ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD – 2017

Localidad de Tunjuelito

6

BOGOTÁ MEJOR

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaría de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento
Equipo ACCVSyE Distrital

Autores Subred Sur
Johanna Andrea Torres, Directora Gestión del Riesgo en Salud
Andrea López Guerrero, Referente Gobernanza
Aura Yanira Roa Sánchez, Líder Componente 2
Edwin Fuentes Flórez, Profesional Social
Guillermo Gutiérrez Torres, Epidemiólogo
Carlos Fernando Macana González, Geógrafo
Ruth Vicky Quintana Forero, Epidemióloga
Elizabeth Rubio Patiblanco, Epidemióloga
Andrés Felipe Torres Cruz, Geógrafo
Juan Nicolás Valbuena Silva, Profesional Social
José Francisco Vargas Gonzáles, Profesional Social

Coordinación editorial Subred Sur

Fotografía portada:
Biblioteca Pública Gabriel García Márquez
https://www.biblored.gov.co/bibliotecas/biblioteca-gabriel-garcia-marquez

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090 Bogotá, D. C. - 2017
www.saludcapital.gov.co

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Tabla de contenido

1. Introducción 7
2. Objetivos 8
2.1. Objetivo General 8
2.2. Objetivos específicos 8
3. Metodología 8
4. Contexto Territorial localidad Tunjuelito 14
4.1. Localización 14
4.2. Densidad Poblacional 16
4.3. Estructura Demográfica 18
5. Análisis de prioridades por momentos del curso de vida 19
5.1. Momento de Curso de Vida Primera Infancia (0-5 años) 19
5.1.1. Dimensión Convivencia social y salud mental 19
5.1.2. Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 22
5.1.3. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional 26
5.1.4. Vida saludable y enfermedades no transmisibles 29
5.1.5. Acciones 35
5.2. Momento de Curso de Vida Infancia (6-11 Años) 36
5.2.1. Dimensión Convivencia social y salud mental 36
5.2.2. Dimensión Salud y ámbito laboral 38
5.2.3. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional 43
5.2.4. Dimensión Vida saludable y enfermedades no transmisibles 44
5.2.5. Acciones 46
5.2.6. Respuesta Intersectorial y Sectorial Primera Infancia e Infancia 47
5.3. Momento de Curso de Vida Adolescencia (12-17 años) 48
5.3.1. Dimensión Convivencia social y salud mental 49
5.3.2. Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 53
5.3.3. Dimensión Salud y ámbito laboral 55
5.3.4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional en la adolescencia 59
5.3.5. Acciones 61
5.4. Momento de Curso de Vida Juventud (18-28 Años) 62
5.4.1. Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos 62
5.4.2. Dimensión Convivencia social y salud mental 63
5.4.3. Dimensión Salud y ámbito laboral 70
5.4.4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional 72
5.4.5. Acciones 76
5.4.6. Respuesta Intersectorial y Sectorial Adolescencia y Juventud 77
5.5. Momento de Curso de Vida Adultez (29- 59 Años) 78

5.5.1. Dimensión Convivencia social y salud mental 78
5.5.2. Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles 79
5.5.3. Dimensión Salud y ámbito laboral..... 80
5.5.4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional 81
5.5.5. Acciones 84
5.5.6. Respuesta Intersectorial y Sectorial Adultez..... 85
5.6. Momento de Curso de Vida Vejez (Mayor de 60 años) 85
5.6.1. Dimensión Salud y ámbito laboral..... 85
5.6.2. Dimensión Convivencia social y salud mental 86
5.6.3. Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles 91
5.6.4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional 95
5.6.5. Acciones 98
5.6.6. Respuesta Intersectorial y Sectorial Adultez..... 99
5.7. Prioridades transversales a todos los momentos de curso de vida de la Dimensión Salud Ambiental 100
6. Conclusiones 103
6.1. Conclusiones primera infancia..... 103
6.2. Conclusiones infancia 103
6.3. Conclusiones adolescencia..... 104
6.4. Conclusiones juventud 104
6.5. Conclusiones adultez 104
6.6. Conclusiones vejez 105
7. Recomendaciones 105
7.1. Recomendaciones primera infancia..... 105
7.2. Recomendaciones infancia 106
7.3. Recomendaciones adolescencia 106
7.4. Recomendaciones juventud..... 107
7.5. Recomendaciones adultez..... 108
7.6. Recomendaciones vejez 108
8. Bibliografía 108

Lista de tablas

Tabla 1. Matriz prioridades por momento de curso de vida y dimensión del PDSP, localidades de Tunjuelito, 2018 11
Tabla 2. Mortalidad infantil por localidad de Tunjuelito, Subred Sur E.S.E., 2012 – 2017 31
Tabla 3. Identificación trabajo infantil, Localidad de Tunjuelito, abril 2017 a junio 2018. 40

Tabla 4. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, Subred Sur, 2017 51
Tabla 5.Identificación adolescente trabajador, localidad de Tunjuelito, abril 2017 a junio 2018. 57
Tabla 6. Distribución del momento de curso de vida juventud notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, Subred Sur, 2017 66
Tabla 7. Distribución droga de inicio, droga dos, droga tres, droga cuatro y droga de mayor impacto en jóvenes, localidad Ciudad Bolívar, 2017 69
Tabla 8. Unidades de trabajo informal de alto y medio impacto abordadas con mejoría superior al 75%, localidad de Tunjuelito, abril 2017 a junio 2018 70
Tabla 9. Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa por grupos de diagnósticos CIE 10 y sexo en jóvenes de 19 a 29 años, USS Tunal, 2017 73
Tabla 10. Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa por grupos de diagnósticos CIE 10 y sexo en adultos de 30 a 59 años, USS Tunal, 2017 81
Tabla 11. Distribución droga de inicio y droga de mayor impacto en Vejez, localidad Tunjuelito, 2017. 90
Tabla 12. Usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con EPOC en localidad de Tunjuelito por sexo, Subred Sur, 2003 - 2017 92
Tabla 13. Usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con hipertensión esencial (primaria) en localidad de Tunjuelito por sexo, Subred Sur, 2003 - 2017 92
Tabla 14. Usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con diabetes mellitus en localidad de Tunjuelito por sexo, Subred Sur, 2003 - 2017 92
Tabla 15. Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa por grupos de diagnósticos CIE 10 y sexo en población mayor de 60 años, USS Tunjuelito, 2017. 96

Lista de gráficas

Gráfica 1. Pirámide poblacional, Localidad de Tunjuelito, año 2017. 18
Grafica 2. Distribución por momento de curso de vida y sexo, de víctimas de violencias, localidad de Tunjuelito, año 2017 20
Gráfica 3. Distribución por tipo de violencia, primera infancia, localidad de Tunjuelito, año 2017 21
Gráfica 4. Distribución por mes de ocurrencia de violencias, por momento de curso de vida, localidad Tunjuelito, año 2017 21
Gráfica 5. Mortalidad perinatal, localidad de Tunjuelito, años 2012 – 2017 24
Gráfica 6. Distribución porcentual de casos de mortalidad perinatal según edad de la madre, localidad de Tunjuelito, años 2012 – 2017 26
Grafica 7 Frecuencias de consumo de alimentos en población menor 5 años, Localidad Tunjuelito, 2017 28

Grafica 8. Distribución por tipo de violencia en infancia, localidad Tunjuelito, año 2017 38
Grafica 9 Distribución por tipo de violencia en juventud, localidad Tunjuelito, año 2017 64
Grafica 10. Distribución por tipo de violencia en adultez, localidad Tunjuelito, año 2017 78
Grafica 11. Distribución por tipo de violencia en vejez, localidad de Tunjuelito, año 2017 87

Índice de Mapas

Mapa 1. Localización y estructura territorial localidad Tunjuelito, 2017..... 15
Mapa 2. Densidad poblacional, localidad Tunjuelito, Subred Sur E.S.E. 2017. 17
Mapa 3. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida primera infancia, Tunjuelito, 2017. 34
Mapa 4. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida infancia, Tunjuelito, 2017. 46
Mapa 5. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adolescencia, Tunjuelito, 2017. 61
Mapa 6. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida juventud, Tunjuelito, 2017. 76
Mapa 7. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adultez, Tunjuelito, 2017. 83
Mapa 8. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida vejez, Tunjuelito, 2017. 98

1. Introducción

Los análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad (ACCVSyE), han sido durante los últimos años un significativo aporte a los procesos de generación de conocimiento, a través de la articulación de métodos cuantitativos y cualitativos, que permiten identificar y priorizar situaciones o eventos para la toma de decisiones en salud pública sobre los territorios. En esta medida, los análisis de información deben contribuir al establecimiento de relaciones entre los diferentes determinantes sociales identificados que inciden en los procesos de salud y enfermedad, así como de la gobernanza entre los diferentes sectores que intervienen en la formulación y aplicación de la salud en Bogotá y para el caso particular, las localidades a las cuales la Subred Integrada de Servicio de Salud Sur presta sus servicios.

Para la vigencia actual, la Secretaria Distrital de Salud (SDS) hace una apuesta en la forma en la que se construirán los documentos de análisis. De ahí que la recolección y el análisis de la información contaran con el ordenador de *Enfoque de curso de vida*, con lo que se espera aportar en el establecimiento de relaciones entre contextos, temporalidad y acontecimientos, los cuales son factores que determinan los estados de salud y enfermedad de las poblaciones. El enfoque de curso de vida, como paradigma epidemiológico, interpreta la salud individual, familiar y comunitaria como el resultado de influencias biológicas, psicológicas, del entorno físico y social desde el momento de la concepción hasta la muerte. Los análisis desde este enfoque permiten comprender los antecedentes de las enfermedades, con miras a incidir en la toma de decisiones y en la elaboración de planes y programas de intervención acordes a los hallazgos y así incidir en las condiciones de la población.

Es de tener en cuenta que el análisis a realizarse deberá partir de los resultados del ACCVSyE del año 2017, que tuvo como resultado la configuración actual del territorio, la matriz de seguimiento de indicadores que deben ser articulados con el Plan de Gerencia, el Plan Estratégico Institucional y el Plan Operativo Anual de la Subred, en los cuales se identifican las principales prioridades en salud para cada etapa de curso de vida. Por lo tanto, el presente documento establece la base técnica y metodológica con las cuales se realizará el proceso de análisis en salud para la localidad Sexta de Tunjuelito.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Realizar un análisis de las prioridades en salud de la población de la localidad de Tunjuelito por momento de curso de vida, en el marco de las disposiciones del PDSP 2012-2022, a través de la triangulación de información cuantitativa, cualitativa y comunitaria, para la toma de decisiones y planificación de acciones en salud sectorial e intersectorial.

2.2. Objetivos específicos

- Generar un diagnóstico sobre las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, por etapa de curso de vida y localidad.
- Analizar las prioridades definidas para cada etapa de curso de vida a partir de la información generada en mesas de análisis, metodologías cualitativas comunitarias e intersectoriales.
- Divulgar los hallazgos relevantes sobre las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad por cursos de vida, en los espacios sectoriales e intersectoriales.

3. Metodología

Desde el año 2017, el equipo de Gobernanza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. cuenta con una propuesta de análisis que permite articular lo sectorial y lo intersectorial, como estrategia para dar respuesta a las problemáticas o necesidades identificadas en las localidades que atiende, a saber, Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz. Para esto, se conforman mesas estratégicas organizadas de acuerdo a las dimensiones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública (DPDS) 2012-2022, cuyas actividades iniciaron en mayo de 2017, así como las disposiciones normativas de la Ley Estatutaria de Salud, la Política de Atención Integral en Salud, y el Plan Territorial de Salud. Teniendo esto en cuenta, el análisis de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, aplicará una metodología mixta, basada en herramientas cuantitativas y cualitativas, mediante el diseño de instrumentos que posibiliten la captación y el análisis de información válida y oportuna, partiendo de las siguientes fuentes primarias y secundarias:

- Bases de datos del Sistema de Vigilancia (SIVIGILA)
- Bases de estadísticas vitales: aplicativo RUAF ND

- Registros individuales de prestación de servicios de salud de la Subred integrada de servicios de Salud Sur E.S.E (RIPS)
- Tableros de indicadores (PAI, Espacios de vida y Programas)
- Información DANE (visor de microdatos)
- Demás fuentes numéricas que permiten observar el comportamiento demográfico, estado de salud y enfermedad de las poblaciones en la localidad

El presente análisis se realizará dentro del marco de **las mesas de análisis**[1], como estrategia fundamental para la recolección y análisis de la información. Este ejercicio se desarrollará en los grupos funcionales y equipos técnicos. Los grupos funcionales son:

- Primera infancia e Infancia
- Adolescencia y Juventud
- Adultez
- Vejez

Los equipos técnicos son:

- Salud mental
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Salud ambiental
- Salud oral
- Trabajo
- Poblaciones diferenciales
- Discapacidad.

Para los análisis de las prioridades definidas para la zona rural, se contará con una mesa exclusiva. En las mesas participan la dirección de gestión del riesgo, coordinación PIC, referentes, líderes y profesionales de gobernanza, así como representantes de los espacios de vivienda, público, educativo, trabajo, vigilancia en salud pública, activaciones de ruta, programas y promoción y detección.

Las herramientas que se emplearán en las mesas de análisis serán, principalmente, los grupos focales, como técnica que busca profundizar un tema específico con un grupo de profesionales expertos; cada sesión contará con preguntas orientadoras que permitirán afianzar los análisis de las prioridades. A la par de los análisis de

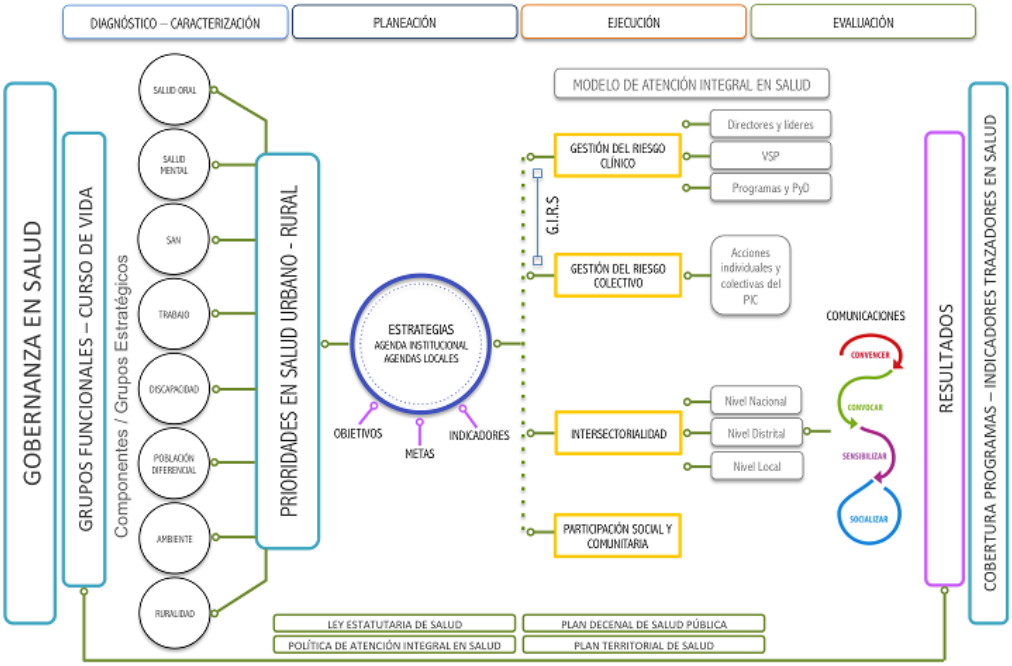
[1]Las mesas de análisis son la adaptación del equipo de ACCVSyE del nivel central de las unidades de análisis, esto con el fin de hacer diferencia con la actividad que realiza vigilancia epidemiológica.

información cualitativa y cuantitativa, se realizará cartografía social, como técnica que permite la reconstrucción social y espacial del territorio de los eventos analizados. Esta técnica permite visualizar la presencia de los eventos que influyen en los procesos de salud y enfermedad. De igual manera, se incluirá un análisis comunitario, para lo cual es necesario ejecutar unidades de análisis con la comunidad, las que proveen información contextualizada sobre las situaciones que se han priorizado. Así mismo, serán una fuente útil para plantear las estrategias de abordaje institucional. No obstante, se aplicarán otros instrumentos de recolección de información, como entrevistas semiestructuradas y encuestas a la comunidad, con las que se busca captar el punto de vista de la población frente a las prioridades definidas.

A partir de los nodos identificados en el documento de análisis, la matriz de indicadores y las necesidades identificadas en las unidades de análisis, se establecerán las prioridades que afectan la calidad de vida y salud de la población que reside en cada una de las cuatro localidades.

Los análisis cualitativos buscarán acercarse a profundidad a las prioridades definidas para cada una de las etapas de cursos de vida, indagando sobre las circunstancias por las cuales se presentan y que afectan la salud. Esto, teniendo en cuenta que, en los últimos años, las técnicas cualitativas han tomado un posicionamiento en la comunidad de investigadores, en la medida en que estas permiten profundizar en la compresión de los fenómenos estudiados. Por su parte, los análisis cuantitativos se realizarán a partir de datos estadísticos, geográficos y epidemiológicos, que permitirán evidenciar patrones, variables y distintos fenómenos sociales, poblacionales y de salud y enfermedad. De esta manera, los elementos del análisis cualitativo se robustecen con datos concretos, lo que permite evaluar y determinar los problemas, y orientar las conclusiones y recomendaciones con objetividad, rigurosidad y especificidad.

Figura 1. Metodología de análisis de condiciones de vida salud y enfermedad



Fuente: elaboración propia equipo ACCVSyE Subred Sur

A partir de los nodos identificados en el documento de análisis, la matriz de indicadores y las necesidades identificadas en unidades de análisis se establecen prioridades para la localidad de Tunjuelito que afectan la calidad de vida y salud de la población que allí reside:

Tabla 1. Matriz prioridades por momento de curso de vida y dimensión del PDSP, localidades de Tunjuelito, 2018

Momento de curso de vida	Dimensión del Plan Decenal Salud Pública	Prioridad
PRIMERA INFANCIA (0-5 AÑOS)	Seguridad alimentaria y nutricional	inseguridad alimentaria y nutricional
	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Sífilis Congénita
		Mortalidad Perinatal
	Enfermedades no transmisibles	Caries
INFANCIA (6-11 AÑOS)	Convivencia social y salud mental	Maltrato Infantil

Momento de curso de vida	Dimensión del Plan Decenal Salud Pública	Prioridad
	Seguridad alimentaria y nutricional	Desnutrición crónica y global en población escolar
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Caries
	Salud y ámbito laboral	Trabajo Infantil
ADOLESCENCIA (12-17 AÑOS)	Convivencia social y salud mental	Conducta suicida
		Consumo de SPA (incluido alcohol y tabaco)
	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Embarazo en adolescentes
	Seguridad alimentaria y nutricional	inseguridad alimentaria y nutricional
	Salud y ámbito laboral	Trabajo adolescente protegido
JUVENTUD (18-28 AÑOS)	Convivencia social y salud mental	Violencia sexual
		Conducta suicida
		Consumo de SPA (incluido alcohol y tabaco)
	Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Maternidad y paternidad temprana
	Salud y ámbito laboral	Trabajo informal en condiciones no seguras
	Seguridad alimentaria y nutricional	obesidad
ADULTEZ (29-59 AÑOS)	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Enfermedad crónica relacionada con Diabetes en población Adulta
		Enfermedad crónica relacionada con Hipertensión en población Adulta
	Salud y ámbito laboral	Trabajo informal (enfermedades propia de la actividad laboral)
	Convivencia social y salud mental	Violencia
	Seguridad alimentaria y nutricional	obesidad
VEJEZ (60 AÑOS Y MÁS)	Convivencia social y salud mental	Violencias (negligencia, abandono, emocional, de pareja, económica)
		Consumo de SPA (alcohol y tabaco)
		Atención en demencia y esquizofrenia

Momento de curso de vida	Dimensión del Plan Decenal Salud Pública	Prioridad
		Lesiones de Causa Externa
	Seguridad alimentaria y nutricional	Inseguridad alimentaria y nutricional
	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Enfermedades crónicas
		Discapacidad
		Salud oral
	Salud y ámbito laboral	Trabajo informal
Dimensión Transversal	Salud Ambiental	Calidad del aire
		Calidad del agua

Fuente: elaboración propia equipo ACCVSyE Subred Sur

4. Contexto Territorial localidad Tunjuelito

4.1. Localización

La localidad sexta de Tunjuelito se localiza al sur del Distrito Capital de Bogotá, sobre la parte baja de la cuenca del río Tunjuelo; la localidad toma su nombre del diminutivo de "tunjo", figura antropomorfa Chibcha elaborada en oro. Limita al norte por la Autopista Sur con las localidades de Puente Aranda y Kennedy, al occidente con el río Tunjuelo y la localidad de Ciudad Bolívar, al sur por la calle 47 con la localidad de Usme y al oriente por la calle 51 Sur con las localidades Rafael Uribe y Antonio Nariño (Mapa 1).

