

INFORME EJECUTIVO DISGNOCTICO LOCAL 2014 ANTONIO NARIÑO

Con la intención de configurar políticas públicas que incidan de manera positiva y efectiva en la superación de las carencias en salud que padece una población, se deben crear diagnósticos más completos donde se exponga las redes de interacción y dinámicas socio-ecológicas dando cuenta de una percepción acorde al entendimiento de la salud y la enfermedad como procesos dinámicos de generación de bienestar y padecimiento, tanto en individuos como en colectivos humanos, que resultan de la combinación de los estados psicosociales, culturales, políticos, económicos, ecológicos y biológicos que hacen parte de la vida de ser humano. Es entonces lógica la relevancia del presente documento para el mejoramiento del buen vivir de la población de la localidad Antonio Nariño y por lo tanto la importancia que reviste para sus autores.

De tal forma en el presente documento se analizar e intenta comprender la situación de salud de la población de localidad Antonio Nariño entendiendo a los seres humanos como actores de su ambiente social, que inciden y son influenciados por el entorno que habitan, que reclaman su justa consideración como principio y fin de todas las acciones estatales (enfoque poblacional). Pero también como personas que exigen la visibilización de acciones o situaciones de discriminación a las que son expuestas por su opción de género, pertenencia étnica o rasgos físicos, por su condición de discapacidad y por desarrollar algunas actividades laborales que desde la doble moral de nuestra sociedad, trasgreden las buenas maneras (enfoque diferencial). Obviamente, en este orden de ideas, reconocemos en los análisis logrados, la diversidad que se presenta en la población Bogotana y los derechos que la protegen, así como la universalidad de los mismos (enfoque de derechos)

La construcción de este diagnóstico con las señaladas pretensiones nos exige poner en práctica un modelo de trabajo que demanda una inspección complementaria entre la dinámica demográfica, social poblacional, ambiental y económica que marcan y caracterizan a los habitantes del territorio, sopesando los tipos de situaciones o acciones que influyen en los desequilibrios sociales afectando el estado de salud de las comunidades (determinantes sociales de la salud)

En la presente entrega se incluye el marco conceptual, la metodología y los tres capítulos que componen el diagnóstico 2014 para la Localidad Antonio Nariño. El primer capítulo contiene la caracterización de la localidad Antonio Nariño abordando aspectos territoriales, ambientales, demográficos y socioeconómicos que dan cuenta de manera integral el contexto territorial de esta localidad. El segundo capítulo presenta el análisis del comportamiento de la mortalidad y morbilidad, por grupo de edad y grupos de eventos, identificando los eventos prioritarios para la localidad.

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

CAPITULO 1 CARACTERIZACION DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

Contexto Territorial

La localidad toma su nombre heredado del precursor Antonio Nariño, quien vivió una etapa de su vida en una hacienda ubicada en parte del terreno que ahora conforma la localidad. Los registros históricos referencian grandes haciendas y quintas de recreo de importancia para la época, y que fueron propiedad de distinguidos ciudadanos capitalinos (1)

Fue dotado con equipamientos de escala zonal como plaza de mercado, escuela, iglesia parroquial y centro de salud. Rápidamente, se convirtió en un barrio importante, jerarquía que al día de hoy aun ostenta como proveedor de servicios de buena parte del suroriente de la ciudad por su vocación comercial y prestadora de servicios. (20)

La Constitución de 1991 da a Bogotá el carácter de Distrito Capital; en 1992 la Ley 1ra reglamentó las funciones de la Junta Administradora Local, de los fondos de desarrollo local y de los alcaldes locales, y determinó la asignación presupuestal de las localidades. Definió el número, la jurisdicción y las competencias de las JAL. Posteriormente, con el Acuerdo modificadorio 117 de Diciembre 30 de 2003 “por el cual se modifican y precisan los límites de las Localidades de Santa Fe, San Cristóbal, Tunjuelito, Antonio Nariño, Candelaria y Rafael Uribe Uribe descritos en los Acuerdos 8 de 1977, 14 de 1983 y 15 de 1993”, se hacen precisiones acerca de sus límites geográficos (2) (3).

Localización

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

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

Recursos Hídricos. Dentro de las fuentes hídricas de la localidad Antonio Nariño se encuentran diversos cauces como el Canal del río Fucha, el Canal de La Albina y el Canal del Río Seco (4).

Temperatura y clima: En la localidad de Antonio Nariño puede referirse a los datos registrados por la Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá, en la estación Puente Aranda durante los años 1999 a 2010, teniendo como promedio 14,43 grados centígrados durante los años de estudio (4).

Contaminación atmosférica: Según la Secretaría Distrital de Salud, el elevado tráfico automotor que tiene lugar en zonas de congestión vial, ubicadas a lo largo de los principales ejes viales de la localidad, constituyen una fuente importante de contaminación atmosférica en la localidad. A su vez, la alta concentración de microindustrias y de pequeñas y medianas empresas, así como a los insumos empleados en el proceso productivo, genera

gases y vapores de diversa índole, que constituyen una fuente importante de contaminación ambiental (5).

Contaminación auditiva: Con el paulatino incremento del desarrollo comercial e industrial, se ha producido una proliferación en la aparición de tabernas y discotecas, así como la utilización de megáfonos y parlantes como recurso publicitario, lo que ha generado altos niveles de contaminación auditiva, con agravantes como el alto flujo vehicular y la industrialización de la zona. En el sector comprendido entre las carreras 18 y 16, entre las calles 17 y 18 sur, así como en inmediaciones a la calle 22 sur, la Avenida primera, carrera 10^a, calle 11 sur, carrera 27, carrera 24, calle 4^a sur y calle 5^a sur, a la altura de la localidad. (6)

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

Contexto demográfico

Población total. Según proyecciones realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, tomando como base los resultados ajustados de población del Censo 2005, en el año 2014 la localidad Antonio Nariño cuenta con un total de 108.766 habitantes que representan el 1,3% de los habitantes del Distrito Capital, al realizar comparación con datos de población total de la localidad del año 2005, se evidencia un aumento en la misma de 2% para el año 2014. (7)

Densidad poblacional. La superficie total de la localidad Antonio Nariño es de 488 hectáreas, la totalidad del área se clasifica en suelo urbano, ocupando el segundo lugar de las localidades con menor superficie dentro del Distrito Capital (3).

Número de viviendas. En la Localidad Antonio Nariño, según datos de la encuesta nacional 2005 se identifican un total 26.891 viviendas (7), según encuesta multipropósito del año 2011, para este año la cantidad de viviendas de la localidad alcanzó 28.736 con un aumento de 6,8%, en cuanto al tipo de vivienda según encuesta multipropósito en Antonio Nariño el 48,4% de las viviendas son tipo apartamento, 47,2% son casas y el 4,4% se clasifican como otros (8)

Número de hogares. Según datos de la encuesta nacional 2005, en la Localidad Antonio Nariño, se identificaron un total de 29.057 hogares (25), Según encuesta multipropósito 2011, la cantidad hogares presentó un aumento de 3% respecto al año 2005 llegando a 30987 hogares, en cuanto a número de hogares por vivienda en la localidad según la misma encuesta es de 1,1 y cada hogar está conformado por 3,5 personas, siendo muy similar al comportamiento a nivel distrito el cual es 1,0 hogares por vivienda y 3,4 personas por hogar (9).

Población por pertenencia étnica. En cuanto a la población perteneciente a grupos étnicos según datos del censo 2005, en Bogotá habitaban un total de 113440 personas que se reconocían como pertenecientes a un grupo étnico que representa el 2% de la población total, en la localidad Antonio Nariño 0,01% de las personas declararon pertenecer a un grupo étnico,

213 indígenas, 5 raizales y se reconocieron 1095 como negro, mulato o afrocolombiano; no se identificó población ROM Gitanos, ni palanqueros (10).

Estructura Poblacional: De acuerdo a las características la pirámide poblacional de la localidad se clasifica como pirámide de campana, posee una base ancha que va disminuyendo lentamente, la cual es propia de una población que tiende al envejecimiento y que ha concluido su transición demográfica. Mostrando una mayor representación de la población en edades intermedias, que corresponden a los quinquenios de 10 a 24 años (11).

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

Otros indicadores demográficos. Prevalece el sexo femenino con un índice de masculinidad de 96,4%, La población de la localidad Antonio Nariño se clasifica como madura según el índice de Fritz, con un resultado de 111. La distribución de la población de la localidad por etapa de ciclo vital, muestra predominio de población adulta (47%), seguido de la población infantil en un 20,6% y en tercer lugar vejez con el 14,1%, según distribución por Unidades de Planeamiento Zonal – UPZ, se encuentra que el 71,8% de los habitantes residen en la UPZ 70 - Restrepo, y el 28% reside en la UPZ 69 – Ciudad Jardín (12).

Durante el año 2014, la localidad Antonio Nariño presenta un índice general de dependencia de 47%, al analizar la dependencia por etapa de ciclo se evidencia un índice de dependencia infantil de 32% y un índice de dependencia en mayores de 14%, lo que se relaciona con un índice de infancia de 22% y un índice de vejez de 9,9%.

Dinámica demográfica

Tasa de crecimiento natural. Según proyecciones DANE, en la localidad Antonio Nariño, la tendencia es a la disminución, con 8,6 en el 2005 a 7,25 en el 2014 (12).

La tasa bruta de natalidad. La tasa de mortalidad presenta el siguiente comportamiento: para el 2005 fue de 14 por cada 1000 habitantes, para el año 2014 fue de 12,8 por cada 1000 habitantes y en Bogotá en el periodo 2005 a 2010 la tasa fue de 16,8 presentando disminución a 15,9 (13).

La tasa bruta de mortalidad. Durante el año 2014, por cada 1000 habitantes, murieron 6,2 personas, presentando un aumento respecto al año 2005 donde se presentó una tasa bruta de mortalidad de 5,09. (14).

Según los informes del DANE, en el 2014 en la localidad Antonio Nariño, la tasa general de fecundidad se calculaba en 45, en el año 2014 la tasa global de fecundidad para la localidad fue de 1.6, el grupo de edad que aportó una mayor tasa de fecundidad fue el quinquenio de 20 a 24 años con una tasa específica de 79 por 1000 mujeres entre 20 y 24 años. (14).

Esperanza de vida. La esperanza de vida en el quinquenio 2010-2015 en la Localidad Antonio Nariño es de 75,6 años, presentando una variación por sexo: hombres 73,1 y en mujeres de 78,3; evidenciándose en la relación hombre/mujer en los mayores 80 y más, explicando el ensanchamiento de la pirámide poblacional en el grupo de mujeres de mayores 80 años (13).

