía cardiovascular para realizar el seguimiento estrecho de estos pacientes.

Establecer a las malformaciones genéticas dentro del estatus de las enfermedades colombianas de notificación obligatoria del Distrito Capital y, posteriormente, en todo el país.

Incluir la asesoría genética y los exámenes de paraclínicos (Cariotipo, bioquímicos en sangre y orina y pruebas moleculares) en el sistema de atención a menores de un año en población a riesgo de presentar patologías genéticas/congénitas como, por ejemplo, familias con pacientes fallecidos o menores de 1 año que padezcan malformaciones o defectos congénitos.



La mayoría de los hospitales que desarrollaron la Sala Situacional de Infancia en el Distrito, utilizaron la metodología de grupos focales, la cual permitió realizar un abordaje de los determinantes sociales y problemáticas más importantes de cada localidad.

CONCLUSIONES

- ☒ Desarrollar el análisis situacional de los eventos trazadores de salud pública en Bogotá, a través de metodologías participativas como la Sala Situacional que permite conocer a mayor profundidad los factores determinantes, contextualizar y fundamentar los datos estadísticos y tomar decisiones de ciudad con participación de los actores institucionales y sociales, reconociendo la realidad local.
- ☒ El ejercicio permitió posicionar la estrategia de Sala Situacional como herramienta de análisis para la toma de decisiones.
- ☒ La Sala Situacional de Mortalidad Infantil legitimó la estrategia contextualizándola en una ciudad como Bogotá.
- ☒ Se debe constituir un equipo técnico de SDS que trabaje en el desarrollo de la Sala Situacional Central, donde se conviertan en un insumo las salas situacionales locales.
- ☒ La estrategia de la Sala Situacional se debe definir desde el nivel central para realizar seguimiento a las metas de plan de desarrollo.
- ☒ Se hace necesaria la adecuación física para el desarrollo de la sala de toma de decisiones y el archivo de esta información consolidada que permita al equipo directivo tener la información disponible de manera oportuna.
- ☒ Es imperativo buscar y definir los mecanismos puntuales, que hagan realidad las propuestas planteadas en esta Sala Situacional de Mortalidad Infantil, con la participación y compromiso de las diferentes direcciones de la Secretaría Distrital de Salud, según las competencias respectivas.
- ☒ La mayoría de los hospitales que desarrollaron la Sala Situacional de Infancia en el Distrito, utilizaron la metodología de grupos focales, la cual permitió realizar un abordaje de los determinantes sociales y problemáticas más importantes de cada localidad. En general, participaron actores institucionales, comunitarios y otros sectores, permitiendo tener una aproximación de la situación real de la infancia desde una perspectiva más holística.

Durante el desarrollo de la sala se presentaron las siguientes dificultades:

- ☒ La salud, vista como una condición que se construye socialmente, debería ser abordada de manera integral por los diferentes sectores y actores que intervienen en su configuración. Es decir, pasar de una visión fragmentada a un abordaje sistémico donde se reconozca al ser humano desde su integralidad, y se puedan reconocer como condiciones necesarias para la salud la satisfacción de necesidades básicas como la vivienda, la educación y el trabajo.



- ☒ A través de las diferentes instancias de participación en los espacios locales, se identificó una clara preocupación por emprender con mayor fuerza acciones de promoción en busca de factores protectores, así como acciones de prevención que mejoren el acceso, la calidad y oportunidad en la atención de los niños, las niñas y mujeres gestantes.
- ☒ Se debe reconocer a la familia, la escuela, los profesionales y cuidadores en general como actores primordiales en el proceso de formación y desarrollo de la infancia, poniendo de manifiesto la necesidad de agendar nuevos procesos de educación y orientación que estén dirigidos a facilitar que estos actores comprendan y actúen con mayor asertividad frente a las problemáticas que hoy se inscriben en el transcurrir de la vida de los niños, niñas y sus familias.
- ☒ Avanzar en la construcción de un modelo de atención integral para las necesidades propias de los niños, niñas y mujeres gestantes es también la posibilidad de ver en el futuro niños y niñas cada vez más sanos, y más empoderados de sus procesos de cuidado y mantenimiento de la salud, buscando que estas prácticas perduren en el tiempo, es decir, hasta etapas como la juventud y la adultez, permitiendo que la cultura de la prevención y la asistencia a los servicios de salud deje de ser vista como un atropello y se ejerza en todo el sentido de la palabra como un derecho y un bien público. Cabe mencionar que esto supone, igualmente, un cambio sustancial en las políticas administrativas de las instituciones prestadoras y administradoras de los servicios de salud.

La Junta de Acción Local de la localidad de Engativá aumentó el presupuesto para fortalecer los comedores escolares ante la evidente problemática nutricional de la población infantil.



En la localidad de Ciudad Bolívar se consolidó el grupo de trabajo mensual de infancia y análisis de mortalidades, donde cada uno de los coordinadores cuenta con el liderazgo para asumir los cambios de acuerdo con su competencia, además, existe el compromiso de parte de la Dirección de Salud Pública y subgerencia de servicios.

Se implementó un sistema de georeferenciación para salud pública. Además se evidenciaron los puntos críticos para mejoramiento en la prestación de los servicios y los avances en la construcción de un modelo propio de gestión, atención y financiación a la etapa de ciclo vital de infancia, así como se debe avanzar con las otras etapas del ciclo vital humano, permitiendo que la respuesta sanitaria esté en función de las necesidades de la población y no viceversa.

Se diseñó y aprobó la Resolución institucional de las estrategias de atención integral para la promoción, protección y apoyo a la población materno infantil, mediante la aplicación de las estrategias AIEPI, IAMI, IAFI del Hospital Vista Hermosa I Nivel y se capacitó en estas estrategias al ciento por ciento de las personas que laboran en salud pública.

En la localidad de Engativá se les exigió a las EPS la contratación integral para la atención de la madre y su hijo, se fortaleció la Red Materno Infantil en la localidad y la Red Materno Perinatal tuvo mayor posicionamiento a nivel institucional así como en la subred norte. Hubo mayor concientización de los profesionales de las instituciones, puesto que se creó la política para privilegiar la atención materno - perinatal: “Cero indiferencia con la mortalidad materno perinatal” a nivel local.

La Junta de Acción Local de la localidad de Engativá aumentó el presupuesto para fortalecer los comedores escolares ante la evidente problemática nutricional de la población infantil. En el Hospital se reentrenaron a los profesionales asistenciales para el seguimiento a las gestantes y mejorar la calidad de la atención, al tiempo que se ampliaron los horarios en algunos puntos para la atención de dicha población.

En las localidades de Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo tanto la Red del Buen Trato, como la Red Social Materno Infantil han generado un fuerte compromiso frente a las problemáticas identificadas en este ciclo vital, generando estrategias que apunten a impactar los determinantes que afectan a los niños y niñas de la localidad. Es así como a partir de la estrategia IAMI-IAFI-AIEPI, desde la formación de Actores Clave en salud materno-infantil surge una propuesta de movilización social para la promoción del Buen Trato. Es de destacar que esta iniciativa es pro-

movida, en gran parte, por las madres comunitarias que asistieron a esta formación de actores clave, lo cual evidencia el impacto positivo de esta estrategia, ya que ha logrado despertar el interés de la comunidad para generar soluciones.

En la localidad de Sumapaz, gracias al modelo de prestación de servicios familia sana, comunidad saludable, entorno natural, se garantiza la atención a las gestantes a través de visita domiciliaria, jornadas e instituciones. Para facilitar el acceso a los servicios del hospital cuenta con la Ruta Saludable, que recorre las veredas transportando a los usuarios al centro de salud del respectivo corregimiento disminuyendo barreras de acceso geográfico y garantizando la oportuna atención.

A nivel Distrital hay una cobertura del 90 por ciento de los servicios de consulta externa de la red adscrita con capacitación a profesionales de la salud y personal de auxiliares de enfermería.

Seguimiento, asesoría y evaluación de 126 puntos de atención de la red adscrita que aplican las estrategias.

Implementación y acreditación de 171 instituciones de salud en la estrategia IAMI y 121 en la estrategia IAFI articulada a la estrategia AIEPI.

Formación de agentes comunitarios en AIEPI. Desde el 2003 se han logrado formar 1.798 agentes con un alcance de cubrimiento indirecto de 32.131 niños y niñas menores de 5 años y 42.059 familias gestantes, lactantes o con hijos menores de 5 años.

Estructuración de una Historia Clínica Infantil adaptada a las necesidades de la ciudad y que permita una evaluación ágil e integral, así como la identificación oportuna de niños y niñas a riesgo.

Diseño del sistema de monitoreo del niño y la niña como herramienta para registrar y analizar la información que genera la Historia Clínica.

Diseño, validación e instalación de una herramienta para formación de profesionales en salud materna e infantil, en ambientes virtuales de aprendizaje, estrategias AIEPI, IAMI, IAFI.

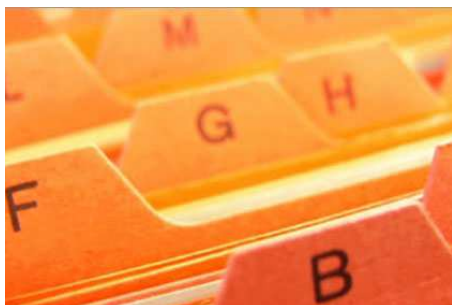
Formación de 60 tutores para la capacitación de profesionales en las estrategias en ambientes virtuales de aprendizaje en los años 2006 y 2007.

Desarrollo de un curso clínico en las estrategias en ambiente virtual dirigido a 120 profesionales.

Desarrollo de una propuesta de gestión institucional, dentro del modelo para el bienestar de la infancia, y definición de las rutas de atención para la población materna e infantil.

Capacitación en diagnóstico participativo, gestión institucional y componente AIEPI comunitario.

Implementación del sistema de vigilancia de malformaciones congénitas.



GLOSARIO

Bajo peso al nacer:

Es considerado todo recién nacido con peso inferior a los 2500g, con una edad gestacional mayor a 37 semanas.

Inequidad:

La equidad en salud es un valor ético, es intrínsecamente normativa y está basada en el principio ético de la justicia distributiva y en consonancia con los principios de los derechos humanos. Como la mayoría de los conceptos, la equidad en salud no se puede medir directamente, pero se ha propuesto una definición de equidad en la salud que puede ser operacionalizada sobre la base de criterios significativos y mensurables. En términos operativos, y para fines de la medición, la inequidad en salud se puede definir como la ausencia de las disparidades en la salud (y en sus determinantes sociales clave) que están sistemáticamente asociadas a la ventaja/desventaja social. Las inequidades en salud ponen de manera sistemática a las poblaciones que ya están socialmente en desventaja (por ejemplo, por el hecho de ser pobres, mujeres, o privados de los miembros de una raza, étnico, o religioso) en una mayor desventaja con respecto de su salud.

Mortalidad por EDA:

Según OMS-OPS se define diarrea como la presencia de tres o más deposiciones anormalmente líquidas en 24 horas, con o sin sangre. Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución de la consistencia, aumento en el volumen o aumento de deposiciones (más de tres en 24 horas) que puede o no tener algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre. La diarrea es un evento que se inicia en forma aguda, la cual se puede prolongar por muchos días convirtiéndose en una diarrea persistente. El número de las evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad de la persona. Los lactantes alimentados al seno materno a menudo tienen evacuaciones blandas o líquidas y más frecuentes y esto no se debe confundir con diarrea.

Mortalidad infantil:

Toda muerte ocurrida después de los 30 días de nacido y hasta los 5 años.

Mortalidad por IRA:

La IRA es una enfermedad infecciosa que origina inflamación del parénquima pulmonar, afectando los bronquiolos y todo el sistema alveolar. Es una infección de las vías respiratorias inferiores, de presentación aguda, caracterizada esencialmente por aumento de la frecuencia respiratoria (60 o más por minuto si es menor de dos meses, 50 o más por minuto si es de dos a once meses y 40 o más por minuto si es de uno a cuatro años), con o sin tiraje, subcostal y/o intercostal.

Mortalidad materna:

Se considera un caso de mortalidad materna a toda muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio de embarazo y que se debe a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. También se incluyen las muertes maternas que ocurren entre el día 42 después del parto y un año después del mismo, que son ocasionadas por algunas entidades patológicas como la enfermedad trofoblástica y otras causas directas e indirectas, y también se hace necesario caracterizarlas a través del sistema de vigilancia.

Muerte perinatal:

Una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación y los siete días completos después del nacimiento o mayor de 500 gramos de peso.

Sala Situacional:

Espacio de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.



Sala Situacional Espacio de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Documento Marco SDS.
2. Los Objetivos del desarrollo del milenio. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). WWW.undp.org/spanish/mdgsp/.
3. Alcaldía Mayor de Bogotá. Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes. Bogotá 2004-2008. "Quiéreme bien, quiéreme hoy". Bogotá. Diciembre de 2004.
4. Informe sobre la Salud en el mundo 2005, Cada madre y cada niño contarán. Organización Mundial de la Salud.
5. The promise of Equality, State of world population 2005, UNFPA.
6. FLÓREZ, Carmen E. Las transformaciones sociodemográficas en Colombia. Colombia: Tercer Mundo, 2000 p. 17. ISBN 958-601-872-5.
7. Ministerio de Salud, Corporación Centro Regional de Población. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, 1986.
8. RUÍZ SALGUERO, Magda. Fecundidad y Mortalidad. Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud: Instituto Nacional de Salud, 1986-1989
9. Profamilia. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, 1990.
10. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000.
11. Tesis de Grado de Maestría en Estudios Demográficos. Patricia Arce.
12. La metodología del análisis sigue el planteamiento propuesto en el proyecto de Tesis de Grado de Maestría en Estudios Demográficos. Patricia Arce.
13. MARTÍNEZ BEJARANO, Rubby M. Equidad en salud un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento en Bogotá 2001. Bogotá, 2003, 122 p. trabajo de grado (Maestría Estudios de Población). Universidad Externado de Colombia. Facultad Ciencias Sociales y Humanas Centro de Investigaciones en Dinámica Social – CIDS. p.77.
14. Ejercicio realizado por el área de Vigilancia en Salud Pública de la SDS de Bogotá, octubre 2006.
15. Proyecto de Tesis de Grado. Patricia Arce, Maestría en Estudios Poblacionales.
16. Según cálculos realizados por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia con base en la ECV-2003 del DANE.
17. Conferencia de Organizaciones de la Sociedad Civil Latinoamericana y del Caribe, reunida en julio de 1996, avanzó en la definición integral y plantea que la Seguridad Nutricional es parte inseparable de la Seguridad Alimentaria.

capítulo III

JUVENTUD





TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN..... 119

JUSTIFICACIÓN..... 123

OBJETIVOS 125

 Objetivo general 125

 Objetivos específicos 125

MARCO CONCEPTUAL 126

MARCO LEGAL 130

PROCESOS METODOLÓGICOS..... 134

ACTORES 153

 Problemáticas identificadas y alternativas de solución..... 153

DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS 154

DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES 157

DERECHOS COLECTIVOS..... 164

RESPUESTA SOCIAL..... 174

CONCLUSIONES 180

RECOMENDACIONES 181

GLOSARIO..... 183

ANEXOS..... 187



En el Distrito, la etapa de Juventud es una de las etapas del ciclo vital de mayor impacto, esta se entiende como un período cronológico del ser humano comprendido entre los 10 y 26 años de edad

INTRODUCCIÓN

En el Distrito, la Juventud es una de las etapas del ciclo vital de mayor impacto, y se entiende como un período cronológico del ser humano comprendido entre los 10 y 26 años de edad, en donde los elementos sociales, psicológicos y biológicos se enmarcan con estilos diferentes de las demás etapas del ciclo vital; así mismo la juventud como etapa del ciclo de vida de las personas, se identifica por la transición entre la niñez, con su dependencia de los adultos y la condición adulta, caracterizada por la autonomía.