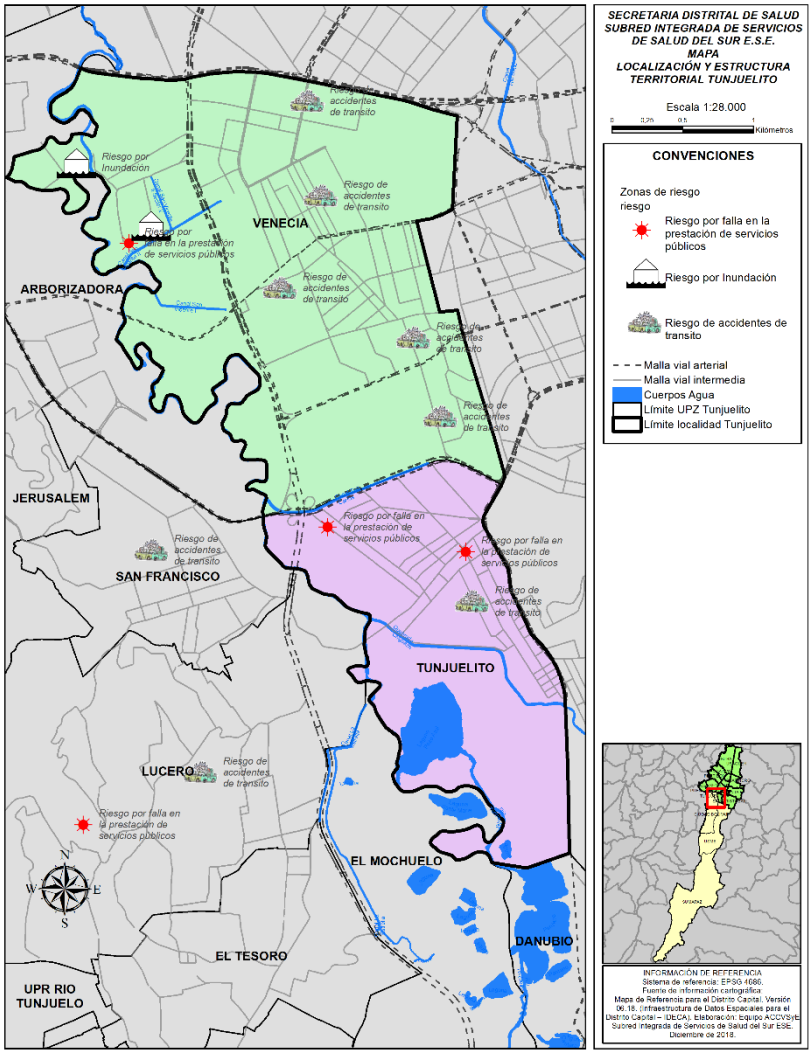
La localidad de Tunjuelito se encuentra a un promedio de 2560 metros de altura sobre el nivel del mar y tiene una extensión de 982 hectáreas (ha), lo que la convierte en la cuarta localidad de menor extensión del Distrito; esta representa el 14,5% de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur (1).

La Localidad se divide en dos Unidades de Planeación Zonal (UPZ), conformadas así: UPZ Venecia, conformada por 12 barrios y la UPZ Tunjuelito, conformada por 5 barrios; presenta una pendiente mayor al 3%; en su extremo suroriental se presentan algunos conos aluviales de pendiente suave.

Con respecto al clima, la temperatura tiene una oscilación media entre los 12°C y 15°C, por tratarse de una zona plana y de baja pendiente; para el valor medio del período lluvioso oscila entre 151 y 218 milímetros (mm) y en períodos menos lluviosos entre 29 y 54 mm, con dos periodos de más lluvias marcadas durante el año, en los meses de marzo a mayo, y de septiembre a noviembre, y dos periodos de menos lluvias o secos, en los meses de diciembre a febrero y junio a agosto.

Hidrografía: El principal afluente hídrico de la localidad es el río Tunjuelo, que sirvede límite entre esta y la localidad de Ciudad Bolívar. Además, forma parte del sistema hidrográfico del río Bogotá; el Rio Tunjuelo se localiza en la parte occidental de la localidad a la altura del barrio San Benito, Parque Tunal, Muzú, Nuevo Muzú e Isla del Sol. Bordea los barrios Abraham Lincoln y Tunjuelito y la margen derecha del Río Tunjuelo.

Mapa 1. Localización y estructura territorial localidad Tunjuelito, 2017



Fuente: Mapa de Referencia versión 03.18 – IDECA, UAECD. 2017

La localidad de Tunjuelito presenta un conjunto de riesgos que pueden afectar la población, los bienes y la estructura misma de la localidad, los cuales se pueden clasificar en tres grupos de acuerdo a la pérdida o daños asociados (2):

- Riesgo de inundación: la localidad presenta una alta amenaza en 135,3 hectáreas (ha.) por este tipo de eventos, debido a la ubicación en el área de influencia del río Tunjuelito, en especial en las zonas más próximas, específicamente la quebrada Chiguaza, que desemboca en inmediaciones del barrio Meissen, Tunjuelito y San Benito.

- Riesgos cotidianos: relacionado con accidentes en el año 2017, son asociados a la funcionalidad de la ciudad y la localidad, con respecto a la

accidentalidad (accidentes de tránsito e incendios estructurales), esta localidad presenta la mayor concentración de estos eventos en la Subred, con mayor frecuencia en la UPZ Venecia, así como riesgos asociados por la falla en la prestación de servicios públicos en los sectores de Isla del Sol, San Benito y Tunjuelito.

- Riesgos cíclicos o recurrentes: asociados principalmente, aunque no es exclusivo, a los eventos climáticos que afectan los sistemas sociales, las estructuras demográficas, las redes de movilidad y la prestación de servicios públicos. Corresponden principalmente a inundaciones y empozamientos.

Con respecto a riesgos de baja ocurrencia y alto impacto, asociados a la geodinámica interna del planeta, como los sismos, o a eventos tecnológicos de media o baja ocurrencia, de acuerdo con el Estudio General de Amenaza Sísmica de Colombia, la localidad se ubica al interior del valle del río Tunjuelo, el cual se caracteriza por ser una “fosa tectónica”, limitada al oriente por la falla de Bogotá y al occidente por la falla Chisacá del Aleñadero, ambas sin actividad en 2017.

Para el acceso a la localidad Tunjuelito, así como para la movilidad al interior de ella se disponen de vías arteriales como la Avenida Caracas, la Autopista Sur, la Avenida Boyacá, la Avenida Villavicencio, la Avenida Mariscal Sucre, la Avenida Jorge Gaitán Cortes y la Avenida Carrera 68.

4.2. Densidad Poblacional

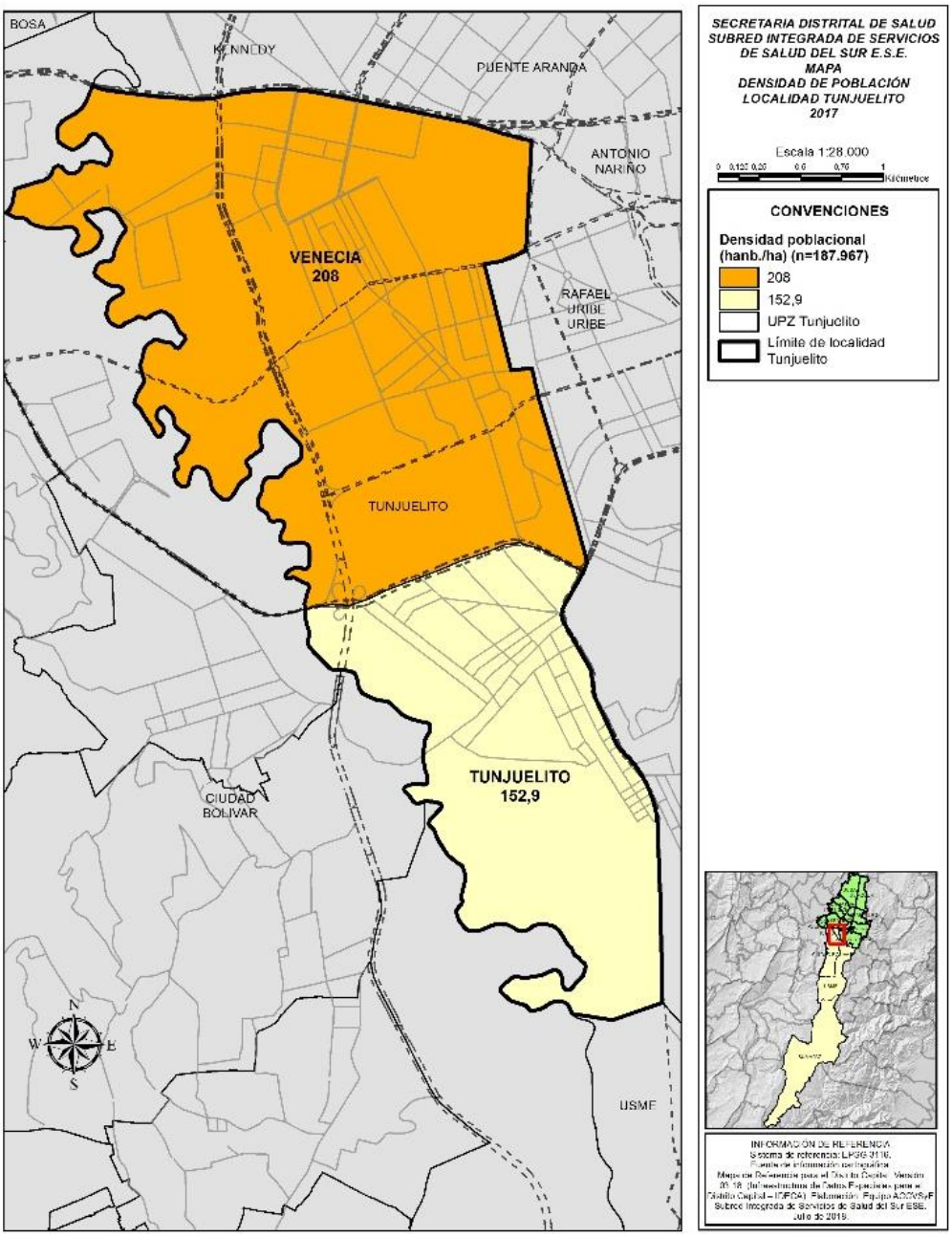
En cuanto a la densidad de la población la localidad alcanza geográficamente una extensión de 991 hectáreas y no posee área rural y su área urbanizada de 990,3. Para el año 2017 la población estimada es de 137971 habitantes, para una densidad poblacional de 189,81 hab/ha.

Dada la información proyectada por el DANE para el año 2017, se toma la información relacionada para el respectivo análisis, teniendo en cuenta que este es un factor determinante en la calidad de vida de la población, al incidir en las dinámicas del transporte y la movilidad, la vivienda, el hacinamiento y los servicios públicos.

Como se observa en el mapa 2 las UPZ de la localidad que presenta la mayor densidad de población es Venecia, que concentra una densidad de 208 (hab/ha) contraria a la UPZ Tunjuelito concentra el 152,2 (hab/ha) que junto con condiciones

socioeconómicas adversas generan una alta demanda de servicios sociales que los equipamientos no alcanzan a cubrir, en temas de cuidado infantil, enfermedades crónicas, seguridad alimentaria, trabajo informal y delincuencia común.

Mapa 2. Densidad poblacional, localidad Tunjuelito, Subred Sur E.S.E. 2017.



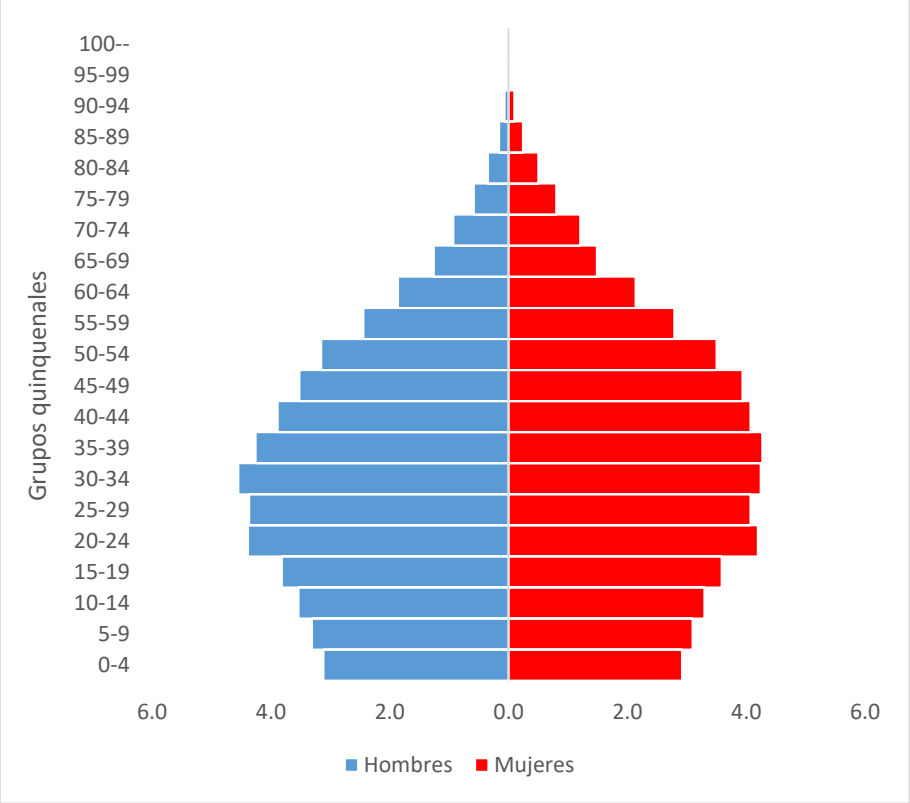
Fuente: Proyecciones DANE 2017

En relación con la estructura de la población el 50,4% (n=69606) son mujeres y el 49,5% (n= 68365) son hombres, los cuales oscilan en su mayoría entre las edades de los 28 a 60 años, puesto que un problema que se presenta en sectores como Isla del sol es el envejecimiento de su población.

4.3. Estructura Demográfica

La pirámide poblacional de la localidad de Tunjuelito para 2017, evidencia una estructura regresiva, lo cual representa disminución de la natalidad y baja mortalidad, lo cual obedece al proceso de transición demográfica. La distribución por sexos evidencia un 50,45% para mujeres y 49,55% para hombres. El índice de masculinidad se estableció en 98,22 hombres por cada 100 mujeres.

Gráfica 1. Pirámide poblacional, Localidad de Tunjuelito, año 2017.



Fuente: Secretaria Distrital de Planeación. Subsecretaria de Información y Estudios Estratégicos. Dirección de Estudios Macro. Boletín No. 69, Diciembre 2014. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016 - 2020.

Se observa una importante disminución de población para ambos sexos en los rangos de 55 a 59 años, de 60 a 64 años y de 65 a 69 años; se identifica también, para ambos sexos, una fuerte disminución de población en el rango de 15 a 19 años,

posiblemente relacionada con mayores y mejores posibilidades para el control de natalidad, aumento en el nivel educativo, fortalecimiento en condiciones sanitarias, nutricionales y de apropiación de derechos principalmente en la mujer. Se observa también una reducción en la población femenina correspondiente al rango de 25 a 29 años, lo cual posiblemente se relaciona con el fenómeno de migración.

En el quinquenio de 30 a 34 años se concentra el 8,79% de la población de la localidad, seguido por el quinquenio de 20 a 24 años con un 8,58%. Los adultos mayores de 60 años, representan el 11,71% de la población.

5. Análisis de prioridades por momentos del curso de vida

5.1. Momento de Curso de Vida Primera Infancia (0-5 años)

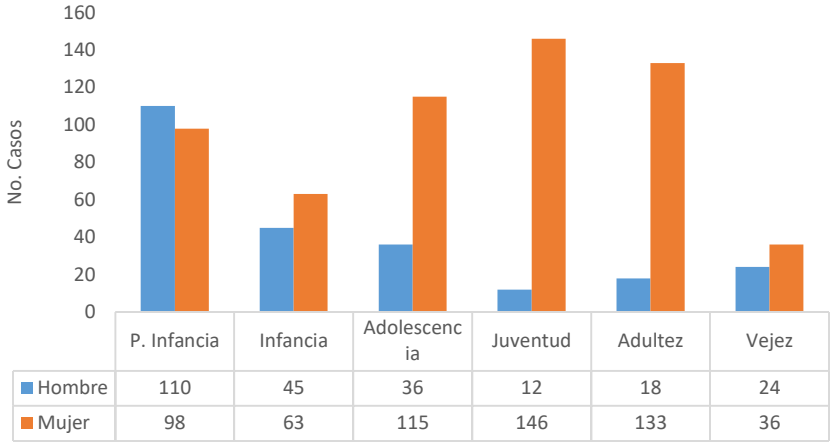
La primera infancia aporta el 7,4% de la población total de la localidad de Tunjuelito (n=13.961), siendo la población más vulnerable de todos los momentos de curso de vida y que requieren mayor seguimiento y supervisión por parte de padres y cuidadores.

5.1.1. Dimensión Convivencia social y salud mental

Violencias

En el año 2017, del total de eventos de violencias notificados a nivel distrital al SIVIM (n=28951), el 27.8% (n=8053), corresponden a casos residentes en el área geográfica de influencia de la Subred Sur, de estos, el 10.4% (n=836) hace referencia a los residentes en la localidad Tunjuelito. Al hacer la revisión de los casos notificados al SIVIM, se identifica que algunos de los eventos están notificados bajo dos o más tipos de violencias, motivo por el cual la potencial diferencia evidenciada entre el total de violencias y notificaciones no es sinónimo de discordancia.

Grafica 2. Distribución por momento de curso de vida y sexo, de víctimas de violencias, localidad de Tunjuelito, año 2017



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM, 2017

Del total de eventos de violencias notificados durante el año 2017, residentes en la localidad sexta, el 24,9% (n=208), corresponde a casos en los cuales las víctimas pertenecen al momento de curso de vida primera infancia, donde se evidenció que en el 47.1% (n=98) de los casos, los afectados fueron hombres y en el complementario 52.9% (n=110), el evento fue notificado en mujeres.

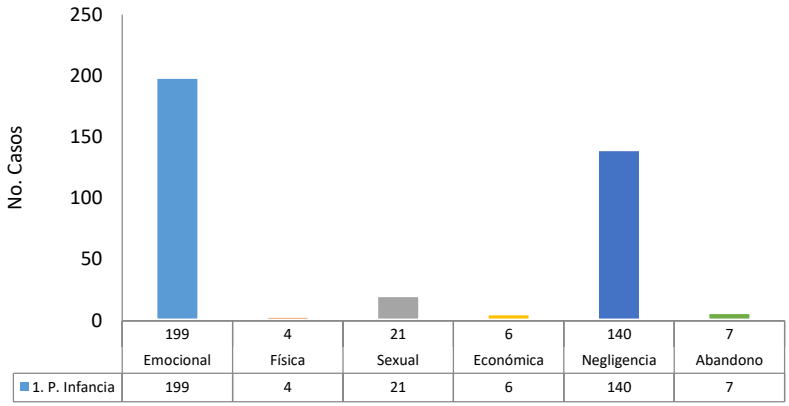
La distribución geográfica por residencia de los casos de violencia notificados en primera infancia, ubica al 59,1% (n=123), de la población afectada en la UPZ Venecia y al 29,8% (n=62), en la UPZ Tunjuelito; el 11,1% (n=23) complementario, se ubica como residente de la localidad, más no se encuentra referenciado específicamente en una de las UPZ.

En la población notificada por violencias, perteneciente al momento de curso de vida primera infancia en la localidad Tunjuelito, se identificó 2.4% (n=5) de los casos en población afrocolombiana y 1.4% (n=3) de los casos en los cuales los afectados son indígenas. En cuanto a grupos poblacionales, se identificó entre la población afectada, un 3.8% (n=8), de personas en condición de discapacidad y un 0.5% (n=1) de población víctima de conflicto armado.

La clasificación por tipos de violencia notificados al SIVIM en primera infancia, muestra en primer lugar la violencia emocional, identificada en un 95.7% (n=199) de los afectados y ocurrida en un 96% de los casos en el hogar, seguido se encuentra la violencia por negligencia, identificada en un 67.3% (n=140), de los casos de violencias notificados en 2017, pertenecientes a primera infancia y con una ocurrencia de 98% en el hogar. Es relevante mencionar que, para todos los

tipos de violencia identificados contra primera infancia, el lugar con mayor incidencia es el hogar.