Contexto socioeconómico

Para la localidad Antonio Nariño el número de personas pobres por Necesidades Básicas Insatisfechas para el año 2011 está en 2.194 equivalentes al 2% en relación con la ciudad de Bogotá; del mismo modo se encuentra que el número de personas pobres por ingresos en la localidad es de 15.019 personas equivalente al 13,95%. Así mismo el índice de pobreza múltiples indica que el número de personas pobres es de 15.863 personas equivalente al 14,6%. En lo que respecta a la localidad se reporta una pobreza inercial (15). del 83,4%. . El 4,4% de la población de la localidad se encuentra en la pobreza y el 0,0% se encuentra en la miseria, sin embargo se presenta Hacinamiento Crítico, el cual se entiende cuando más de tres personas duermen en una misma habitación. (16) (17)

Según el documento 21 Monografías de las Localidades Distrito Capital 2011, reseña que en la localidad Antonio Nariño, el 93% de la población se encuentra en el estrato medio-bajo, el 4,6% en el bajo y el 2,4% clasificado sin estrato (3)

En la localidad existe un déficit de hogares de 3.452 equivalentes a un 11,1%, se presenta un déficit cuantitativo de 1.665 equivalente al 5,4% y un déficit cualitativo de 1.787 equivalentes al 5,8%; se presentan viviendas en condiciones de hacinamiento, en la localidad, de acuerdo con lo referenciado por la Secretaria de Integración Social en el año 2010, el 55,4% de las familias viven en cuartos, el 38,2% viven en apartamento o casa y tan sólo el 6,3% de las familias tienen casa propia. De las familias que viven en arriendo el 71% pagan por él un valor oscila entre \$100.000 y \$250.000 mientras que el 29% entre \$250.001 y \$350.000 (18).

La cobertura de servicios públicos básicos en la localidad es de acueducto en un 99,8%, alcantarillado en un 99,6%, energía eléctrica en un 100%, Gas Natural 87,9%, y la recolección de basuras: 99,8%. Las dificultades que se presentan frente a la prestación de servicios públicos, de acuerdo con la UAESP, está relacionada con la prestación del servicio de aseo y recolección de basuras, por la infraestructura que se presenta en conjuntos residenciales y viviendas multifamiliares (19).

En el año 2007 de acuerdo con lo referenciado por la Cámara de Comercio de Bogotá, el porcentaje de analfabetismo de 1%, La población mayor de cinco años tiene en promedio 19 años de educación. En cuanto a instituciones de educación superior en la UPZ Restrepo se encuentran 8 Colegios Oficiales, 35 Establecimientos Educativos No Oficiales, 1 Institución Universitaria, 2 Instituciones Educativas de Régimen Especial y 1 Instituto Técnico; mientras que en la UPZ Ciudad Jardín se encuentran 3 Colegios Oficiales, 21 No Oficiales y 1 Universidad (20).

En relación con la actividad económica predominan las actividades comerciales, donde predomina la comercialización de diferentes artículos al por menor, prevalece el comercio de prendas de vestir, cuero y calzado ubicado en el barrio Restrepo (40% de las empresas comerciales), posteriormente se encuentra el comercio de artículos como autopartes, accesorios y lujos para vehículos (concentrados en los barrios Restrepo y La Fragueta); seguido de la comercialización de alimentos, bebidas y tabaco (distribuido en toda la localidad).

La localidad cuenta con diferentes tipos de equipamientos entre ellos se cuenta con 53 centros de bienestar social, 8 centros de salud, 72 centros educativos, 12 centros de cultura, 27 centros de culto religioso, 1 centro de recreación y deporte, 2 centros de abastecimiento de alimentos, 7

centros de administración, 7 centro de seguridad, defensa y justicia, 3 cementerios y servicios funerarios. (45)

Frente a la situación de salud de los habitantes de la localidad, se reporta que el 90,2 % se encuentra afiliado, frente a 9,4 % que no lo está. En el régimen contributivo se encuentra 71,7% de la población, en el régimen subsidiado está un 24,8% de la localidad Antonio Nariño.

En relación con los equipamientos destinados a apoyar la organización social la localidad cuenta centros cívicos, 1 casa juvenil y 9 salones comunales y 1 biblioteca, la biblioteca cuenta con 20.000 libros en todas las áreas y atiende aproximadamente 600 usuarios por día . Cuenta con dos parques polideportivos, el Polideportivo La Fragua y el Polideportivo Ciudad Jardín (42) .

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

En el capítulo 2 se presenta el análisis de la mortalidad por las grandes causas, especifica por subgrupo y materno – infantil y en la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales.

Análisis de la mortalidad Localidad Antonio Nariño años 2005 – 2012

Mortalidad general

La tasa de mortalidad general para la localidad Antonio Nariño, se ha mantenido en el tiempo desde 2001 hasta 2010 con un promedio de 37, presentando un aumento significativo durante el año 2011 a 45,7 y durante el año 2012 se redujo en 5 puntos porcentuales llegando a 40,7 por 10.000 habitantes, con un total de 442 muertes durante el año, para este mismo periodo a nivel distrital la tasa de mortalidad fue de 38,6 por 10.000 habitantes; según la clasificación por 105 causas de mortalidad – sexo - edad y localidad de la Secretaria Distrital de Salud 2012, la mayor causa de mortalidad fue la *Enfermedad Isquémica del Corazón* con una tasa de 7,2 muertes por cada 10.000 personas, que comparada con el dato del año anterior aumentó en 0,5 puntos porcentuales siendo también la primera causa durante el año 2011, al compararlo con el comportamiento a nivel distrital la tasa 5,8 por 10.000 habitantes, la razón de tasas de 1,2. Las siguientes causas de mortalidad según número de casos durante el año 2012, son las enfermedades cerebrovasculares (tasa 3,1 muertes por 10.000 habitantes) y enfermedades crónicas de las vías respiratorias (tasa de 3 muertes por 10.000 habitantes), los grupos de edad con mayor tasa de mortalidad son: 60 años y más con 220,7 muertes por 10.000 habitantes en este grupo de edad, menores de 1 año con una tasa de 80,1 y el grupo de edad de 45 a 59 años con una tasa de 34,9 por 10.000 habitantes en este grupo de edad.

Mortalidad específica por grupo etario

La tendencia de la mortalidad específica por grupos etarios desde el año 2001 hasta el año 2012, que refleja que grupo de edad que presenta mayor tasa de mortalidad en la localidad Antonio Nariño es el de 60 y más años, seguida de los menores de 1 año.

Al realizar el análisis de las causas de mortalidad por grupos de edad se evidenció en los menores de un año un descenso en las cifras, desde el 2001 con 91,7 muertes hasta el año 2012 con 80,1 muertes por cada 10.000 menores, sin embargo la tendencia ha sido variable y ha sufrido fluctuaciones a lo largo del periodo 2001 - 2012, las principales causas de muerte en

este grupo de edad durante el año 2012 fueron las *malformaciones congénitas* con una tasa de 28,6 muertes por cada 10.000 menores de 1 año, representando el 35,7% de las muertes en este grupo etario (5 casos), seguido por *trastornos respiratorios específicos del período perinatal* con 11,4 muertes por cada 10.000 menores, (2 casos) que representan el 14,3% del total de las muertes en este grupo de edad y la tercera causa de mortalidad en los menores de 1 año fueron las infecciones específicas del período perinatal con 5,7 por 10.000 menores de 1 año, con el 7,1% del total de las muertes en este grupo de edad (47) (48) (49) Este hecho está determinado por las condiciones socioeconómicas, las condiciones sanitarias y de contaminación de la zona entre otras.

En cuanto a la mortalidad en niños de 1 a 4 años se evidencia que comparadas la tasa del año 2012 con la del año 2001, ésta se ha reducido un 70% de 10 a 3 muertes por cada 10.000 menores que corresponde a 2 muertes. Al analizar las causas de mortalidad se encuentran malformaciones congénitas del sistema circulatorio con 1 caso y resto de causas con 1 caso.

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

La mortalidad en el grupo de edad de los 15 a los 44 años, ha tenido una tendencia variable con una reducción de 3,7 puntos porcentuales en el año 2012 en comparación al año 2001 llegando a 7,6 muertes por 10.000 habitantes. La primera causa fue agresiones (homicidios) y secuelas con 5 casos representados en una tasa de 1,2 mortalidades por 10.000 habitantes en este grupo de edad, en segundo lugar se encuentran los accidentes de transporte de motor con 4 casos y una tasa de 0,8 mortalidades por 10.000 habitantes, en tercer lugar se encuentra tuberculosis con 2 casos y una tasa de 0,5 mortalidades por 10.000 habitantes.

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

En cuanto a la mortalidad de las personas Mayores de 60 años en Antonio Nariño, se evidencia un descenso en las cifras, desde el 2001 con 256,8 muertes hasta el año 2012 con 220,8 muertes por cada 10.000 menores, sin embargo la tendencia ha sido variable y ha sufrido fluctuaciones a lo largo del periodo 2001 - 2012 según lo muestra el gráfico 4, la primera causa de morbilidad se debe a las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 47,5 por 10.000 habitantes, 68 casos que equivalen al 21% de las muertes en este grupo de edades, seguido de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y las enfermedades cerebrovasculares y con tasas de 22,4 y 20,3 por 10.000 habitantes respectivamente.

Mortalidad materno – infantil y en la niñez

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

Mortalidad Materna. La mortalidad materna ha presentado una reducción progresiva en el número de casos y en las tasas por 100.000 nacidos vivos desde 1999, ha tenido una tendencia variable, en los años 2002, 2004, 2013 se evidenció un aumento en las tasas presentándose los registros más altos para todo el período con tasas de 169,8, 170,8, 153,3 por 100.000 NV (con 2 casos durante cada año), el comportamiento distrital muestra tendencia a la disminución de 92,8 a 29 por 100.000 NV (114 y 30 casos respectivamente).

Mortalidad Perinatal. En la localidad Antonio Nariño para el año 2014 se reportaron 13 mortalidades perinatales (tasa de 10,1 por 1000 NV), mostrando reducción en 2 casos pues para el año 2013 se presentaron 15 casos con una tasa de 11,4 por 1000 NV. La tendencia local de la mortalidad perinatal presenta un comportamiento variable, con un aumento significativo en el año 2011 con una tasa de 65,1 por 1.000 nacidos vivos.