La forma específica que adopta este proceso en las distintas regiones, etnias, clases sociales, géneros, generaciones y hasta de unos individuos a otros, admite considerables diferencias. Por esta misma razón los límites de edad son convencionales y corresponden a una opción de la política pública y no a un rasgo inherente a los individuos jóvenes¹. Esta etapa se encuentra circunscrita a grupos sociales los cuales, según las creencias y la forma de vida de los sujetos, se crean, así como su propia cultura y sus pensamientos; dentro del Distrito, estos grupos sociales se encuentran con gran variabilidad.

La Secretaría Distrital de Salud concibe la Juventud como una categoría que se erige en fruto de construcciones y significaciones sociales, en contextos históricos y sociedades determinadas, es un proceso de permanentes cambios y resignificaciones. Como construcción social, se hace necesario hablar de juventudes en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre unos y otros jóvenes².

Dicha etapa se constituye en la terminación del proceso de crecimiento y en una parte del proceso de desarrollo de los individuos, ya que comprende desde la pubertad, pasando por la decisiva fase de la adolescencia, para terminar en la fase completa de joven.

Para el Gobierno colombiano resulta de gran interés este grupo por lo que en el año 2005 se lanzó la primera Política Nacional de Juventud, documento que surgió de la necesidad de identificar las herramientas técnicas necesarias que permitieran garantizar el ejercicio de los derechos y generar el conocimiento pertinente sobre esta población.

La Política Nacional de Juventud recoge los compromisos y las tareas del Gobierno Nacional en relación con las condiciones de desarrollo de la juventud y propone para la discusión un conjunto de temas, perspectivas y prioridades que permitan centrar la construcción del Plan Decenal de Juventud. Su intención es establecer una serie de prioridades de la Nación colombiana respecto de la juventud, con miras a orientar actividades, recursos y esfuerzos institucionales, tanto públicos como privados³.

¹ Presidencia de la República de Colombia. Programa Presidencial Colombia Joven. Política Nacional de Juventud. Bases para el Plan Decenal de Juventud 2005 – 2015. Bogotá, D. C. Colombia, octubre de 2004. Página Nº 57

² Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos PAC 2008. Ciclos Vitales: Juventud. Febrero de 2008. Página Nº 6

³ *Ibíd.* Páginas Nº 6, 8 y 9.



De la misma forma fue construida desde el enfoque de derechos, lo que quiere decir que es una política basada en el goce efectivo de los derechos consagrados en la Constitución, una política que incluye enfoque de género y poblacional para respetar la diversidad pluriétnica y multicultural de nuestro país y en la cual las personas son titulares de derechos y deberes individuales y sociales⁴.

Consolidar la información de cada una de las localidades permite establecer las problemáticas identificadas de los jóvenes, describiendo la oferta de servicios para esta población, servicios que se han venido desarrollando a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el Plan Obligatorio de Salud (POS), los cuales al ser unificados permiten el planteamiento de nuevas estrategias de intervención, no solo desde el sector salud, sino también con la participación de otros ejes de interés social con el propósito de aportar de forma positiva en los determinantes sociales propios de esta etapa de ciclo vital.

Presentar las principales problemáticas permite realizar un análisis de las posibles causas y hacer un recuento de las acciones que desde el sector salud y a nivel interinstitucional se vienen desarrollando como respuesta a las mismas, así mismo, identificar las falencias de estos programas y mostrar la necesidad del trabajo mancomunado con todos los actores que están involucrados con los jóvenes para que se puedan ver reflejados, nuestro trabajo y esfuerzo, en el bienestar de la juventud.

Este documento contiene el acumulado de la información que se ha recolectado desde diversos proyectos que adelantan acciones con población juvenil en las diferentes localidades del Distrito Capital. Además, recoge parte del trabajo de las organizaciones locales de los jóvenes que han hecho esfuerzos que permitan, a partir de reconocer la problemáticas juveniles de las localidades, plantear propuestas de acción que convoquen a los demás jóvenes y a las instituciones.

Esta información sirvió para llevar a cabo discusiones mediante las unidades de análisis, las cuales se desarrollaron con diferentes situaciones metodológicas como grupos focales, árbol de problemas, lluvias de ideas, conversatorios y entrevistas estructuradas con preguntas orientadoras, prediseñadas a nivel institucional y comunitario con el fin primordial de problematizar a partir de los datos que reflejan, desde diferentes perspectivas, la situación de los y las jóvenes en el Distrito Capital.

Este trabajo plantea un reto importante que tiene que ver con el propósito de dar una

⁴ Presidencia de la República. Marta Lucía Ramírez de Rincón – Senadora de la República. Proyecto de Ley de Juventud Ley 059 de 2006. [online]. Julio. 2007. [citado Septiembre de 2007]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.presidenciadelarepublica.gov.co>

La política de juventud fue construida desde el enfoque de derechos, lo que quiere decir que es una política basada en el goce efectivo de los derechos consagrados en la Constitución.



idea de la situación de los y las jóvenes de las localidades de Bogotá, situación que se vuelve problemática en el momento de contrastar las perspectivas que de la situación de los y las jóvenes se tiene desde las instituciones.

Inicialmente, el documento presenta un perfil sociodemográfico de la población juvenil del Distrito Capital para, posteriormente, mostrar un análisis más específico de las condiciones de vida y salud desde los perfiles de morbilidad.

Más adelante se trata las respuestas institucionales a las necesidades de los y las jóvenes así como los procesos de organización local juvenil para finalizar con los resultados de las unidades de análisis a la luz de las diferentes situaciones metodológicas para dar respuesta a las preguntas orientadoras que permitan definir alternativas de solución.

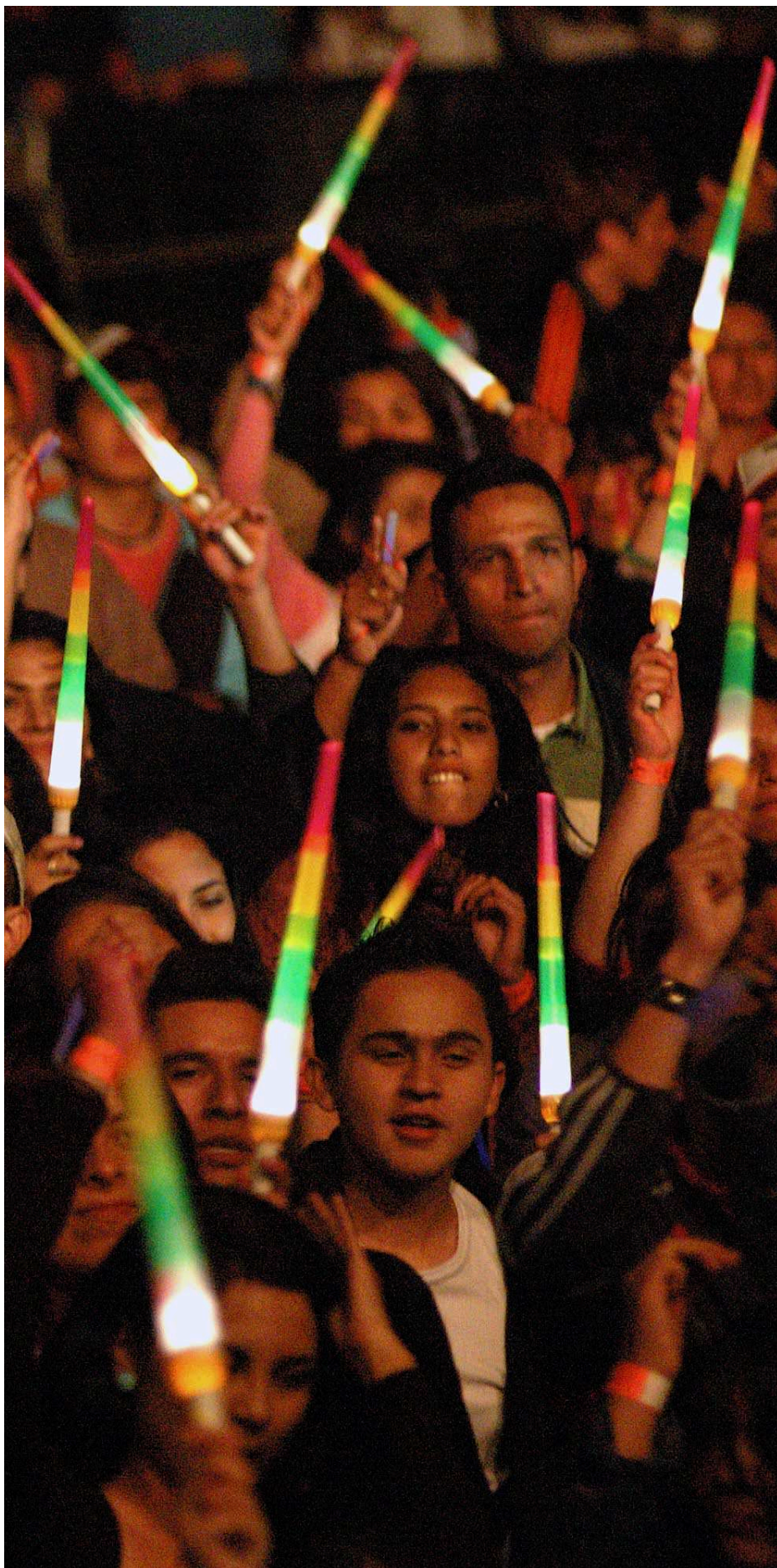
Estos resultados hacen parte del esfuerzo de cada una de las personas e instituciones que a través de estos años han adelantado un trabajo juicioso, igual con muchas dificultades, con la población juvenil de las localidades del Distrito Capital desde diferentes perspectivas y dinámicas diversas que, finalmente, apuntan a un fin específico de construir realidades y futuros posibles con los jóvenes de Bogotá.

Igualmente, a través de la participación en el ejercicio del poder de cada uno y cada una, para transformar la esfera de lo público en función del bien común. En este marco, la participación en salud es la posibilidad de que los sujetos construyan la calidad de vida como acción social y política, así como promover el reconocimiento de la salud como derecho fundamental y garantizar el acceso al SGSSS a la población joven⁵.

La participación pretende, con la práctica que realizan los jóvenes, descubrir estrategias, para buscar herramientas que les permita transformar sus condiciones de vida, lo que implica necesariamente la toma de postura en escenarios públicos y privados, constituyendo valores a favor de la vida, posibilitando lazos de identidad y solidaridad⁶.

⁵ Política pública de la juventud 2006- 2016. Pg 87.

⁶ Carmona, L., y Casallas, A. La participación social en salud: una vía para construir ciudadanía. UPN. 2005. Pg. 12



La participación pretende, con la práctica que realizan los jóvenes, descubrir estrategias, para buscar herramientas que les permita transformar sus condiciones de vida, lo que implica necesariamente la toma de postura en escenarios públicos y privados, constituyendo valores a favor de la vida, posibilitando lazos de identidad y solidaridad.



Además se plantea el análisis de causalidad y determinación de los problemas relacionados con la etapa de ciclo vital de juventud; es importante señalar que no se puede hablar de un análisis terminado, toda vez que se necesita construir una narrativa de la realidad, representando la complejidad de los problemas e identificando sus causas y determinantes, con los diferentes actores participantes en el ejercicio.



Existe una percepción, por parte de los jóvenes, de un sentimiento de rechazo desde la sociedad en general, una sociedad que los estigmatiza como rebeldes, como jóvenes sin ideales y sin metas.

JUSTIFICACIÓN

Desde los ámbitos locales, los jóvenes de Bogotá deben ejercer su rol protagónico a través de la familia, la escuela, el barrio, las instituciones y el Estado, y el reconocimiento de su diversidad y ejercicio de sus derechos. Existe una percepción, por parte de los jóvenes, de un sentimiento de rechazo desde la sociedad en general, una sociedad que los estigmatiza como rebeldes, como jóvenes sin ideales y sin metas, una sociedad que no les da la posibilidad de expresarse y desarrollar sus potencialidades.

Los jóvenes esperan que los adultos y la sociedad los reconozca con su expresión propia, manifiesta en un comportamiento propio de su edad y de su etapa de vida y que con ello, como pasa con todos los otros ciclos de vida, también se construyen y se reinventan historias de vida, donde sea posible entender su forma de vestir y muchos de sus comportamientos. Donde se entienda que los jóvenes son producto de la historia que se ha construido en la sociedad.

Por tanto, se hace necesario que desde espacios de reflexión, análisis y discusión, como la sala situacional, y con la participación activa de las instituciones que trabajan alrededor de los temas que aquejan la juventud, se prioricen e intervengan las necesidades de los jóvenes de la Capital.

Para el efecto, las localidades del Distrito con el fin de avanzar en la construcción de conocimiento sobre la situación de los jóvenes y con miras a la afectación de determinantes de calidad de vida y salud de los jóvenes, presenta en este documento metodologías, estado actual y contextualización de la situación y realidades sociales del ciclo de vida juventud en el Distrito, herramienta que servirá para la toma de decisiones y la creación de respuestas articuladas para el beneficio de esta población y como guía para realizar dicho ejercicio en otras ciudades

La Política Distrital de Juventud promueve a la participación de las instituciones, organizaciones sociales y la comunidad en general, que trabajan con la población joven, para que a través de los resultados arrojados por las diferentes mesas de diálogo, dirigidas desde diferentes escenarios de debate, sirvan como insumo de nuevas propuestas de trabajo que permitan la articulación de actores y acciones en pro del mejoramiento de la calidad de vida de esta población y el monitoreo continuo de los determinantes que inciden de alguna manera en su salud.

Es así como todos los documentos analizados se lideraron desde el plan de acciones colectivas en salud de las diferentes localidades de Bogotá, como los principales actores que diseccionan el trabajo y participación activa de la comunidad, e intentan establecer una serie de prioridades en la localidad en relación con la población joven, con el fin de orientar



actividades, recursos y esfuerzos institucionales, tanto públicos como privados; así mismo, utilizando estrategias de proyectos como la Sala Situacional como el espacio que permite el intercambio de saberes en relación con la dinámica actual de la juventud en las localidades de Bogotá.