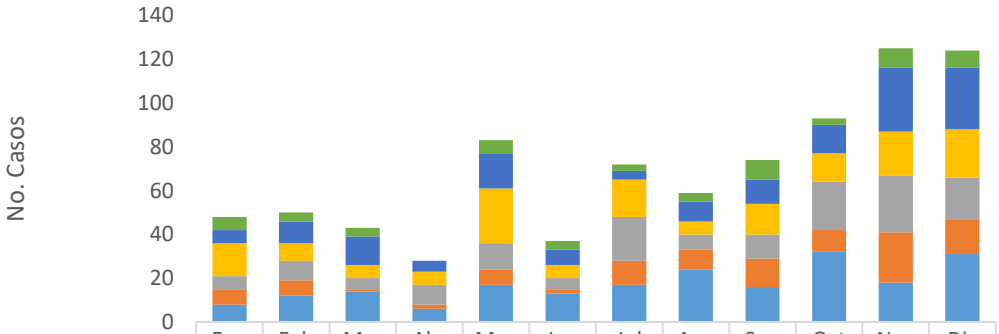
Gráfica 3. Distribución por tipo de violencia, primera infancia, localidad de Tunjuelito, año 2017



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

La revisión de acuerdo a mes de ocurrencia, evidencia que, durante los meses de octubre y diciembre, se presentaron picos en la frecuencia de casos, con 15.4% (n=32) para el mes de octubre y 14.9% (n=31), para diciembre, alcanzando 30.3% del total de la notificación, lo cual se relaciona con los periodos vacacionales, en los cuales los menores permanecen mayor parte de su tiempo en casa.

Gráfica 4. Distribución por mes de ocurrencia de violencias, por momento de curso de vida, localidad Tunjuelito, año 2017



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
6. Vejez	6	4	4		6	4	3	4	9	3	9	8
5. Adultez	6	10	13	5	16	7	4	9	11	13	29	28
4. Juventud	15	8	6	6	25	6	17	6	14	13	20	22
3. Adolescencia	6	9	5	9	12	5	20	7	11	22	26	19
2. Infancia	7	7	1	2	7	2	11	9	13	10	23	16
1. P. Infancia	8	12	14	6	17	13	17	24	16	32	18	31

Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

El análisis de la relación del agresor con la víctima, en los casos de violencias contra personas pertenecientes a primera infancia, permite identificar como principal agresor a la madre con un 58.2% (n=121), seguido por el padre con 31.3% (n=65), los abuelos con 3.4% (n=7), otros 7.2% (n=15).

5.1.2. Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Sífilis gestacional

Teniendo en cuenta que en la localidad de Tunjuelito, para el año 2017 se identificaron 21 casos de sífilis gestacional, con una razón de 8,68 por 1000 nacidos vivos[2] se realiza análisis de la prioridad. La sífilis gestacional es un importante problema de salud pública, a causa de su fácil manejo, diagnóstico y tratamiento, pero pese a esto no se logra el objetivo de su erradicación. En las mesas de análisis de esta prioridad participaron profesional con experiencia en investigaciones de campo y abordaje de mujeres gestantes, lo que contribuyó a realizar un análisis contextualizado.

Algunas de las características particulares del comportamiento de este evento se relacionan por un lado con una mayor accesibilidad en cuanto a vías y transporte público. Y la oferta institucional, se concentra en esta localidad. Sin embargo, al revisar los casos de sífilis congénita, se encuentra que la UPZ Tunjuelito es la que presenta el mayor número de casos, siete y la UPZ Venecia diez casos.

La UPZ Venecia es la de mayor densidad poblacional y es el territorio que presenta mayores conflictos sociales, hacinamiento, invasión de espacio público, hurtos, accidentes, contaminación, etc. Y la UPZ Tunjuelito, cuenta con problemas de pobreza, hacinamiento, humedad en las viviendas y en general problemáticas que configuran vulnerabilidad social en sus habitantes.

En cuanto a los determinantes o factores que predisponen la aparición del evento, se tienen en cuenta, la pobreza, el nivel educativo, número de parejas sexuales de la madre y asistencia controles prenatales.

Al revisar la información de los casos de sífilis gestacional, se encuentra que el 83,3% de estas gestantes desarrollan actividades laborales de tipo informal y el 16,7% de tipo formal. En este sentido, el 50% de las mujeres que se encuentran en

[2]Subred Integrada de Servicios Sur ESE. Base de datos eventos priorizados SSR. 2017.

la informalidad tienen ingresos entre uno y dos salarios minios legales vigentes, los cuales se destinan para alimentación, vivienda y transporte, en menor proporción, los ingresos son empleados para recreación y educación; lo anterior reduce las posibilidades de compra de preservativos que reducen la posibilidad de contagio o la consulta a servicios de salud especializados. Por último el 64,7% residían en vivienda arrendada en inquilinatos o en viviendas de familia.

La educación como determinante de la sífilis gestacional, da cuenta del nivel de conocimiento de la enfermedad, de mecanismos de protección y de la posibilidad de negociar con la pareja el uso de métodos anticonceptivos. Al analizarse este factor se encuentra que las IEC de los casos no permite confirmar o reevaluar esto. Pero las profesionales asistentes indican que las mujeres con sífilis gestacional cuentan con un nivel educativo básico y en su mayoría son amas de casa es decir dependen económicamente de su pareja. En ocasiones no reconocen la enfermedad de trasmisión sexual y menos conocen las consecuencias de no tratarse a tiempo. Así mismo, aluden que el uso de métodos anticonceptivos se reduce a la píldora o a la pastilla del día después, el condón como mecanismo de protección para enfermedades de transmisión sexual es poco utilizado debido a su costo y los mitos entorno a este.

En cuanto al número de parejas sexuales de las mujeres gestante, como determinantes no es posible comprobarlo a través de la información de los casos reportados en 2017. Pero en la mesa de análisis, se indica que al realizarse las visitas desde el sector salud, se encuentra que algunas de las mujeres antes de la relación actual han tenido una o varias relaciones de parejas.

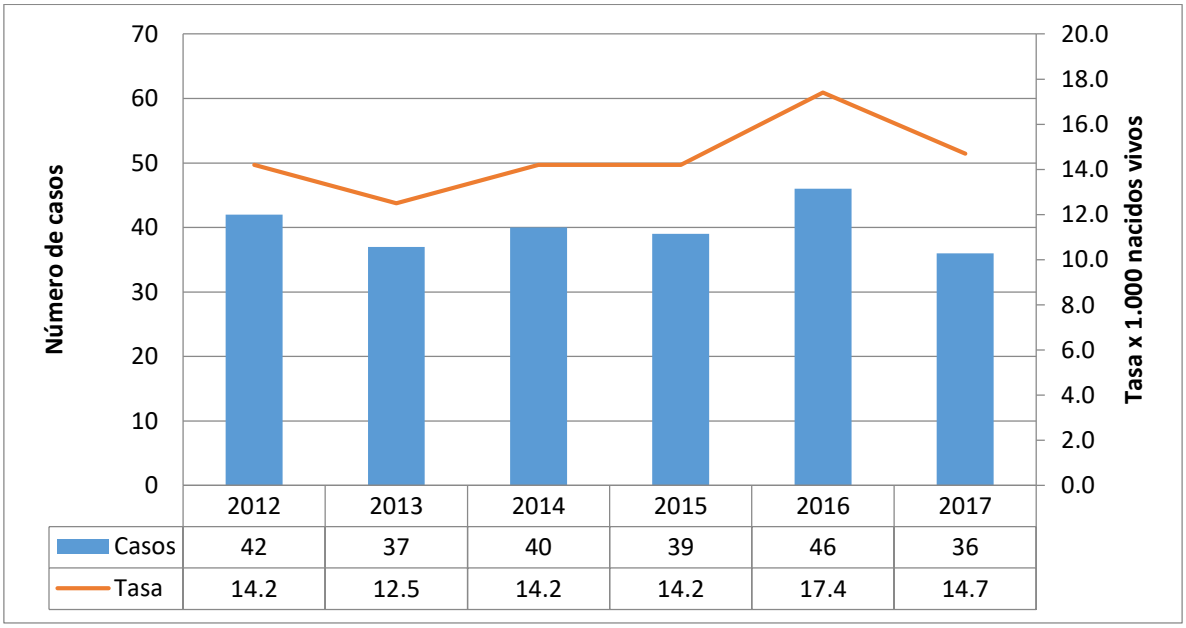
Por último, se tiene la asistencia controles prenatales. La asistencia a esta actividad se configura de vital importancia para el desarrollo adecuado del embarazo. Sin embargo, se ha encontrado que en la localidad el nivel de asistencia es medio, es decir la asistencia oscila entre cuatro a cinco controles, lo que reduce la posibilidad de detección temprana de complicaciones y tratamientos efectivos de eventos. Entre los motivos de la inasistencia se encuentra las obligaciones laborales, la distancia a los servicios de salud, la falta de interés y la falta de apoyo de la pareja.

Mortalidad perinatal

Este evento es un indicador universal de condiciones de vida, desarrollo humano, calidad y acceso a los servicios de salud. Pues con este indicador se puede medir el nivel de acceso y garantía de los derechos para las gestantes y los recién nacidos.

En la localidad de Tunjuelito durante los años 2012 a 2017, se observa un comportamiento irregular, con un aumento en la tasa para los años 2015 (14,2) y 2016 (17,4), ubicando a la localidad en todos los años por encima de la línea base distrital; se evidencia que la UPZ Tunjuelito se encuentran por encima de la meta distrital, con una tasa de 21,5. Para el año 2017 el 72,2% de las defunciones perinatales presentadas en la localidad fueron fetales, mientras que las no fetales corresponden al 27,8%.

Gráfica 5. Mortalidad perinatal, localidad de Tunjuelito, años 2012 – 2017



	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Casos	42	37	40	39	46	36
Tasa	14.2	12.5	14.2	14.2	17.4	14.7

Fuente 2010-2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)-(año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018); Fuente 2017: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (publicación DANE 28-12-2018.

En el análisis de la mortalidad perinatal, se identificó que el nivel educativo de la madre es uno de los determinantes a tenerse en cuenta; existe una relación entre el nivel educativo y la salud, debido a que se establece un vínculo al acceso a información respecto a los cuidados de salud y a los conocimientos sobre signos de alarma; entre mayor nivel educativo son mayores los factores protectores.

Con relación al nivel educativo de las madres de los casos de mortalidad perinatal, el 33,3% habían cursado media académica o clásica, 27,8% básica secundaria, 13,9% técnica profesional, básica primaria y tecnológica 5,6% respectivamente, media técnica y especialización con 2,8% para cada uno de estos niveles, y 4,1% tecnológica o tecnológica respectivamente, de acuerdo a lo anterior descrito, la mayoría de las madres presentaban un nivel educativo bajo (básico y medio), con una representación porcentual del 69,4%. Lo que reafirma lo encontrado en las

mesas de análisis, en las cuales se indica que las mujeres con un nivel educativo básico no reconocen la importancia de iniciar controles prenatales y no reconocen signos de alarma.

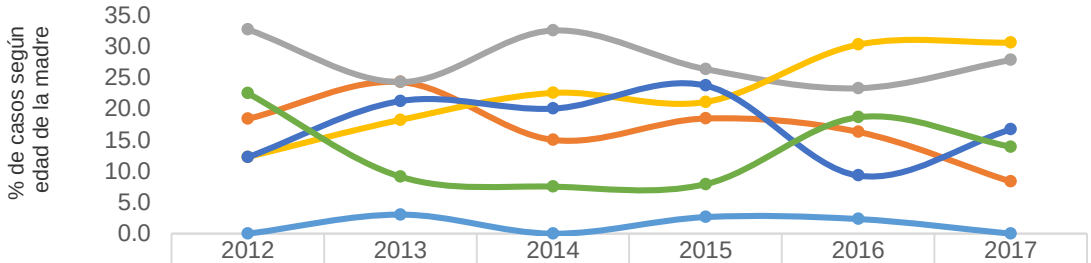
De igual manera la renuencia en controlar el embarazo se relaciona, con las redes de apoyo primarias, en este sentido se identifica que en cuanto al estado civil de las madres de los casos 52,8% no estaban casadas y llevaban dos o más años viviendo con su pareja, 27,8% no estaban casadas y llevaban dos o menos de dos años viviendo con la pareja y 8,3%% eran solteras. Las profesionales que asisten a los análisis de la prioridad indican que algunas mujeres indican que no asisten a los controles porque no cuentan con el apoyo de sus parejas y solas no les gusta ir. Así mismo, algunas de estas mujeres no asisten porque no cuentan con pareja estable y deben trabajar para solventar sus gastos.

Respecto al régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, como indicador, revela el acceso diferencial a ciertos servicios de salud, para los casos de mortalidad perinatal se identificó que el 38,9% de los casos pertenecían al régimen contributivo; 41,7% régimen subsidiado, 5,6% no tenían afiliación.

Otros factores reforzadores, son las enfermedades de origen materno, las cuales pueden ser propias y/o coexistentes con la gestación, para 2017 se observó que el 25% de los casos, el feto o recién nacido fue afectado por problemas en la salud de la madre, siendo los trastornos hipertensivos de la madre la causa más frecuente con 13,9%; seguido se identifican las enfermedades fetales o neonatales y los problemas placentarios, entre estas el 13,9% de los casos presentaron malformaciones congénitas. En cuanto a la edad gestacional y el peso al nacer, el 75% de los casos fueron pretérmino y con bajo peso. Las anteriores causas, pudieron ser prevenidas y controladas en la consulta preconcepcional o en un inicio temprano del control prenatal y también con un seguimiento continuo en los controles prenatales.

En el análisis de la edad de la madre, se observó que durante los años 2012 a 2017, han disminuido los casos de mortalidad perinatal hijos de madres adolescentes de 15 a 19 años, jóvenes de 20 a 24 años y mayores de 35 años, por otro lado, se identifica un aumento en los grupos de edad de 20 a 24 años y 30 a 34 años. Para el año 2017 la mayoría de los casos de mortalidad perinatal se presentó en edades de 25 a 29 años (30,6%) y en segundo lugar en el grupo de 20 a 24 años (27,8%); en cuanto a edades que representan un riesgo para la salud de la madre y el feto, el 13,9% de los casos eran hijos de madres mayores de 35 años, es importante resaltar que no se identificaron casos hijos de madres menores de 15 años.

Gráfica 6. Distribución porcentual de casos de mortalidad perinatal según edad de la madre, localidad de Tunjuelito, años 2012 – 2017



	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10 a 14	0.0	3.0	0.0	2.6	2.3	0.0
15 a 19	18.4	24.2	15.0	18.4	16.3	8.3
20 a 24	32.7	24.2	32.5	26.3	23.3	27.8
25 a 29	12.2	18.2	22.5	21.1	30.2	30.6
30 a 34	12.2	21.2	20.0	23.7	9.3	16.7
35 o más	22.4	9.1	7.5	7.9	18.6	13.9

Fuente 2010-2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)-(año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018); Fuente 2017: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (publicación DANE 28-12-2018.

5.1.3. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional

El estado nutricional es definido como la condición dada por la relación entre la ingesta de nutrientes y el gasto energético de un individuo, es la resultante de al menos tres factores concurrentes: a) los biológicos, correspondientes a los requerimientos específicos de cada una de las etapas del ciclo de vida, b) los socio-ambientales, que involucran elementos estructurales y se vinculan con la disponibilidad y el acceso a los alimentos y c) los culturales, referidos a las prácticas y representaciones que se expresan en los hábitos o patrones alimentarios. Cuando ocurre un desbalance entre la ganancia y la pérdida calórica se habla de malnutrición; este término que comprende a la malnutrición por defecto (desnutrición) y por exceso (sobrepeso y obesidad) (1).

En 2017 en la localidad de Tunjuelito, la prevalencia de desnutrición aguda en población menor de 5 años fue 1,4%(n=172), con mayor proporción en hombres en un 55,2%(n=95) frente a las mujeres con 44,8%(n=77). De acuerdo a la clasificación el 89% (n=153) de los casos presentan DNT aguda moderada y el 11% (n=19) DNT severa, el grupo poblacional de mayor riesgo son menores de 6 meses (DNT aguda severa: 78,9%(n=15 casos) y DNT aguda moderada 41,8%(n=64 casos).

Frente a la UPZ de residencia el 58,7% de la población residen en la UPZ Venecia en barrios como Santa Lucía, Isla Del Sol, El Carmen, Venecia, y Fátima. El 41,3% habitan en la UPZ Tunjuelito en los barrios San Carlos, Tunjuelito y San Benito.

Tunjuelito se presenta situaciones de carácter ambiental que inciden indirectamente en el estado nutricional asociado a la presencia de curtiembres, viviendas cercanas al río Tunjuelo lo que conlleva al deterioro de la calidad del aire, presencia de enfermedades respiratorias, etc., y condiciones de inseguridad alimentaria en algunas familias.

Las características de las viviendas son adecuadas en la mayor parte del territorio en comparación con las localidades de Usme y Ciudad Bolívar, sin embargo presentan dinámicas de hacinamiento en algunas viviendas, dado que varios núcleos familiares pueden coexistir en una misma unidad, otros factores son las condiciones inadecuadas habitacionales y de saneamiento básico de las viviendas, la parte económica desde el componente SISVAN se identificó en familias con menores de 5 años ingresos económicos de 1 a 2 salarios en 92,3% y el 7,7% entre 3-4 salarios, lo cual influye significativamente en la toma de decisiones al momento de acceder a los alimentos y la satisfacción de necesidades básicas de las familias.

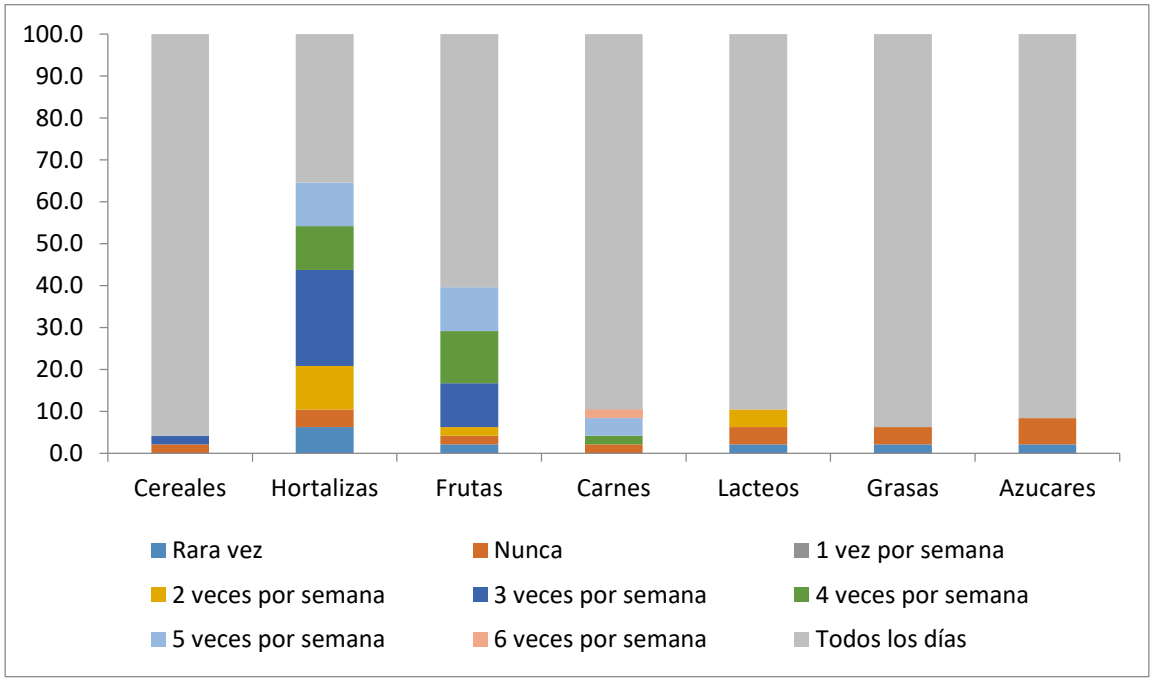
Desde las unidades de análisis del equipo de seguridad alimentaria y nutricional (SAN) se identificó factores de riesgo relacionados con la falta de conocimiento de pautas alimentarias en las madres o cuidadores, así como la práctica de lactancia no es exclusiva hasta los 6 meses, en la población con DNT Aguda menor 6 meses se identificó que el 92,8% de los menores recibieron lactancia materna exclusiva y el 7,6% no recibieron lactancia, lo conllevo a la introducción temprana e inadecuada de alimentos en los menores desencadenando problemas en el estado nutricional.

El proceso de transición de lactancia materna exclusiva a una alimentación complementaria es una fase de gran vulnerabilidad, en muchos niños empieza la malnutrición, y contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. (1).