Mortalidad infantil. En la localidad Antonio Nariño, la razón de mortalidad infantil en el periodo enero a diciembre de 2014 presentó una tasa de 9,4 x 1000 NV que corresponde a 12 mortalidades, mostrando una reducción en 2 casos respecto al mismo periodo del año 2013, la tendencia de este indicador ha sido fluctuante aunque tendiente a la disminución, durante el año 2014 se mantuvo levemente por debajo del registro Distrital (mortalidad infantil distrital 2014: 9,6 por 1000 NV), a diferencia de años anteriores (2010 – 2013) donde se mantuvo por encima del mismo. A nivel distrital la tendencia es la disminución de 19,5 en 1999 a 9,6 en 2014(15)

Mortalidad en menores de 5 años. La tasa de mortalidad en menores de 5 años en la localidad Antonio Nariño en el 2014 fue de 14,6 por 10.000 menores de 5 años (12 casos), mientras que para el año 2013 fue de 16,9 por 10.000 menores de 5 años.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda. La infección respiratoria aguda –IRA es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, en la localidad Antonio Nariño en los últimos años no se han reportado muertes por esta causa, presentando el último caso durante el año 2008.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). En la localidad Antonio Nariño, el último caso reportado de mortalidad por esta causa se presentó en el año 2008, año en que la tasa de mortalidad fue de 11,6 por 100.000 menores de 5 años.

Mortalidad por desnutrición. En la localidad Antonio Nariño, el último caso reportado de mortalidad por esta causa se presentó en el año 2009, año en que la tasa de mortalidad fue de 11,6 por 100.000 menores de 5 años.

Mortalidad por malformaciones congénitas en menores de cinco años. En la localidad Antonio Nariño durante el año 2012 las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas configuraron la principal causa de mortalidad en el grupo de edad de menores de un año con una tasa de 28,6 por 10.000 menores de 1 año, (5 casos), representando el 35,7% de las muertes en este grupo etario.

Análisis de la morbilidad

El análisis de las enfermedades que afectan a la población de la localidad, se realizó a través de la revisión del registro individual de pacientes atendidos desde la E.S.E. Ésta información se extrajo de las bases proporcionadas por la secretaría distrital de salud, de las atenciones realizadas en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa.

Morbilidad por subgrupo

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

La atención por urgencias registró un total de 28 atenciones dadas a 18 individuos, la atención que más se brindó fue Infección de vías urinarias (8 casos), seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido (3 casos) y hernia hiatal congénita (2 casos). En esta atención también se registra una disminución de la atención frente al año 2013, puesto que la primera causa de visita a urgencias en este período fue bronquiolitis aguda de 11 casos, seguido de ictericia neonatal con 9 casos.

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

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

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

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

En la población joven de 18 a 26 años, en consulta externa se atendieron a 30 personas de las cuales a 6 mujeres se les realizó atención materna por isoimmunización de Rhesus, 3 mujeres fueron atendidas por complicación con relación al embarazo y 1 mujer recibió atención materna por otros problemas fetales. Por otro lado la atención de urgencias se dio a 41 mujeres, y las 3 atenciones que más se presentaron fueron dolor pélvico perineal (10 casos), amenaza de aborto (7 casos) y atención materna por isoimmunización de Rhesus (8 casos). Frente a la atención de hospitalización los 31 eventos más atendidos fueron en primer lugar parto único espontáneo (14 casos), en segundo lugar falso trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación (5 casos) y en tercer lugar parto por cesárea de emergencia (3 casos).

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

En la atención de urgencias para este grupo de edad se atendieron a 29 individuos que representaron 32 atenciones, la causa de visita de urgencias que más se presentó fue la amenaza de aborto (3 casos), dolor pélvico perineal (3 casos) y cefalea (3 casos). En la atención brindada por el servicio de hospitalización en el 2014 para este grupo de edad los 3 más presentados fueron parto único espontáneo (4 casos), parto por cesárea (3 casos), aborto incompleto sin complicaciones (2 casos).

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

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

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

Para las personas mayores entre 70 a 79 años las causas por las que más acudieron a consulta fue en primer lugar hipertensión esencial primaria (3 casos), las demás enfermedades presentaron cada una un caso, dentro de las cuales se destaca, enfermedad cardiovascular no especificada, hipotiroidismo, traqueomalacia congénita, entre otras. En la atención de urgencias se registró atención a 3 personas por diagnósticos como hemorragia gastrointestinal, accidente cerebro-vascular no identificado, e hipertensión esencial. En hospitalización se atendieron 4 individuos por diagnósticos como enfermedad cerebrovascular, traqueomalacia, traumatismo, e infección de vías urinarias. Para cada evento solo se registró 1 caso.

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

Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.

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

Los eventos de enfermedades transmisibles a su vez se dividen en:

Enfermedades transmitidas por vectores En la enfermedad de Chagas se encontró la ocurrencia de 2 casos con una tasa de letalidad de 50 mortalidades por 100 casos de enfermedad notificados en la Localidad Antonio Nariño. La letalidad por dengue grave, de acuerdo al análisis de la base de datos SIVIGILA 2014 en la localidad Antonio Nariño no se presentó ninguna mortalidad por esta causa, como eventos mórbidos en la localidad se presentó 1 caso. En 2014, en la localidad Antonio Nariño no se presentó mortalidad por leishmaniasis, aun cuando se presentaron 3 casos de morbilidad. En cuanto a las diferentes formas de Malaria no se registraron casos de morbilidad ni mortalidad en la localidad. De la enfermedad de Chicunguya en la localidad Antonio Nariño se presentó un caso de morbilidad.

Eventos Inmunoprevenibles. En la localidad Antonio Nariño durante los años 2012,2013 y 2014 no se registraron casos de morbilidad, ni mortalidad fiebre paratifoidea, difteria, parálisis flácida aguda, sarampión y rubeola, EDA, tétanos.

En los eventos supuestamente atribuidos a inmunización se encontró a nivel local un caso en una niña menor de un año, pero ninguna mortalidad por esta causa. La parotiditis se caracteriza

por ser una enfermedad altamente contagiosa pero de baja letalidad; en la localidad se presentaron 39 casos, Respecto a casos de tos ferina en la localidad en 2014 se presentaron 2.

Respecto a la Infección Respiratoria Aguda Grave, en 2014, a nivel local se presentaron 7 casos de morbilidad y ninguno finalizó en mortalidad. Del síndrome de rubeola congénita se presentó un caso de morbilidad a nivel local y tres a nivel distrital, de los cuales ninguno falleció dejando las tasas de letalidad en cero y respecto al evento de varicela, en 2014 se presentaron 358 casos de los cuales ninguno terminó en mortalidad.

Eventos de infecciones de transmisión sexual (ITS). Entre los eventos de transmisión sexual encontramos la sífilis congénita de la cual se presentaron 5 casos en la localidad Antonio Nariño. En cuanto a la Hepatitis B y C (evento 340 de SIVIGILA), se presentaron 9 casos a nivel local

Eventos de zoonosis. Las enfermedades de origen zoonótico no generaron letalidades en la localidad Antonio Nariño en 2014.

Eventos asociados a factores de riesgo ambiental. En 2014 a nivel local se presentaron 95 casos de intoxicaciones de las cuales ningún caso terminó en mortalidad. De enfermedades transmitidas por alimentos en la Localidad Antonio Nariño se presentaron 35 casos. Frente a la ocurrencia de casos de Hepatitis A, a nivel local se presentaron 4 con cero casos de mortalidad, A nivel local y distrital no se presentaron casos de morbilidad y mortalidad por cólera.

Eventos por micobacterias. Respecto a las enfermedades causadas por micobacterias en 2014 se reportaron 6 casos de morbilidad en a la localidad Antonio Nariño y 2 mortalidades (tasa de letalidad fue de 33,3 por 100 hab.)

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

De las forma pulmonar se presentaron 2 casos y extrapulmonar cero casos, de estos ninguno finalizó en mortalidad. Por otro lado de meningitis tuberculosa, en la Localidad se presentó un caso que terminó en mortalidad. En cuanto a lepra, no se presentó ninguna morbilidad ni mortalidad por esta causa.

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

Identificación de prioridades principales en la morbilidad

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

Discapacidad

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

De las 226 personas según distribución por sexo, se encuentra que el 57% son mujeres (129 registros), al analizar la edad, se encuentra que el grupo de edad que presenta registros es el de 60 y más años con un 45% (102 registros), seguido el grupo de 15 a 44 años con un 25% del total de registros (57 registros) y en tercer lugar el grupo de 45 a 59 años con 38 registros (16% del total de registros de la localidad), el 98,2% de las personas caracterizadas no se reconocen como pertenecientes a una etnia, se identifican 2 registros con pertenencia étnica indígena y 1 con pertenencia a grupo étnico negro, mulato o afro, el estrato socioeconómico 3 representó el 80% de los registros con una frecuencia de 182, el estrato 2 el 15% con 35 registros. El 45% de las personas caracterizadas se encuentran afiliadas al régimen contributivo y el 44% al régimen subsidiado. La ocupación del 32% de las personas de la localidad Antonio Nariño con discapacidad es incapacitado permanentemente para trabajar sin pensión y en 4 de estos casos la discapacidad es originada por enfermedad laboral, el 12% se encuentra trabajando (28 registros) y el mismo porcentaje se encuentra estudiando.

Determinantes sociales de la salud

Análisis de los determinantes intermedios de la salud

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

Condiciones de vida. por medio del método de necesidades básicas insatisfechas se identifican las carencias críticas en una población y permite caracterizar la pobreza, se encuentra que en la localidad existen viviendas de uso habitacional de diferentes tipos: apartamentos, casas familiares e inquilinatos, con estructuras antiguas, pero en general en buen estado, se caracteriza por las viviendas de construcciones antiguas, algunas con deterioro en sus fachadas, en donde confluyen el uso habitacional con la presencia de talleres y locales de venta de repuestos y partes para automóviles, restaurantes, bares y tiendas en donde se expende licor. (2)

Disponibilidad de alimentos. Del total de empresas de la localidad Antonio Nariño (4.897), hay 677 empresas que se podrían integrar a la cadena de productos alimenticios. Estas empresas representan el 14% del total de empresas de la localidad. Según la actividad que realizan las empresas de la localidad (proveedores, transformación y comercialización), en su mayoría, 50%, pertenecen al eslabón de transformación, el 47% a la comercialización de productos de la cadena y 3% son proveedores de insumo. (76)

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

desempleo de la ciudad: el 1% de los desempleados residía en la localidad, equivalente a 4.800 personas. (76)

Igualmente los resultados presentados por el Observatorio de Desarrollo Económico, refiere que la localidad Antonio Nariño registró una tasa de ocupación de 58,1% para 2014, ubicándose 1,3 puntos porcentuales por encima del registro de 2011 (56,8%), esto significa que 3 mil nuevas personas de la localidad ingresaron al mercado laboral en los últimos tres años, siendo la cuarta localidad con menor ocupación en la ciudad. (4)

Las actividades económicas que se destacan, están concentrados en tres sectores: comercio y restaurantes ocupa al 30,9% de los trabajadores, le sigue servicios, comunales, sociales y personales que vincula al 20,3%, y la industria manufacturera que vincula 18,8%. (4)

Aspectos sociales, culturales y psicológicos. La localidad Antonio Nariño cuenta con 66 parques distritales, que corresponden al 1,4% del total de parques la ciudad y es la decimocuarta localidad en número de metros cuadrados de parques y zonas verdes por habitante (3,293m²). (76)

Sin embargo, en la localidad se encuentra que presenta un porcentaje muy alto de personas que no practican ningún tipo de actividad artística, siendo solo el 14% de la población que practica algún tipo de alguna de estas actividades, tan solo el 28,4% de sus habitantes manifiestan practicar algún deporte siendo el fútbol el deporte favorito (fútbol, microfútbol, fútbol 5 y banquitas), seguido de ciclismo, baloncesto, atletismo y caminar. (78)

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

Según la Alcaldía Local, la biblioteca cuenta con más de 20.000 libros en todas las áreas y atiende aproximadamente y atiende a 250 usuarios por día, aunque espera incrementar esa cifra a 600 en su nueva sede.