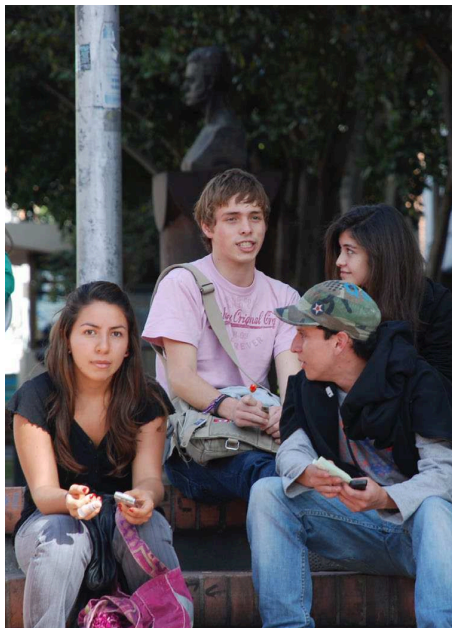
Dentro del contexto de la Política de Juventud se enmarca la participación de los jóvenes en la vida pública y en la consolidación de una cultura de la solidaridad y de convivencia, fortaleciendo la formación ciudadana para que se involucre en el acceso a bienes y servicios públicos, animando a las entidades territoriales y a los organismos no gubernamentales para la propuesta y puesta en marcha de Políticas de Atención a la Población Juvenil a través de la motivación a la participación y a la institucionalización de programas para esta población; promoviendo oportunidades económicas, sociales y culturales, incluyendo espacios que permitan a la juventud construir, expresar y desarrollar su identidad logrando así una participación activa en la vida social del Distrito Capital.

En las diferentes localidades de Bogotá se priorizaron problemáticas que reflejan las necesidades de los jóvenes, fundamentadas en los derechos descritos en la política de juventud, entre otras la deserción escolar.

Así mismo, la falta de espacios a nivel local han identificado problemáticas álgidas que afectan a los jóvenes, como: relaciones negativas de comunicación con los padres, conducta suicida, carencia de patrones psicoafectivos, embarazo en adolescentes, relaciones de pareja prematura, falta de orientación sobre la sexualidad, indiferencia de los jóvenes frente a la discapacidad, el consumo de sustancias psicoactivas, la falta de acceso a la educación básica y superior, trabajo infantil en condiciones inseguras que afectan a la salud y calidad de vida, falta de herramientas pedagógicas en el área productiva, no existe oportunidad para la creación de nuevos desarrollos científicos y tecnológicos, escasos programas y proyectos en pro de la calidad de vida de los jóvenes, difícil acceso a la alimentación y servicios de planificación, medición del impacto de la promoción y la prevención y tratamiento de la salud mental, alto consumo de bebidas alcohólicas, escasez de programas educativos y proyectos culturales y recreativos, insuficientes escenarios y adecuación de los mismos, ausencia de espacios para la utilización del tiempo libre y la carencia de oportunidades laborales, que inciden en la calidad de vida de esta población y, por tanto, son motivo de análisis que conllevan al planteamiento de alternativas de solución que puedan ser viables.



Dentro del contexto de la Política de Juventud se enmarca la participación de los jóvenes en la vida pública y en la consolidación de una cultura de la solidaridad y de convivencia.



Un objetivo específico es sensibilizar a los actores locales desde lo distrital, acerca de las necesidades de los jóvenes y la exigencia de crear respuestas articuladas que permitan mejorar la calidad de vida y salud de la población en general.

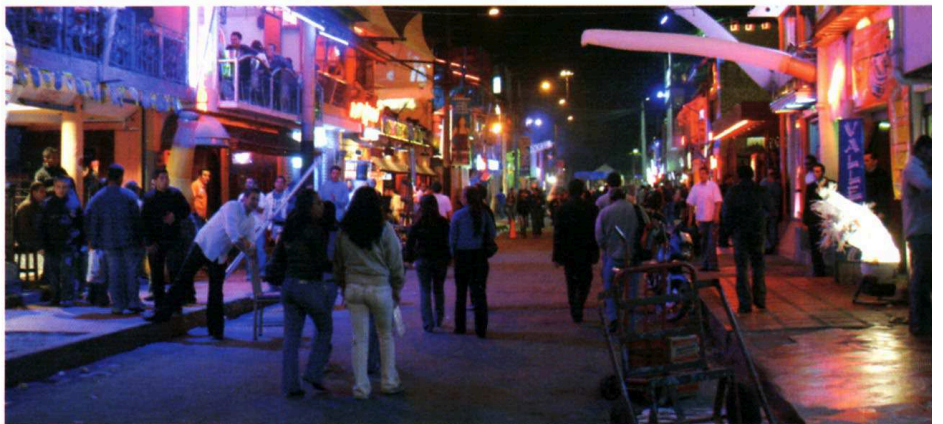
OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proveer de herramientas a los tomadores de decisiones para que puedan planear e implementar en el nivel Distrital, local y comunitario, políticas e intervenciones para el mejoramiento de la calidad de vida de la juventud de la ciudad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☒ Evidenciar, a partir de las contribuciones de los y las jóvenes y de los actores institucionales de la ciudad, la problemática de la población joven y su determinación sobre el perfil salud - enfermedad de la misma.
- ☒ Consolidar la respuesta institucional y comunitaria de las diferentes localidades frente a las problemáticas evidenciadas.
- ☒ Definir la corresponsabilidad institucional de la sociedad civil en la problemática de los jóvenes.
- ☒ Detectar las posibilidades para el diseño de estrategias y programas de juventud en el ámbito local y distrital.
- ☒ Sensibilizar a los actores locales desde lo distrital, acerca de las necesidades de los jóvenes y la exigencia de crear respuestas articuladas que permitan mejorar la calidad de vida y salud de la población en general.
- ☒ Proponer intervenciones necesarias para aumentar las capacidades de las y los jóvenes y mejorar su actuación frente a sus derechos y deberes.



MARCO CONCEPTUAL

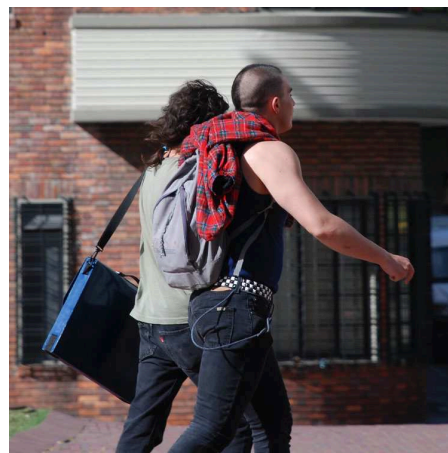
Colombia es un país en construcción en donde la esperanza de un futuro mejor alimenta la lucha cotidiana por la paz y la convivencia. Lo mejor de esa esperanza está representado en nuestros niños y jóvenes, que constituyen la semilla de un país más solidario y tolerante, en camino democrático hacia el progreso y hacia la paz, es también un país joven: uno de cada dos colombianos está pasando por esa etapa de la vida que llamamos juventud o lo hará en los próximos años. La pobreza, la violencia y, lo más significativo, la falta de oportunidades que aqueja a grandes grupos de nuestra población, afecta con especial dureza a estos niños y jóvenes:

Una parte reveladora en la legislación de la política social de los últimos años se ha orientado hacia la consecución de instrumentos legales que faciliten el adecuado desarrollo de la niñez, y abran las puertas a nuevas oportunidades de participación ciudadana y formación integral de nuestros jóvenes, de manera que se favorezca la promoción de sus inmensas potencialidades. La Constitución de 1991 introdujo innovaciones importantes a este respecto y la legislación posterior desarrolló el espíritu constitucional. La Ley 115 “Ley General de Educación” es uno de los casos más representativos.

El texto de la Ley de la Juventud corresponde a ese esfuerzo por recoger y proyectar al futuro los postulados de la Constitución, colocando los hitos fundadores de lo que queremos que sea la Colombia del nuevo milenio. En este caso, el origen mismo de la Ley es resultado de un amplio proceso de participación de la juventud colombiana: durante dos años se discutieron propuestas -a todo lo largo y ancho del país- en foros que convocaron a más de 6 mil jóvenes y a muchos participantes de los más diversos sectores sociales. El Congreso de la República y el Gobierno nacional estuvieron presentes en este proceso, y acogieron la voz de los jóvenes colombianos.

El texto final recoge lo más sustantivo de estos debates, haciéndolo coherente con nuestro ordenamiento institucional. Se ha obtenido así la Ley de la Juventud. Un texto que pese a su brevedad, contiene tres avances trascendentales para la vida del país: el reconocimiento expreso de los jóvenes como sujetos de derecho, el llamado a su participación plena en la sociedad, y el reconocimiento de las responsabilidades del Estado y la sociedad en la formulación y ejecución de Políticas Públicas de Juventud. La democratización y la modernización de la gestión social son dos grandes horizontes hacia los que apunta la Ley: como todos sabemos, también representan importantes pilares de nuestra Constitución.

Conscientes que las leyes no modifican la realidad por el sólo hecho de ser promulgadas, es nuestro compromiso, desde el Ministerio de Educación Nacional, trabajar intensamente en el desarrollo de la Ley de la Juventud; porque sabemos que los niños y los jóvenes de Colombia son nuestro mejor patrimonio, constituyen la garantía para continuar edifi-



La Constitución de 1991 introdujo innovaciones importantes a este respecto y la legislación posterior desarrolló el espíritu constitucional. La Ley 115 “Ley General de Educación” es uno de los casos más representativos.

cando, a las puertas del siglo XXI, la Nación en progreso, en justicia y en convivencia, que todos queremos. De su parte, es responsabilidad de los jóvenes apropiarse de la Ley y hacer realidad sus alcances, aprovechando los nuevos y valiosos espacios que se abren para ellos.

En este marco, el texto parte destacando que “la Política Nacional de Juventud no es el conjunto de actividades que realiza el Programa Presidencial Colombia Joven, sino todos los esfuerzos y acciones que se adelantan desde las diferentes instituciones sectoriales de la administración pública y cuyos destinatarios son los jóvenes”. Al mismo tiempo, destaca que “la Política Nacional de Juventud es el punto de partida y el escenario de llegada”, en la medida en que “el Plan Decenal de Juventud, que se formulará a través de un ejercicio de debate y concertación de amplia cobertura, será la ruta que permitirá que en Colombia exista tanto una Política de Estado en relación con los jóvenes, como una permanente discusión sobre asuntos relativos a la juventud”.

El documento asume una serie de “criterios” que sustentan la política de juventud, entre los que se incluyen: énfasis en lo local, equidad y pluralidad, enfoque de género, diferenciación entre adolescencia y juventud, destaque de los derechos de los jóvenes, perspectiva poblacional para incidir en lo sectorial, apropiación presupuestal, y relación dinámica y fluida con los Planes de Desarrollo. Aunque no se distinguen derechos específicos, importa destacar -en el marco de estas notas- que no se hace referencia en ningún momento a los derechos reproductivos, aspecto clave de nuestro análisis específico.

Ser joven es percibir la vida en todas sus manifestaciones y lo expresan en diferentes simbologías, manifiestas en la forma de vestir, actuar, en sus gustos musicales, en la manera de sentir, de pensar, teniendo claro que la juventud es una etapa de la vida donde se puede elegir y construir un presente y un futuro; muestran, además, una visión de grupo social capaz de crearse a sí mismo, en relación con los otros, con la naturaleza, con sus espacios de desarrollo cotidiano y que pueden construir signos y símbolos y toda una visión del mundo (universo).

Los jóvenes se consideran con la posibilidad de ejercer un rol protagónico a través de la familia, la escuela, el barrio, las instituciones y el Estado, y reclaman a gritos el reconocimiento de su diversidad y el ejercicio de sus derechos. Existe una percepción por parte de los jóvenes, de un sentir, una sociedad que no les da la posibilidad de expresarse y desarrollar sus potencialidades.

Los jóvenes esperan que los adultos y la sociedad los reconozca con su expresión propia, intento de rechazo desde la sociedad en general, una sociedad que los estigmatiza como rebeldes, como jóvenes sin ideales y sin metas. Que reconozcan que tienen derechos. “La juventud es un estado pero, a la vez, es parte de un proceso continuo; es algo individual pero profundamente determinado por un contexto social; es, en fin, un presente pero es la esperanza o el temor de un futuro. No es extraño, en consecuencia, que la juventud se halle marcada por el signo de la indeterminación pero que, al mismo tiempo, sus características contribuyan a determinar el porvenir”.⁷

Que entiendan su forma de vestir y muchos de sus comportamientos, que entiendan que los jóvenes son producto de la historia que se ha construido en la sociedad. Los jóvenes en el fondo esperan que los adultos los reconozcan como una expresión propia, que entiendan su forma de vestir y muchos de sus comportamientos, que entiendan que los jóvenes son producto de la historia que se ha construido en la sociedad. Es decir, se consideran con la posibilidad de ejercer un rol protagónico a través de la familia, la escuela, el barrio, las instituciones, el Estado.

Para efectos del trabajo alrededor de esta etapa del ciclo vital y en concordancia con los diferentes conceptos citados anteriormente, pero atendiendo también a los cambios que



Los jóvenes se consideran con la posibilidad de ejercer un rol protagónico a través de la familia, la escuela, el barrio, las instituciones y el Estado, y reclaman a gritos el reconocimiento de su diversidad y el ejercicio de sus derechos.

⁷ Alcaldía Mayor de Bogotá, CIDER, Corporación Región; Política Pública de juventud de Bogotá, 2004 pg. 9



se suceden tanto a nivel físico y psicosocial como de demandas y adaptaciones sociales actuales, se hace necesario tener en cuenta que dentro de la etapa del Ciclo Vital Juventud se deben referenciar, en el momento de realizar intervenciones o planear programas, proyectos o acciones, unas características que permitan diferenciar entre la adolescencia y la juventud, pues aunque ambas hacen parte de esta etapa del ciclo, sus necesidades y características son diferentes.

La Ley de la Juventud en su capítulo I, artículo 3°, entiende por juventud “a la persona entre 14 y 26 años de edad”. A renglón seguido se establece que “esta definición no sustituye los límites de edad establecidos en otras leyes para adolescentes jóvenes”.

En términos generales, la adolescencia es el período de vida que inicia al finalizar la niñez y que termina al comenzar la vida adulta. Establecer rangos de edad para ello es un poco difícil, aunque se ha postulado que puede ir desde los 12 hasta los 18 años más o menos 2 años. Desde el punto de vista legal en nuestro país, la adolescencia termina a los 18 años, edad en que el individuo es mayor de edad y por tanto, se le considera adulto. Se puede afirmar también que se deja de ser adolescente cuando se asumen responsabilidades de adulto, como maternidad, vida laboral activa, entre otras.

Son múltiples las concepciones que se han establecido en torno del concepto de juventud, desde el punto de vista biológico o fisiológico, sin embargo, para la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, la apuesta es entenderla como una categoría válida referida a una etapa en la vida de las personas, que aunque referenciada generalmente por unos límites de edad biológica, es definida fundamentalmente por las convenciones sociales. La juventud es concebida como una categoría que se constituye en fruto de construcciones y significaciones sociales en contextos históricos y sociedades determinadas, es un proceso de permanentes cambios y resignificaciones; como construcción social, se hace necesario hablar de juventudes en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre unos y otros jóvenes.