Las prácticas alimentarias inadecuadas en la población se relacionan con la composición familiar, esta localidad se caracteriza por tener familias extensas lo cual afecta la distribución de alimentos en el grupo familiar incidiendo de manera negativa en el soporte nutricional de la población infantil, otra tipología familiar incidente en la nutrición son las familias monoparentales de padres jóvenes quienes implementan prácticas alimenticias poco saludables con predominio de azúcares y paquetes.

Al analizar la frecuencia de consumo de alimentos de la población de 7 meses a 5 años en Tunjuelito para el 2017, se identificó un mayor consumo en cereales con 95,8%, seguido del consumo de grasas con 93,8% y azúcares 91,7%. El consumo de carnes, lácteos y sus derivados todos los días tienen un promedio del 89,9% en el consumo. En menor proporción se da en consumo de hortalizas el 35,4% de la población las consumen a diario y el 22,9% tres veces por semana, con relación al consumo de frutas el 60,4% de las población las consume a diario, el 12,5% cuatro veces por semanas y el 10,4% entre tres o cinco veces por semana lo cual refleja que estos grupos alimenticios no son prioritarios en los hábitos alimentarios de padres y /o cuidadores.

Grafica 7 Frecuencias de consumo de alimentos en población menor 5 años, localidad Tunjuelito, 2017



Fuente: Base IEC menores SISVAN Localidad Tunjuelito, 2017

Otro factor importante es el nivel educativo de padres y cuidadores; un bajo nivel de educación de los padres se asoció con la ingesta de alimentos ricos en azúcar y grasos en los niños, mientras que el alto nivel de educación de los padres se asoció con la ingesta de alimentos bajos en azúcar y bajos en grasa (1). De acuerdo al grado de escolaridad de los padres desde las IEC SISVAN, el 69,2% cuentan con básica secundaria incompleta y el 30,8%, básica primaria

Las barreras de acceso a servicios de salud que inciden significativamente la desnutrición de la población infantil, con relación al aseguramiento en los casos de desnutrición aguda el 52,9% pertenecen al régimen subsidiado, el 43,6% al

contributivo, el 2,3% es población pobre no asegurada y el 1,2% régimen especial. Una barrera latente es el acceso de la población a los servicios de salud de la red privada en la Tunjuelito no se cuenta con presencia institucional especializada que brinde atención a la población contributiva y del régimen especial, lo que se convierte en barrera geográfica de económica para el acceso a los servicios de salud de las familias.

Frente a las redes de apoyo social, la localidad de Tunjuelito cuenta con una gran oferta institucional, de entidades como ICBF con programas Hogares comunitarios y centros de desarrollo infantil, de igual manera la secretaría de integración social a través de diversos programas de atención a primera infancia y ONG que apoyan nutricionalmente a las familias.

Respecto a las acciones de respuesta que se han realizado desde la subred, la que mayores intervenciones abarca es la ruta de atención integral a la desnutrición aguda, en la cual se dan respuestas sectoriales e intersectoriales, desde la clínica de recuperación nutricional, que de momento atiende menores del régimen subsidiado y vinculados, las demás acciones, es decir aquellas que contempla el PIC y la gestión intersectorial son extensivas a todos los menores que sean remitidos desde UPGS o desde CLSAN y se atención a la demanda, independientemente de donde se reporten los casos.

5.1.4. Vida saludable y enfermedades no transmisibles

Caries

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un proceso localizado de origen multifactorial que inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Es importante mencionar que, en este curso de vida, se encuentra en erupción activa de la dentición temporal.

Durante el año 2017 en la localidad se notificaron al subsistema SISVESO 244 niños y niñas con edades entre 0 y 5 años, de los cuales el 43% presentaron caries (n=105).

Este evento está principalmente asociado a la no adherencia al tratamiento odontológico, nivel socioeconómico, medio ambiente, servicios sanitarios, enfermedades sistémicas, hábitos como el consumo de alimentos no saludables. Es un evento frecuente en la población a través del tiempo.

A través de las mesas de análisis desarrolladas, se identificó que uno de los factores, es la falta de atención y acompañamiento de padres y cuidadores en actividades de higiene oral de los niños y niñas, este comportamiento puede verse influenciado por aspectos culturales e imaginarios aun presentes en la población, tales como: “son los dientes de leche, se le van a caer” y también porque las prácticas de higiene oral son delegadas a los menores, quienes no tienen las capacidades para realizarlo de manera correcta; así mismo en algunas ocasiones se delega la responsabilidad a docentes e instituciones. Este factor puede impactar negativamente a lo largo de la vida y además puede influir en el logro de hábitos en la salud oral.

Desde el espacio educativo y de vivienda se ha identificado que la mayoría de los niños presentan inadecuados hábitos de higiene: con baja frecuencia del cepillado; en cuanto a la calidad del cepillado la mayoría fue deficiente, en la mayoría de los casos no se identificó uso de seda dental y enjuagué bucal. De igual forma se han identificado inadecuados hábitos alimentarios como el consumo elevado de azucares y carbohidratos y bajo consumo de proteínas frutas y verduras.

Se identificó que en la localidad existen factores económicos que pueden afectar la salud oral, la mayoría de los niños con caries pertenecían al estrato socioeconómico 1, lo cual puede influir en el consumo alimentos saludables y condiciones para la higiene oral, como lo son la compra de los elementos necesarios para realizar la práctica adecuada de higiene oral.

En algunos casos los padres no identifican la salud oral del niño como una necesidad, el dolor es uno de los síntomas que en algunos casos se considera una señal para solicitar cita a odontológica. En el análisis se identificó que entre los motivos de abandono del tratamiento que existen barreras de aseguramiento, barreras estructurales en el sistema general de salud, además falta de tiempo, poca oferta para la programación de controles como la falta de agenda y negligencia por parte de padres y cuidadores para asistir a los controles de odontología.

En relación a poblaciones diferenciales, para este momento de curso de vida se identificó un caso de población afrocolombiana, en este caso se observaron inadecuadas prácticas de higiene oral, sin uso de seda dental, el higiene oral en el momento de la valoración fue deficiente. La causa de abandono del tratamiento, se identifica falta negligencia, manifestaron que al menor le daba miedo. Se observó la importancia de la continuidad del tratamiento de los niños, basado en la identificación como una prioridad para la salud del niño por parte de los padres.

Los factores que refuerzan esta situación son: familias extensas y disfuncionales, bajo nivel educativo de los padres, consultorios privados con talento humano no capacitado.

Los efectos de la caries son transversales a todos los cursos de vida, donde se pueden presentar perdida prematura de órganos dentales hasta ocasionar edentulismo, también puede generar mal nutrición, problemas gástricos y de fonación, baja autoestima, afectar la relación con otras personas, deglución atípica, desarrollo craneofacial inadecuado y celulitis odontogénicas donde la vida se pone en peligro. Al asociarse con enfermedades crónicas (diabetes mellitus, cáncer, enfermedad cardiovascular y enfermedad renal), se potencializan las enfermedades.

Desde la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se realizan intramuralmente actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: control de placa bacteriana, sellantes de fotocurado, aplicación de barniz de flúor y detartraje.

Por otra parte, a través del equipo de gobernanza se desarrollan jornadas de salud oral donde se incluye la aplicación de barniz de flúor y educación para fortalecer los hábitos de salud oral.

De acuerdo a lo anterior es importante optimizar actividades educativas, como parte de la promoción de la salud oral, bajo una estructura estandarizada que favorezca el impacto y universalización del idioma. Así mismo es necesario dar continuidad al desarrollo de actividades de prevención de la enfermedad.

Mortalidad infantil

Teniendo en cuenta que la mortalidad infantil es el resultado de procesos complejos, que no solo responden a situaciones biológicas propias del niño, se debe analizar también los determinantes sociales que rodean a la familia y al desarrollo del embarazo. Entre esos determinantes se encuentra el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, los cuales se analizan a luz de la revisión de los casos de mortalidad infantil que se presentaron en 2017.

En 2017 se presentaron 36 casos de mortalidad infantil en Tunjuelito, distribuidos en las UPZ Venecia con el 83,3% y en la UPZ Tunjuelito el 16,6%.

Tabla 2. Mortalidad infantil por localidad de Tunjuelito, Subred Sur E.S.E., 2012 – 2017

Localidad	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Tunjuelito	40	13,6	26	8,9	28	10,1	21	7,8	30	11,5	36	14,9

Fuente 2010-2016: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (año 2015 publicación 30 de junio 2017)-(año 2016 publicación DANE 30-12-2017 ajustada 04-2018); FUENTE 2017: Bases SDS -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.-ADE Finales (publicación DANE 28-12-2018).

Como se mencionó, la mortalidad infantil no solo es el resultado de procesos biológicos propios al feto y los cuales dependiendo de la situación pueden ser intervenidos si se cuenta con las herramientas medicas necesarias. Al realizar una revisión de la causa de muerte según la lista 6/67 de la OMS, la principal causa de fallecimiento son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (6,13) con siete casos (25,9%), seguido por los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (4,04) con seis casos (22,2%), el feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (4,02) y el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal (4,06) registra cuatro casos c/u (14,8% c/u), por último el resto de enfermedades del sistema respiratorio (6,06), la enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (3,04), los accidentes que obstruyen la respiración (5,06), las caídas (5,03), el resto de enfermedades (6,14) y los eventos de intención no determinada (5,13) aportan un caso cada una (3,7% c/u). Según las bases preliminares en cuanto el tipo de defunción los 27 casos son considerados como muertes naturales.

En las mesas de análisis, se concluye que los controles prenatales si se inician desde el comienzo del embarazo, permiten monitorear el estado de madre y el feto, con el fin de tomar medidas para prevenir situaciones indeseables durante el parto y posterior alumbramiento. Sin embargo, en la localidad la adherencia a los controles no es la adecuada, en promedio las mujeres acuden a 4 o 5 controles; en ocasiones se inician cuando el embarazo ya se encuentra avanzado. Entre las principales causas de inasistencia, se encuentra desinterés de las mujeres, falta de permisos laborales y se ha encontrado que algunas no asisten al no contar con el apoyo de la pareja.

La mortalidad se concentra principalmente en el periodo neonatal temprano, relacionada principalmente con la prematurez extrema. De los 36 casos el 7,4% se dio en el domicilio y el restante 92,6% en un Hospital o clínica; en cuanto la institución que certifico la defunción, la USS El Tunal aporta el 14,8%, seguido por la Fundación Cardio Infantil y Clínica Palermo el 11,1% respectivamente, la USS Meissen, USS El Carmen, Hospital San Ignacio, Hospital de San José y Medicina

Legal contribuyen con el 7,4% respectivamente), otras trece instituciones notifican el mismo número de casos.

La distribución por sexo evidencia que el 63,0% de los casos se dan en hombres y el restante 37,0% en mujeres. Las edades de los menores fallecidos registran un 37,0% en neonatales temprano (hasta los 7 días de nacido), 25,9% en neonatales tardías (hasta los 28 días) y 37,0% en menores de un año.

Ahora bien, la edad de la madre es otro de los determinantes analizados y aunque se indica que entre más joven la madre, mayor propensión a mortalidad infantil; para los análisis se encuentra que se registra un 14,8% en mujeres mayores de 36 años y no se presentaron casos en adolescentes. lo que puede relacionarse con el cuidado durante el embarazo y enfermedades preexistentes de la madre. A través de investigaciones de campo se puedo establecer que algunas mujeres con embarazos previos, consideran que cuentan con conocimientos necesarios del cuidado del embarazo y restan importancia a los controles prenatales.

La pobreza es otro factor importante, debido a que este determina el acceso a bienes y servicios, brinda una alimentación apropiada y permite un desarrollo adecuado del embarazo. De los 36 casos registrados el 25,9% contaba con menos de 1000 gramos al nacer, el 11,1% entre 1.000 y 1.499 gramos y el 14,8% entre 1.500 y 2.499 gramos. En esta localidad se encuentra que la informalidad prima entre la ocupación de las personas. Algunas mujeres gestantes deben emplearse en cafeterías u otros establecimientos comerciales en apoyo de la economía familiar. Como se ha mencionado en otros análisis, algunas familias sobreviven con uno o menos de un salario mínimo, con lo que pagan arriendo de piezas o apartamentos en lugares que no cumple con las características de habitabilidad (hacinamiento, baja ventilación e iluminación, humedad).

Finalmente, se encuentra que aunque con la unificación del plan obligatorio de salud (POS), se reducen brechas ente regímenes, se ha encontrado que algunas de las gestantes son atendidas fuera de la localidad o un lugar distante de sus hogares, lo que reduce la posibilidad de asistencia a los controles prenatales.

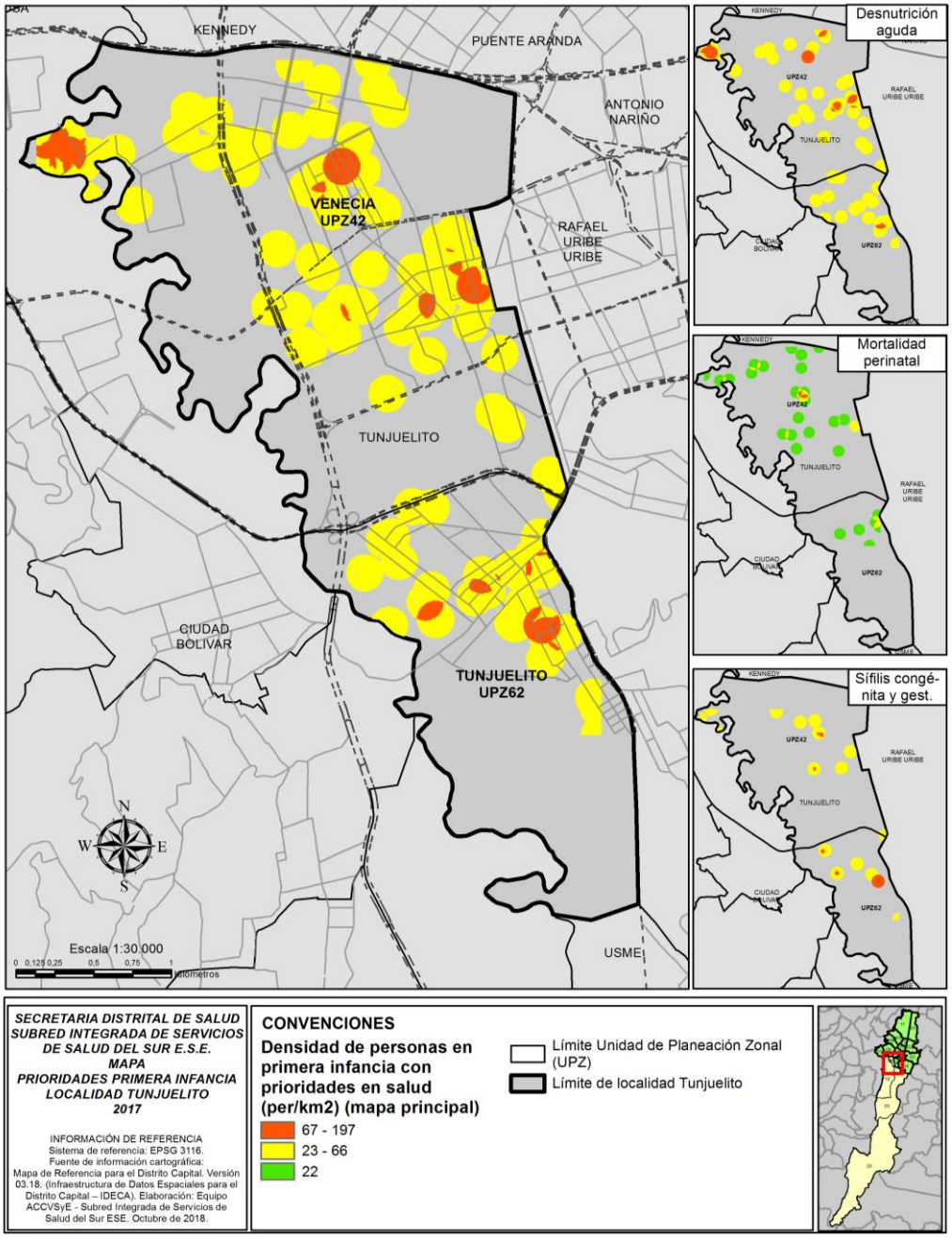
5.1.5 Puntos críticos del momento del Curso de vida Primera Infancia

El comportamiento espacial de la concentración del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida de primera infancia en la localidad de Tunjuelito permite identificar que principalmente en los barrios Fátima, Isla del Sol y

Samoré de la Unidad de Planeación Zona (UPZ) Venecia inciden de manera más intensa un conjunto de determinantes sociales en los procesos de salud – enfermedad de la población en este grupo poblacional (Mapa 3). Fue recurrente de las unidades de análisis que frente a las prioridades en mujeres gestantes, buscando proteger a la primera infancia desde los primeros momentos de la vida, pasando tanto porque en estos barrios las condiciones en salud ambiental son deficientes, respecto a la disposición inadecuada de basuras y contaminación del aire y agua, principalmente del Rio Tunjuelito, en el sector de Isla del Sol resultando en enfermedades respiratorias o diarreicas en los menores, como por condiciones de vulnerabilidad social, expresado en violencia y desintegración familiar, consumo de sustancias psicoactivas e inclusive delincuencia común, lo que implica pérdida de la adherencia con los servicios de salud y deterioro de los hábitos de cuidado y autocuidado hacia los menores; además, los espacios en estos barrios para la recreación, el ocio y para la conformación de redes de apoyo a nivel comunitario son escasos, y los que existen son utilizados de forma inadecuada o se perciben inseguros.

Por otro lado en la UPZ Tunjuelito se concentra espacialmente el riesgo en salud en el barrio Tunjuelito y en el costado sur del barrio San Benito, en donde tres determinantes son frecuentes identificar como los que inciden a nivel estructural en las condiciones de salud de la población en primera infancia: condiciones ambientales inseguras, principalmente exposición a contaminación del aire y exposición a productos químicos derivados de las actividades productivas, junto con la inadecuada disposición de residuos sólidos en espacios públicos; bajos recursos económicos y pocas oportunidades de empleo para las familias de los menores, lo que implica un conjunto de restricciones asociados con la alimentación, vestuario, educación y participación en actividades laborales, principalmente de tipo informal; y baja corresponsabilidad de las familias de los menores en relación con los servicios de salud que requieren dados los riesgos a nivel proximal a los que se exponen.

Mapa 3. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida primera infancia, Tunjuelito, 2017.



Fuente: Subred Integrada de Servicios del salud del Sur ESE, 2018.

5.1.6. Acciones

Desde el espacio vivienda se desarrollan acciones interdisciplinarias orientadas al abordaje integral del núcleo familiar de acuerdo al proceso de caracterización social y ambiental en el cual se identifican alertas en salud sobre las cuales se orienta las intervenciones. En relación con los problemas descritos en el curso de vida de primera infancia las acciones se enfocan en fortalecer desde el área psicosocial los

procesos de comunicación al interior del hogar, expresión de emociones, estrategias de afrontamiento, resolución de conflictos y manejo de pautas de crianza con el fin de fortalecer vínculos y relaciones de los integrantes de la familia.

Por otra parte, desde el área biológica se brinda educación en salud sexual y reproductiva para la toma de decisiones informadas en relación con métodos anticonceptivos, prevención de ITS, asistencia a controles prenatales, identificación de signos de alarma, cuidados durante la gestación, entre otros. Se realiza gestión para el agendamiento de citas de crecimiento y desarrollo, consulta prenatal, consulta de regulación de la fecundidad y procesos de aseguramiento a través de la activación de rutas en salud.

Desde el componente de seguridad alimentaria y nutricional se realiza seguimiento a la cohorte de gestantes con bajo peso gestacional enviado desde SDS, se verifica asistencia a controles prenatales, consulta por nutricion y programas de apoyo alimentario y se realiza activación de ruta.

5.2. Momento de Curso de Vida Infancia (6-11 Años)

Los menores en los primeros años de edad escolar aportan el 8,0% de la población (n=15.022), la cual se espera se dedique a dichas labores académicas, al juego y al inicio de las relaciones sociales.

5.2.1. Dimensión Convivencia social y salud mental

Violencias

La violencia infantil se considera como problema de salud pública, dado el impacto sobre las personas al no ser abordada. El sector salud cuenta con el subsistema de violencia intrafamiliar y sexual –SIVIM-, el cual es el encargado de recibir la notificación de casos de violencia y realiza el abordaje con su equipo de Psicólogos.

En el año 2017 del total de la notificación al Subsistema, se encontró que el 12,9% (n=108) corresponde a casos en los cuales las víctimas pertenecen al momento de curso de vida infancia. Siendo las mujeres las que presentan mayor notificación con el 58.3% (n=63) y los hombres representan el 42% (n=45) de los casos.