Pobreza. En la localidad no existe población clasificada en estrato 1, y en estrato 2 se concentra el 8,0% de la población local, por lo cual, el 8,0% de la población se clasificaría como pobre, constituyendo así la sexta localidad urbana con menor población en condición de pobreza. En Antonio Nariño se identificaron, durante el periodo comprendido entre enero de 1998 y enero de 2003, un total de 14.886 habitantes pertenecientes a los niveles I y II del Sisben, que corresponden al 14,3% del total de habitantes de la localidad. De éstos, 199 se encuentran en el nivel I. Lo anterior hace que la localidad se ubique como la tercera con menor participación de habitantes clasificados dentro de estos dos niveles y, por ende, con menor concentración de pobreza según este indicador, antecedida sólo por Teusaquillo y Puente Aranda. (9)

1.1.1. Análisis de los determinantes estructurales de la salud

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

Ingresos La Encuesta Multipropósito 2014, define los ingresos como la capacidad de pago de las personas y las posibilidades de pago de los hogares para obtener los bienes y servicios que les son necesarios para alcanzar un nivel determinado de calidad de vida. El 63,2% de los habitantes de la localidad manifiestan que el ingreso del hogar solo alcanza para cubrir los gastos mínimos, percepción que aumentó 5,4 puntos con respecto a 2011. Esta localidad ocupa el quinto puesto dentro de las localidades que tienen esta percepción, después de La Candelaria, Chapinero, Los Mártires y Santafé. (4)

Educación. Antonio Nariño es la decimoquinta localidad con mayor número de personas en edad escolar (22 mil personas entre 5 y 17 años). El porcentaje de analfabetismo (1%) es inferior al de Bogotá (2,2%). En Antonio Nariño, la población mayor de cinco años tiene en promedio 9 años de educación; en Bogotá, el promedio es de 8.7 años. En todos los grupos de edad la localidad cuenta con niveles superiores a los del distrito. (76)

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

Reconocimiento de las condiciones básicas de salud

Dimensión Salud Ambiental

Para la localidad se cuenta con un 19% de cobertura (3804 felinos y caninos vacunados) con respecto al número de mascotas censadas (20028). Con relación a los indicadores de la unidad de análisis, se puede evidenciar que en la UPZ 35 – Ciudad Jardín la cobertura de vacunación es de 1154 animales de Compañía, equivalente a 117 % de la población registrada en el censo, con 6809 animales. En la UPZ 38 – Restrepo se han vacunado 2650 animales de compañía, que corresponde al 20% de la población registrada en el censo, con 13219 animales.

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

Dimensión Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles

En la localidad Antonio Nariño, las áreas de observación contempladas en la dimensión de enfermedades transmisibles son: carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo: Tasa de mortalidad por tuberculosis: 2 casos corresponde 1,8 x 100.000 hab., letalidad por Tuberculosis Pulmonar: 13%, letalidad por Tuberculosis Extra- Pulmonar: 0%, tasa de incidencia por Lepra: 0,9 x 100.000 hab. Carga de enfermedades desatendidas: no se cuenta con datos de referencia, carga de enfermedades infecciosas por ETA, EDA: Letalidad por Cólera: 0, tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años: 0, letalidad por enfermedades

transmitidas por alimentos: (casos incidentes) 28 casos corresponde 25,74 x 100.000 hab., vigilancia y control de condiciones nueva y reemergentes: se tuvo en cuenta el inicio de notificación y seguimiento a la enfermedad del chikungunya, carga de las infecciones asociadas a la atención en salud: no se cuenta con información, gestión integral del plan ampliado de inmunizaciones: Coberturas DPT: 86% UPZ 38: 86%, coberturas Polio: 86%, UPZ 38: 86% y coberturas Tripe Viral: 89%, UPZ 38: 89%, carga de enfermedades inmunoprevenibles: se encuentra la proporción de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola: 3% (38 casos), carga de enfermedades transmitidas por vectores: Tasa de incidencia Chagas 1,8 por 100.000 habitantes. Durante el año 2014 se notificaron 2 casos de Chagas en la localidad Antonio Nariño UPZ 35: 1 caso, UPZ caso 38: 1 caso. , carga de enfermedades zoonóticas: no se presentaron casos y atención integral enfermedades zoonóticas: Porcentaje de tratamientos completos aplicados a casos de exposición rábica grave: 5,1%, y porcentaje de tratamientos completos aplicados a casos de exposición rábica grave: 8,4%.

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social.

Para el año 214 se realizaron 310 visitas aperturas psicosocial realizadas se logró hacer 300 de seguimiento y 295 de cierre la razón por la cual no se cerraron todas las visitas fue por cambio en el domicilio, se atendieron 39 de la etapa de ciclo infancia, 77 de juventud, 157 de adultez, 79 de persona mayor, de estos 252 fueron mujeres y 66 hombres, 3 en condición de discapacidad, 12 casos SISVECOS, 8 personas víctimas de conflicto armado, 14 por consumo de SPA, y 6 mujeres gestantes 40 mujeres y 45 hombres, 1 víctima de violencia. Escolar grupal Con los 6 grupos se trabajó, línea 106, Bullying, auto estima, consumo se sustancia psicoactivas, buen trato y violencias.

Seguimiento a casos de violencia intrafamiliar. Según el informe anual de enero a diciembre 2014 del sistema de vigilancia SIVIM se encuentra estipulado por tipo de violencia y grupo poblacional encontrando:

Violencia física: 95 casos, en la tipología emocional: 244 casos, en la tipología sexual: 30 casos, desde la tipología económica: 25 casos, en la tipología negligencia un total de 89 casos, en la tipología de abandono: 24 casos

Incidencia de violencia contra la Mujer. Según informe SIVIM, para el año 2014 en la localidad Antonio Nariño se reportó un total de 385 casos de violencia hacia la mujer.

Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar. Según informe acumulado enero diciembre 2014 del sistema de vigilancia SIVIM, 1084 casos dividido 108766 por 100.000 con una tasa de incidencia de 996 es decir que se presentan 996 casos por 100.000 habitantes.

Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

El presente documento permite el análisis y la interpretación de la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional a partir de siete indicadores priorizados en la localidad Antonio Nariño, en términos de las condiciones de alimentación y nutrición de la población, con el objetivo de conocer el comportamiento y determinantes en salud, respecto a estos indicadores: Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 3 años (mediana en meses). Teniendo en cuenta la información suministrada por SISVAN se encuentra que la media de lactancia materna en la localidad es de 2.5 meses, sin embargo se evidencia una gran diferencia entre las dos UPZ San Juan de Dios es de 4.1 meses y Restrepo 2,6 meses, teniendo, en este sentido se encuentra que la localidad está ubicada dentro del promedio

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

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

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. La información suministrada por SISVAN en relación al indicador de bajo peso al nacer, muestra que el número de casos de niños y niñas con bajo peso al nacer a corte de Diciembre de 2014 es de 43 casos, es decir un 3,4%, de los cuales 38 casos corresponden a la UPZ 38 y 14 a la UPZ 35. Pese a que el indicador es bajo, debe tenerse en cuenta que las condiciones socioeconómicas de la localidad no son tan precarias por lo cual se muestra preocupación ante los resultados de este indicador.

Porcentaje de personas que padezcan hambre. Según la ENSIN 2010 que arrojo ningún caso de personas que padecen de hambre en la localidad. Es de analizar que en la localidad se han detectado algunos casos de pobreza oculta, en familias que habitan en viviendas ubicadas en estrato socio económico 3 pero que no cuentan con los recursos económicos suficientes para su manutención y calidad de vida, lo cual podría derivar que algunas de ellas padezcan de hambre.

Porcentaje de población bajo línea de pobreza. La línea de pobreza es un indicador medido por el DANE a nivel distrital, que no refleja las particularidades y dinámicas propias de la localidad.

Prevalencia de anemia. La prevalencia de anemia en niños menores de 5 años en Bogotá es de un 21%; en niños de 6 a 12 años 5,4%; adolescentes de 13 a 17 años 8,3%.

Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en la talla para la edad) en menores de 5 años. De acuerdo a estadísticas de SISVAN a corte de Diciembre de 2014 hubo un reporte de 221 casos, de los cuales 144 corresponden a la UPZ Restrepo y 77 a la UPZ Ciudad Jardín.

Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Para el año 2014, en la localidad Antonio Nariño, con respecto al indicador de Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y en garantía de estos y la equidad de género, se propiciaron espacios en instituciones como: Casa de la Juventud, Colegio María Montessori y Arteaga Muñoz; donde participaron 130 jóvenes y adolescentes. Para el tema de enfoque de género, se cuenta con la referente de Mujer y Género; quien participó a nivel interlocal en la mesa de sexualidad y género. Las acciones desde los Servicios amigables, para esta localidad no aplican ya que no se cuenta con una unidad primaria de atención por parte de la ESE para desarrollar las acciones: Porcentaje de mujeres con uso de algún método anticonceptivo (15 y

49 años): Hormonal Oral, 487, anticoncepción mensual 1383, inyectable trimestral 169, implante subdérmico 198, DIU 53, para un total de 5240 consultas en el año, en métodos de regulación de la fecundidad.

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

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

Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

Subprograma de Discapacidad, desde el programa Territorios Saludables, se adelantan diferentes acciones por parte de los equipos RBC (Terapeutas y Agentes de Cambio) territoriales, en los ámbitos familiar, servicios de salud colectiva, comunitario, e institucional, con las cuales se evidencia cobertura en los diferentes ciclos vitales en los que se encuentra la población con discapacidad, familiares, cuidadores y cuidadoras.