Cualquier división etárea para las diferentes etapas del ciclo vital es arbitraria. “Siempre se es joven o adulto para alguien; es decir, que la juventud y la edad adulta no están dadas, sino que se construyen socialmente en las complejas interacciones entre jóvenes y adultos. Las relaciones entre la edad social y la edad biológica son complejas y, en tal virtud, el concepto de juventud que de ellas se deriva es manipulable⁸; sin embargo, también se hace necesario referenciar desde el punto de vista etéreo cuál es el referente en el cual se realizan las acciones con jóvenes: “Para la legislación colombiana joven es toda persona entre 14 y 26 años, mientras que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera como población juvenil a las personas entre 10 y 24 años; considerando por separado tres grupos de edad: 10 a 14 años (preadolescentes), 15 a 19 (adolescentes jóvenes) y 20 a 24 (jóvenes) y dos grupos de edad resumen: 10 a 19 (adolescentes) y 10 a 24 (población juvenil).”

⁸ Estado de la población mundial 2003, Valorizar a 1000 millones de adolescentes, Fondo de población de las Naciones Unidas, UNFPA, pag. 3

Desde el punto de vista legal en nuestro país, la adolescencia termina a los 18 años, edad en que el individuo es mayor de edad y por tanto, se le considera adulto.





Como etapa inicial de tránsito hacia la autonomía, el adolescente sintetiza y recicla las funciones evolutivas que se han cumplido en etapas anteriores alrededor del apego, la separación, la exploración y la construcción del estilo personal en lo individual y lo relacional.

A continuación se presenta la subdivisión del ciclo vital de Juventud por el cual se organizan las actividades realizadas en el Plan de Atención Básica, Nuevo Plan de Acciones Colectivas dado por la Secretaría Distrital de Salud. Adolescencia temprana o inicial (11 - 14 años), Adolescencia media (15 - 18 años), Juventud (19 - 26 años).

Adolescencia temprana o inicial (11 - 14 años).

Como etapa inicial de tránsito hacia la autonomía, el adolescente sintetiza y recicla las funciones evolutivas que se han cumplido en etapas anteriores alrededor del apego, la separación, la exploración y la construcción del estilo personal en lo individual y lo relacional. La autoimagen entra en un proceso de cambio y se convierte en foco de preocupación, en la medida que con ello se garantiza la pertenencia a un grupo de pares; en este periodo, se ajusta a los cambios puberales y continúa la curiosidad sexual, prefiere socializar con "pares" del mismo sexo, se centra generalmente en sí mismo y explora qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad. Existen discrepancias entre las expectativas y creencias con respecto de la vida favoreciendo conductas de rebeldía.

Adolescencia media (15 - 19 años).

Esta es por excelencia una etapa de expansión, es decir, amplia, revisa y pone a prueba la visión de la vida y de los valores acerca de sí mismo, de la familia y de la sociedad, razón por la cual, los adolescentes son los más duros cuestionadores en el hogar y en la escuela, es más marcado el distanciamiento afectivo y la mala comunicación con los padres sintiéndose casi siempre incomprendido en sus argumentos y en los planteamientos que revelan sus diferencias de opinión cuya presentación tiene el valor de una afirmación personal mucho más que en otras épocas de la vida. Explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual, se fascina por la capacidad de pensar diferente y el descubrir la abstracción de nuevos conceptos, surge la posibilidad e interés de vincularse a actividades colectivas que den reconocimiento social y cultural y que legitimen su diferencia de pensamiento.

Juventud (19 - 26 años).

Esta es la etapa de consolidación de su identidad y estilo personal. El joven afianza su proceso de emancipación de sus padres, hay un refinamiento en la capacidad de pensar, busca su independencia en los diferentes ámbitos de desarrollo e integra su imagen corporal con su identidad; establece y consolida relaciones que se basan en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de los otros, define planes y metas específicas, viables y reales a partir de sus propios intereses y construye su proyecto de vida desde la interdependencia con su pareja, amigos y relaciones laborales. Es capaz de abstraer conceptos y define su sistema de valores e ideología.

Estas capacidades psicoafectivas de empezar a construir un mundo diferente del de la crianza suele fluctuar primero con la institución familiar, luego con las sociales, oscilar desde su capacidad de descentrarse de la normatividad, de su creatividad, desde su posibilidad de relacionarse con otros y configurar nodos sociales.



MARCO LEGAL

- ☒ Ley 74 de 1968 con la cual fueron aprobados los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los cuales fueron ratificados por Colombia en 1969 y entraron en vigor a partir del año 1976.
- ☒ Numeral 5º de la Declaración y el Programa de Acción de Viena aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993 señala que “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso”.
- ☒ La Declaración de Lima (Perú). Febrero de 2005, en la cual frente al aumento del VIH en jóvenes y sus derechos humanos, se propuso abordar la prevención y asistencia del VIH/sida en el marco de los derechos humanos acorde con las necesidades y orientaciones de la juventud, desde una perspectiva de género, que además promueva una sexualidad responsable, libre de miedos, prejuicios, discriminaciones, establecer diálogos para que los adultos y los jóvenes sean interlocutores en una relación de confianza y proporcionar información veraz, oportuna, especialmente, para el ejercicio de los derechos humanos, interpretando a la salud de manera integral y de calidad.
- ☒ Documento CONPES de Juventud 1992 y 1995: se orientó al fortalecimiento de espacios de participación juvenil, la capacidad institucional para atender sus demandas, la inversión en la población joven que tiene pocas oportunidades, la necesidad de promover la equidad de género, la perspectiva de género y la identificación de necesidades y diferencias entre mujeres y hombres jóvenes. Este mismo documento propuso los consejos de juventud, la ampliación de la cobertura educativa, el fortalecimiento de los programas de salud preventivos, la educación sexual y el trabajo por la salud integral del adolescente. El CONPES 1995 tiene como criterios básicos el reconocimiento de la gente joven como sujetos de derechos y deberes, la participación y la ampliación de las posibilidades de desarrollo. Propone las casas de juventud, el desarrollo integral de los jóvenes, las innovaciones pedagógicas en educación sexual y los programas de prevención de eventos como la drogadicción y alcoholismo. Otro aspecto importante es la participación y el ejercicio de la ciudadanía.
- ☒ La Constitución Política de Colombia la basa especialmente en los derechos fundamentales, sociales y culturales descritos en sus diferentes artículos entre ellos el derecho a la vida, al desarrollo de la personalidad y el derecho a los servicios de salud. A continuación se menciona aquellos que son importantes en términos de adolescencia y juventud: Artículo 45: el adolescente tiene derecho a la protección y a la formación. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de

El CONPES 1995 propone las casas de juventud, el desarrollo integral de los jóvenes, las innovaciones pedagógicas en educación sexual y los programas de prevención de eventos como la drogadicción y alcoholismo.





Entre sus metas se encuentran ofrecer a la gente joven servicios de salud y seguridad social, acciones de prevención para disminuir los riesgos de muerte violenta, violencia intrafamiliar.

la juventud; Artículo 49: se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

- ☒ Ley 375 de 1997 “Por la cual se crea la ley de la juventud y se dictan otras disposiciones” tiene por objeto “establecer el marco institucional y orientar políticas, planes y programas por parte del Estado y la sociedad civil para la juventud” y señala en su artículo 15 que: “El Estado garantizará el apoyo en la realización de planes, programas y proyectos que tengan como finalidad el servicio a la sociedad, la vida, la paz, la solidaridad, la tolerancia, la equidad entre géneros, el bienestar social, la justicia, la formación integral de los jóvenes y su participación política en los niveles nacional, departamental y municipal”.
- ☒ En la misma ley en su artículo 26 contempla que: “El Estado, los jóvenes, organismos, organizaciones y movimientos de la sociedad civil que trabajen en pro de la juventud, concertarán las políticas y el plan nacional, departamental, municipal y distrital de juventud, que contribuyan a la promoción social, económica, cultural y política de los jóvenes (...)”.
- ☒ Política Nacional de Juventud. 2006-2016: sienta las bases para el Plan Decenal de juventud y ha sido construida con la participación de la juventud colombiana y de las instituciones y organizaciones que trabajan con este grupo de población. Reconoce a la gente joven como sujeto de derecho, portadora de valores y potencialidades específicas que la convierten en actores clave para la construcción de una sociedad más equitativa, democrática, en paz y con justicia social. Además promueve el reconocimiento de la diversidad, de las particularidades de hombres y mujeres y las diferencias de ellos para relacionarse con los otros y con el mundo. Entre sus metas se encuentran ofrecer a la gente joven servicios de salud y seguridad social, acciones de prevención para disminuir los riesgos de muerte violenta, violencia intrafamiliar, además, contribuir a la reducción de la incidencia de embarazos en adolescentes y de VIH, impulsar la afiliación de los jóvenes a la seguridad social, la mejora de condiciones de atención médica y hospitalaria, y la prestación atención integral a las jóvenes gestantes y lactantes.
- ☒ Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia: cambia la manera como el Estado aborda el tema de los niños, niñas y adolescentes asumiendo una política de infancia y adolescencia que protege a todos y todas y no solo a quien está en situación irregular, además define las responsabilidades de la familia, la sociedad y el Estado. La protección integral de los infantes y adolescentes definida en el código, establece un sistema de derechos y garantías, políticas públicas, restablecimiento de los derechos, pero además define el sistema de responsabilidad penal para adolescentes como sujeto de derechos y, por tanto, por el deber de responder por delitos, regulando el proceso ante la justicia penal y la reparación de las víctimas.

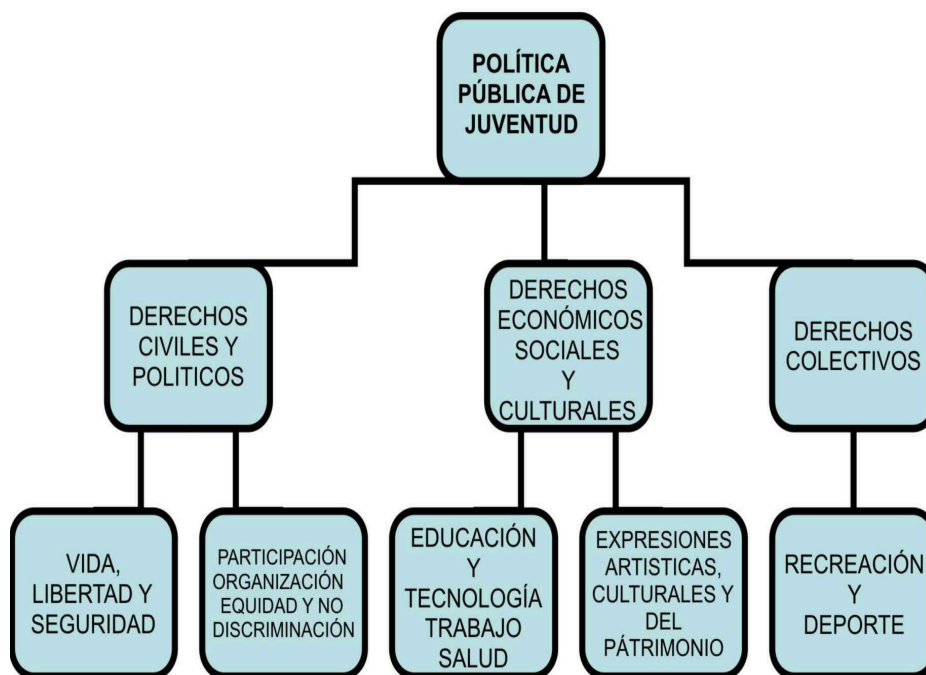


Se fortalecerán y promoverán las políticas, instancias, estrategias, y programas para la juventud, brindando mecanismos, escenarios y oportunidades que garanticen el ejercicio de sus derechos



- ☒ El Decreto No. 822 de 2000, crea en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República el Programa Presidencial para el Sistema Nacional de Juventud “Colombia Joven”, con el cometido de “fijar políticas, planes y programas que contribuyan a la promoción social, económica, cultural y política de la juventud. En tal virtud -se establece- promoverá la coordinación y concertación de todas las agencias del Estado y de las demás organizaciones sociales, civiles y privadas, en función del pleno desarrollo del Sistema Nacional de Juventud establecido en la Ley 375 de 1997 y de los sistemas territoriales de atención interinstitucional a la juventud, e impulsará la organización y participación juvenil en el campo económico, tecnológico, político, social y cultural y la vinculación de los jóvenes colombianos con la globalización y el desarrollo universal”.
- ☒ Diagrama 1. Política Pública de Juventud de Bogotá
- ☒ Acuerdo Número 119 de 2004, por medio del cual se adopta el “Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2004-2008. Bogotá Sin Indiferencia. Un Compromiso Social contra la Pobreza y la Exclusión” establece en el artículo 4º entre las “Políticas Generales de Plan de Desarrollo” la referida al tema de “Juventud” en los siguientes términos: “Se fortalecerán y promoverán las políticas, instancias, estrategias, y programas para la juventud, brindando mecanismos, escenarios y oportunidades que garanticen el ejercicio de sus derechos, la participación con decisión, el reconocimiento de su diversidad y la elevación de sus capacidades en función de fortalecerlas como un sujeto político para la realización de sus proyectos de vida y la construcción de una sociedad justa y democrática. Se fortalecerán las políticas públicas en materia de prevención integral del uso indebido de sustancias psicoactivas y de formación en salud sexual y reproductiva; igualmente, se adoptarán mecanismos efectivos para el diseño y apoyo a la gestión productiva de iniciativas colectivas de los jóvenes profesionales y no profesionales”.
- ☒ Acuerdo Distrital 159 de 2005 “Por el cual se establecen los lineamientos de la Política Pública de Juventud para Bogotá, D.C., en su artículo contempla como fines de la misma: “... la protección, promoción y ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos de los jóvenes, y la garantía de las condiciones y oportunidades

Diagrama 1. Política Pública de Juventud de Bogotá



individuales y colectivas que les permitan participar en la vida social, económica, cultural y democrática del Distrito y su pleno desarrollo para que, mediante las acciones que ellos mismos realicen, puedan convertir en realidad sus proyectos de vida en beneficio propio y de la sociedad de la que hacen parte y la construcción de un nuevo país”.

- ☒ Decreto 482 de noviembre de 2006: por medio del cual se adopta Política Pública de Juventud para Bogotá D.C. 2006-2016. La Política Pública de Juventud, y las acciones que se deriven de ésta, se fundamentarán en un enfoque de derechos. Es decir, la política definirá los mecanismos, escenarios y oportunidades que permitan garantizar la protección, promoción, restitución y ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos de los y las jóvenes en la ciudad, así como la participación, y el reconocimiento de su diversidad. Se pretende que la Política Pública de Juventud en Bogotá (PPJ), se convierta en una herramienta a través de la cual los y las jóvenes puedan acceder a los diferentes mecanismos de participación, y así se conviertan en agentes capaces de aportar a la generación y desarrollo de políticas y programas de gobierno.



La política de Juventud definirá los mecanismos, escenarios y oportunidades que permitan garantizar la protección, promoción, restitución y ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos de los y las jóvenes en la ciudad.

PROCESOS METODOLÓGICOS

Las metodológicas planteadas por los diferentes documentos son fundamentadas en el análisis diseccionado por la Secretaría Distrital de Salud, se identifican a través de los diferentes ámbitos de vida cotidiana, las características propias de este grupo poblacional así como las necesidades sentidas tanto a nivel comunitario como institucional, a partir de los derechos enmarcados dentro de la política pública de juventud, así como la satisfacción o inconformidad de este ciclo vital como actores únicos en estos procesos en las localidades del Distrito.