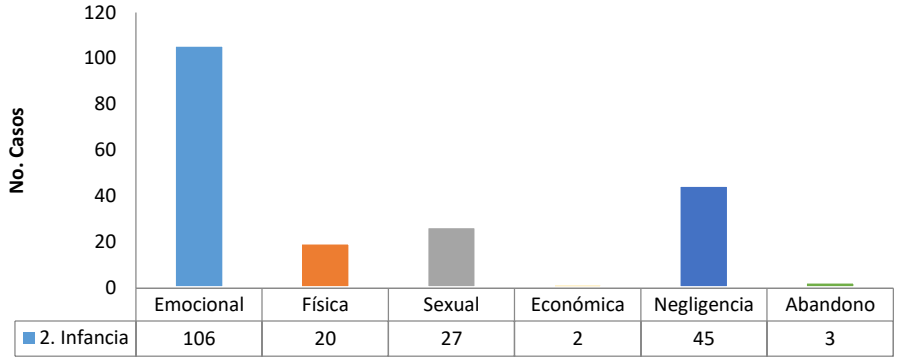
Al analizarse la prioridad, factores como la educación de los padres, el estado civil, el nivel de ingresos de la familia y eventos pasados que podrían relacionarse con la VIF actual, se consideran como prioritarios en la violencia infantil.

Como se ha mencionado, el nivel educativo es un factor protector ante situaciones. Los profesionales que han realizado acciones de atención de violencias en la subred sur, indican que el nivel educativo de los padres es determinante de la violencia; un padre con bajo nivel educativo, contara con un bajo repertorio que posibilite la corrección de sus hijos con mecanismo no violentos. Aunque no se descarta que padres con niveles educativos altos, maltraten a sus hijos, estos cuentan con un mayor mecanismo de negociación y herramientas de “corrección”.

En los análisis de la prioridad, se encuentra además que las familias monoparentales tienen mayor predisposición a la violencia infantil. Esto causada posiblemente, a factores estresantes por la sobre carga parental, que genera estrés y desencadena episodios violentos. En este sentido, de los casos que se presentaron en 2017, como principal agresor se encuentra a la madre con un 39,8% (n=43), seguido por el padre con 25% (n=27) y en tercer lugar, se ubica al padrastro con 9,3% (n=10). Esto también está estrechamente relacionado con el papel de la madre en la familia. Esta es la encargada de la crianza y educación de los hijos, mientras el padre se encarga del proveimiento económico.

Como se identifica en la gráfica 9, la clasificación por tipos de violencia en primer lugar se encuentra la violencia emocional con un 98% (n=106) de los, seguido se encuentra la violencia por negligencia, identificada en un 42% (n=45), de los casos de violencias notificados en 2017, pertenecientes a infancia y con una ocurrencia de 94% en el hogar; la suma de los tipos de violencia es superior al número de notificaciones, puesto que en múltiples eventos se logra identificar más de un tipo de violencia. Es relevante mencionar que, en todos los tipos de violencia notificados contra infantes, con excepción de la violencia económica, el lugar con mayor incidencia del evento es el hogar.

Grafica 8. Distribución por tipo de violencia en infancia, localidad Tunjuelito, año 2017



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

Ahora bien, se relaciona frecuentemente el ingreso económico de las familias y la violencia. Esto debido a que, si las familias cuentan con adecuados ingresos para el suministro de bienes y servicios a los miembros no se genera situaciones límite que son las causantes de violencia. En este sentido, la pobreza es una de las mayores causantes de eventos que son de interés para la salud pública. La violencia infantil no solo son los golpes, sino que también se encuentra la inasistencia escolar, al sistema de salud y en general al no cuidado de los niños y niñas, en este sentido, los familias con bajos recursos económicos descuidan en ocasiones estos factores debido a la falta de dinero.

Por último, se encuentra que los padres con historias familiares de violencia, tienen una mayor predisposición hacer violentos, aunque a través de las intervenciones de SIVIM, no se puede sustentar dicha hipótesis, se encuentra que gran parte de los padres notificados por casos de violencia provienen de ambientes de privación que no permite el desarrollo adecuado.

5.2.2. Dimensión Salud y ámbito laboral

Trabajo infantil

El trabajo infantil es un evento que vulnera los derechos de NNA, propiciando daños físicos, psicológicos y sociales, en general en el desarrollo integral del menor. El análisis de la prioridad, parte de la información suministrada por el Espacio de Trabajo, la cual es la encargada de realizar acciones para desvinculación de esta población.

Aunque no se cuenta con una base de información que permita realizar un análisis demográfico del trabajo infantil en la localidad, el Espacio de trabajo ha realizado el acercamiento a por lo menos 200 niños, niñas y adolescentes que realizan algún tipo de actividad que representa remuneración económica en la localidad.

Los factores generadores o causantes del trabajo infantil en la localidad, se encuentran en los bajos recursos económicos de las familias, redes de apoyo precarias y en ocasiones a decisiones personales de los mismos niños y niñas.

Como se ha mencionado, en la localidad de Tunjuelito, se encuentran niveles de informalidad altos que se han extendido a través de los cursos de vida. En la unidad de análisis de la prioridad, se determinó que de los niños y niñas abordadas dese el espacio 101 refiere realizar su actividad económica con el fin de apoyar en la economía del hogar, debido a que alguno de sus padres se encontraba sin empleo; 29 de estos niños y niñas refieren necesidad económica, la cual se relaciona con la necesidad de suplir por ellos mismos sus necesidades personales.

Las actividades laborales realizadas con mayor frecuencia son la venta callejera, en tiendas, construcciones, parqueaderos, ayudantes en pequeños comercios entre otras; la localidad de Tunjuelito presenta zonas de comercio formal e informal, facilitando la ocurrencia de este evento. Las principales consecuencias del trabajo infantil incluyen afectaciones a la salud, psicológicas y socioeconómicas. En primer lugar, riesgo de presentar lesiones físicas, enfermedades o accidentes relacionados al trabajo desempeñado. Los riesgos psicológicos se asocian con situaciones de violencia, consumo de SPA, deserción o bajo rendimiento escolar, alteraciones emocionales o de autoestima, retardo en el desarrollo mental y demás factores relacionados con la no realización de actividades acordes a su edad como el juego, recreación y deporte, que favorezcan el compartir tiempo con pares y el desarrollo óptimo del proyecto de vida.

Tabla 3. Identificación trabajo infantil, Localidad de Tunjuelito, abril 2017 a junio 2018.

Ítem	Tunjuelito			
Razones por las que trabaja	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
Necesidad personal	2	1	3	1,5
Necesidad económica	12	17	29	14,1
Economía familiar	101	72	173	84,4
Cohesionado por otros	0	0	0	0
Total	**115**	**90**	**205**	**100**
Aseguramiento	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
Subsidiado	40	32	72	35,0
Contributivo	67	52	119	57,8
Régimen especial	6	4	10	4,9
Vinculado no asegurado	2	3	5	2,4
Total	**115**	**91**	206	100
Escolaridad	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
Escolarizado	110	91	201	96,9
Desescolarizado	6	2	8	3,1
Total	**116**	**93**	209	**100**
Condiciones crónicas	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
No realiza actividad física	15	11	196	76,6
Agrega sal a las comidas cuando ya están servidas	0	0	0	0,0
Consume a diario bebidas azucaradas	6	2	57	22,3
No usa medias de protección a rayos solares	0	0	0	0,0
Sin asistencia a consulta de protección temprana	0	2	3	1,2
Total	**21**	**15**	**256**	**100**

Fuente: Tableos de control Espacio Trabajo Subred Sur ESE., abril 2017 a junio 2018.

Comúnmente se alude a, que el trabajo infantil es la causante en gran medida de la deserción escolar, de los casos identificados se encuentra que ocho menores de 14 años (3.1%) no se encuentran estudiando, lo que imposibilita la continuación de estudios superiores y así, poder lograr empleos formales mejor remunerados.

La deserción escolar, se relaciona con el agotamiento, baja concentración, incumplimiento con labores académicas y engendrar por la baja motivación escolar al realizar actividades que le generan ingresos.

Ahora bien, los niños y las niñas que trabajan se encuentran expuestos a situaciones que vanen detrimento de su salud. En este sentido, se identifica que gran parte de estos niños tienen un consumo constante de bebidas azucaradas, así como la no realización de actividades físicas, lo que representa riesgo de aparición de enfermedades crónicas a temprana edad.

Otros factores asociados al trabajo infantil, se encuentra la limitada oferta de espacios para el desarrollo de actividades de uso adecuado del tiempo libre, la localidad cuenta con pocos de estos espacios. Se encuentra parques que no son utilizados por los niños y las niñas ya que están ocupados por jóvenes que se dedican a la venta y consumo de SPA.

En conclusión, el trabajo infantil es multicausal, no solo la pobreza y la inequidad son las causantes. Sino que se debe contemplar factores de patrones trans-generacionales que de alguna forma determinan la historia laboral de los niños.

Dimensión: Seguridad alimentaria y nutricional Infancia.

En el 2017 desde el componente SISVAN escolar, valoro 2735 estudiantes de 6 a 11 años residentes en Tunjuelito, la prevalencia de DNT crónica fue 6,1% (n=168). La desnutrición crónica en edad escolar, conlleva dificultades en el proceso de aprendizaje, lo cual puede incidir en el rendimiento académico y puede desencadenar deserción escolar de los menores, no se identificaron casos de DNT Global en población escolar, en la población valorada no se identificaron casos de escolares con pertenencia étnica, ni población LGBTI, tampoco víctima del conflicto armado.

La seguridad alimentaria es un factor determinante en resultados nutricionales, especialmente en lo referente a niños y niñas. A partir de la unidad de análisis del equipo técnico de SAN, en Tunjuelito las condiciones de desnutrición en población escolar tienen una relación fuerte con la pobreza y necesidades básicas insatisfechas, esta localidad registró una tasa de ocupación de 60,5%, el 68% de la población es asalariada y vive de una mensualidad y no cuentan con la seguridad social adecuada, solo el 32% están afiliados al sistema de riesgos profesionales (ARP). El resto de las personas en la localidad tienen una ocupación informal, son independientes o desempleadas (3).

En las familias con menores de 5 años prevalecen ingresos económicos de 1 a 2 salarios en un 92,3% y el 7,7% de las familias reciben ingresos de 3 a 4 salarios, lo cual influye en el estado nutricional de la familia. El bajo poder adquisitivo de las

familias para la compra y selección de alimentos de alto valor nutricional y reflejan las condiciones sociales y afectivas que enfrentan los niños en sus hogares.

De acuerdo al diagnóstico de riesgo nutricional por índice de masa corporal, el 17,4% (n=476) de escolares presentan sobrepeso, el 9,3% (n=254) obesidad, el 4,4% (n=119) riesgo de delgadez y el 0,4% (n=12) presentan delgadez, el resto de escolares presentaron peso adecuado al momento de la valoración.

Con relación al sexo y diagnóstico en población con obesidad la mayor proporción de casos se presentan en hombres (52,8%) frente a las mujeres (47,2%). Respecto a los casos de delgadez y riesgo de delgadez la proporción se presenta en mujeres 54,2% respecto a los hombres 45,8%.

La alimentación en la infancia es el reflejo de patrones culturales de las familias, los escolares inician a formar sus conceptos e imaginarios en torno a la alimentación, la influencia de amigos e instituciones juega un papel importante en el tema de seguridad alimentaria y nutricional. Un factor importante se relaciona con los patrones de consumo de alimentos, en Tunjuelito la población menor de 5 años tiene mayor consumo en cereales con 95,8%, seguido del consumo de grasas con 93,8% y azúcares 91,7%. En menor proporción el consumo de hortalizas con 35,4% y el consumo de frutas con 60,4%, este comportamiento refleja patrones de consumo y hábitos alimentarios de padres y /o cuidadores.

El entorno escolar es de gran relevancia a la hora de configurar los estilos de vida de los más pequeños. Por un lado, influye todo aquello relacionado con el consumo de alimentos y bebidas en el marco escolar, así como las infraestructuras y oferta disponible para la práctica de actividad física. (4).

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer enfermedades no transmisibles a edades más tempranas como la diabetes o las patologías cardiovasculares (4).El sobrepeso y la obesidad en los escolares están asociados a mayor ausentismo escolar. También presentan problemas psicosociales relacionados con su apariencia y autoestima (3).

El acceso de la población infantil a los servicios de salud es bajo, supeditada a imaginarios y conceptos de padres o cuidadores como “el niño está sano”, otra barrera se da por el aseguramiento el 58,3% de los escolares son del régimen contributivo, el 23,8% subsidiado, el 10,1% población pobre no asegurada y 1,8% régimen especial. Tunjuelito no se cuenta con presencia institucional especializada

que brinde atención a la población contributiva y del régimen especial, lo que se convierte en barrera geográfica de económica para el acceso a los servicios de salud de las familias.

Con relación a las redes de apoyo institucional Tunjuelito cuenta con presencia de Registraduría Local, el Centro Zonal del ICBF, Secretaría local de Integración Social, el Centro de Atención de Educación Local (CADEL), plazas de mercado, las iglesias y centros de atención en salud que oferta la subred sur. En cuanto a recreación y deporte, zonas verdes y parques, la localidad cuenta con 73 zonas verdes y parques, el espacio más importante es el Parque Metropolitano El Tunal y gimnasios al aire libre.

5.2.3. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional

La edad escolar y la adolescencia son unas etapas cruciales para la configuración de los hábitos alimentarios y otros estilos de vida que persistirán en etapas posteriores, con repercusiones, no sólo en esta etapa en cuanto al posible impacto como factor de riesgo, sino también en la edad adulta e incluso en la senectud(5).

Desde el componente SISVAN escolar para el 2017 se valoraron 2.995 adolescentes de 12 a 17 años residentes en Tunjuelito, al evaluar el riesgo nutricional se identificó que el 16,7% (n=501) de los y las escolares presentan sobrepeso, el 11,1% (n=332) obesidad, el 10,1% (n=302) delgadez y el 1,7% (n=52) riesgo de delgadez.

Desde la unidad de análisis se identificó que en Tunjuelito la problemática de sobrepeso y obesidad, es el reflejo de inadecuados hábitos de alimentación y sedentarismo que incluso empiezan a manifestarse desde la primera infancia, generando alarma en los programas de apoyo alimentario puesto que esta situación desencadena la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles a edad temprana, que pone en riesgo la calidad de vida y salud de la población.

Esta localidad cuenta con mayor oferta espacios recreativos y deportivos, de esparcimiento comunitario, sin embargo presentan un inadecuado uso, en parques como El Planchón, La Luna, El Hoyo y El Mosquito, hay presencia de consumo de SPA, situación que conlleva a una percepción negativa sobre la seguridad en dichos espacios, puesto que el tema del consumo de SPA ha derivado en atracos, riñas, mal manejo de basuras, conflictos entre jóvenes, relaciones sexuales en público y presencia permanente de expendedores de SPA, desdibujando el uso y el concepto público que había sobre dichos equipamientos comunitarios.

Los servicios de salud no son de importancia en este grupo poblacional, los adolescentes solo acuden cuando se “siente enfermos, otra barrera es el aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud Tunjuelito no brinda oferta institucional en salud a población contributiva y del régimen especial, lo cual se convierte en una barrera geográfica de acceso a salud por que la población debe trasladarse a otras localidades, los jóvenes por lo general no cuentan con recursos económicos suficientes por lo cual prefieren acceder a droguerías o centros médicos particulares ante alguna dolencia.

5.2.4. Dimensión Vida saludable y enfermedades no transmisibles

Caries

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un proceso localizado de origen multifactorial que inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Es importante mencionar que en este curso de vida, ocurre la erupción activa de la dentición permanente.

Durante el año 2017 en la localidad se notificaron al subsistema SISVESO 169 niños y niñas que se encontraban en el momento de curso de vida infancia, de los cuales el 62,1% presentaron caries (n=105).

Este evento está principalmente asociado a la no adherencia al tratamiento odontológico, nivel socioeconómico, medio ambiente, servicios sanitarios, enfermedades sistémicas, hábitos como el consumo de alimentos no saludables. Es un evento frecuente en la población a través del tiempo.

A través de las mesas de análisis desarrolladas, se identificaron factores económicos que pueden afectar la salud oral, debido a que pueden influir en el consumo alimentos saludables y condiciones para la higiene oral (compra de elementos necesarios para realizar la práctica adecuada de higiene oral). Se observó que la mayoría de los niños con caries pertenecían al estrato socioeconómico uno.

De igual forma como se describió en el momento de curso de vida primera infancia, otro de los factores que presenta mayor relevancia en la localidad, es la falta de atención y acompañamiento de padres y cuidadores en actividades de higiene oral de los niños y niñas, este comportamiento puede verse influenciado por aspectos

culturales e imaginarios aun presentes en la población, como: “son los dientes de leche, se le van a caer” y también porque las prácticas de higiene oral se delegan a los menores, quienes no tienen las capacidades para realizarlo de manera correcta; de igual forma, en algunas ocasiones se delega la responsabilidad de generar hábitos de higiene a los docentes e instituciones. Este factor puede impactar negativamente a lo largo de la vida a la población afectada.

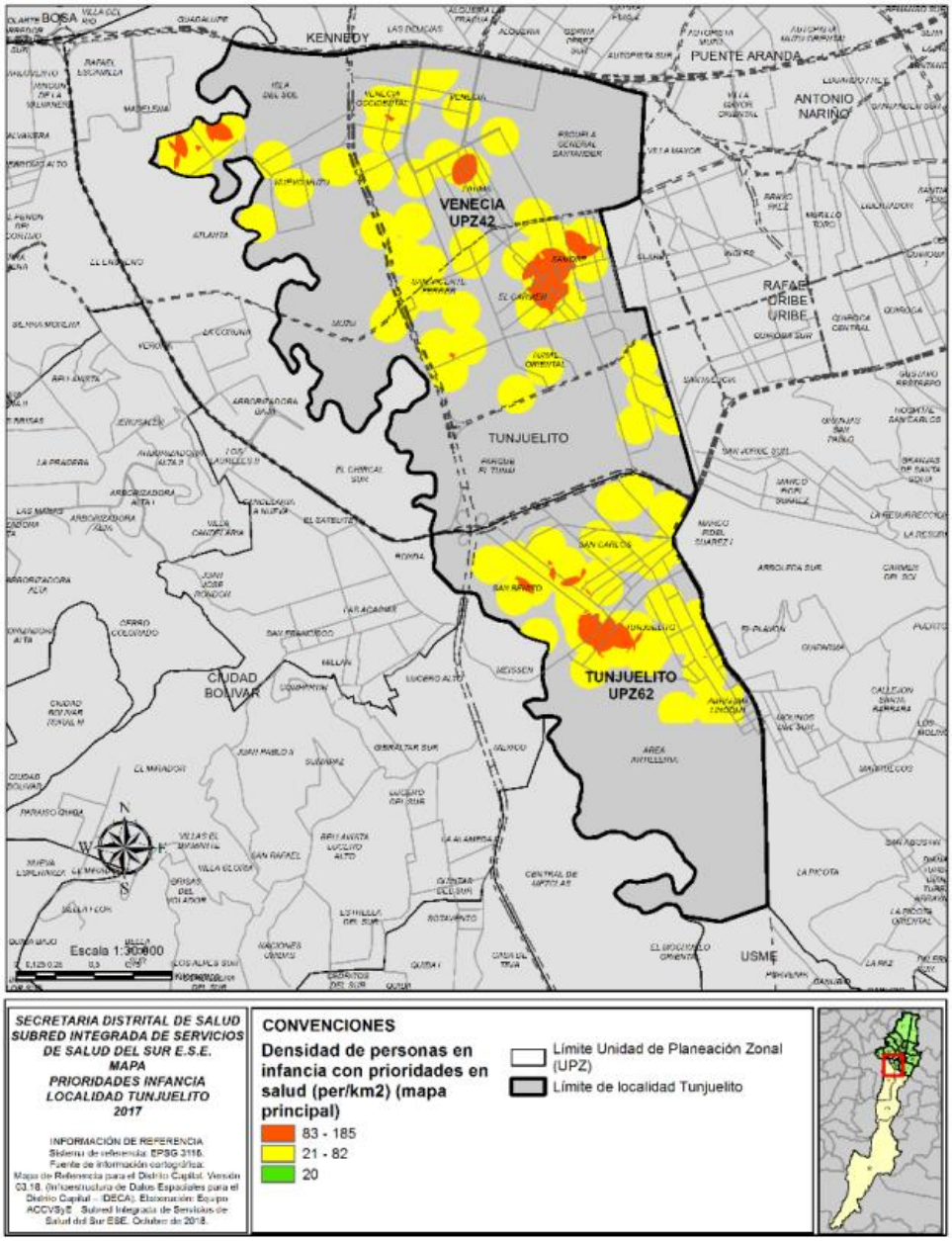
Se evidencio que en la mayoría de los niños, los hábitos de higiene son inadecuados: la mayoría de los niños presentaron baja frecuencia del cepillado y calidad del mismo, así mismo en la mayoría de los casos no se identificó uso de seda dental y del enjuagué bucal. Así mismo se han identificado inadecuados hábitos alimentarios como el consumo elevado de azucares y carbohidratos y bajo consumo de proteínas frutas y verduras.