En el programa de Territorios Saludables, desde los ámbitos servicios de salud colectiva, institucional y comunitario se realizan acciones que favorecen a las personas mayores, con condiciones crónicas y con discapacidad de la Localidad.

Se cuenta con la presencia de entidades como SLIS, Casa de Igualdad de Oportunidades para las mujeres, Subdirección Local de Integración Social, Alcaldía Local, IPS públicas y privadas.

Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

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

Dimensión Salud y Ámbito Laboral

En la localidad Antonio Nariño la población ocupada a 2014 fue de 52.000 personas que trabajaban a cambio de una retribución (salario, jornal o beneficio empresarial) en dinero o especie, una tasa de ocupación de 58,1%, ubicándose 1,3 puntos porcentuales por encima del registro de 2011 (56,8%), esto significa que 3 mil nuevas personas de la localidad ingresaron al mercado laboral en los últimos tres años, siendo la cuarta localidad con menor ocupación en la ciudad.

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

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

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

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

Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables

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

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

Población LGBTI. Según la Encuesta Multipropósito, en el Boletín número 65 se afirma que al analizar la orientación sexual según el sexo, del total de población habitante de la localidad Antonio Nariño (108.607), menos de 1000 personas hacen parte de los sectores LGBT.

Población con Discapacidad. Dentro del proceso de caracterización de la población con discapacidad se resaltan las causas principales asociadas en la localidad Antonio Nariño, donde corresponde a las enfermedades generales con un 30%, seguida de las alteraciones genéticas o hereditarias con un 10%, los accidentes con mayor proporción en el género masculino 13% y en mujeres en un 5%. La dificultad permanente más frecuente es la relacionada con el movimiento; caminar, correr y saltar 19%, seguido de pensar o memorizar con un 15%, percibir la luz, objetos o personas a pesar del uso de gafas 14%, y por último desplazarse en trechos

cortos por dificultades cardio-respiratorias, con un 13%; adicionalmente la tercera parte de la población en condición de discapacidad requiere de un cuidador para realizar las actividades de la vida diaria.

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

Población Étnica. Se encuentra población indígena en los dos únicos territorios de la localidad, el 5 y el 6. Adicionalmente se identifican las siguientes etnias indígenas: Ingas (Putumayo), Kichwas (originarios del Ecuador) y Ambika Pijaos (Tolimense caracteriza por tener un territorio corto en extensión y limitar con el centro de la ciudad, otorgándole características comerciales.

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

Para el 2014 la localidad Antonio Nariño tuvo 80.487 (74%) usuarios registrados en el régimen contributivo, 5.873 (5.4%) afiliados al régimen de excepción, 9.411 (8.7%) al Régimen subsidiado (NIVEL 1: 6.191; NIVEL 2: 1.437; NIVEL 3: 892; SD: 891) y 3.360 (3.1%) no afiliados.

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

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

Consolidación por Dimensión

A continuación se presenta el consolidado de las tensiones resultantes del proceso, abordadas según las Dimensiones prioritarias del plan decenal de salud pública, mostrando la descripción de la tensión

Dimensión Salud Ambiental

1.1.11.1 En la localidad Antonio Nariño se generan procesos económicos y productivos que no son ambientalmente sustentables y tienen directa afectación en la salud y calidad de vida de los seres humanos. En ese sentido la tendencia de consumo fuera de un contexto de sostenibilidad en la localidad y la demanda de oferta de bienes y servicios corresponde a tendencias de consumo irresponsable, toda vez que la dinámica de crecimiento económico se basa en suplir la demanda de una población que se incrementa de manera incontrolada. El modelo económico dominante a nivel mundial que es estructurante a todas las prácticas económicas. Este paradigma económico y su relación con los modos de producción promueven la depredación de la naturaleza, el consumo exagerado de recursos naturales y la generación de un impacto ambiental que afecta la calidad de vida de la población. Lo anterior implica el deterioro paisajístico conllevando a un detrimento patrimonial y las complicaciones en salud asociadas al ambiente (enfermedades respiratorias, diarreas, enfermedades zoonóticas)

1.1.13.1. El enfoque inadecuado de la educación ambiental, ha propiciado el arraigo de malos hábitos que redundan en una falta de apropiación del entorno físico y ambiental por parte de la comunidad. Carencia de cultura ambiental sustentable: El enfoque inadecuado de la educación ambiental, ha propiciado el arraigo de hábitos inadecuados, que redundan en una falta de apropiación del entorno físico por parte de la comunidad, dificultando por un lado, la correcta separación en la fuente de residuos y por otro la disposición final de los mismos. La población en general, carece de interés por fortalecer procesos de movilización comunitaria enfocados en la educación ambiental y de promover políticas que garanticen la sustentabilidad de acciones de mitigación del impacto ambiental. La comunidad en general se ve afectada por el deterioro del ambiente, dado que esto promueve el detrimento en la salud y en las condiciones de vida de la población, con una mayor incidencia en la población vulnerable socioeconómicamente. La implicación está orientada al detrimento del entorno ambiental y la afectación del paisaje, además del uso inadecuado de los recursos naturales disponibles.

Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles

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

2.2.3.1. La predisposición genética junto con el desconocimiento de hábitos de vida saludable y la falta de prácticas de auto cuidado generan enfermedades precursoras como la hipertensión y diabetes en la etapa de ciclo Persona Mayor. Para la localidad el 37,62% del total de personas mayores registradas en la base de discapacidad presenta alteraciones del movimiento y necesitan ayuda permanente, esto se traduce en que por el mal manejo de estas enfermedades crónicas se presentan ACV y apoplejías en la población mayor. Este evento afecta la economía de la localidad visto desde la carga de enfermedad que puede ocasionar esta discapacidad, y hasta la muerte entre otras, impactando en la economía de la familia debido a que los gastos para la manutención de estas personas se incrementa al igual que para el estado y por lo tanto influyen directamente en el desarrollo social. Las implicaciones afectan a todas las etapas de ciclo, vejez principalmente.

Salud Mental y Convivencia Social

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

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

Seguridad Alimentaria y Nutricional

4.2.1.1. El alto consumo de azúcares, la mono dieta, la falta de actividad física asociada a la inseguridad en los espacios de recreación y deporte, en general, la ausencia de estilos de vida saludables sumado a los programas de apoyo alimentario sin tener en cuenta el estado nutricional de cada niño y niña, genera el fenómeno de malnutrición por exceso en niños y niñas de 5 a 10 años. Por otro lado los medios de comunicación, la publicidad y mercadeo incentivan el consumo de alimentos hipercalóricos. Las implicaciones que se evidencian son: el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles desde temprana edad o desarrollarlas más adelante, el riesgo de mortalidad infantil y la pérdida de la cultura alimentaria.

4.2.1.2. El alto consumo de sal de mesa, sedentarismo y en general los malos hábitos alimentarios, aumentan la incidencia de hipertensión en el adulto mayor y sus consecuencias, este evento se ve influenciado por los medios de comunicación, la publicidad y mercadeo, que incentivan el consumo de alimentos altos en sodio, con el aumento de la oferta de los alimentos ultra procesados, lo que conlleva al aumento de la morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor. Esto disminuye la calidad de vida de las personas y se asocia a problemas cardíacos, aumentos de enfermedades renales.

Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

5.1.1.1. En la localidad de Antonio Nariño se ha identificado la presencia de barreras de acceso a métodos de regulación de la fecundidad, limitantes en la promoción y ejecución en programas de educación sexual enfocados en el fortalecimiento de habilidades sociales y de comunicación junto con la baja percepción del riesgo y las implicaciones frente al proyecto de vida de las y los jóvenes, reflejan limitantes en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos enfocados en la problemática de embarazo en adolescentes. De acuerdo al comportamiento presentado durante el año 2014 en eventos notificados al RUAF se identificó que del total de la población de mujeres embarazadas, el 16,3% se encuentra en la etapa de ciclo de la adolescencia con un total de 206 casos. De acuerdo al análisis espacial se encuentra que la mayoría de casos se identifican en la UPZ 38, sin embargo en la UPZ 35, en el barrio Policarpa también se presenta una concentración de casos. Este evento afecta a la ECV de Infancia puesto que el embarazo en adolescentes implica mayor riesgo para las mortalidades

perinatales, partos prematuros, bajo peso al nacer y aumento en la probabilidad de mortalidad y morbilidad en menores de 1 a 4 años. Por otro lado se incrementa los índices de diferentes tipos de violencia hacia los menores como consecuencia del deterioro emocional y la inmadurez física y mental así como la falta de soporte económico de los padres y las madres. Para las adolescentes las consecuencias se enmarcan desde lo social con la generación de tensiones y ruptura en su red familiar así como el surgimiento de nuevas familias disfuncionales.

5.2.1.1. La falta de acciones de autocuidado, así como una cultura basada en imaginarios patriarcales sumado al modelo del Sistema General de Seguridad Social en Salud que dificulta la prevención e identificación de la enfermedad, relacionada con la falta de oferta del portafolio de servicios y otras limitantes administrativas para la autorización de exámenes de diagnóstico, genera barreras para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual en las mujeres gestantes de la Localidad Antonio Nariño. De acuerdo a los eventos notificados en el sistema de vigilancia (SIVIGILA) año 2014 se evidenciaron 73 casos de ITS, de ellos los de mayor prevalencia para la localidad Antonio Nariño fueron los eventos de Hepatitis B-C, Sífilis Congénita, Sífilis Gestacional y VIH. Del total de la población notificada por Hepatitis B -C de 10 casos, 4 se presentaron en mujeres gestantes, con relación a Sífilis gestacional se identificaron 12 casos y cero mortalidades, en cuanto a VIH se presentaron 36 casos en población general de los cuales 2 casos se presentaron en mujeres gestantes. Adicional a la repercusiones en salud a las gestantes, existen afectaciones al producto del embarazo tales como: malformaciones congénitas que conllevan a diferentes condiciones de discapacidad, mortalidad perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer y aborto.