Así se dan a conocer las respuestas institucionales dentro de los diferentes escenarios identificados, y se plantean alternativas de solución, viables y alcanzables que obedezcan a la dinámica de la comunidad en relación con el trabajo institucional, incorporándolas dentro de las labores cotidianas como valor agregado a la intervención de las políticas, proyectos y programas locales, distritales y nacionales.



CONSOLIDADO CENSO GENERAL DE POBLACIÓN DE BOGOTÁ 2005 POR EDAD-LOCALIDAD (DANE)

LOCALIDAD	GRUPOS DE EDAD					TOTAL
	10 A 14	15 A 19	20 A 24	25	26	
Usaquén (1)	31.206	33.648	39.707	8.163	7.944	120.668
Chapinero (2)	6.310	9.252	13.683	2.807	2.810	34.862
Bosa (7)	52.135	45.627	46.725	9.371	8.985	162.843
Kennedy (8)	85.028	79.475	89.357	18.841	18.529	291.230
Santafé (3)	9.150	9.041	10.061	2.094	1.959	32.305
San Cristóbal (4)	41.634	38.121	38.126	7.553	7.230	132.664
Fontibón (9)	25.424	24.029	27.338	5.860	5.799	88.450
Engativa(10)	65.433	63.959	76.022	15.584	15.386	236.384
Usme (5)	33.345	29.543	28.804	5.506	5.354	102.552
Tunjuelito (6)	17.007	17.134	17.920	3.446	3.308	58.815
Suba (11)	80.151	76.197	83.810	17.728	16.977	274.863
Barrios Unidos (12)	15.178	16.639	21.730	4.649	4.380	62.576
Teusaquillo (13)	7.425	10.191	14.351	3.078	2.908	37.980
Mártires (14)	7.284	7.849	9.639	1.996	1.868	28.636
Antonio Nariño (15)	10.091	10.079	11.130	2.212	2.050	35.562
Puente Aranda (16)	20.010	20.907	25.258	5.276	4.873	76.324
La Candelaria (17)	1.551	2.347	2.625	549	541	7.613
Rafael Uribe Uribe (18)	36.121	34.230	36.220	6.967	7.111	120.649
Ciudad Bolívar (19)	61.671	54.400	54.201	10.532	10.225	191.029
Bogotá Resto	1.875	1.459	1.183	221	227	4.965
Total Bogotá	608.056	584.127	647.890	132.433	128.464	2.100.970

Fuente: CENSO GENERAL DE POBLACIÓN DE BOGOTÁ 2005 por grupos de edad tradicional según localidad. (DANE)

Las metodológicas encontradas en los documentos fueron:

Grupos Focales, dentro de los cuales se tuvo participación activa de la comunidad con representante de jóvenes y de aquellas personas que dentro de su quehacer interactúan de manera activa en la formación de la población joven del Distrito dentro de las diferentes localidades. Los grupos focales son espacios de interacción que permiten la expresión de ideas, dirigidos por preguntas que han sido establecidas para dar respuesta a las problemáticas identificadas con los actores institucionales de cada localidad; se caracterizan por ser una técnica utilizada para la recolección de datos cualitativos, proporcionando información descriptiva. Los participantes son dirigidos por un moderador el cual sondea y ayuda al grupo a explorar el tema con mayor profundidad. El tema a trabajar debe estar claro y los participantes deben estar familiarizados con el mismo.

Árbol de Problemas, el cual ha sido utilizado como una de las herramientas fundamentales en la planificación, especialmente en proyectos. El análisis del árbol de problemas, llamado también análisis situacional o, simplemente, análisis de problemas, ayuda a encontrar soluciones a través del mapeo del problema. Identifica en la vertiente superior las causas o determinantes y en la vertiente inferior las consecuencias o efectos, utilizada para identificar y priorizar problemas, objetivos o decisiones.

El problema principal es representado como el tronco de un árbol y los factores relevantes, influencias y resultados se reflejan como raíces y ramas. Esta herramienta fue utilizada para la realización de la Priorización de Problemáticas, dentro de la Sala C.

Lluvias de Ideas, es una técnica para generar muchas ideas en un grupo. Requiere de la participación espontánea de todos. Con la utilización de la “Lluvia de ideas” se alcanzan nuevas ideas y soluciones creativas e innovadoras, rompiendo paradigmas establecidos. El clima de participación y motivación generado por la “Lluvia de ideas” asegura mayor calidad en las decisiones tomadas por el grupo, más compromiso con la actividad y un sentimiento de responsabilidad compartido por todos. Así como el árbol de problemas es una herramienta metodológica que permitió la elaboración de la Priorización de Problemáticas, dentro de la Sala C.

Entrevistas Estructuradas, se basan en un marco de preguntas predeterminadas. Estas se establecen antes de que inicie la entrevista y todo solicitante debe responderlas. Este enfoque mejora la contabilidad de la entrevista, pero no permite que el entrevistador explore las respuestas interesantes o poco comunes. Por eso la impresión de entrevistado y entrevistador es la de estar sometidos a un proceso sumamente mecánico. Es posible, inclusive, que muchos solicitantes se sientan desalentados al participar en este tipo de procesos.

Conversatorios, a través de la puesta en común del conocimiento de los participantes, se espera identificar ejes y líneas transversales que evidencien los puntos de mayor trascendencia sobre los temas a tratar.

Lecturas de Necesidades: teniendo en cuenta la Política Nacional de Juventud se definieron los temas de análisis para cada localidad, de estas se desprendió el proceso de priorización que tuvo como base las necesidades identificadas por los profesionales del Plan de Intervenciones Colectivas en conjunto con los funcionarios de las instituciones y grupos comunitarios con los cuales se desarrolló el trabajo.

La lectura de necesidades se llevó a cabo dentro del concepto de determinantes sociales, lo cual permitió definir las posibilidades de intervención a los problemas observados y los diferentes niveles de articulación requeridos para generar respuestas efectivas a estos. La clasificación de las necesidades observadas en cada uno de los temas priorizados se realizó según los determinantes sociales observados.



Las entrevistas estructuradas, se basan en un marco de preguntas predeterminadas. Estas se establecen antes de que inicie la entrevista y todo solicitante debe responderlas. Este enfoque mejora la contabilidad de la entrevista, pero no permite que el entrevistador explore las respuestas interesantes o poco comunes.



ETAPA DEL CICLO VITAL JUVENTUD

REFERENTE SITUACIONAL⁹

Dinámica Poblacional

Según la información del CENSO 2005, publicada por el DANE, en Bogotá habitan 6.778.691 personas; del total de población, aproximadamente 2.100.970, son jóvenes que se encuentran en el rango de edad de 10 a 26 años, lo que representa un peso porcentual del 30,99 por ciento de población joven en la ciudad. Tomando el total de población joven, el 49,02 por ciento pertenece al sexo masculino y el 50,97 al femenino. La distribución de la población joven de acuerdo con el grupo de edad establece que, del total de jóvenes, el 50,98 por ciento se encuentra dentro del rango de edad entre los 10 y 18 años y el 49,01 por ciento está entre los 19 y 26 años de edad. La mayor proporción de jóvenes, de acuerdo con el total de la población por localidad, se concentra en Kennedy con 291.230 jóvenes entre los 10 a 26 años, le siguen las localidades de Suba con 274.863, Engativá con 236.384 y Ciudad Bolívar con 191.029 jóvenes en este mismo rango de edad. Por el contrario, las localidades con menor proporción de jóvenes con respecto de su población son: La Candelaria con 7.613 entre 10 y 26 años, Los Mártires con 28.636 y la localidad de Santa Fe con 32.305 en este rango de edad.

Aspectos socioeconómicos

En el informe de desarrollo humano Bogotá 2008¹⁰, se especifica que los jóvenes se ven en la necesidad de entrar rápidamente al mercado laboral, porque carecen de acceso a la educación técnica y universitaria, y la poca oferta educativa existente, no satisface las expectativas de este grupo poblacional, ni son coherentes con las necesidades laborales de la ciudad; entre las personas de 18 a 24 años asistentes al sistema educativo solo el 25 por ciento tiene esta posibilidad; unos 450.000 bachilleres no han podido ingresar a la educación superior.

Este hecho ha sido significativo en Bogotá desde hace ya varios años, pues para el periodo 2002-2003¹¹ como actividad principal el 42,4 por ciento de los jóvenes bogotanos se encuentra trabajando, lo que significa una mayor parte del tiempo dedicada a realizar alguna actividad laboral remunerada o no. En segundo lugar la dedicación de los jóvenes es el estudio, con un 28 por ciento, sin embargo, no significa que los que realizan actividades



La mayor proporción de jóvenes, de acuerdo con el total de la población por localidad, se concentra en Kennedy con 291.230 jóvenes entre los 10 a 26 años, le siguen las localidades de Suba con 274.863.

⁹ Documento construido con la participación de los profesionales que desde las diferentes Transversalidades y PDA hacen parte del grupo funcional de Juventud al interior de la Dirección de Salud Pública.

¹⁰ Informe de Desarrollo Humano Bogotá 2008. Pág. 136

¹¹ Situación Socioeconómica de los jóvenes en Bogotá, 2002-2003. Departamento Administrativo de Acción Comunal, Centro de Investigaciones para el Desarrollo Universidad Nacional.

económicas, no tengan como segunda actividad el estudio. En este mismo periodo, la Población económicamente trabajadora la conformaban 1.637.000 jóvenes, de los cuales 711 mil estaban vinculados a alguna institución educativa o enrolada y 926 mil se encontraban fuera del sistema educativo. Dentro de los 694 mil que se encontraban ocupados, sólo el 20 por ciento estaba vinculado al sistema educativo y de los desempleados (285 mil), sólo el 25 por ciento asistía. Por tanto, la Población Económicamente Activa conformada por 983 mil jóvenes era en su mayoría de jóvenes expulsados prematuramente del sistema escolar (78 por ciento de los jóvenes que la integran).

Cuadro 3. Tasas de participación, ocupación y desempleo de jóvenes que han abandonado el sistema escolar por nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	TASA DE PARTICIPACIÓN	TASA DE OCUPACIÓN	TASA DE DESEMPLEO
NINGUNO	21.47%	17.76%	17.27%
PRIMARIA	77.35%	58.68%	24.14%
SECUNDARIA	78.45%	55.53%	29.21%
MEDIA	83.67%	58.66%	29.59%
PREGRADO	94.91%	71.55%	24.61%
POSTGRADO	95.30%	87.07%	8.62%
NO INFORMA	90.92%	81.24%	10.65%
TOTAL	82.51%	59.43%	27.98%

FUENTE: Cálculos CID con base en DANE -2002-2003-ECH

Respecto de la remuneración del trabajo¹², se observa que el grupo de jóvenes mayores de 18 años es el que presenta mayor porcentaje de esta característica, mientras que en el grupo de 14 a 17 se observa mayor porcentaje en la categoría de la de “familiar o ayudante sin remuneración”. Para las mujeres, el empleo doméstico es una categoría marcada con el 13,8 por ciento, en los hombres esta pesa menos del 1 por ciento y se observa con mayor énfasis dentro del grupo de las adolescentes de 14 a 18 años, pues el 30 por ciento de las mujeres ocupadas que pertenecen a este rango de edad se dedican al trabajo doméstico.

Así mismo, es importante anotar que los jóvenes del Distrito no se encuentran exentos de la situación que ocurre en el país. Según el periódico Portafolio “Una investigación del CID (Universidad Nacional) para el Minprotección Social señala que el desempleo golpea con mayor fuerza a los trabajadores de este grupo y particularmente a los más pobres”. La tasa de desocupación en este rango etéreo llegó a 28,9 por ciento en el 2006. Los jóvenes están en el peor de los mundos del mercado laboral: son casi la mitad de los desempleados y no alcanzan a ser la cuarta parte de los ocupados.

Cuadro 4. Distribución de jóvenes ocupados según posición ocupacional, género y grupos de edad 2002-2003

SEXO	EDAD	ASALARIADO	EMPLEADO DOMESTICO	INDEPENDIENTE	FAMILIAR O AYUDANTE SIN REMUNERACIÓN	OTROS
HOMBRES	14-17	58.11%	0.87%	19.25%	21.77%	0.00%
	18-24	79.76%	0.13%	16.10%	3.68%	0.32%
	25-26	77.98%	0.09%	20.04%	1.35%	0.53%
	TOTAL	77.31%	0.19%	17.37%	4.79%	0.34%
MUJERES	14-17	31.44%	29.75%	14.27%	24.38%	0.16%
	18-24	66.34%	13.79%	14.36%	5.28%	0.22%
	25-26	73.38%	8.93%	15.04%	2.65%	0.00%
	TOTAL	65.42%	13.78%	14.53%	6.11%	0.16%
TOTAL	14-17	46.23%	13.74%	17.03%	22.93%	0.07%
	18-24	73.25%	6.76%	15.26%	4.46%	0.27%
	25-26	75.68%	4.52%	17.54%	2.00%	0.27%
	TOTAL	71.54%	6.79%	15.99%	5.43%	0.27%

FUENTE: Cálculos CID con base en DANE -

Según las últimas cifras del DANE, del trimestre agosto-octubre del año pasado, la tasa de desempleo nacional fue de 10,8 por ciento mientras que la de los jóvenes fue de 19,9 por ciento. Los ocupados en todo el país sumaron 17,6 millones, de los cuales, 3,9 millones eran menores de 26 años. El crecimiento del desempleo, que se puede agudizar en los próximos

¹² Ihiri



“Una investigación del CID (Universidad Nacional) para el Minprotección Social señala que el desempleo golpea con mayor fuerza a los trabajadores de este grupo y particularmente a los más pobres.



meses a raíz de la desaceleración económica local y la recesión en las principales economías del mundo, tiende a agravar la situación laboral de los jóvenes.

En diciembre, la tasa de desempleo en todo el país registró 10,6 por ciento, 0,7 por ciento superior a la de un año atrás, lo que aumentó el número de desocupados en 182.000 personas hasta llegar a 2,1 millones, al tiempo que los ocupados ascendieron a 17'685.000, 223.000 más que en igual periodo del 2007. No obstante, la desocupación y el empleo precario golpean más fuerte a los jóvenes pobres que a los no pobres, según un estudio del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional para el Ministerio de la Protección Social. Además, en el 2006, según el estudio, 1,5 millones de jóvenes (el 16 por ciento) no estudiaban, trabajaban, ni buscaban empleo”¹³.

Educación

En cuanto a asistencia escolar según la encuesta de calidad de vida 2007, la mayor tasa la tiene el grupo de 12 a 15 años con el 96,2 por ciento, es decir, 484.050 jóvenes, seguido de los de entre 18 y 24 años con 96,2 por ciento, 197.176 jóvenes, finalizando con el grupo de entre 25 y 26 años con el 36,8 por ciento, es decir, 372.684 jóvenes.

ASISTENCIA ESCOLAR POR GRUPO DE EDAD

GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN QUE ESTUDIA	TOTAL BOGOTÁ	
		TOTAL	%
5 a 11		842.355	96,9
12 a 15		484.050	96,2
16 a 17		197.176	96,2
18 a 25		372.684	36,8
26 y más		185.458	4,9

Fuente: Encuesta de Calidad de vida Bogotá 2007

Respecto del nivel educativo de los asistentes en el periodo 2007 el nivel básico secundario y media (donde se encuentran los adolescentes entre los 10 y 14 años aproximadamente) contó con 1.950.858 estudiantes, el nivel técnico y tecnológico con 407.346 alumnos y el nivel universitario con 510.476 jóvenes graduados. En postgrado la asistencia es de 173.275 jóvenes.