En el análisis se identificó que existen barreras estructurales en el sistema general de salud afectando con mayor frecuencia a la población infantil. En los factores que refuerzan esta situación están: familias extensas y disfuncionales, bajo nivel educativo de los padres, consultorios privados con talento humano no capacitado.
Se observa la importancia de la continuidad del tratamiento de los niños, en los casos con abandono se observó barreras de acceso por afiliación y falta de tiempo de los padres.

5.2.5 Puntos críticos del momento del Curso de vida Infancia

La distribución espacial de los riesgos en salud para la población del momento de curso de vida infancia para la localidad de Tunjuelito permitió identificar que principalmente en los barrios El Carmen y Samoré, y de manera dispersa en los barrios Isla del Sol y Fátima, todos barrios de la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Venecia, y en el barrio Tunjuelito de la UPZ del mismo nombre (Mapa 4), se concentran determinantes sociales de tipo estructural que inciden en el proceso salud – enfermedad de este grupo poblacional, territorios en los cuales se reconoce que delegar el cuidado de los menores a terceros por parte de los padres, así como la exposición a contextos de tráfico y consumo de sustancias psicoactivas y de alto flujo migratorio con inadecuados hábitos, estilos, modos y prácticas inadecuadas en salud refuerzan que los menores permanezcan en situación de violencia y negligencia, expresado en la baja adherencia a los servicios de salud, como por ejemplo salud oral, y la participación en actividades productivas de tipo informal

Mapa 4. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida infancia, Tunjuelito, 2017.



Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2018.

5.2.6. Acciones

Desde el espacio educativo a través de la estrategia sintonizarte se realiza un abordaje a niños y niñas de 4 a 7 años de los grados preescolares a segundo de primaria en instituciones Educativas priorizadas, donde se fortalecen prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud oral en las instituciones priorizadas, este proceso busca resultados desde el inicio, para contar con comunidades con

saberes, actitudes, valores y prácticas saludables basadas en una nueva ética del cuidado que prevenga daños futuros y aporte a la regeneración de daños pasados.

Desde el espacio de vivienda, desde la estrategia AIEPI comunitario se brinda educación en los cuidados durante la primera infancia entre los cuales se incluyen el fomento de la lactancia materna, alimentación saludable, cuidado del niño enfermo en el hogar, buen trato, prevención de accidentes entre otros. Se hace uso de estrategias didácticas que faciliten la comprensión y se evalúa la apropiación de la educación dada en cada seguimiento realizado. Se establece un dialogo de saberes con la familia en el cual se busca incidir en cambios de conducta saludables teniendo en cuenta la cultura y los recursos materiales con que cuenta la familia. En relación con las condiciones de habitabilidad y de alta concentración de material particulado se realizan acciones integrales desde los perfiles de enfermería y técnico ambiental en las cuales se educa en medidas preventivas y acciones puntuales en el hogar que puedan mitigar riesgos de acuerdo a las particularidades de la vivienda.

Desde el espacio trabajo en los niños niñas y adolescentes que acompañan en las Unidades de trabajo, se realiza dentro del plan familiar el abordaje de la temática implementando 10 habilidades para la vida orientando tanto a padres, cuidadores como a los niños y adolescentes a la implementación de actividades que fortalezcan el uso adecuado de tiempo libre, vinculación a actividades escolares y cuidado de la salud y el adecuado desarrollo integral.

5.2.7. Respuesta Intersectorial y Sectorial Primera Infancia e Infancia

En las mesas de análisis de las prioridades definidas para las etapas de curso de vida primera infancia e infancia, se encuentra que el sector salud y los otros sectores realizan acciones encaminadas a impactar en los determinantes sociales que generan los eventos que dificultan el desarrollo adecuado de las personas.

La Alcaldía Local de Tunjuelito, realiza la coordinación, acompañamiento y gestión local de programas y proyectos que cubren a toda la familia. Las alcaldías son las encargadas de movilizar recursos para la ejecución de proyectos en la comunidad.

Los centros zonales de ICBF, se encargan de proteger los derechos de los niños y las niñas a través de los centros de desarrollo integral a primera infancia (CDI), y Hogares comunitarios (HCN). Estos espacios brindan apoyo familiar, en la

educación en pautas de crianza, prevención de la violencia y dan apoyo nutricional, este último de alguna forma contribuye a la detección y reducción de la desnutrición.

La Secretaria de Integración social cuenta con programas de atención a primera infancia, proyecto 1096 Desarrollo integral desde la gestación hasta la adolescencia y jardines infantiles. Así mismo, esta secretaria cuenta con apoyos nutricionales a través de canastas complementarias de alimentos, bonos en dinero para la compra de alimentos, comedores comunitarios y programas en el ámbito familiar. Estas acciones encaminadas a la reducción de vulnerabilidades de los niños, niñas y sus familias en cuanto a seguridad alimentaria y potenciar las habilidades familiares.

La secretaria de integración social, cuenta con Centros Amar, los cuales propenden por la desvinculación de los niños y niñas vinculados a actividades laborales. También cuenta con Centro Crecer el cual desarrolla programas de educación no formal de la Secretaria de Integración Social, niños, niñas y jóvenes de 7 a 18 años en condición de discapacidad.

Secretaria de educación distrital con oferta educativa en la localidad que garantiza el acceso y la permanencia de los niños, niñas y jóvenes en el sistema educativo, en sus distintas formas, niveles y modalidades; la calidad y pertinencia de la educación, con el propósito de formar individuos capaces de vivir productiva, creativa y responsablemente en comunidad.

A nivel de servicios de salud asistencial para este curso de vida se ofertan programas de protección específica: como vacunación según el esquema del programa ampliado de inmunizaciones, atención preventiva en salud bucal y programas de detección temprana como: detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo (menores de 10 años) y detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual en cada uno de los centros de atención de la Subred Sur. En salud Pública se ofertan programas y acciones desde los diferentes espacios de vida cotidiana, programas y componente.

5.3. Momento de Curso de Vida Adolescencia (12-17 años)

Es la adolescencia el momento de curso de vida donde se presentan la mayor cantidad de cambios no solo físicos sino comportamentales y sociales, en la localidad dichos menores aportan el 8,6% (16.109), donde uno de los principales factores a tener en cuenta es la exploración y el inicio de la sexualidad, así como las relaciones afectivas y primeros vínculos de amistad más allá del núcleo familiar.

5.3.1. Dimensión Convivencia social y salud mental

Consumo de SPA

En el año 2016 se realiza en Bogotá estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas (SPA), el cual revela que, por cada 100 personas, 16 han probado algún tipo de sustancia ilícita en su vida. Para el año 2017 esta cifra disminuyó a 5 de cada 100 personas. Lo anterior da cuenta de la posible exposición a sustancias en la que se encuentra la población. Para la localidad Tunjuelito, el número de dependientes a cualquier droga ilícita se calcula en 4.069 personas, lo que corresponde al 2.58% de la población de la localidad.

Entre los factores sociales se tiene información referida a dificultades familiares traducidas en tiempos prolongados sin supervisión de adultos y desestructuración familiar, así mismo se tiene la influencia negativa de pares.

El primer factor se refiere al tiempo que pasan los adolescentes sin supervisión de adultos responsables, debido a que los padres tienen largas jornadas laborales lejos de casa y no cuentan con redes de apoyo para la supervisión de los menores. El segundo factor corresponde rupturas de los vínculos parentales, es decir a la separación. Finalmente, el último factor, se refiere a la frecuentación de amigos o pares negativos con consumo de SPA que inducen a otros adolescentes a consumir a realizar conductas de riesgo. Así mismo, se encuentra que el tiempo que transcurren los padres con sus hijos no es de calidad, no se dialoga sobre las actividades realizadas en el día y no se conocen los amigos con los que pasa el tiempo.

En los análisis realizados de la prioridad, se encuentra que en Tunjuelito predomina entre los jóvenes el uso experimental de sustancias psicoactivas como el “Dick[3]” y la marihuana. De la información suministrada por “Desvincúlate” de Espacio Público, se encontró que entre los principales determinantes se encuentran los sociales, económicos y geográficos.

Los factores económicos tienen una estrecha relación con el tipo de consumo que tienen los adolescentes y las conductas de riesgo que asumen para conseguir el SPA, los adolescentes de bajos recursos tienden a hurtar o realizar otras actividades fuera de la norma para conseguir dinero para la compra del estupefaciente.

[3]El Dick es principalmente cloruro de metileno y tiene efecto narcótico

Ahora bien, el contexto geográfico influye significativamente en el consumo de SPA de los adolescentes, contextos deprimidos en los cuales no se cuenta oferta institucional para el aprovechamiento del tiempo libre permiten el uso del tiempo de los adolescentes en la realización de acciones fuera de la norma. En la localidad se cuenta con puntos de inseguridad que se asocian a lugares de hurto y expendio de SPA, barrios como Venecia, Fátima, San Benito y San Carlos, son los más representativos.

Durante el periodo enero a diciembre del año 2017, se notificaron para las localidades de influencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, un total de 1226 casos de consumo de SPA a través de Sistema de Vigilancia de Sustancias Psicoactivas – VESPA.

La revisión por residencia, evidencia para la localidad Tunjuelito el 29.7% (n=364), de los casos notificados. En relación con momento de curso vital se identifica para la localidad, que la notificación alcanzó 29.9% (n=109) para adolescencia, 47.8% (n=174) para juventud, 19.8% (n=72) para adultez y 2.5% (n=9) para el momento de curso vital vejez.

Conducta suicida

El comportamiento suicida, según el documento técnico para la vigilancia epidemiológica en salud mental de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se puede determinar por un número importante de causas complejas, entre las cuales se encuentran algunos trastornos mentales, antecedentes familiares, abuso de sustancias, maltrato en la infancia, aislamiento social, así como la dificultad de afrontamiento de situaciones como la pobreza, el desempleo, perdida de seres queridos, rupturas, problemas jurídicos o laborales, dolor incapacitante y enfermedades, entre otras. El suicidio es un evento prevenible que requiere de la identificación de la conducta así como de intervenciones específicas que permitan disminuir los factores de riesgo y el abordaje integral en salud mental.

El subsistema de vigilancia de la conducta suicida SISVECOS es el encargado de realizar la vigilancia en salud pública de las conductas suicidas: ideación, amenaza, intento y suicidio consumado; para esto realiza identificación del evento, orienta a las familias y personas que presentan conducta, genera información sistemática y genera acciones de prevención y control en salud pública.

En la localidad durante el año 2017 se recibieron 152 notificaciones de algún tipo de conducta suicida, de las cuales el 52,6 corresponden a ideación suicida, 33,6%

a intento de suicidio y el 2% a amenaza suicida, encontrando que no se presentaron suicidios consumados.

Tabla 4. Distribución del momento de curso de vida adolescencia notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, Subred Sur, 2017

Tipo de conducta	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Amenaza suicida	2	66,7	1	33,3	3	2,0
Ideación suicida	37	46,3	43	53,8	80	52,6
Intento de Suicidio	16	31,4	35	68,6	51	33,6
Suicidio consumado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin seguimiento	7	38,9	11	61,1	18	11,8
Total	**62**	**40,8**	**90**	**59,2**	**152**	**100**

Fuente: Base SISVECOS subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Del total de los casos, se realizaron 134 seguimientos para una efectividad del 88,9%, en consecuencia, 18 casos no registran una valoración integral que permitan definir el tipo de conducta presentada, pero representa un importante número de casos que evidenciaron señales de alerta para la generación de la notificación. Los casos no pueden atenderse en su totalidad debido a problemas de ubicación en cuanto la calidad de los datos registrados o la veracidad de los mismos.

La ideación suicida entendida como los pensamientos poco frecuentes, recurrentes e incluso con planes estructurados relacionados con la intención de morir, son el tipo más frecuente de los casos notificados, lo que requiere estar atentos a las señales o conductas relacionadas, así como el entrenamiento a el personal de salud en especial, pero también a funcionarios de otros perfiles e incluso la comunidad general que pueda ayudar en la prevención e identificación de casos de conducta suicida en la localidad.

En cuanto la distribución por sexo, se observa una mayor incidencia de casos en mujeres, representando el 59,2% de las notificaciones, siendo significativamente mayor para el intento de suicidio. Como producto de las mesas de análisis se identifica que las mujeres buscan con mayor frecuencia generar llamados de atención en cuanto a su situación emocional, lo cual, cuando se presenta conducta suicida, puede desencadenar en intentos de suicidio pero con una menor letalidad que en hombres.

Según los datos registrados, 43 casos requirieron algún tipo de hospitalización relacionada con la conducta suicida, lo que representa un 28,3% de los casos, lo que refleja la gravedad del evento y el riesgo que corren estos jóvenes si no se

realizan las acciones de seguimiento pertinentes. Es importante mencionar que 51 casos (33,6%) presentaron una conducta reincidente, lo que refleja la importancia no solo de la detección temprana del caso, sino de una atención integral de la persona más allá de la atención de urgencia o prioritaria a un tratamiento que permita disminuir significativamente que esta situación se repita

Algunos factores pueden generar repercusiones emocionales que desencadenan en pensamientos relacionados con la conducta suicida, tales como tener una discapacidad o ser víctima del conflicto armado; en la localidad destaca un caso de menor con discapacidad con conducta suicida y cuatro (2,7%) en condición o situación de desplazamiento. Adicionalmente se encuentran tres gestantes (2,0%) que no solo ponen en riesgo su vida sino del bebe por nacer, generando una situación de alerta en esta población.

El consumo de sustancias psicoactivas es identificado en las mesas de análisis como uno de los factores relacionados con la conducta suicida; en la localidad el 6,6% de los casos registran como factor de riesgo el consumo de sustancias psicoactivas, siendo un porcentaje alto dentro de la totalidad de los casos, encontrando que este consumo se relaciona con factores sociales y familiares que agravan la problemática y pueden desencadenar en algún tipo de conducta.

Es importante mencionar que el hogar es el principal sitio donde se presenta los diferentes tipos de conducta suicida, siendo vital el seguimiento constante de los padres y los miembros de la familia para la detección temprana de casos. En cuanto el tipo de familia se evidencia que cerca del 60% de casos cuentan con familias de tipo nuclear (34,2%) y mononuclear (25,7%), seguidos por mixta o ampliada (7,9%) y la extensa (11,2%).

La distribución de casos por aseguramiento, presentan un comportamiento relativamente acorde a la distribución de la población general con un 55,3% adscrito al régimen contributivo, un 34,9% al subsidiado, 5,3% no asegurado y 3,3% de excepción, hecho que contrasta con los datos de violencia, donde la relación es contraria, posiblemente debido a que estos eventos aun generan temor en cuanto posibles represalias por parte de los presuntos agresores, además de mayor dificultad para la identificación de los casos.

Según la información recolectada de los seguimientos de casos, el principal factor asociado al evento en la localidad son los problemas relacionados con las habilidades sociales con 39 casos (25,7%). De acuerdo con los determinantes sociales encontrados en las mesas de análisis, en la localidad de Tunjuelito se

presenta una menor carga de vulnerabilidad económica y social respecto a las localidades que componen la Subred Sur (Ciudad Bolívar, Usme y Sumapaz), sin embargo, se presentan en los jóvenes presiones sociales y culturales que afectan principalmente en la adolescencia tales como la necesidad de encajar en grupos o seguir determinadas tendencias sociales. Así mismo, aunque con una menor notificación, se encuentra que los problemas de pareja inciden en la conducta suicida de algunos adolescentes, relacionada con presiones de cumplir con expectativas sociales, el inicio de relaciones sexuales y la dificultad de manejar problemas emocionales de acuerdo a la edad.

En las mesas de análisis se encuentra que en la localidad se presentan presiones familiares hacia los adolescentes tales como la obligación de tener un buen rendimiento académico y cumplir con las expectativas de los padres. En los seguimientos de los casos se encuentra que los problemas relacionados con la crianza representan el 20,4% de la notificación, seguido por una inadaptación educacional o desavenencias con maestros y compañeros con el 12,5%. Relacionado con los determinantes mencionados anteriormente, se encuentran que otros factores relacionados son el maltrato y la ausencia, desaparición o duelo por un familiar, entre otros.

Relacionado con los factores anteriormente mencionados, en las mesas de análisis se encuentra que los trastornos emocionales y mentales como la bipolaridad y depresión, pueden desencadenar en los distintos tipos de conducta suicida de acuerdo a su intensidad. Estos se encuentran relacionados con dificultades en el afrontamiento de problemas, poca resiliencia y carencia de herramientas para el manejo de las emociones, lo cual es más frecuente en el momento de curso de vida adolescencia, relacionado con los cambios propios de la edad y la dificultad de adaptación al contexto social y cultural en el cual se desenvuelven.

5.3.2. Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Prioridad prevención de la maternidad y paternidad

Para el año 2017 la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años en la localidad Tunjuelito fue de 1,3 por cada 1000 nacidos vivos (n=8 casos), lo cual está por debajo de la meta distrital (1,4). Con relación a la distribución en escala de UPZ, permite identificar que para la localidad la UPZ que presenta la tasa más alta es la UPZ 42 Venecia con 1,7 por cada 1000 nacidos vivos.

Respecto a la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, la localidad presento una tasa de 15 a 19 años es de 50,1 por cada 1000 nacidos vivos (n=341 casos), en relaciona la meta distrital (52,3) se observa que la localidad se encuentra por debajo.

En cuanto al análisis desarrollado a través de la mesa de análisis se identificó: uso inadecuado del tiempo libre, el bajo nivel socioeconómico, el proyecto de vida, la deserción escolar, desconocimiento de métodos de planificación familiar y débil red de apoyo. Otros factores identificados son las relaciones de género, la edad, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el desconocimiento del período fértil y deseo del embarazo y el desconocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

Como consecuencias se ha identificado el no poder culminar estudios como bachillerato y el acceso a nivel de educación técnica, tecnológica y profesional. Afectando así los ingresos económicos en edad de trabajar, generando así dependencia económica y afectación en el desarrollo de potenciales del ser humano.

Con relación a acciones de respuesta, desde el espacio vivienda se realizan acciones educativas que promulgan el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, autocuidado, proyecto de vida y uso adecuado del tiempo libre.

El espacio educativo se encuentra la estrategia "Sintonizarte", en la cual se realiza una acción pedagógica, el espacio educativo en el componente Amarte, desarrolla revisión conjunta mediante proceso de articulación, para la incorporación de la estrategia "Amarte", con sesiones tanto para docentes y estudiantes, de acuerdo a las necesidades identificadas para docentes en derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, creencias y mitos.

El componente programas realiza aplicación de listas de chequeo en las IPS de la Sub Red con el fin de identificar la oferta de servicios para jóvenes y adolescentes. La implementación de la línea 106 por los profesionales de las IPS, identificación de las IPS que ofertan servicios de atención en joven. En cuanto a la consulta de jóvenes, no se tienen servicios amigables para jóvenes y adolescentes. Se realiza consulta de regulación de la fecundidad en las IPS, se entrega fórmula con el método de regulación de la fecundidad.

5.3.3. Dimensión Salud y ámbito laboral

Trabajo en adolescencia

El trabajo en adolescente protegido según la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en su artículo 25 la define como: el "Derecho al trabajo de los adolescentes que los organismos del Estado deben garantizar junto con el derecho a la educación, con las restricciones y limitaciones de toda forma de trabajo legalmente autorizada cuando impidan o afecten su proceso evolutivo"

Dicho trabajo se entiende como cualquier actividad económica remunerada por menores de edad entre los 15 y 17 años de edad, dichas actividades requieren la autorización del ente territorial local, así como el cumplimento de normas de protección laboras incluidas en el régimen laboral colombiano, así como otras que lo complementan, además de tratados y convenios internacionales ratificados por Colombia.

Las principales características que debe tener este trabajo protegido son: no exceder las seis (6) horas de trabajo diario y/o 36 semanales, se debe contar con el desarrollo de actividades de formación para la realización una ocupación, arte, oficio o profesión; el inicio de dichas actividades solo puede ser realizado una vez finalice el proceso de formación básica y los menores solo podrán realizar las labores definidas como permitidas por la legislación nacional (Resolución 1677 de 2008), de igual forman "no podrán realizar trabajos que impliquen peligro o que sean nocivos para su salud e integridad física o psicológica, o las consideradas como peores formas de trabajo infantil según la Organización Internacional del Trabajo (OIT)" convención 182 y la convención 138 que habla sobre la edad mínima del empleo.