Vida Saludable y Condiciones Transmisibles

6.1.1.1 Debido a la presencia de factores de riesgo de tipo biológico (genético, estado nutricional, infección por el VIH, alteraciones de la inmunidad) y los estilos de vida inadecuados (hábito tabáquico, alcoholismo) de la población además de la presencia del bacilo, sumado al desconocimiento por parte de la población sobre la tuberculosis y a la baja detección de casos de manera oportuna por parte del Sistema de Salud, afectado por la Pobreza oculta que dificulta el acceso a servicios de salud, dado por el desplazamiento que deben realizar, debido a la ausencia de centros de atención de la red pública en la localidad. En el año 2014 se reportaron 39 casos de este evento para la localidad Antonio Nariño con una tasa de incidencia de 36 *100,000 habitantes, y una tasa de letalidad de 15,9%, afectando principalmente a la población de la etapa de ciclo adultez, lo que genera que estas personas se mantengan en riesgo de contraer la enfermedad con mayor prevalencia en la UPZ. Por tal motivo la calidad de vida de las personas se ve afectada de manera significativa debido al aislamiento social y al deterioro de su vida laboral. Por otro lado se aumentan los costos para el Estado en atención en salud.

6.2.2.1. El desconocimiento sobre las enfermedades inmunoprevenibles y sus implicaciones, por parte de cuidadores y actores intersectoriales, junto con las características de transmisibilidad (antes de aparición de signos y síntomas patognomónicos) generan prácticas de cuidado y manejo inadecuado a las personas que presentan los eventos afectado por los costos que generan las estrategias de prevención e inmunización, produciendo alta propagación y recirculación de los virus causantes de varicela y parotiditis, Afectando el estado de salud de la población en etapa de ciclo infancia reflejado en la alta incidencia de varicela y parotiditis.

Salud y Ámbito Laboral

8.1.3.1. Las condiciones socio económicas, culturales y familiares donde el trabajo adolescente hace parte de la contribución económica a la familia Hace que los adolescentes asuman roles

de personas adultas, lleven a cabo labores de trabajo doméstico, encierro parentalizado y trabajo en actividades económicas, lo cual limita el desarrollo pleno de la población adolescente en la Localidad Antonio Nariño. Por otro lado la oferta oportunista de trabajos mal remunerados, Conllevan a que los adolescentes prefieran recibir dinero antes que la educación y sustituir las experiencias de esta etapa por la vida laboral afectando de forma negativa las siguientes etapas de su vida, limitando la construcción y desarrollo de su proyecto de vida en las dimensiones educativas, familiares y laborales. Los niños y adolescentes que trabajan un importante número de horas se ven privados de experiencias y actividades consideradas clave para su desarrollo, principalmente de la escuela, lo que impacta negativamente sobre el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales, lo que, a su vez, no les permite prepararse adecuadamente para la vida adulta. (DEL RIO & CUMSILLE, 2008)

8.1.4.1. El modelo económico, la importancia para suplir las necesidades básicas, la falta de oportunidades sumado a las actividades y ocupaciones heredadas como la marroquinería y el comercio en plazas de mercado, así como actividades tradicionales en el territorio propias de su dinámica como las ventas ambulantes, expendio de alimentos, bebidas alcohólicas y talleres de mecánica conllevan a condiciones de vulnerabilidad en los trabajadores de la economía informal, principalmente de la etapa de ciclo vital adultez (27 a 54 años) pues para el 2014 el 52,6% de la población trabajadora pertenecía a la economía informal que sin implementación de Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo y la falta de afiliación al SGSSI exponen al trabajador a factores de riesgo que pueden generar accidentes de trabajo como: heridas, quemaduras, atrapamientos, golpes, esguinces; enfermedades laborales como: Síndrome de túnel carpiano, cervicalgias, lumbagos, epicondilitis, manguito rotador etc. los cuales son generadores de incapacidades parciales o permanentes físicas y psicosociales, que a mediano y largo plazo afectan el bienestar y la productividad del trabajador, los ingresos familiares y la estabilidad laboral.

Valoración por alertas

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

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

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

Tensión 2.1.3.1. Identificada en la dimensión de salud y enfermedades no transmisibles y consiste en el evento de la identificación inoportuna de padecer enfermedades crónicas por

parte de la población adulta, las cuales no poseen una cultura de autocuidado. Obteniendo un balance de la tensión de 5.75

Tensión 4.2.1.2. Correspondiente a la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional que describe el evento de aumento de la morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor asociadas a problemas cardíacos. Que obtuvo una puntuación de 5.75 en la valoración.

Y de la dimensión salud y ámbito laboral las dos tensiones analizadas fueron priorizadas:

Tensión 8.1.4.1. El evento reportado son las condiciones de vulnerabilidad en los trabajadores de la economía informal, principalmente de la etapa de ciclo vital adultez. Que obtuvo un puntaje de 4.25 en la valoración. Y la **Tensión 8.1.3.1.** Limitación del desarrollo pleno de la población adolescente en la Localidad Antonio Nariño. Con un puntaje de 6 en la valoración.

Análisis Tensiones Con Determinantes por Etapas De Ciclo Vital

En el siguiente apartado se presenta el análisis de determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias teniendo en cuenta los generadores en cada una de las tensiones identificadas, nombrando los elementos que actúan como reforzadores y liberadores de las situaciones analizadas.

Etapas de Ciclo Infancia

Tensión 3.1.1.1. Dimensión Salud Mental y Convivencia

Es importante reconocer que los determinantes intermedios predominan en la incidencia de la violencia contra los niños y niñas a nivel local, teniendo en cuenta que en Colombia el 84 % de las víctimas de violencia intrafamiliar son niños y niñas (21); es así como los obstáculos que se presentan en la vida familiar generan alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud físico y mental de los niños y las niñas tales como la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras. *“Es muy grave que la familia, que debería ser por excelencia el ámbito de protección de los niños y niñas, sea en la mayoría de los casos el escenario de la vulneración de sus derechos”* (21)

Del mismo modo se encuentra como determinante intermedio que las pautas de crianza se ven afectadas por las relaciones agresivas, la privación afectiva y otras problemáticas de la familia, tal como lo encontró en sus resultados de investigación Bradley (2000) citado en Ezpeleta (2005), quien plantea que la falta de afecto, el afecto negativo o la desaprobación a toda acción o comportamiento de los padres, se relaciona con problemas externalizantes y con baja autoestima en niños y, además, la vinculación insegura con los cuidadores como un factor de mayor vulnerabilidad para la psicopatología infantil. (84). Las pautas de crianza inadecuadas están estrechamente relacionadas con estilos parentales inadecuados, autoritarios y castigadores, generan un desarrollo emocional disfuncional y deficitario en estrategias y competencias emocionales para la adaptación en distintos contextos a lo largo de la vida (84).

El consumo de drogas y licor por parte de los padres alcohol como determinante intermedio que concentró el mayor porcentaje de manifestaciones de violencia física y psicológica dirigida hacia los niños y niñas lo cual aumenta la vulnerabilidad de los niños frente a la violencia en sus hogares. (84). Lo anterior se puede verificar con el documento Maltrato infantil por Agresores bajo Efecto del Alcohol, donde se menciona que con respecto a abuso sexual, fue encontrado que 74.4% de las familias eran disfuncionales y de estas 35 % eran caracterizadas por presencia de alcoholismo, ya que los padres alcohólicos o que usaron drogas tenían más posibilidades de agredir y violentar sus hijos que otros.

Por otro lado se contempla como determinante estructural el bajo nivel de incidencia que tiene la política pública de infancia y adolescencia como consecuencia de la desarticulación interinstitucional, para minimizar las situaciones de violencia en niños y niñas, el cual en el artículo séptimo que hace referencia a la protección integral, materializado en el conjunto de políticas planes y programas que se deben ejecutar a nivel nacional, departamental y distrital y

la corresponsabilidad que debe existir entre la familia, la sociedad y el Estado para la atención, cuidado y protección (86).

Tensión 4.2.1.1. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional

Refuerzan la situación el poco acceso a alimentos de alto valor nutritivo dado por el poder adquisitivo de las familias e inadecuados espacios recreo deportivos en la localidad, bajo control de los entes reguladores sobre las empresas que producen y comercializan los productos alimentarios. Asistencialismo en programas alimentarios.

Como liberadores se encuentra articulación de programas de IDR y educación (40*40) que afecta positivamente el tiempo libre de los niños y niñas, jornadas y campañas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en espacio público por parte de la Secretaría de Salud.

La conducta alimentaria se define como el modo en que el individuo se comporta ante los alimentos al seleccionarlos, prepararlos y consumirlos. Los alimentos además de ser el vehículo para los nutrientes que necesita el organismo, tienen una dimensión cultural, es decir, también tienen un valor social y simbólico (87). Son muchos los factores que influyen en los hábitos alimentarios y que configuran el modelo de consumo alimentario de la población en la localidad. De igual manera, teniendo en cuenta que los hábitos alimentarios fundamentalmente se configuran en la infancia y luego en la adolescencia.

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

Por otro lado, los factores asociados a la educación alimentaria, también determinan el estado nutricional, un estudio en Perú reveló que frente a los determinantes se encuentran factores que se asocian a la formación alimentaria, puesto que, las familias no encuentran un sano balance de la comida que debe ser ofrecida al niño en sus tiempos fuertes a la ofrecida en los de las loncheras(88). Igualmente en el programa de alimentación escolar (PAE) en los colegios oficiales se ofrecen refrigerios reforzados, que si bien suplen un tiempo de alimentación de las niñas y los niños, en muchos casos aumentan el requerimiento calórico requerido por las niñas y los niños, por lo que es importante reconocer la importancia de refrigerios basados en el actual estado nutricional de las y los niños de la localidad.

En cuanto al sedentarismo, la gran mayoría de estos las niñas y los dedican su tiempo libre a realizar actividades pasivas, entre ellas ver televisión, jugar juegos de video y hablar con sus amigos. Otro estudio encontró que considerando globalmente el tiempo medio diario dedicado al desempeño de actividades sedentarias (estudio, televisión, ordenador, videojuegos, etc.), la prevalencia de obesidad fue más elevada entre los chicos y chicas que dedican mayor tiempo a este tipo de actividades en comparación con los que dedican menos tiempo (89).

Tensión 5.2.1.1. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Para esta localidad se presenta primordialmente el determinante estructural de barreras de acceso debido al enfoque del modelo del sistema de seguridad social vigente. A diferencia de la localidad de Rafael Uribe, de acuerdo a la base de datos de SIVIGILA, no se encuentra una relación visible entre el nivel socioeconómico del evento. Las UPZ en donde se notifican más casos son las de Ciudad Jardín y El Restrepo, lugares en donde no se registran elevados niveles de pobreza.

Si bien se cuenta con marco normativo que beneficia el tratamiento y la detección oportuna de sífilis gestacional, no hay suficiente adherencia a las políticas de salud sexual y reproductiva, debido que el Sistema de Seguridad Social percibe la salud como un servicio y no como un

derecho. De lo cual se derivan diferentes barreras administrativas para la autorización de exámenes de diagnóstico y el desinterés de las EPS por promocionar el portafolio de servicios y los derechos de las usuarias y los usuarios frente al tema.