Sin embargo, y pese a los avances del Distrito frente al acceso a la educación, persisten aún algunos factores que ocasionan deserción escolar y obstaculizan el acceso al mismo, de manera tal que se puede notar que en secundaria la falta de dinero sigue siendo la principal causa con un 49,47 por ciento, y un 12,57 por ciento, no le interesa el estudio, el 63,4 por ciento de la inasistencia escolar en los jóvenes entre 18 y 24 años se explica por limitaciones económicas y falta de empleo. Cerca de 800 mil jóvenes abandonan la escuela luego de estudiar algún grado de educación media. Más o menos el 8 por ciento de ellos son jefes de hogar¹⁴.

¹³ Desempleo entre jóvenes de 14 a 26 años es de 19,9% y duplica total nacional. Periódico Portafolio. Febrero 2 de 2009.

¹⁴ Plan Sectorial educación 2004 – 2008 – Estadísticas Subdirección de Análisis Sectorial SED

Pese a los avances del Distrito frente al acceso a la educación, persisten aún algunos factores que ocasionan deserción escolar y obstaculizan el acceso al mismo, de manera tal que se puede notar que en secundaria la falta de dinero sigue siendo la principal causa.



**PERSONAS DE 5 AÑOS Y MAS QUE ACTUALMENTE NO ESTUDIAN POR NIVEL EDUCATIVO MAS ALTO
ALCANZADO**

NIVEL EDUCATIVO:	Ninguno o Preescolar	TOTAL	133.287
		%	3,1
	Básica Primaria	TOTAL	1.013.876
		%	23,3
	Básica Secundaria y media	TOTAL	1.950.858
		%	44,8
	Técnico o Tecnológico	TOTAL	407.346
		%	9,3
	Universitario sin título	TOTAL	168.410
		%	3,9
	Universitario con título	TOTAL	510.476
		%	11,7
	Postgrado	TOTAL	173.275
		%	4,0

Fuente: Encuesta de Calidad de vida Bogotá 2007

En Bogotá se ha universalizado la educación, la escolaridad promedio supera los 10 años y además existe una relativa igualdad entre las tasas femenina y masculina, sin embargo, hay notables problemas como el antes descrito y adicional a él, como se plantea en el informe de Desarrollo Humano de Bogotá 2008, “la educación todavía no rompe la segregación socioeconómica, los pobres estudian con los pobres y los ricos con los ricos”.

Participación Social

“Mientras que en las políticas de infancia la palabra clave es protección, y en las políticas hacia la mujer la palabra clave es igualdad, en las políticas de juventud esa palabra clave es participación. Por ello, y por su contribución al fortalecimiento democrático, resulta imperioso promover la participación ciudadana de los jóvenes, modernizando las prácticas y las instituciones políticas, educando para y desde la participación, promoviendo nuevos espacios participativos, apoyando las organizaciones y los movimientos juveniles en su rol de representación de intereses¹⁵”.

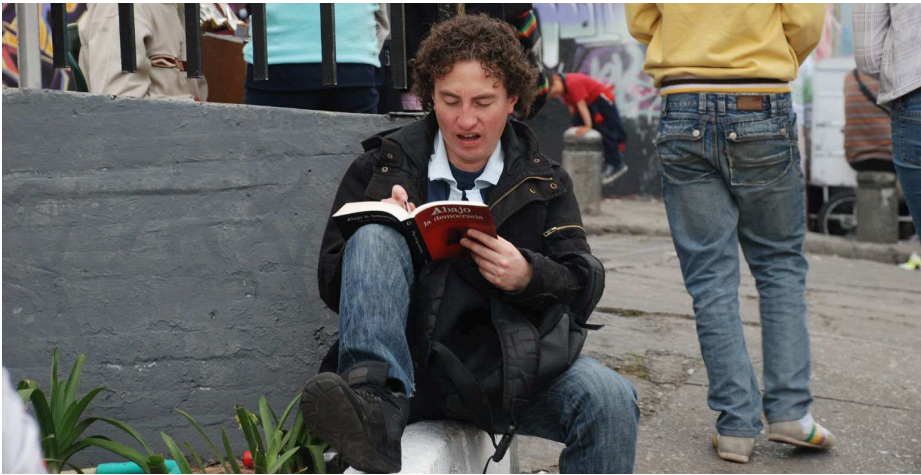
El anterior texto es referenciado en el documento que se trabajó como marco de discusión para la construcción de la Política Pública de Juventud 2006-2012 llama la atención que hoy la participación de los jóvenes en los diversos espacios políticos y sociales se ha incrementado notablemente, pero no alcanza las expectativas esperadas, pues pese a que existe participación en los espacios educativos con figuras representativas como el proceso de elección de personeros estudiantiles, la participación en movimientos estudiantiles, de protesta, en movimientos políticos; la participación comunitaria en la conformación de organizaciones juveniles en pro de su comunidad, en movimientos religiosos y en grupos deportivos, estas se empiezan a debilitar a medida que se avanza en la edad y muchos de los espacios de participación que han sido institucionalizados, no significan espacio de interés para los jóvenes.

Dentro del ejercicio de la ciudadanía, el Estado ha creado espacios de participación social y política para jóvenes que les permite el reconocimiento de sus Derechos, entre ellos existe el consejo Distrital de Juventud y los consejos Locales de Juventud, los cuales fueron creados como organismos colegiados de carácter social, autónomos en el ejercicio de sus competencias y funciones e integrantes del Sistema Nacional de Juventud, mediante el acuerdo 033 de 2001 del Distrito Capital, amparados en la Constitución Nacional y en la ley 375 de 1997 o Ley de Juventud. Los Consejos de Juventud son instancias legítimas de representación de los intereses y de necesidades de los jóvenes, actúan como un espacio de negociación y articulación que le permite a este grupo poblacional ser reconocido como ser con necesidades, ser político y social; quienes hacen parte de los Consejos Locales de Juventud (CLJ) son jóvenes entre 14 y 26 años, elegidos por voto popular para un periodo de tres años, que representan los intereses y propuestas de la juventud ante todas las instancias gubernamentales de la localidad y del Distrito y las organizaciones de la sociedad civil.

¹⁵ Sarmiento, Libardo. “Políticas Públicas de Juventud en Colombia: logros, dificultades y perspectivas”, 2004. Pg. 28.

**En las políticas de infancia la
palabra clave es protección,
y en las políticas hacia la
mujer la palabra clave es
igualdad, en las políticas de
juventud esa palabra clave es
participación.**





“La falta de participación ciudadana de los jóvenes, en general, y de los jóvenes en situación de pobreza, en particular, se expresa también en la debilidad de sus organizaciones. La acción colectiva es escasa y tiende a tener un deficiente apoyo, cuando no una oposición, de parte de la comunidad y del Estado. Contribuye a esta situación la imagen estigmatizada de los jóvenes populares que prevalece en la opinión pública, difundida por los medios de comunicación masiva, reforzando así su segmentación espacial y social”¹⁶.

Lo que refleja, que a pesar de las iniciativas de participación juvenil que se están gestando en la actualidad a nivel Distrito, la cultura de participación juvenil, es baja, hecho que también se ve reflejado en la poca asistencia a los eventos que se realizan a nivel local y Distrital para jóvenes y en la complejidad de las dinámicas locales juveniles, pues si bien en las localidades existen algunas organizaciones juveniles, estas se encuentran desarticuladas de los procesos locales y de los espacios de participación como el ELAI, el Consejo Local de Juventud, y la mesas de Juventud.

“La falta de reconocimiento en el espacio público es tan intensa en los jóvenes populares, que padecen el silenciamiento y el desconocimiento sistemático de sus contribuciones culturales, afectando ámbitos como la relación entre géneros, el respeto al medio ambiente o la tolerancia hacia la diversidad, donde las nuevas generaciones muestran nítidos signos de transformación respecto de prejuicios y limitaciones de la sociedad adulta establecida”¹⁷.

En este contexto es preciso tener en cuenta, que para hablar de ciudadanía en la juventud es necesario hablar de múltiples ciudadanía las cuales han venido emergiendo de distintas maneras, algunas de ellas desde la informalidad pero constituyendo aportes sociales fundamentales; es decir, los jóvenes han venido ejerciendo su ciudadanía quizás no a través del voto, quizás no en la conformación de partidos políticos tradicionales, diseñando diversas formas de ejercer la ciudadanía desde sus culturas, su arte, entre otras, pero no por esto de una forma desvinculada de su contexto, aunque esto no sea muy visible de esta manera. Esto sugiere, entonces, que los y las jóvenes ejercen su ciudadanía en otros escenarios y otras maneras no formales, porque quizá las institucionalizadas coartan su forma de ser y habitar el mundo o quizá porque existe pérdida de credibilidad en los espacios de participación que generan las instituciones.

Jóvenes en su diversidad

Ser joven es percibir la vida en todas sus manifestaciones y ellos lo reflejan en las simbologías que representan en la forma de vestir, actuar, en sus gustos musicales, en la manera de sentir, de pensar, de actuar; tienen claro que la juventud es una etapa de la vida donde se puede elegir y construir un futuro, muestran una visión de un grupo social capaz de crearse



Los y las jóvenes ejercen su ciudadanía en otros escenarios y otras maneras no formales, porque quizá las institucionalizadas coartan su forma de ser y habitar el mundo o quizá porque existe pérdida de credibilidad en los espacios de participación.

¹⁶ G. Temas y problemas de los jóvenes colombianos al comenzar el siglo XXI.

¹⁷ Ibid



Los jóvenes se consideran con la posibilidad de ejercer un rol protagónico a través de la familia, la escuela, el barrio, las instituciones y el Estado, y reclaman a gritos el reconocimiento de su diversidad y el ejercicio de sus derechos.

a sí mismo, en relación con los otros, con la naturaleza, con sus espacios de desarrollo cotidiano y que pueden construir signos y símbolos y toda una visión del mundo.

Los jóvenes se consideran con la posibilidad de ejercer un rol protagónico a través de la familia, la escuela, el barrio, las instituciones y el Estado, y reclaman a gritos el reconocimiento de su diversidad y el ejercicio de sus derechos.

Existe una percepción, por parte de los jóvenes, de un sentimiento de rechazo desde la sociedad hacia estos, una sociedad que los estigmatiza como rebeldes, como jóvenes sin ideales y sin metas, una sociedad que no les da la posibilidad de expresarse y desarrollar sus potencialidades. Los jóvenes en el fondo esperan que los adultos los reconozcan como una expresión propia, que entiendan su forma de vestir y muchos de sus comportamientos, que entiendan que los jóvenes son producto de la historia que se ha construido en la sociedad.

Son múltiples las concepciones que se han entablado en torno del concepto de juventud, ya sea desde el punto de vista biológico o fisiológico. Sin embargo, para este trabajo, la juventud es concebida como una categoría que se constituye en fruto de construcciones y significaciones sociales, en contextos históricos y sociedades determinadas, en un proceso de permanente cambio y resignificaciones. Como construcción social, se hace necesario hablar de juventudes en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre unos y otros jóvenes.

Así mismo, es importante hacer una mirada a las diversas expresiones de las culturas juveniles Urbanas y Rurales, pues en la medida que logremos comprender las significaciones que con ellas se expresan, se podrán establecer estrategias o acciones que sean llamativas para los jóvenes, las prácticas culturales juveniles pueden aportar elementos para abrir espacios de trabajo con lo mismo, ya que en las culturas juveniles hay un mundo simbólico que crece constantemente. Héctor Fouce afirma en la cultura juvenil como fenómeno dialógico, que: “la dominación no se logra por la fuerza, sino a través de la construcción de un espacio simbólico. Éste, productor de consenso, se construye a través de instituciones como los medios de comunicación, la escuela, la familia, y también a través de prácticas culturales como la música, la arquitectura, el diseño, la televisión o la moda. Así, pues, lo que está en juego con las prácticas culturales juveniles, es de-construir la mirada oficial/dominante para indagar en otras discursividades que develen nuevas miradas de lo juvenil”.

Los jóvenes han adoptado formas de expresión y de organización que actúan hacia el exterior, es decir, en su relación con los otros y que les permite interactuar con grupos de pares; han venido operando en espacios de pertenencia y adscripción identitarios, a partir de estos han construido un mundo en común, que en cierta medida se convierte en una salida ante los fenómenos de exclusión y falta de oportunidades que les afecta directamente, algunos jóvenes ven el pertenecer a grupos como raptas, hoppers, un mundo donde si son aceptados y que



se constituyen en un espacio de confrontación, comunicación y construcción de saberes; los graffitis urbanos, los ritmos triviales, su forma de vestir y el lenguaje utilizado, debe ser leído como una forma de entender el mundo, de identificarse con los mismos y de diferenciarse de los otros, especialmente, de los adultos.

Factores deteriorantes de calidad de vida

Los jóvenes en Bogotá han estado expuestos a una serie de factores (sociales, políticos, económicos, culturales, entre otros), los cuales dificultan la exigibilidad de sus derechos y afectan la calidad de vida para este grupo poblacional; en este contexto existen algunas situaciones deteriorantes de la calidad de vida de los jóvenes que tiene determinada preocupación para el Distrito entre ellas contamos con problemáticas en salud mental (uso indebido de sustancias psicoactivas, violencias, maltrato), salud sexual, como el aumento de la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida, la falta de servicios de atención integral para adolescentes, el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas y el alto porcentaje de embarazos no planeados, son situaciones que han llevado a que la adolescencia a menudo se caracterice como un periodo de riesgo en el comportamiento sexual¹⁸, así mismo, han sufrido las consecuencias propias del desplazamiento forzado, además, no cuentan con la formación en competencias que les permita aplicar conocimientos y aptitudes acordes con la ciudad.

Otro aspecto que concierne a la población jóvenes, es respecto de la familia, ya que durante la etapa del ciclo vital Adolescencia y Juventud, las relaciones familiares se transforman, puesto que el grupo de pares del adolescente pasa a ser primordial, y en cierta forma el grupo ayuda a elaborar todos los cambios que le van sucediendo. Inclusive a separarse de sus padres, pero sin la intención de perderlos, lo que puede significar su actuar rebelde que implica un reajuste en la forma relacional dentro de la familia. Así mismo, los factores económicos, sociales y culturales debilitan y fragilizan la familia, además, alteran roles, expulsan a los adolescentes y jóvenes al mercado laboral y a desempeñar papeles distintos a los característicos de esta etapa del ciclo vital. También han ocasionado que surjan múltiples restricciones para acceder a los recursos que les ofrece el Distrito como efecto de una prematura entrada a la adultez cuando las responsabilidades rebasan sus capacidades y deben asumir roles ajenos a lo juvenil.

En Salud Sexual y Reproductiva¹⁹

Uno de los aspectos que ha tocado con mayor relevancia a la población adolescente y joven del Distrito es el correspondiente a los embarazos, aquí es importante hacer un análisis del comportamiento que ha tenido el embarazo en adolescentes durante los últimos años. Para el 2004 se registraron 19.605 nacimientos; durante el 2005, 19.453; en el 2006, 20.228, y en el 2007, 20.267. Durante el 2008 y a corte de 30 de septiembre se registraron 436 nacimientos en el grupo de 10 a 14 años y para el grupo de 15 a 19 años, 15.748 nacimientos, cifras que al ser comparadas con el 2007 arrojan un aumento del 16 y 2 por ciento, respectivamente.