La localidad de Tunjuelito, según la encuesta multipropósito 2017, es la que cuenta con un porcentaje de hogares pobres de 3.8%, dato levemente superior al visto una localidad más aventajada como Chapinero (2.23%), pero significativamente mayor a la registrada en Teusaquillo (0.61%) zonas con unas condiciones socioeconómicas y de oferta de servicios significativamente superiores. Según el documento de Bogotá como vamos 2015, a pesar que la localidad cuenta con diversas industrias las cifras para dicho año registran un desempleo del 8.15%, dato superior al visto en el distrito en 1.5 puntos. Tampoco es ajena al fenómeno de la informalidad evidenciando un 48.4% siendo una de las más altos de la ciudad

Dichas condiciones sumadas a otros factores sociales, económicos, educativos, culturales más la ubicación misma de la localidad y la presencia de sectores

comercialmente reconocidos propicia tanto el trabajo información como el trabajo realizado por jóvenes entre 15 y 17 años. De esta manera los jóvenes con frecuencia se ver forzados a ejercer algún tipo de actividad económica que genere algún tipo de ingreso económico que aporte al núcleo familiar, para la satisfacción de gustos personales, o la responsabilidad generada por nuevos miembros en la familia asociado al embarazo adolescente, factores que propician el inicio de una actividad laboral a una edad temprana, dificultando la identificación de los riesgos que implica el trabajo infantil en cuanto el desarrollo psicosocial, la cultura familiar es otro factor a tener en cuanta al abordar esta problemática en la localidad.

Las unidades de análisis realizadas con el equipo del espacio trabajo, confirma la información ya registrada en cuanto los principales factores para el inicio del trabajo adolescente, incluyendo: los bajos recursos económica de las familia, la búsqueda de recursos económicos para suplir sus necesidades personales, familias numerosas (frecuentemente monoparental femenina), escaza o nulas redes de apoyo social, ausencia o no participación en programas estatales que apoyan las necesidades familiares, apoyo o acceso a establecimientos comerciales de familias facilitando la vinculación laboral.

Independiente al motivo para la vinculación del adolescente, cualquiera que esta se termina afectando el desarrollo óptimo de un proyecto de vida, derivado a la exposición de riesgos asociados a la labor realizada, situaciones que pueden afectar la salud a corto, mediano o largo plazo, la integridad física y emocional.

Tabla 5. Identificación adolescente trabajador, localidad de Tunjuelito, abril 2017 - junio 2018.

Razones por las que trabaja	Hombre	Mujer	Total	%
Necesidad personal	17	6	23	9,4
Necesidad económica	17	16	33	13,5
Economía familiar	99	89	188	77,0
Cohesionado por otros	0	0	0	0,0
Total	**133**	**111**	244	**100**
Aseguramiento	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
Subsidiado	52	46	98	39,7
Contributivo	77	56	133	53,8
Régimen especial	2	2	4	1,6
Vinculado no asegurado	4	8	12	4,9
Total	**135**	**112**	**247**	**100**
Escolaridad	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
Escolarizado	118	107	225	87,5
Desescolarizado	21	11	32	12,5
Total	**139**	**118**	**257**	**100**
Condiciones crónicas	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**%**
No realiza actividad física	38	11	49	47,6
Agrega sal a las comidas cuando ya están servidas	1	0	1	1,0
Consume a diario bebidas azucaradas	29	24	53	51,5
No usa medias de protección a rayos solares	0	0	0	0
Sin asistencia a consulta de protección temprana	0	0	0	0
Total	**68**	**35**	**103**	**100**

Fuente: Tableros de control Espacio Trabajo Subred Sur ESE., abril 2017 a junio 2018.

La información recolectada por parte del espacio trabajo relacionado con las actividades desarrolladas con los adolescentes evidencia que el principal motivo para un inicio temprano en la vida laboral es la economía familiar. Con relación a la vinculación al sistema de salud poco más de la mitad de los adolescentes identificados (53.8%) se encuentran vinculados al régimen contributivo pero estos son en su gran mayoría beneficiarios de padres o cuidadores, ya que a pesar de poder vincular al menor al régimen contributivo si cumple con las condiciones legales, según la información obtenida esta situación no se presenta, adicionalmente no se cuenta con Administradora de Riesgo Laboral (ARL), ni incapacidades al momento de presentarse un accidente.

Un factor de riesgo adicional es el importante porcentaje (12.5%) de menores desescolarizados, hecho que se presenta en mayor medida en hombres situación que dificulta el acceso a un trabajo mejor remunerado en el futuro, así como todas las consecuencias sociales que genera el no acceso a la educación, de igual manera los resultados académicos pueden verse afectados derivado de largas jornadas laborales, tanto por la cantidad de horas destinadas para el trabajo como por la exigencia física del mismo, afectando la concentración, la asistencia a las clases y la realización de tareas en casa, sumado a la imposibilidad de acceder a otros espacios de esparcimiento propios de la edad.

Una dificultad adicional de esta problemática es el acceso al dinero desde temprana edad, teniendo en cuenta que el acceso a bienes y servicios asociado a necesidades o responsabilidad no tan altas genera que se elija el trabajo sobre el estudio, impidiendo la culminación del bachillerato y el inicio de la educación superior, manteniendo el circulo de pobreza.

Por último, como se evidencia en la anterior tabla, en cuanto las condiciones crónicas, el consumo frecuente de bebidas azucaradas, así como la no realización de actividades físicas presenta un factor de riesgo para la presencia de enfermedades crónicas a temprana edad, así como una dificultad más arraigada para generar cambios culturales.

Las principales actividades realizadas por los adolescentes incluyen la atención al público en establecimientos comerciales, en negocios familiares o de terceros; atención a mesas (meseros), organización de mercancía en estantería, entrega de productos en domicilios (domiciliarios) entre otras actividades, algunas de estas generan un riesgo permanente en los jóvenes en especial los domicilios que a pesar de ser un trabajo culturalmente aceptado genera riesgo en cuanto permanecer la mayor parte del tiempo en la calle a pie o en bicicleta generando riesgos de accidentes de tránsito.

No se cuenta con un dato real en cuanto el número de horas destinadas por los jóvenes para el trabajo, generando un factor de riesgo adicional al desconocer el tiempo que se destina y las acciones preventivas requeridas.

En relación con las actividades enfocadas en el trabajo infantil, específicamente en cuanto el trabajo de adolescente protegido, que son llevadas a cabo por el sector salud, puntualmente por el espacio de trabajo de la Subred Integrada de Servicios Sur, se implementa la estrategia de habilidades para la vida a través del acompañamiento a los jóvenes trabajadores y sus familias, con el fin de brindar

herramientas que promuevan la crianza humanizada, factores protectores y orientación para el restablecimiento de roles, garantía y restitución de derechos en salud, adicionalmente se realizan acciones colectivas, en espacios comunitarios y de concentración comercial en calle con la presencia de niños, niñas y adolescentes trabajadores, se activan rutas sectoriales e intersectoriales de acuerdo a los eventos identificados, de tal manera que se avance en el proceso de desvinculación del adolescentes trabajador. En la vigencia de abril 2017 a junio 2018 el espacio logro un abordaje de 189 adolescentes trabajadores en acciones rutinarias que pueden afectan sus condiciones de salud e integridad, logrando la desvinculación de 85 menores (45%), y 37 menores con trabajo protegido (19.6%), gracias a la implementación de acciones de fortalecimiento del proyecto de vida y uso adecuado del tiempo libre.

5.3.4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional en la adolescencia

Desde el componente SISVAN escolar para el 2017 se valoraron 2.995 adolescentes de 12 a 17 años residentes en Tunjuelito, al evaluar el riesgo nutricional se identificó que el 16,7% (n=501) de los y las escolares presentan sobrepeso, el 11,1% (n=332) obesidad, el 10,1% (n=302) delgadez y el 1,7% (n=52) riesgo de delgadez.

Desde la unidad de análisis se identificó que en Tunjuelito la problemática de sobrepeso y obesidad, es el reflejo de inadecuados hábitos de alimentación y sedentarismo que incluso empiezan a manifestarse desde la primera infancia, generando alarma en los programas de apoyo alimentario puesto que esta situación desencadena la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles a edad temprana, que pone en riesgo la calidad de vida y salud de la población.

Esta localidad cuenta con mayor oferta espacios recreativos y deportivos, de esparcimiento comunitario, sin embargo presentan un inadecuado uso, en parques como El Planchón, La Luna, El Hoyo y El Mosquito, hay presencia de consumo de SPA, situación que conlleva a una percepción negativa sobre la seguridad en dichos espacios, puesto que el tema del consumo de SPA ha derivado en atracos, riñas, mal manejo de basuras, conflictos entre jóvenes, relaciones sexuales en público y presencia permanente de expendedores de SPA, desdibujando el uso y el concepto público que había sobre dichos equipamientos comunitarios.

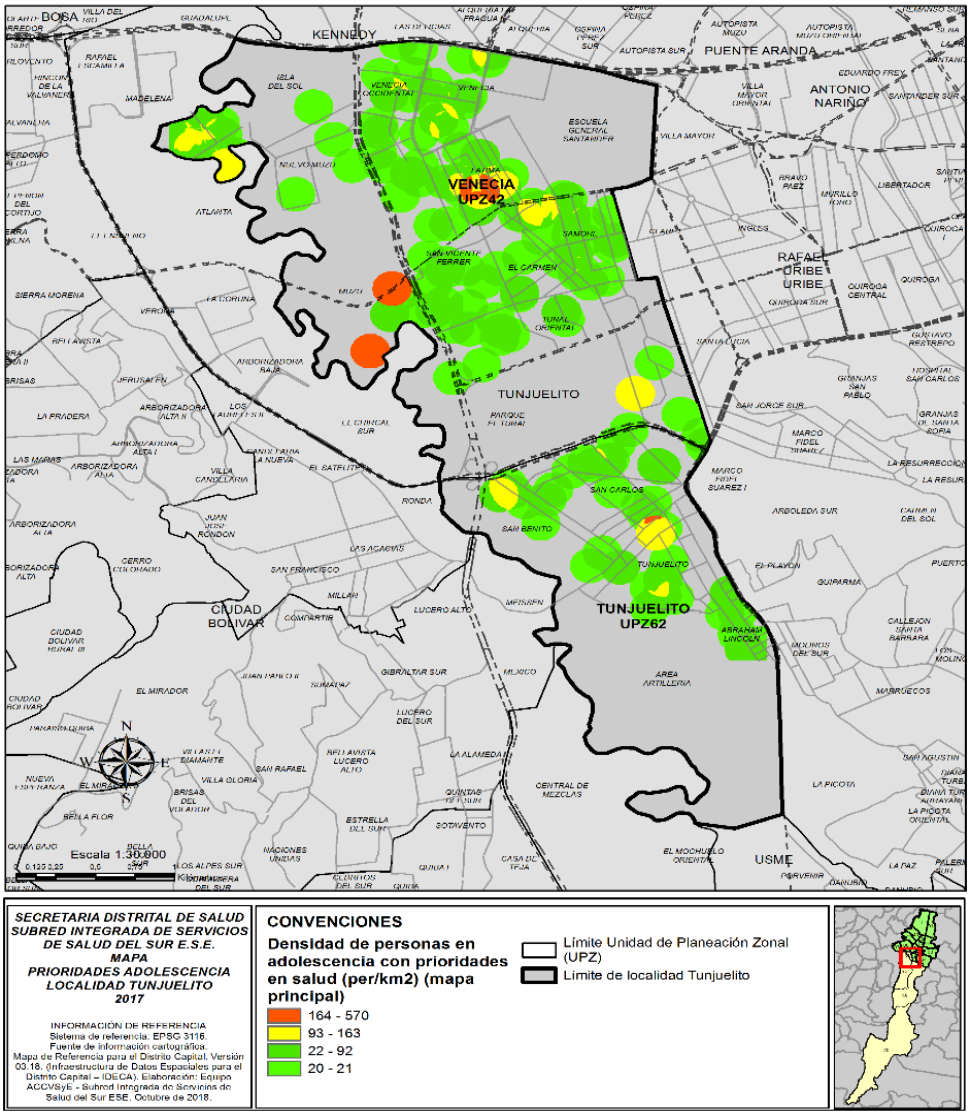
Los servicios de salud no son de importancia en este grupo poblacional, los adolescentes solo acuden cuando se “siente enfermos, otra barrera es el aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud Tunjuelito no brinda oferta institucional en salud a población contributiva y del régimen especial, lo cual

se convierte en una barrera geográfica de acceso a salud por que la población debe trasladarse a otras localidades, los jóvenes por lo general no cuentan con recursos económicos suficientes por lo cual prefieren acceder a droguerías o centros médicos particulares ante alguna dolencia.

5.3.5 Puntos críticos del momento del Curso de vida Adolescencia

La distribución espacial de los eventos en salud que son prioritarios para la población del momento de curso de vida adolescencia para la localidad de Tunjuelito permitió identificar que los riesgos en salud se concentran principalmente en la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Venecia, en donde en los barrios Fátima y Muzu se concentra con alta frecuencia situaciones de pobreza y desempleo (mapa 5), lo que aumenta la carga psicológica de la población adolescente y sus familias, y con ello aumento de los casos de violencia intrafamiliar; igualmente en estos barrios se presenta con mayor intensidad la baja adherencia a los servicios de salud, principalmente servicios de detección temprana y protección específica, lo que conlleva a que en momentos de curso de vida posterior el impacto en salud sea mayor en razón de no tener una adecuada educación y atención en salud preventiva en los momento de la vida en donde inclusive los adolescentes de la localidad de Tunjuelito asumen responsabilidades laborales.

Mapa 5. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adolescencia, Tunjuelito, 2017.



Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2018.

5.3.6. Acciones

Desde el espacio vivienda, se aborda el área de salud sexual y reproductiva para la prevención de embarazo adolescente, ITS, definición de un proyecto de vida con acciones desde los perfiles de psicología y enfermería. Se brinda educación a los adolescentes y sus padres para la prevención del consumo de SPA.

Desde vigilancia comunitaria en el espacio del COVECOM se abordó el tema de consumo de sustancias psicoactivas con los jóvenes del sector de Bella flor, los

temas se enfocaron en prevención del consumo y oferta de servicios desde salud pública.

Dentro de las acciones en salud pública cuenta la obesidad no hace parte de las estrategias de intervención y por lo general siempre se atacan las consecuencias y no las causas. Desde el componente de programas relacionan que actualmente no se llama Ruta de desnutrición sino que cambio a ruta de mal nutrición y dentro de las estrategias que se vienen desarrollando se va a crear la ruta de sobre peso y obesidad lo que no se sabe es cual curso de vida estará dirigida.

5.4. Momento de Curso de Vida Juventud (18-28 Años)

En la localidad los jóvenes son el segundo grupo de mayor presencia con un 18,6% (n=35051), una edad marcada por la toma de decisiones y la construcción de un proyecto de vida relacionado con la formación con la que se cuenta y las alternativas de vida.

5.4.1. Dimensión Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Prioridad prevención de la maternidad y paternidad en mujeres menores de 24 años

La regulación de la fecundidad es reconocida como una herramienta para mejorar la salud de mujeres, hombres, niños y niñas, dentro del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, basados en los Derechos Humanos y que por tanto tienen un carácter universal, interdependiente e indivisible. Sus dos principios fundamentales, son: el derecho a una atención que incluya el acceso regular a servicios seguros y de alta calidad para la salud sexual y reproductiva, y el derecho a una autodeterminación reproductiva que incluye la planificación propia de la familia, la libertad en toma de decisiones reproductivas; a la integridad física y a no sufrir ningún tipo de violencia, discriminación ni coerción que afecte la vida sexual o reproductiva[4].

Para el año 2017 en la localidad de Tunjuelito se presentaron 2410 nacimientos de los cuales el 57,7% (n=2410) corresponde a mujeres de 18 a 28 años. Del total de

[4] Secretaria Distrital de Salud. [Internet]. [Citado el 20 de noviembre de 2018]; Disponible en: http://guiatramitesyservicios.bogota.gov.co/tramite_entidad/acceso-a-los-servicios-de-regulacion-de-la-fecundidad-planificacion-familiar/

nacimientos presentados en mujeres de 18 a 28 años, se observó que el 65% de los nacimientos fueron en mujeres menores de 24 años.

En cuanto al análisis desarrollado a través de la mesa de análisis se identificó: uso inadecuado del tiempo libre, el *madresolterismo*, el bajo nivel socioeconómico, el proyecto de vida, la deserción escolar, desconocimiento de métodos de planificación familiar y débil red de apoyo. Otros factores identificados son las relaciones de género, la edad, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, el desconocimiento del período fértil y deseo del embarazo y el desconocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

Como consecuencias se ha identificado el no poder culminar estudios como bachillerato y el acceso a nivel de educación técnica, tecnológica y profesional. Afectando así los ingresos económicos en edad de trabajar, generando así dependencia económica y afectación en el desarrollo de potenciales del ser humano.

5.4.2. Dimensión Convivencia social y salud mental

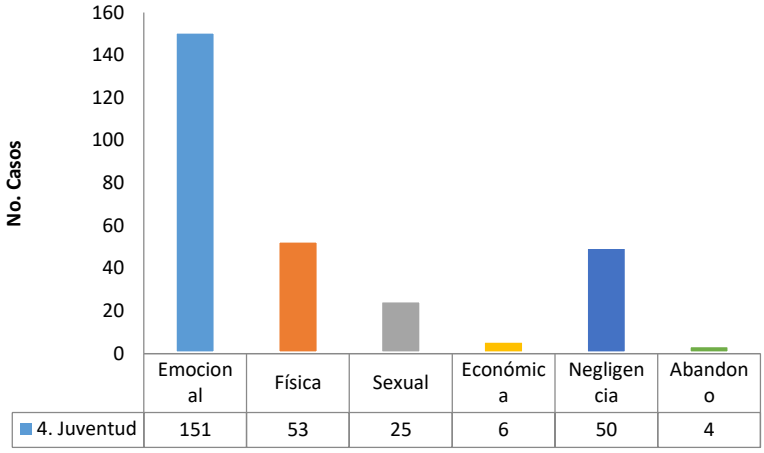
Violencias

Como se puede observar en la Grafica 9, del total de eventos de violencias notificados a SIVIM durante el año 2017, residentes en la localidad sexta, el 18,9% (n=158), corresponde a víctimas jóvenes, con edades comprendidas entre los 18 y 28 años, se identificó que el 7,6% (n=12) de los afectados, fueron hombres y en el complementario 92,4% (n=146) de los casos, el evento fue notificado en mujeres, evidenciando un aumento en la razón de casos sufridos por estas a 12:1 en comparación con los presentados en hombres.

La distribución geográfica por residencia de los casos de violencia notificados en juventud, ubica al 56,3% (n=89), de la población afectada en la UPZ Venecia y al 29,7% (n=47), en la UPZ Tunjuelito; el 13,9% (n=22) complementario, se ubica como residente de la localidad, más no se encuentra referenciado específicamente en alguna de las UPZ.

Al realizar la revisión por pertenencias étnicas, se identificó 1,3% (n=2) de los casos en población indígena. En cuanto a grupos poblacionales, se identificó entre la población afectada, un 17,1% (n=27) de personas afectadas correspondientes a gestantes, un 5,7% (n=9) de personas en condición de discapacidad; un 1,9% (n=3) de población desplazada; y el 1,3% (n=2) de casos en personas víctimas de conflicto.

Grafica 9 Distribución por tipo de violencia en juventud, localidad Tunjuelito, año 2017



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

Como se identifica en la gráfica anterior, la clasificación por tipos de violencia notificados durante el año 2017 al SIVIM y ocurridos en jóvenes, muestra en primer lugar la violencia emocional, identificada en un 96% (n=151) de los afectados y ocurrida en un 91,8% de los casos en el hogar; seguido se encuentra la violencia física, identificada en un 34% (n=53) de los casos pertenecientes a juventud, entre estos, la ocurrencia se presenta en un 94,7% de los casos, en el hogar; se observa que la suma de los tipos de violencia es superior al número de notificaciones, puesto que en múltiples eventos se logra identificar más de un tipo de violencia. Es relevante mencionar que, para todos los tipos de violencia identificados contra jóvenes, el lugar con mayor incidencia del evento es el hogar.

De acuerdo a mes de ocurrencia, los meses de mayo y diciembre, presentaron la mayor incidencia de violencias en jóvenes, con 25 y 22 casos correspondientemente, alcanzando en conjunto 29,7% del total de la notificación del año, lo cual es concordante con festividades o con el periodo vacacional.