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

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

Tensión 6.2.2.1. Dimensión de salud y enfermedades transmisibles

Como elementos reforzadores del evento se encuentran los factores socioeconómicos y nivel educativo de los cuidadores, Presencia de casos importados, Cuidadores que no consultan a servicios de salud a tiempo debido al manejo casero de la enfermedad, Barreras en los servicios de salud debido a expedición de incapacidades cortas.

Por otro lado al realizar la identificación de liberadores se encuentra la existencia de programa ampliado de inmunizaciones en la localidad - inclusión de la varicela en el año 2014. Manejo y seguimiento de los casos presentados, Jornadas de vacunación, Sistema de Vigilancia Comunitaria

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

Desde el análisis de acceso a los servicios de salud, es importante mencionar que ante la identificación de un caso en lugares donde el riesgo epidémico es alto, el CDC recomienda la inmunización sin embargo no lo cubre el Plan Ampliado de Inmunizaciones de Colombia, sino en edades específicas. Además es importante analizar el comportamiento de las coberturas de vacunación en la localidad, durante el año 2014 no se logró el cumplimiento de cobertura esperado para los biológicos trazadores. En un estudio realizado En Ghana, Se demuestra que hay una significativa relación entre los determinantes de salud (educación, ocupación, riqueza) y el estado de inmunización (22); Se encontró que las variables asociadas estadísticamente a las bajas coberturas de vacunación en los distritos del estrato 1, son aquellas relacionadas con el contexto social, económico y social, pero también las condiciones de vida como la situación del distrito en determinados pisos ecológicos, que presentan ciertas condiciones particulares de vida.

Etapas de Ciclo Adolescencia

Tensión 1.1.11.1. Dimensión Salud Ambiental

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

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

El concepto de salud ambiental tiene una relación directa con los factores ambientales que podrían incidir en los procesos de salud-enfermedad basándose, principalmente, en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud (23). Partiendo de este hecho los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales en la localidad son el mercado de trabajo y la alta concentración de microindustrias, de pequeñas y medianas empresas. Estos son representados en más de mil establecimientos de gran diversidad en cuanto al producto final, pero que al utilizar ciertos insumos empleados en el proceso productivo, genera gases y vapores de diversa índole, que constituyen una fuente importante de contaminación ambiental y carga a la enfermedad. A la actividad Comercial e industrial de la localidad están asociados la contaminación sonora, (discotecas, promoción y oferta de servicios, alto tráfico automotor, industrias y fábricas), también influyen y condicionan el alto grado de contaminación visual y favorecen la invasión del espacio público, no solo por ventas ambulantes de toda índole, sino automóviles, talleres, chatarrerías entre otros.

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

Tensión 5.1.1.1. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivo

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

El modelo educativo vigente genera proyectos pedagógicos de SSR insuficientes para desarrollar comprensión, responsabilidad en cuanto autocuidado, proyecto de vida, y conocimientos sobre oferta de servicios de métodos de regulación de la fecundidad. Asociado a esto, los programas de educación se enfocan únicamente en la parte biológica dejando de lado aspectos psicosociales y culturales que podrían ampliar el visión analítica de las y los jóvenes.

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

cuidadores para generar procesos de concienciación sobre la repercusión del embarazo en los proyectos de vida.

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

Etapas de Ciclo Juventud

Tensión 1.1.11.1. Dimensión Salud Ambiental

Como reforzadores se encuentran la falta participación en espacios locales de decisión, falta de corresponsabilidad y cointerés. Como liberadores están el Programa de Vigías Ambientales en los Colegios y Programa de Basura Cero.

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

Actualmente en la localidad las zonas verdes se localizan en los siguientes espacios ecológicos que hacen parte del suelo de protección del Distrito Capital: Ronda del río Fucha, Ronda del canal de La Albina y Ronda del canal de río Seco. El total de áreas protegidas en suelo urbano de Antonio Nariño suma 21,25ha, que corresponde al 4,3% de la superficie total de la localidad. En teoría y según la base de datos del Instituto de Recreación y Deporte de 2011, El 95.5 % de la localidad tiene un desarrollo urbanístico, lo cual implica poca disponibilidad de superficies para áreas verdes; la localidad cuenta con 66 zonas verdes y parques que suman 446.064,85 m², el papel que juegan estas áreas se relaciona con la mejora de la calidad del aire, la reducción de partículas, vientos y olores, la recuperación del espacio público entre otras, es decir una mejora en la calidad de vida teniendo en cuenta la población urbana del año 2011 este indicador está por debajo del promedio de la ciudad que registra 4,4 m²/hab (Nariño, 2013). Si a lo anterior se le añade que dichos espacios también son utilizados por habitantes de calle, propietarios de mascotas que no recogen el excremento, personas que arrojan escombros en las rondas de los canales y vendedores ambulantes ubicados en parques públicos, generan un detrimento en la calidad de vida de la población especialmente en la infancia y adolescencia, ya que disminuye la percepción de seguridad y salubridad de estos espacios de importancia ambiental (E.S.E, 2011).

Tensión 3.1.2.1. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Como reforzadores están la falta de acompañamiento por parte de un adulto responsable en el desarrollo de los autoesquemas, medios masivos de comunicación que influyen y promueven el consumismo.

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

Como lo menciona la literatura las condiciones económicas del hogar y de las familias definitivamente se comportan como determinante para el trabajo adolescente sin embargo los patrones culturales y sociales merecen gran atención. Un estudio realizado en Chile, reveló que, si bien la necesidad económica efectivamente continúa siendo el principal motor del trabajo adolescente principalmente en grupos más vulnerables, las preferencias culturales y la participación de los adolescentes en esta decisión tienen un peso cada vez más importante. (24)

Según el estudio, si bien el trabajo adolescente ocurre mayormente en los estratos de menores recursos económicos no todas las familias pobres permiten que sus hijos se incorporen al mercado laboral en forma permanente (de los niños ocupados de NSE bajo, solo el 46,4% trabaja más de 30 horas semanales) (24).

Según un estudio de nivel económico, el incremento del salario mínimo disminuye el empleo adolescente (89). Es comportamiento hace inferir que una disminución del salario aumentaría el trabajo adolescente, una posible explicación es que a los productores sólo les es rentable contratar adolescentes cuando los salarios son muy bajos (92). Por su parte en la localidad Antonio Nariño se tiene que según la caracterización de las condiciones socioeconómicas del ámbito laboral en el año 2014, el 67% refiere ganar un SMLV (salario mínimo legal vigente) mientras que el 8% devenga menos de 1 SMLV, lo que lleva a suponer que el factor económico posiblemente puede ser un fuerte determinante intermedio.

Como determinante intermedio, también se deben tomar en cuenta otros factores asociados al funcionamiento de las familias, tales como la creciente participación que los niños tienen en la toma de decisiones familiares a medida que se acercan a la adolescencia. Desde esta perspectiva, las necesidades de los adolescentes (tener dinero propio) influyen en decisión de ingresar a la vida laboral, decisión apoyada o aceptada por sus padres (24) y como se comentaba con el ámbito laboral reforzada por los medios masivos de comunicación que influyen y promueven el consumismo, siendo posiblemente éste último un determinante casi de tipo estructural.

Etapas de Ciclo Adultez

Tensión 3.1.2.1. Dimensión Salud Mental y Convivencia

En la violencia contra la mujer inciden como determinantes estructurales diferentes factores culturales y sociales de carácter simbólico que dan origen a problemáticas como el sexismo y las conductas donde el hombre es quien ejerce el poder en los diferentes ámbitos de vida cotidiana. Lo anterior se ve reflejado en relaciones de género inequitativas y desiguales, la pérdida de valores y principios, es importante tener en cuenta la influencia negativa que generan los medios de comunicación por representar a la mujer como un objeto comercial y sexual, el cual es tenido en cuenta como un determinante estructural teniendo en cuenta que hoy en día cuando la cosificación de la mujer se ha vuelto más relevante, así como se describe en el sitio web *Orbita Diversa* “en una sociedad devorada por el consumismo y donde las mujeres han pasado a convertirse una mercancía dedicada al disfrute, generalmente, del hombre. Esta forma de violencia simbólica, que resulta casi imperceptible, somete a todas las mujeres a través de la publicidad, las revistas, las series de televisión, las películas, los videojuegos, los videos musicales, las noticias, la telerealidad (93).

Frente al análisis de los determinantes intermedios se encuentra que el nivel educativo, el nivel de ingresos inciden en la problemática de violencia contra la mujer, se presenta discriminación

laboral representado en menores ingresos y ocupación en determinadas labores, existe también discriminación por la forma de vestir ya que culturalmente se refiere que son las mujeres las que incitan las situaciones de violencia.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 establece que un 37% de las mujeres colombianas alguna vez unidas manifiestan haber sido víctimas de violencia física por parte de sus parejas al menos una vez. Esta encuesta reporta expresiones como los golpes con la mano, patadas, “zarandeos”, golpes con objetos, amenazas con armas e intentos de estrangulamiento, entre otras (94).

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

1.2. Tensión 2.2.3.1. Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

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

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

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

La adultez suele ser una etapa de ciclo muy activa tanto laboralmente como en otros aspectos, y es de esta manera que esta población se preocupa muy poco en mantener buenos hábitos de vida, sumado al modelo de salud que se fundamenta en atender la enfermedad y no en prevenirla, desencadena en una problemática que atenta directamente sobre la productividad de una población ya que las consecuencias del no cuidado de enfermedades crónicas puede conducir a la incapacidad y, por consiguiente, a la pérdida mano de obra productiva de un territorio.

Principalmente el desconocimiento de síntomas primarios de enfermedades como la hipertensión y la diabetes, la identificación no oportuna de estas y hábitos de vida no saludables como el alto consumo de sal, el cigarrillo y el alcohol produce que se aumente los casos de discapacidad. En un estudio realizado en Bogotá para el 2006 refleja que la inactividad física tiende a ser un hábito prevalente en la población, por lo que se ve acelerado la mortalidad en personas mayores de 45 años (95).

Tensión 8.1.4.1. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

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

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

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

La falta de controles rigurosos frente a estas situaciones dificultan el cumplimiento y avances en las políticas planteadas para la población de trabajadoras y trabajadores de los diferentes sectores económicos, así mismo la falta de ofertas institucionales y el poco apoyo a las iniciativas empresariales. (25)

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

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

Etapas de Ciclo Vejez

Tensión 2.1.3.2 Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

Los reforzadores de esta tensión son el consumo de alcohol y cigarrillo en exceso y la poca conciencia sobre la importancia de la prevención de la enfermedad.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud enfocado en la resolución y no en la prevención.