Uno de los aspectos que ha tocado con mayor relevancia a la población adolescente y joven del Distrito es el correspondiente a los embarazos, aquí es importante hacer un análisis del comportamiento que ha tenido el embarazo en adolescentes durante los últimos años.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTÁ D.C.
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA- ÁREA VIGILANCIA EN SALUD
NACIMIENTOS EN ADOLESCENTES POR LOCALIDAD 1999-2007

LOCALIDAD	2004			2005			2006			2007		
	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	TOTAL 10 A 19 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	TOTAL 10 A 19 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	TOTAL 10 A 19 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	TOTAL 10 A 19 AÑOS
TOTAL	490	19115	19605	489	18964	19453	544	19778	20322	515	20837	21352

FUENTE: Certificado de Nacido Vivo. Base de Datos DANE Sistema de Estadísticas Vitales.
Los Datos del 2007 son Preliminares.



¹⁸ Informe de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes. Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud 2007.

¹⁹ Lineamientos de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud. 2009

Socialmente, no se les permite a los/las adolescentes expresar de manera libre su percepción acerca del ejercicio sexual, sus imaginarios en torno de la Paternidad y/o Maternidad, así como las representaciones sociales de este evento para este grupo poblacional.



El análisis de estos datos evidencia que el embarazo en adolescentes convoca la complejidad de determinantes estructurales definidas en la gama de lo económico, social y cultural y sus causas están asociadas a:

- ☒ Dificultades para lograr consolidar grupos de trabajo intersectorial con entidades y actores importantes dentro de la formación, educación, monitoreo y evaluación de estrategias pedagógicas de prevención del embarazo en épocas tempranas de la vida.
- ☒ La mirada adulto-centrista, identifica el embarazo como un “problema social” derivado de una serie de situaciones emergentes de ámbitos sociales y económicos, en comunidades pobres y vulnerables, limitando la caracterización de este grupo poblacional y la identificación real de motivaciones para el embarazo a edades tempranas de la vida.
- ☒ Socialmente, no se les permite a los/las adolescentes expresar de manera libre su percepción acerca del ejercicio sexual, sus imaginarios en torno de la Paternidad y/o Maternidad, así como las representaciones sociales de este evento para este grupo poblacional.
- ☒ Los jóvenes construyen imaginarios sociales en torno de su proyecto de vida, en el marco de la experiencia en donde al interior de la familia se les asignan roles de pseudo-paternidad maternidad y se les coloca como cuidadores de sus hermanos.
- ☒ La joven utiliza la maternidad como herramienta de la cual puede obtener algún tipo de “ganancia” en términos de reconocimiento en la vida de pareja movilizando al adolescente hombre a ejercer un papel comprometido y activo en la relación afectiva.
- ☒ Dificultades para abordar de manera contundente la resignificación de imaginarios y construcciones morales de padres y madres de adolescentes en torno de la sexualidad, específicamente al conocimiento, uso y apropiación en la cotidianidad de métodos de regulación de la fecundidad.
- ☒ Dificultades para ampliar la oferta de métodos anticonceptivos modernos dentro de los planes de beneficio, abarcando al participante vinculado y a los/las asegurados en el régimen subsidiado.
- ☒ Fragilidades en la formación de los profesionales que atienden a los adolescentes y jóvenes perdiendo oportunidades de encuentro y de legitimación de la voz del adolescente y su familia.

Desde esta perspectiva, uno de los temas vitales para esta población es la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, facilitando el reconocimiento de la sexualidad en sus múltiples dimensiones (afectiva, procreativa, comunicativa, erótica, ética), convocando la construcción de una respuesta integral e intersectorial.

Abuso de Sustancias Psicoactivas

En Bogotá, la distribución de los casos registrados de abuso de psicoactivos según edad, ha mostrado una concentración entre los 11 y los 25 años; en el año 2004, el 89,4 por ciento de los casos se presentaron en jóvenes de este rango de edad, bajando en proporción al 68,5 por ciento en el 2005; sin embargo, a pesar de esta disminución en la proporción, el número de casos presentó un crecimiento del 19,85 por ciento entre los años 2004 y 2005. El rango de edad que sufrió el incremento más evidente fue el que se encuentra entre los 21 y 25 años el cual subió el 255,27 por ciento, cifra bastante preocupante. A pesar de que los casos para el rango de edad entre los 11 y 15 años aumentaron el 8,5 por ciento, es un indicador que prende las alarmas frente al fenómeno de que cada vez más, se están bajando las edades de consumo y abuso de sustancias psicoactivas²⁰.

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ABUSO DE SICOACTIVOS SEGÚN EDAD
BOGOTÁ, D.C. AÑO 2004-2005**

Rango de edad	2004		2005	
	Casos	%	Casos	%
11 - 25	800	33.1 %	868	22.96 %
16 - 20	1.224	50.6 %	1.235	32.67 %
21 - 25	137	5.7 %	487	12.88 %
TOTAL	2.161	89.4 %	2.590	68.51 %

Fuente: Sistema VESPA - Secretaría Distrital de Salud, 2004



En Bogotá, la distribución de los casos registrados de abuso de psicoactivos según edad, ha mostrado una concentración entre los 11 y los 25 años; en el año 2004.

Un estudio de la Unidad Coordinadora de Prevención Integral (UCPI) sobre factores asociados al uso de drogas en la población universitaria en Bogotá determinó que las sustancias de mayor consumo en el 2003 fueron el alcohol y el tabaco. El primero registró un 62 por ciento de consumo mientras que el segundo alcanzó el 30 por ciento. Un dato revelador que arroja el estudio con respecto del consumo de tabaco, es que mientras el 99 por ciento de los jóvenes universitarios reconocen como perjudicial el cigarrillo, el 72 por ciento califica de aceptable su consumo. Al tabaco y al alcohol, le siguen sustancias psicoactivas como la marihuana (2,6 por ciento), la cocaína con 0,7 y, finalmente, el éxtasis con el 0,7 por ciento²¹.

Con respecto de la droga de inicio a junio del año 2008, en los adolescentes y jóvenes, las principales diez causas, como se muestran en la tabla, se encuentra entre el alcohol con 106 casos masculinos y 48 femeninos y en el último lugar el éxtasis con un caso femenino.

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ
ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS - DROGA DE INICIO BOGOTÁ D.C. 2008***

Droga de Inicio-Grupo Edad	6 a 9		10 a 14		15 a 17		TOTAL	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
Alcohol			8	14	98	34	106	48
Tabaco	1		27	21	88	38	116	59
Inhalantes o disolventes			8	13	14	6	22	19
Escopolamina (Cacao Sabanero)							0	0
Marihuana (Cannabis)			14	7	59	15	73	22
Cocaína					3	2	3	2
Bazuco				1	2	2	2	3
Heroína							0	0
Extasis (Metildioximetanfetamina)						1	0	1
TOTAL GENERAL	1	0	57	56	264	98	322	154

*Información Preliminar a junio del 2008

²⁰ Secretaría Distrital de Salud. Estadísticas sistema VESPA. 2005.

²¹ Política Pública de Juventud para Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá. Octubre de 2006.



Violencia intrafamiliar²²

En los años 2007 y 2008, en todos los tipos de maltrato, la incidencia es mayor entre las mujeres, predominando el maltrato emocional con 6632 casos en mujeres, seguido del físico con 2559. El tercer lugar lo ocupa la negligencia o descuido con 3624 casos y en cuarto lugar la violencia sexual con 2632. Las principales víctimas siguen siendo las mujeres y entre ellas las menores, ocupando el primer lugar el grupo entre 10 y 14 años, esta situación disminuye a medida que se alcanza la mayoría de edad, sin embargo, es necesario reconocer la dificultad de la denuncia y la cronificación de este tipo de violencia una vez se instaura en las familias, ayudada por la característica de que en la mayoría de los casos el agresor es una persona cercana a la víctima. Entre los hombres la violencia emocional ocupa también el primer lugar, seguida del maltrato físico, observándose también la disminución de casos a medida que aumenta la edad.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MENORES DE 18 AÑOS BOGOTÁ D.C. 2007

GRUPO EDAD TIPO VIOLENCIA	7 a 11 AÑOS		12 a 17 AÑOS		TOTAL	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
Física	1088	863	605	1073	2506	2559
Emocional	2387	1968	1418	2807	5933	6632
Sexual	312	824	163	1213	726	2635
Económica	196	151	95	115	509	449
Negligencia o descuido	1188	813	659	822	4123	3624
Abandono	297	214	185	189	925	775
TOTAL GENERAL	5468	4883	3127	6219	14722	16674

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MENORES DE 18 AÑOS BOGOTÁ D.C. 2008*

GRUPO EDAD TIPO VIOLENCIA	7 a 11 AÑOS		12 a 17 AÑOS		TOTAL	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
Física	636	501	382	702	1577	1686
Emocional	1522	1467	1165	2518	4693	6043
Sexual	174	499	106	887	461	1842
Económica	87	104	145	188	375	444
Negligencia o descuido	665	590	421	818	2887	3098
Abandono	186	151	88	161	546	568
TOTAL GENERAL	3270	3312	2307	5274	10539	13681

* Información preliminar a Octubre de 2008

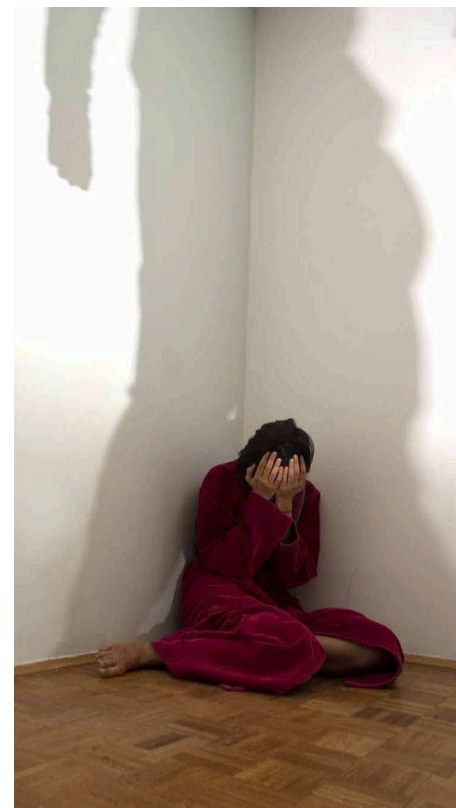
Intento de Suicidio²³

Es importante aclarar que la fuente de información para el registro de suicidio es el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, por lo que se efectúan acciones conjuntas con la Secretaría para realizar el análisis de la información recabada, en donde se establece el comportamiento del evento desde un análisis epidemiológico, que se complementa con el análisis cualitativo, mediante la revisión de la información recolectada por el técnico del CTI, mediante entrevistas a familiares. Por último, se hace el cruce de bases de datos de Instituto (Suicidio) y Secretaría (Intento) para poder establecer la oportunidad de la respuesta ante los casos que fueron atendidos por la red pública y luego terminaron en Suicidio Consumado.

La Secretaría Distrital de Salud cuenta con un subsistema de información de intento de suicidio que permite establecer y hacer la comparación entre el comportamiento de la conducta suicida: Intento y Suicidio Consumado.

²² Secretaría Distrital de Salud. Estadísticas SIVIM. 2005

²³ Informe correspondiente a las acciones en salud pública en conducta suicida. Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud. 2009



En los años 2007 y 2008, en todos los tipos de maltrato, la incidencia es mayor entre las mujeres, predominando el maltrato emocional con 6632 casos en mujeres, seguido del físico con 2559.



Total de Casos de intento de Suicidio 1459 identificados y canalizados a los servicios de PIC y del POS, por los hospitales de la red pública de acuerdo con la necesidad del caso y sus riesgos. De estos casos 172 son reincidentes. En cuanto a la edad se encuentra:

Tabla 1: Edad y sexo intentos de suicidio 2008

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 A 9	20	5	25
10 A 14	60	193	253
15 A 19	127	323	450
20 A 26	130	189	319
27 A 44	130	180	310
45 A 59	33	36	69
60 y Más	17	3	20
SD	5	8	13
TOTAL	522	937	1459

Fuente: Subsistema de Información de conducta suicida. Secretaría Distrital de Salud 2008

Las edades en las que más se registran casos son en mujeres de 15 a 19 años y 10 a 14 años; en los hombres entre 20 a 44 y 15 a 19 años. Para el total de la población en el Distrito la edad en la cual hay mayor riesgo de intento de suicidio es de 15 a 19 años.

En cuanto a las localidades los intentos de suicidio se localizan con mayor número en: Ciudad Bolívar, 230; Kennedy, 206; Usme, 154, y Bosa y Suba 133 casos.

Frente a la escolaridad se encontró que el intento de suicidio es frecuentado por aquellas personas que están en primaria (277 casos) y en bachillerato (813). Se encontró, además, casos en personas con situación especial: 36 casos de mujeres gestantes, 22 discapacitadas, 3 en protección, 10 desplazados, 6 reincorporados y un habitante de la calle.

Tabla 2: Mecanismo del intento de suicidio 2008

MECANISMOS	CASOS
INTOXICACIÓN	996
ARMA DE FUEGO	18
OBJETO CORTO PUNZANTE	213
ASFIXIA MECÁNICA	28
LANZAMIENTO AL VACÍO	34
LANZAMIENTO AL VEHÍCULO	17
EMBOLIA GASEOSA	4
OTRO	4
SD	145
TOTAL	1459

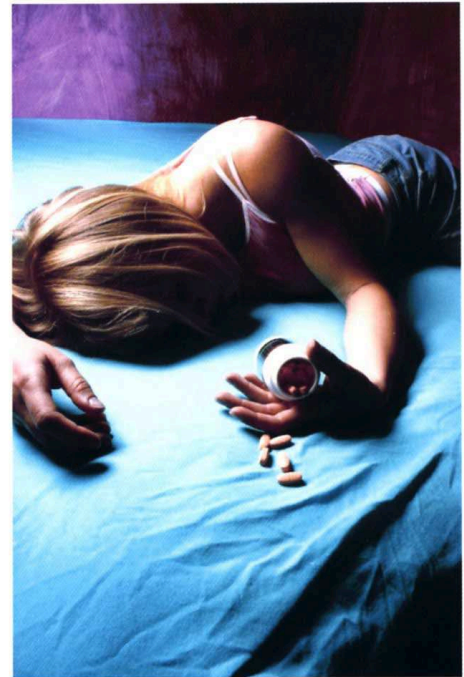
Fuente: Subsistema de Información de conducta suicida. Secretaría Distrital de Salud 2008

Se sigue presentando la intoxicación exógena como la forma más utilizada por las personas para atentar contra su vida, seguida por las lesiones realizadas con objetos corto punzantes, el lanzamiento al vacío y la asfixia mecánica.

Tabla 3: Eventos desencadenantes del intento de suicidio 2008

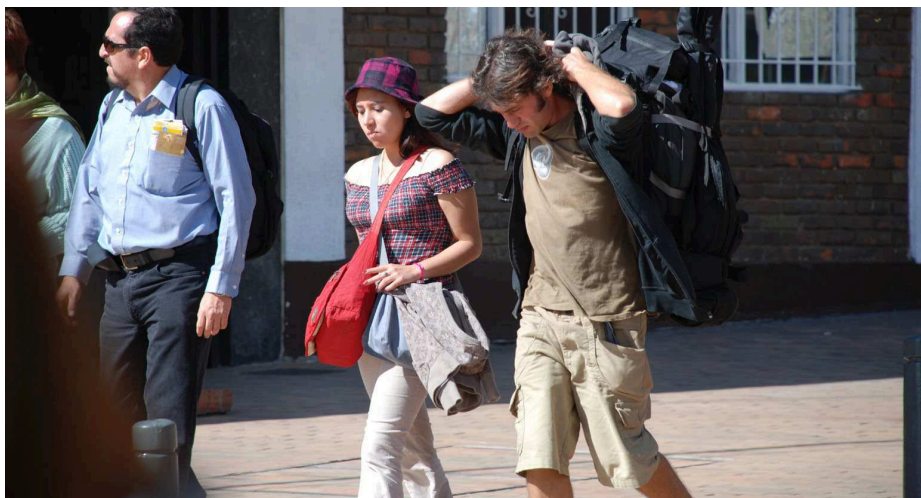
EVENTO DESCENDENANTE	N°
CONFLICTO DE PAREJA	308
CONFLICTO DE FAMILIA	512
CONFLICTO CON LOS PADRES	63
ABUSO SEXUAL	8
MALTRATO	12
DIFICULTADES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO	26
EMBARAZO INDESEADO	3
ABORTO	2
PROBLEMAS ECONÓMICOS	45
DUELO	97
ENFERMEDAD TERMINAL O CRÓNICA	11
ENFERMEDAD MENTAL	23
ADICCIONES	17
CONFLICTO DE IDENTIDAD	14
OTROS	22
SD	356
TOTAL	1459

Entre los eventos que reportan mayor número de casos de conducta suicida están: el conflicto familiar, el conflicto de pareja, el conflicto con los pares y problemas económicos, entre otros.



Frente a la escolaridad se evidencia en 2008 que el intento de suicidio es frecuentado por aquellas personas que están en primaria (277 casos) y en bachillerato (813).

Los jóvenes desplazados no cuentan con formación en competencias que les permitan aplicar conocimientos y aptitudes acordes con la ciudad.



Desplazamiento

Los jóvenes desplazados no cuentan con formación en competencias que les permitan aplicar conocimientos y aptitudes acordes con la ciudad. Las cifras de la consultoría para los DDHH y el desplazamiento, CODHES, con corte al 2005 (último boletín presentado) dan cuenta de 265.921 personas desplazadas que han llegado a Bogotá. La composición por sexo entre hombres y mujeres en situación de desplazamiento es muy similar. En la distribución por grupos etáreos se observa que cerca del 50 por ciento de la población corresponde a niños y jóvenes.

Colombia es un país que ha sufrido de violencia a lo largo de toda su historia. “Esta violencia ha generado un sinnúmero de transformaciones en la vida de todos sus habitantes y una de estas transformaciones la vemos reflejada en las consecuencias psicológicas de las personas desplazadas. Dentro de esta población desplazada, sin duda, son los niños y los jóvenes los más afectados al lado de las mujeres y los ancianos. Generalmente, este sufrimiento lo vemos reflejado en el miedo, las pesadillas, los pensamientos repetitivos sobre los hechos dolorosos, el deseo de huir de lo que nos recuerda los momentos difíciles, entre otros y es lo que llamamos Estrés Post-Traumático. Por tanto, no todos los jóvenes que han sido expuestos a estas situaciones presentan los comportamientos esperados. Es como si una parte de los jóvenes “destinados” a sufrir estas consecuencias salieran adelante a pesar de los hechos adversos que los han rodeado” (Jorge Palacio: Estrés Post-Traumático y Resistencia Psicológica en Jóvenes Desplazados).

La formas de comunicación y relación familiar sufren una transformación radical, pues se presentan actos de violencia en las familias y en las personas que las conforman, generando situaciones de violencia intrafamiliar que se convierte en un escenario para el maltrato infantil que surge como consecuencia del desplazamiento o se intensifica si ya existía. Para los adultos es una gran preocupación la formación de sus niños y jóvenes en la ciudad, pues argumenta que aquí en la capital, los hijos pierden el respeto, los tratan como iguales y empiezan a utilizar mal vocabulario, y a vestirse como los jóvenes de la ciudad (UNICEF y CODES 2000).

“La vida del adolescente y del joven en situación de desplazamiento cambia notablemente, pasa de una vida relativamente plácida a un medio agresivo donde lo que sigue es la pobreza, la marginalidad, y el desconocimiento continuo de sus derechos, ya que las condiciones de vida del lugar donde llegan, no son las mejores ni tiene los requisitos mínimos para el normal desarrollo humano y social; se ven enfrentados a situaciones críticas de carácter social, cultural y psicológicas que deben ser resueltas, pues normalmente la atención se centra en la vulnerabilidad física (salud y alimentación) descuidando aspectos tan importantes como los antes mencionados”²⁴.

²⁴ Angélica Valencia Serna. Una Mirada Al Menor En Situación De Desplazamiento. Revista Prospectiva – Escuela de Trabajo Social.



Existe otro aspecto de suma relevancia a la hora de hablar de los problemas de la población juvenil en situación de desplazamiento y es la alta vulnerabilidad por el riesgo de reclutamiento a grupos armados; muchos de estos niños y jóvenes que han sido desplazados, son reclutados o se vinculan (como una opción laboral, por deseos de venganza...) a los mismos grupos armados que fueron la causa de su desplazamiento, o al adversario como una manera de retaliación a su agresor. Como se habrá podido notar, el desplazamiento forzado viola todos y cada uno de los derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física y psicológica, la libertad, el derecho a una familia, la educación, salud y recreación, así como a estar protegidos contra cualquier forma de violencia, explotación laboral y a ser parte activa de conflictos bélicos (Angélica Valencia Serna. Una Mirada al Menor en Situación De Desplazamiento. Revista Prospectiva – Escuela de Trabajo Social).

Por lo anterior, se hace necesario pensar en programas, proyectos y planes para los adolescentes y jóvenes en situación de desplazamiento que requiere de integralidad. Debería no solo ofrecer ayuda física sino también emocional, en pro de establecer condiciones favorables para que resuelvan los graves problemas que les han causado y que no podrán resolver por sí mismos y en pro de garantizar la inclusión de esta población como sujetos de derechos, que necesitan fortalecer el desarrollo de sus capacidades y potencialidades, y que necesitan que se generen oportunidades para alcanzar una mejor calidad de vida. Como se mencionó anteriormente, el desplazamiento forzado afecta todos los aspectos del desarrollo del adolescente y joven (físico, mental y emocional, entre otros), por tanto, todos y cada uno deberán ser atendidos, además de velar por el cumplimiento de sus derechos fundamentales.



Existe otro aspecto de suma relevancia a la hora de hablar de los problemas de la población juvenil en situación de desplazamiento y es la alta vulnerabilidad por el riesgo de reclutamiento a grupos armados

Debilitamiento de la calidad de vida familiar (modelos de interacción familiar no flexibles que faciliten el reconocimiento de la evolución de los jóvenes y las jóvenes).

Hoy la familia no solo se puede entender desde el aspecto tradicional (mamá, papá e hijos) sino que también puede estar constituida por uno de los padres y los hijos, uno de los padres y otros familiares, hijos a cargo de otros adultos (inclusive no familiares). Sus funciones específicas son: dar afecto, cuidar y educar a sus hijos. Es la primera fuente de estímulo para los niños. Los papás regulan las demandas de alimento, afecto, protección y seguridad. Los niños demandan la satisfacción de sus deseos.

Durante la etapa del ciclo vital Adolescencia y Juventud, las relaciones familiares se transforman puesto que el grupo de pares del adolescente pasa a ser primordial, y en cierta forma el grupo ayuda a elaborar todos los cambios que le van sucediendo. Inclusive a separarse de sus padres, pero sin la intención de perderlos, lo que puede significar su actuar rebelde que implica un reajuste en la forma relacional dentro de la familia.

Por momentos, el adolescente se torna en un ser de difícil manejo y comprensión por parte de los padres, la familia y la sociedad en general. Para el adolescente es importante la presencia de los límites firmes (con posibilidad de negociarlos de acuerdo con el crecimiento), con espacio para que él experimente y se equivoque, teniendo la oportunidad de recurrir a sus padres si los necesitara, esto lo hace sentir seguro. La ausencia de límites hace que el adolescente se sienta solo, desamparado y da lugar a que aparezcan conductas de riesgo (violencia, embarazos no deseados, drogas, entre otros) con el propósito de captar la atención de sus padres.

Es necesario que los padres estén dispuestos para el momento que el adolescente los necesite, estar atentos a los cambios físicos y lo que implican y representan para él. Es un proceso que implica nuevas formas de adaptación, en el que se debe evitar la percepción de sentirse abandonado física y emocionalmente. De las adecuadas relaciones y forma de comunicación, se anticipará la aparición de conductas de riesgo, como violencia dentro y fuera de la familia con marcada rebeldía, embarazos no deseados, inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, pandillismo, entre otros, situaciones que generan desesperanza en los padres y en el mismo adolescente.



“La adolescencia puede desestabilizar el grupo familiar, ya que se empieza la participación de ambientes extrafamiliares por parte de los hijos, que lo llevan a cuestionar permanentemente las costumbres, valores, normas y reglas establecidas en el hogar; tales elementos por sí solos generan crisis más aun si se les suman el mercado de sustancias psicoactivas, la inseguridad, la violencia y el mal manejo de la sexualidad, así, pues, una crisis normal puede pasar a una crisis de desajuste y desorganizar el sistema”.

Así mismo, los factores económicos, sociales y culturales debilitan, fragilizan la familia y alteran roles, expulsan a los adolescentes y jóvenes al mercado laboral y a desempeñar papeles distintos a los característicos de esta etapa del ciclo vital. También, han ocasionado que surjan múltiples restricciones para acceder a los recursos que les ofrece el Distrito como efecto de una prematura entrada a la adultez cuando las responsabilidades rebasan sus capacidades y deben asumir roles ajenos a lo juvenil.

En el caso de la población en situación de desplazamiento, para los adultos es una gran preocupación la formación de jóvenes en la ciudad, pues argumentan que en la urbe sus hijos jóvenes les pierden el respeto, los tratan como a iguales, usan un inadecuado vocabulario y se quieren vestir como los jóvenes de la ciudad. “...Los jóvenes están adquiriendo una posición diferente a la del campo, ya están socializando con los modos de la ciudad, están perdiendo la identidad...”.

Discapacidad²⁵

Particularmente, el problema del joven con discapacidad ha tenido escasa o nula repercusión política, posiblemente, como resultado de una serie de factores entre los que se destacan restricciones culturales, la falta de políticas explícitas y el desconocimiento del problema. Existen razones técnicas, económicas y sociales que hacen presuponer un cambio en la prevalencia de las deficiencias y discapacidades en los jóvenes, entre dichas razones están las deficientes condiciones de vida en los primeros años y la disminución de las actividades de prevención, el desempleo y la deserción escolar, experiencias de violencia, accidentes, suicidios y adicciones, entre otras.

De acuerdo con los resultados del proceso de registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad (Dane, SDS, 2005-2008) el ciclo vital de juventud se enmarca en el rango de edad entre 10 - 26 (10 años, en el Distrito, el total de jóvenes con discapacidad asciende a 23.504 personas, distribuidas por rango de edad de la siguiente forma: 10-14 años se reporta un total de 7.902; de 15 - 19, 5.523 y entre los 20 a 24 años existen, 10.066 jóvenes. Del total de jóvenes identificados 12.797 son hombres y 10.707 mujeres.

En esta etapa la discapacidad está presente en mayor número en el género masculino, sin embargo, es significativo que a medida que aumenta la edad, se va incrementando la presencia de discapacidad en la mujer, situación que puede estar relacionada con variables

²⁵ Informe *Trasversalidades Discapacidad*. Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud. 2009

La adolescencia puede desestabilizar el grupo familiar, ya que se empieza la participación de ambientes extrafamiliares por parte de los hijos, que lo llevan a cuestionar permanentemente las costumbres, valores, normas y reglas establecidas en el hogar.

de orden sociológico, si se tiene en cuenta que para la mujer el número de funciones a nivel social se ha aumentado, esto la expone a mayor riesgo de desarrollar enfermedades físicas y psicológicas con alta tendencia a la cronicidad y a ocasionar limitaciones en su independencia cotidiana.

En la dimensión socio demográfica se encuentra un 43 por ciento de jóvenes que viven en estrato 2 y el 90 por ciento cuenta con todos los servicios públicos. Este número es mayor que en los estratos 1 y 3, es decir, existen condiciones de vida donde el nivel de ingresos económicos de la familia escasamente alcanza a cubrir las necesidades básicas. Por tanto, aquellas relacionadas con educación, cultura y recreación no son satisfechas, si la relación ingresos-número de oportunidades para el desarrollo personal es directa, los jóvenes con discapacidad no cuentan con oportunidades suficientes para construir su proyecto de vida e incluirse socialmente. Estas limitaciones sociales para el desarrollo de sus habilidades y competencias productivas, complejiza la condición de discapacidad y de calidad de vida del joven y su familia.

En este contexto, se considera que los y las jóvenes con discapacidad no cuentan con los recursos para acceder a las oportunidades de crecimiento personal y desarrollo de su proyecto de vida, situación relacionada con baja autoestima, pobres sentimientos de bienestar y, tal vez, desesperanza, que se suman a su condición y limitan el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de su autonomía, llegando a la edad adulta con escasas competencias para desempeñar un rol productivo.

Se observa que la principal alteración en adolescencia y juventud está relacionada con el sistema nervioso central, lo que corresponde al 55 por ciento, seguida de 37 por ciento con alteraciones en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, esto lleva a dificultades para la adquisición de nuevos aprendizajes y los desplazamientos necesarios para ser parte de la comunidad, aspecto ligado a los bajos reportes en inclusión escolar y participación social. Adicionalmente, se puede pensar en que existe un cuidador para estas personas.

Para las limitaciones de las actividades cotidianas, en los y las jóvenes con discapacidad se encuentran datos sobre mayores dificultades para pensar y memorizar en un 53 por ciento, caminar, correr y saltar 34 por ciento, seguidos por dificultades para hablar y comunicarse 30 por ciento y relacionarse con otras personas y el entorno 29 por ciento, así mismo, es notorio que estas limitaciones aumentan con la edad. A su vez, influyen en las posibilidades para aprender y alcanzar la inclusión escolar, social y más tarde laboral, situación que puede estar relacionada con el alto porcentaje de deficiencias en el sistema nervioso central y músculo esquelético.

En relación con el requerimiento de ayuda de otra persona, se encuentra que esta necesidad disminuye a medida que aumenta la edad. El 54 por ciento de jóvenes dice no requerir



Se observa que la principal alteración en adolescencia y juventud está relacionada con el sistema nervioso central, lo que corresponde al 55 por ciento, seguida de 37 por ciento con alteraciones en el movimiento del cuerpo.