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

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

En la localidad de Antonio Nariño se registra que el 37,62% de la población mayor registrada en la base de discapacidad de vigilancia en salud pública, posee como alteración que más le afecta el movimiento en su mayoría por ACV.

Por otra parte, la carga de la enfermedad después de un accidente cerebro vascular recae principalmente en la familia que es la encargada del cuidado de las personas, adicional a que ellos mismos tienen que soportar el gasto del tratamiento y manutención, que a su vez genera

un detrimento de la calidad de vida de las mismas y de alguna manera el desarrollo territorial se ve afectado.

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

Tensión 4.2.1.2. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional

Refuerzan el evento el cambio en la percepción gustativa conforme al incremento de la edad, la entrega de productos enlatados en programas de ayuda alimentaria, algunas personas mayores no practican actividad física, bajo control de los entes reguladores sobre las empresas que producen y comercializan los productos alimentarios.

Los liberadores a esta situación son: Jornadas y campañas de espacio público con tamizaje para la detección temprana de condiciones crónicas, acciones de IEC- información, educación y comunicación desde territorios saludables, programas de promoción y prevención para pacientes crónicos - área asistencial, y el desarrollo de programas de actividad física del IDRD, entre otras.

El riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles aumenta con la edad, sin embargo se ha encontrado que el riesgo a padecer hipertensión arterial (HTA) se relaciona con diferentes factores, un estudio realizado en las islas canarias sobre diferentes determinantes y la hipertensión frente a esto se encontró que para las mujeres, el poseer estudios superiores constituye un factor de protección frente al consumo de alcohol, tabaco, obesidad, diabetes e HTA. El nivel educativo en los hombres parece no tener relación, de igual modo al analizar el riesgo de HTA frente al nivel de ingresos cuando este es bajo se puede a padecer de HTA con mayor frecuencia, y este se acentúa más en mujeres que en hombres (97).

La hipertensión es un problema de salud pública que debe ser tenido en cuenta, ya que su padecimiento aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, y la afectación de órganos vitales, aumentando el costo de la salud para las personas que a padecen y para el estado. Los determinantes que afectan la situación de la población de personas mayores son de carácter intermedio, pues se reconoce que se trata que en su mayoría las personas que la padecen tengan vidas sedentarias, malos hábitos alimentarios, uso nocivo del alcohol, aumento en el consumo de la sal, sobrepeso o la exposición prolongada al estrés (4).

Como determinante intermedio también debe tenerse en cuenta el consumo de alimentos con alto contenido de sodio, como enlatados además de la cultura alimentaria de las personas de la localidad, donde se usa la sal de manera abundante sin que los pobladores lo noten por la pérdida de sensibilidad de las papilas gustativas. Los factores biológicos también influyen de manera directa en la aparición de la enfermedad, condiciones de base como el sobrepeso – obesidad, diabetes, hiperlipidemias entre otras.

Bibliografía

1. Secretaría Distrital de Integración Social. Secretaría Distrital de Integración Social. [Online]. [cited 2015 Julio 14. Available from: http://www.integracionsocial.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=114&Itemid=56.
2. DANE. Encuesta Multipropósito Demografía y Salud. ; 2011.
3. Secretaría Distrital de Planeación. 21 Monografías de las Localidades Distrito Capital. [Online].; 2011 [cited 2015 Junio 24. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Documentos/An%E1lisis/DICE077-MonografiaAntonioNarino31122011.pdf>.
4. B. MEN. Historia y Memoria. Provivienda: Protagonista de la Colonización Popular en Colombia. Tunja.; 2014.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Subsanan las desigualdades en una generación. informe final. Ginebra.; 2009.
6. Cámara de Comercio de Bogotá D.C.. PERFIL ECONÓMICO Y EMPRESARIAL. LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE. [Online].; Julio del 2007 [cited 2015 junio 20. Available from: [Disponible en: http://www.institutodeestudiosurbanos.info/dmdocuments/cendocieu/coleccion_digital/Localidades/Rafael_Uribe_Uribe/Perfil_Econ](http://www.institutodeestudiosurbanos.info/dmdocuments/cendocieu/coleccion_digital/Localidades/Rafael_Uribe_Uribe/Perfil_Econ).
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Proyecciones de Población 2005 - 2015 según Proyecciones de Edad y por Sexo. , Secretaría Distrital de Planeación; 2005 Julio 25.
8. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá Ciudad de Estadísticas: Población, Viviendas y Hogares. Boletín No. 31. BOGOTÁ D.C.; Secretaría Distrital de Planeación.

9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Multipropósito de Bogotá.. Bogotá:, Secretaria Distrital de Planeación de Bogotá ; 2011.
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. La Visibilización estadística de los grupos étnicos Colombianos. Censo. Bogotá: DANE; 2005.
11. Ricardo Sotillo Hidalgo et al. Diplomados en Enfermería del SAS. Temario Específico. Volumen 1. Primera ed. Andalucía: ediciones Rodio; 2014.
12. Secretaría Distrital de Planeación (SDP). 18 aspectos Demográficos. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá. Bogotá: SDP-DANE; 2005-2015.
13. Secretaria Distrital de Planeación. Demografía, población y diversidad Bogotá D.C.; 2014.
14. Secretaria Distrital de Salud. Tasas específicas de Fecundidad por edades. 2006-2012. Base de Datos.
15. Secretaría de planeación Distrital. <http://www.sdp.gov.co/>. [Online].; 2011 [cited 2015 Junio 24. Available from: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogota%20de%20Estadisticas/2012/DICE126-CartillaMetodoPobreza-2012.pdf>.
16. Departamento Nacional de Planeación. <http://www.dane.gov.co/>. [Online].; 2007 [cited 2015 Junio 24. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv/87-sociales/calidad-de-vida/3894-encuesta-calidad-de-vida-bogota-2007>.
17. Leandro G. www.auladeeconomia.com. [Online].; 2015 [cited 2015 Agosto 16. Available from: <http://www.auladeeconomia.com/articulos18.htm>.
18. Secretaría de Integración Social. <http://old.integracionsocial.gov.co/>. [Online].; 2010 [cited 2015 Junio 24. Available from: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/1_entidad/gsi/15_antonio_narino_lectura_de_realidades_restrepo_social.pdf.
19. Departamento Administrativo de Planeación SHD. Recorriendo Antonio Nariño SHD. [Online].; 2004 [cited 2015 Agosto 16. Available from: www.shd.gov.co/files/documentos/Recorriendo%20ANTONIO%20NARIÑO.pdf.
20. Secretaria Distrital de Planeacion. <http://www.sdp.gov.co/>. [Online].; 2009 [cited 2015 Junio 24. Available from: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones_SD/P/21_bogota_%20D_C_monografia_jul_2009.pdf.
21. Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo Bogotá y sus Localidades. [Online].; 2009 [cited 2015 Junio 24. Available from: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones_SD/P/21_bogota_%20D_C_monografia_jul_2009.pdf.
22. Secretaria Distrital de Salud. Bases de datos DANE. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 1998-2007. Base de Datos.
23. Secretaría Distrital de Salud / DANE. Bases de datos DANE - RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS.. Bases de Datos. DANE/Secretaría Distrital de Salud;; 2008 - 2010.
24. Secretaria Distrital de Salud. Certificado de defunción - Bases de datos DANE y

- RUAF- Sistema de Estadísticas Vitales. -Prelimiraes. 2013. Base de Datos.
25. PANDI Agencia de Comunicación. PANDI Agencia de Comunicación. [Online].; 2015 [cited 2015 Octubre 21. Available from: <http://www.agenciapandi.org/el-84-de-las-victimas-de-violencia-intrafamiliar-son-ninos-y-ninas/>.
 26. Cuervo Martínez A. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2010 Junio; 6(1).
 27. Congreso de Colombia. Ley 1098 de Noviembre de 2006 Código de Infancia y Adolescencia. [Online].; 2006 [cited 2015 Octubre 21. Available from: http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo_infancia.pdf.
 28. Mspireta ML. Determinantes del Sobrepeso y La Obesidad en Niños en Edad Escolar En Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012 Jul 25; 29(3): p. 361-5.
 29. Brian MJ. Determinantes del sobrepeso entre los escolares en el área de salud de ciudad de quesada en el año 2009. Revista médica de Costa Rica y Centro América. 2010; LXVII(595): p. 485-491.
 30. M. DO. Social determinants and immunization in Ghana: is there an. 2010.
 31. OMS. Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneve.; 2007.
 32. DEL RIO MF, CUMSILLE P. ¿Necesidad Económica o Preferencias Culturales? La Justificación Parental del Trabajo Infantil en Chile. Psykhe [online]. 2008; 17(2): p. 41-52.
 33. López N, Tedesco C. Las condiciones de educabilidad de los niños y adolescentes en América Latina. Cuadernos Economicos de I.C.E. Buenos Aires: IPE: Universidad de Valladolid, Fundamentos de Análisis Economico; 2002.
 34. Orbita Diversa. Orbita Diversa Word Press. [Online].; 2015 [cited 2015 Octubre 21. Available from: <https://orbitadiversa.wordpress.com/2013/01/28/cosificacion-sexual/>.
 35. Lafourie M. La violencia intrafamiliar contra las mujeres en Bogotá: una mirada de género. Revista Colombiana de Enfermería. 2013 Mayo; 8: p. 98 - 111.
 36. Lobelo F, Pate R, Parra D, Duperly J, Pratt M. Carga de Mortalidad Asociada a la Inactividad Física en Bogotá 28-41 RSp8(2, editor.; 2006.
 37. Hospital Rafael Uribe Uirbe. Diagnóstico Local 2013. Localidad Anotnio Nariño. Diagnóstico. Bogotá: Hospital Rafael Uribe Uirbe, Vigilancia En salud Pública; 2013.
 38. Curvo SD. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS. REVISTA ATLÁNDIDA. 2009 Diciembre; v: p. 93-113.
 39. Organización Mundial de la Salud - OMS. who. [Online].; 2013 [cited 2015 Agosto 21. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es.
 40. Secretaria Distrital de Salud. Anexo Tecnico 4. Diagnostico local. 2014..
 41. Vega Jeanette, Solar Orielle, Irwin Alec. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. 2005; 9(17).
 42. Diderichsen F ETWM. The social basis of disparities in health. Challenging

- Inequities in Health: From Ethics to Action.. Oxford; 2011.
43. WHO. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva; 2010.
 44. Secretaria Distrital de Salud. Anexo Tecnico 4. Diagnostico local. 2014..
 45. Murcia MMM. <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis>. [Online].; 2010 [cited 2015 10 25. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis563.pdf>.