El análisis de la relación del agresor con la víctima, en los casos de violencias contra personas pertenecientes al momento de curso de vida juventud, permite identificar como principal agresor a la pareja en un 28,5% (n=45) de los eventos, desplazando a los progenitores, quienes hasta el periodo de la adolescencia, figuraban como los principales agresores; en segundo lugar se ubica a algún conocido en el 17,1% (n=27) de los eventos; el tercer agresor en frecuencia en las agresiones a jóvenes, corresponde a mujeres gestantes con un 14,6% (n=23), lo que llama la atención, puesto que involucra a esta población en situaciones que potencialmente son un

riesgo para el adecuado curso de su gestación; con un 13,3% (n=21) de registro como agresores, se encuentran los desconocidos, situación que se puede relacionar con la apertura de horizontes en el curso de vida de la población, donde se realizan mayores desplazamientos, con frecuencia sin compañía y en muchas ocasiones en horarios no convencionales y se frecuentan lugares que se asocian con delincuencia común; el complementario 26,6% (n=42), corresponde a eventos con otros agresores. En este momento de curso de vida, la madre, después de ser la más frecuente durante los momentos de curso de vida previos, pasa a ocupar un sexto lugar como agresor.

Conducta suicida

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es la segunda causa de muerte en la población de 15 a 29 años, cerca de 800.000 personas mueren al año por esta causa y un número mayor de personas presenta algún tipo de conducta relacionada, siendo un problema grave de salud pública. El comportamiento suicida, según el documento técnico para la vigilancia epidemiológica en salud mental de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se puede determinar por un número importante de causas complejas, entre las cuales se encuentran algunos trastornos mentales, antecedentes familiares, abuso de sustancias, maltrato en la infancia, aislamiento social, así como la dificultad de afrontamiento de situaciones como la pobreza, el desempleo, perdida de seres queridos, rupturas, problemas jurídicos o laborales, dolor incapacitante y enfermedades, entre otras. El suicidio es un evento prevenible que requiere de la identificación de la conducta, así como de intervenciones específicas que permitan disminuir los factores de riesgo y el abordaje integral en salud mental.

El subsistema de vigilancia de la conducta suicida SISVECOS es el encargado de realizar la vigilancia en salud pública de las conductas suicidas: ideación, amenaza, intento y suicidio consumado; para esto realiza identificación del evento, orienta a las familias y personas que presentan conducta, genera información sistemática y genera acciones de prevención y control en salud pública. En la localidad durante el año 2017 se notificaron 104 casos de conducta suicida en jóvenes, de los cuales el 42,3% corresponden a intento de suicidio, el 32,7% a ideación suicida y el 1,9% a amenaza de suicidio, encontrando que no se registraron casos de suicidio consumado.

Tabla 6. Distribución del momento de curso de vida juventud notificada al subsistema SISVECOS por sexo y tipo de conducta, Subred Sur, 2017

Tipo de conducta	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Amenaza suicida	1	50,0	1	50,0	2	1,9
Ideación suicida	16	47,1	18	52,9	34	32,7
Intento de Suicidio	27	61,4	17	38,6	44	42,3
Suicidio consumado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin seguimiento	15	62,5	9	37,5	24	23,1
Total	59	56,7	45	43,3	104	100

Fuente: Base SISVECOS subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaria Distrital de Salud, año 2017

Del total de la notificación, se tuvo por parte de SISVECOS una efectividad del 76,9% representado en 76 casos con seguimiento efectivo, los restantes 15 no cuenta con una definición final del tipo de conducta suicida al no poder establecer contacto. Los casos no pueden atenderse en su totalidad debido a problemas de ubicación en cuanto la calidad de los datos registrados o la veracidad de los mismos, adicionalmente, algunos de los rechazan el seguimiento por diferentes motivos.

La distribución de los casos por sexo evidencia una marcada diferencia respecto a las otras localidades de la Subred Sur (Ciudad Bolívar, Usme y Sumapaz), con una mayor incidencia de casos en hombres, siendo más marcada en el intento suicida. La mayor proporción de intento suicida en la juventud muestra una marcada diferencia comparado con la adolescencia, donde la ideación aporta la mayor cantidad de casos. Lo anterior refleja una diferencia importante en el manejo de la conducta suicida, teniendo en la juventud un mayor riesgo de pasar a la ejecución de los pensamientos recurrentes de morir, acciones que pueden generar repercusiones importantes a la salud relacionada con el método elegido.

Según la información registrada el 45,2% de los casos requirieron hospitalización relacionado a la gravedad del evento suicida, datos que reafirman la importancia de las estrategias de prevención y detección temprana. No se cuenta con casos de suicidio consumado en esta localidad. Sin embargo, es importante mencionar que el 38,5% de los casos presentaron una conducta reincidente, lo que refleja la importancia no solo de la detección temprana del caso, sino de una atención integral de la persona más allá de la atención de urgencia o prioritaria, a un tratamiento que permita disminuir significativamente que esta situación se repita.

El consumo de sustancias psicoactivas es identificado en las mesas de análisis como uno de los factores relacionados con la conducta suicida; en la localidad el

12,5% de los casos registran como factor de riesgo el consumo de sustancias psicoactivas, siendo un porcentaje alto dentro de la totalidad de los casos y siendo el doble que en la adolescencia (6,6%), encontrando que este consumo se relaciona con factores sociales y familiares agravando la problemática, lo cual puede desencadenar en algún tipo de conducta.

Algunos factores pueden generar repercusiones emocionales que desencadenan en pensamientos relacionados con la conducta suicida, tales como tener una discapacidad o ser víctima del conflicto armado, En la localidad, el 2% de los casos notificados se encuentran en condición de desplazamiento y un 1% con discapacidad, representando en términos porcentuales una mayor representatividad en comparación a la población total de la localidad. Adicionalmente se notificaron cuatro gestantes con conducta suicida, que no solo ponen en riesgo su vida sino del bebe por nacer, generando una situación de alerta en esta población.

El aseguramiento de los casos registrados refleja que la mayoría de casos pertenecen al régimen contributivo con un 52,9%, seguido por el subsidiado con 37,5% y los no asegurados con 6,7%, dato relativamente congruente con la distribución de la población general en cuanto aseguramiento de la localidad de Tunjuelito.

Según la información recolectada de los seguimientos de casos, los principales factores asociados difieren a los vistos en la adolescencia, ubicando en primer lugar a los problemas de pareja con 20 casos (19,2%), seguido por las habilidades sociales inadecuadas con 19 casos (18,3%), la separación ocupa el tercer lugar con 11 casos (10,6%). En las mesas de análisis se encuentra que en la juventud se presentan mayores presiones laborales y sociales en cuanto al establecimiento de un proyecto de vida, lo cual tiene una mayor repercusión en la dificultad de afrontamiento de rupturas emocionales o la perdida de la pareja, incidiendo directamente en la conducta suicida.

En cuanto al tipo de familia y relacionado con los factores anteriormente mencionados, se encuentra que en este momento de curso de vida un 20,2% de los casos reportan vivir solo, lo cual es un factor de riesgo para esta población por recaídas asociadas a sentimientos de soledad o la dificultad de detectar señales previas al intento suicida. La mayoría de los casos cuenta con familias de tipo nuclear (25%), seguido por la familia mononuclear (16,3%), mixta o ampliada (7,7%) y extensa (5,8%), encontrando en las mesas de análisis que los problemas familiares, económicos, así como el maltrato y la violencia intrafamiliar influyen en la problemática.

Relacionado con estos factores, se identifica que los trastornos emocionales y mentales como la bipolaridad y depresión, pueden desencadenar en los distintos tipos de conducta suicida de acuerdo a su intensidad. Estos se encuentran relacionados con dificultades en el afrontamiento de los problemas propios de la edad, poca resiliencia y carencia de herramientas para el manejo de las emociones.

Consumo de SPA

Al sistema de vigilancia epidemiológica VESPA durante el 2017, se notificaron 235 jóvenes con residencia en la localidad en Ciudad Bolívar, por consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas; el 75,3% son hombres y el 24,7% mujeres.

Frente a la UPZ de residencia con mayor población joven con consumo de SPA es Arborizadora con 26,2%, seguido de Lucero con 24,6%, Jerusalem 16,4%, Ismael Perdomo 15,4%, San Francisco y Tesoro con 8,7% y 8,2% respectivamente y el 0,5% la UPZ Monteblanco. De acuerda a la pertenencia étnica los jóvenes se auto reconocen como Afrocolombianos con 1,3% e Indígenas 0,4%; en condición poblacional un 2,6% son víctimas del conflicto armado, no se identificaron personas con discapacidad, población LGBTI, población en ejercicio de la prostitución, ni ciudadano habitante de calle.

Frente al nivel educativo el 86% de los jóvenes tienen básica secundaria (72,3% incompleta y el 13,6% completa), en segundo lugar se ubica básica primaria con 7,7%, el 4,3% técnico, el 1,3% es analfabeta y el 0,9% universidad incompleta. Al indagar por la condición escolar el 52,8% actualmente estudia, el 46% no estudia y el 1,3% abandono estudios recientemente. El 71,5% de los jóvenes son solteros, el 25,5% viven en unión marital de hecho (unión libre) y el 3% son casados.

La fuente de ingresos en jóvenes con consumo de SPA predominó la categoría otro tipo de ingreso con 59,6%, seguido de trabajo individual 8,1%, con 7,7% se ubica la ilegalidad y sin dato respectivamente, contrato a término fijo y contrato por días 6,4% cada uno, mientras que el 8,3% refieren contrato a término fijo y el 0,4% mendicidad.

De acuerdo con la Tabla 7 para la población joven, el tabaco (cigarrillo) fue la droga de inicio más frecuente (49,8%), seguido por marihuana (22,1%) y por alcohol (17, 4%). En estas tres sustancias se concentró el 89,4% del total de los casos.

En la droga secundaria el mayor consumo es da en el alcohol con 37%. Respecto a la droga de inicio disminuyó en 68,4% el uso del tabaco, en 5,4% marihuana, sin

embargo aumentó en 112,2% el consumo de alcohol. El consumo de bazucó se duplico y la de cocaína incremento un 110%.

Tabla 7. Distribución droga de inicio, droga dos, droga tres, droga cuatro y droga de mayor impacto en jóvenes, localidad Ciudad Bolívar, 2017

Sustancias psicoactivas	Droga de Inicio		Droga 2		Droga 3		Droga 4		Droga de mayor impacto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco (Cigarrillo)	117	49,8	37	15,7	9	3,8	11	4,7	24	10,2
Marihuana	52	22,1	55	23,4	88	37,4	11	4,7	94	40,0
Alcohol	41	17,4	87	37,0	29	12,3	13	5,5	17	7,2
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	12	5,1	15	6,4	16	6,8	20	8,5	20	8,5
CB, Tusi	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Metanfetaminas(Methedrina)	2	0,9	0	0,0	3	1,3	2	0,9	0	0,0
Bazuco	2	0,9	12	5,1	14	6,0	21	8,9	61	26,0
Clonazepam(Rivotril,Ravotril, Coquan,Sedatril,Clonatryl,Acepran)	1	0,4	0	0,0	7	3,0	8	3,4	1	0,4
Cocaína	1	0,4	12	5,1	24	10,2	39	16,6	6	2,6
Akinetón	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lorazepam(Ativam)	1	0,4	2	0,9	5	2,1	1	0,4	1	0,4
Marihuana Cripi o Cripa	1	0,4	4	1,7	2	0,9	3	1,3	3	1,3
Metilfenidato (MFD,Ritalina,Concerta)	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Popper(Nitrito de amilo, Butilo)	1	0,4	3	1,3	1	0,4	2	0,9	3	1,3
No hay droga	0	0,0	6	2,6	32	13,6	86	36,6	0	0,0
Dic,Ladys o Leydis(Cloruro de metileno o dichlorometano)	0	0,0	2	0,9	5	2,1	13	5,5	3	1,3
Dietalimida del acido lisérgico(LSD)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0
Éxtasis (MDMA)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0
Meperidina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Mezclas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,4
Otras	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0
TOTAL	235	100,0	235	100,0	235	100,0	235	100,0	235	100,0

Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica VESPA 2017

En la droga terciaria el 13,6% no consumió, respecto a la droga dos disminuyó en 75,7% el uso del tabaco y en 66,7% el alcohol y aumentó en 60% la marihuana, en 16,7% el uso del bazuco y en 100% la cocaína. El 36,6% no consumió una cuarta sustancia. Respecto a la droga tres disminuyó en 87,5% la marihuana, en 55,2% el

alcohol, en 33,3% metanfetaminas, en 80% Lorazepam y aumentó el consumo de disolventes, combustibles o pegantes inhalables, cocaína y bazuco.

La droga de mayor impacto fue la marihuana para el 40% (n=94) del total y este porcentaje representa un incremento del 80,8% respecto al número de personas que tenían esta sustancia como droga de inicio (n=52). La segunda sustancia en orden de importancia fue el bazuco con 26%, se observa un incremento significante del total de personas que tuvo esta sustancia como droga de inicio. En tercer lugar el consumo de tabaco con 10,2%, se observa una reducción de 79,5% del total de personas que tuvo esta sustancia como droga de inicio. Otras drogas que siguen fueron bazuco (8.4%), inhalables (4.5%), marihuana Cripi (4.5%) y cocaína (2.9%).

5.4.3. Dimensión Salud y ámbito laboral

Trabajo informal

El trabajo informal en la localidad de Tunjuelito es un factor de gran importancia teniendo en cuenta la alta proporción de familias donde al menos un miembro debe ejercer estas actividades para el sostenimiento del grupo familiar, afectando no solo las condiciones del trabajador informar sino de los restantes miembros de su núcleo en diferentes dimensiones como lo son: la salud, la educación, las relaciones familiares y sociales, el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, los riesgos derivados de este tipo de trabajo y la salud mental como los más relevantes, situación que requiere, además de una atención o seguimiento del trabajo informal, acciones desde diferentes sectores que permitan modificar efectivamente los determinantes asociados y así afectar positivamente a los miembros de la comunidad residentes en esta localidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, las acciones desarrolladas por el espacio trabajo son fundamentales, según los datos establecidos entre abril 2018 y junio 2018 se abordaron a 1410 personas en las Unidades de Trabajo Informal (UTI) de alto y medio impacto, en pro de la motivación, caracterización y concertación de un plan de trabajo para la mejora de las condiciones laborales, la promoción del autocuidado y el seguimiento y evaluación del plan desarrollado. Dicho trabajo evidencio una mejoría en el 67.3% de las UTI abordadas, con una mayor efectividad en las de alto impacto.

Tabla 8. Unidades de trabajo informal de alto y medio impacto abordadas con mejoría superior al 75%, localidad de Tunjuelito, abril 2017 a junio 2018

Indicador	UTIS abordados	UTIS mejoras > 75%	Resultado
Porcentaje de UTIS de alto y medio impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75% la estrategia de entornos laborales saludables	1399	942	67,3
Porcentaje de UTIS de alto impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75% la estrategia de entornos laborales saludables	442	327	74,0
Porcentaje de UTIS de medio impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75% la estrategia de entornos laborales saludables	957	615	64,3

Fuente: Tableos de control Espacio Trabajo Subred Sur ESE., abril 2017 a junio 2018.

Durante el proceso de análisis realizados en el equipo técnico de trabajo, así como el talento humano del espacio trabajo, fue posible identificar que en la localidad de Tunjuelito los principales factores asociados al trabajo informal son las políticas públicas del sector financiero, el poco apoyo para la consolidación de empresas, la corrupción, falta de información o medios útiles de socialización de las ofertas laborales, baja oferta de trabajo legalmente constituido. En esta localidad se reconoce que la llegada masiva de población venezolana afecta el acceso al trabajo e incrementa la informalidad, ya que esta localidad recientemente ha incrementado las viviendas tipo inquilinato, donde una gran cantidad de personas pueden viven en un espacio pequeño a bajo costo, además de ser una localidad que a pesar de su ubicación al sur de la ciudad, cuenta con buenas vías de acceso y los periodos de tiempo para los traslados a la zona central o norte son menores en comparación con localidades como Usme o Ciudad Bolívar. Se mencionó que en dicho espacio, que es ahora es común que las ofertas de empleo se mencione que de preferencia el aspirante sea de nacionalidad venezolana, ya que según afirman aceptan condiciones de menor pago y mayor carga laboral que los colombianos, factor que no solo afecta la economía y el acceso al trabajo, sino que puede al mediano o largo plazo generar conflictos sociales mayores a los ya existentes.

Un factor fundamental para el mantenimiento del trabajo informal son los altos costos de los procesos legales para una contratación o un aseguramiento individual al sistema general de seguridad en salud, hecho que prevalece los tipos de contratación fuera de la norma o la decisión de no vincularse de manera independiente, evitando el pago de pensión e incluso del acceso a la salud, asociado a la oferta de atención de servicios médicos por parte del régimen subsidiado que cuenta con una buena oferta de instituciones de servicios de salud, como al desconocimiento de los riesgos reales del trabajo informal. Factores como la realización de tareas repetitivas, ausencia de ejercicios y/o pausas activas, el no

uso de medidas de protección, trabajo al aire libre, carga de elemento de gran peso, entre otros riesgos.

El trabajo informal en términos generales, se asocia con factores de difícil intervención y cambio real al corto plazo como el bajo nivel educativo, un proyecto de vida alejado del estudio o el trabajo formal y más cercano a una conformación familiar a temprana edad, dificultades para el acceso a una educación superior técnica o profesional ya sea por factores económicos, cupos limitados, necesidades económicas familiares inmediatas, el desempleo, así como una cultura que contempla el trabajo informal como una buena opción que favorece cierta independencia, permite manejar horarios, cortos desplazamiento cerca al hogar para el cuidado de niños, un modelo asistencialista enmarcado en el acceso a bonos y demás beneficios, así como la atención en salud desde el régimen subsidiado, donde el trabajador conoce las repercusiones de acceder al régimen contributivo generando un mayor gasto económico, no solo en cuanto el pago por el acceso a los servicios sino a los traslados requeridos ya que gran parte del sistema contributivo no ofrece servicios básicos ni especializados en las localidades del sur de la ciudad, ni generan convenios con el régimen subsidiado para la prestación de servicios, es así como los residentes de la localidad deciden permanecer en la informalidad y no valoran la importancia del acceso a una pensión, considerando que el dinero es más beneficioso en el presente para la satisfacciones de necesidades propias y del núcleo familiar.

Es así como dicha problemática se encuentra lejos de ser modificada al corto plazo, ya que los factores asociados son en su mayoría estructurales y requieren un cambio en políticas nacionales, mayor oferta en empleo y educación, así como una modificación cultural, que si no evidencia cambios palpables en su entorno, no generará una modificación comportamental que se acerque a la formalidad, es así como el sector salud, más allá de generar acciones de prevención de enfermedades o accidente laborales, educación y disminución del riesgo es poco lo que puede hacer para un cambio efectivo en las condiciones socio económicas de los trabajadores informales residentes en la localidad de Tunjuelito.

5.4.4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional

La estrategia cuídate y sé feliz, en el periodo agosto a diciembre del 2017, valoro 541 jóvenes de 18 a 28 años de edad en la localidad de Tunjuelito, el 54% (n=292) son mujeres y 46% (n=249) hombres, de acuerdo a la valoración nutricional el 25,5% de los jóvenes presentan sobrepeso y el 7,6% obesidad.

Desde la unidad de análisis del equipo SAN se identificaron diversos factores de riesgo en el estado nutricional de la población, el primero se relaciona con la ingesta de alimentos, los jóvenes deciden qué comer, dónde, cómo y cuándo, por lo general consumen alimentos de preparación rápida, industrializados y comidas fuera de casa, otro factor es comer demasiado como resultado de la tensión o estrés, de los jóvenes valorados por la estrategia se identificó un consumo bajo en frutas y verduras y mayor consumo de tabaco y alcohol.

El segundo factor de riesgo es la carencia de actividad física, en Tunjuelito la población mayor de 13 años tienen tendencia al sedentarismo con 69,3% (7). De acuerdo a los tamizajes de cuídate y sé feliz, en población joven con obesidad y sobrepeso el 57,5% no realizan ningún tipo de actividad física. Entre las razones de no práctica de deporte el 12,2 % no le gusta, el 18,7% manifiestan que es muy costoso, el 17,4% no tienen con quien practicarlo, un 19,9% no cuentan con instalaciones deportivas, el 48,9% no cuenta con instalaciones deportivas adecuadas, el 11,1% tienen pereza, un 17,5% se encuentra muy cansado/a de su trabajo o estudio, el 9,8% está muy viejo/a y el 14,6% tienen limitaciones físicas para practicarlo y 11,9% no sabe cómo practicarlo (7).

Otro factor de riesgo es el acceso a los servicios de salud, por lo general la población joven solo consulta cuando “se siente enferma”, prima la actividad productiva frente al cuidado de la salud. La población joven no reconoce la obesidad como un problema de salud, por lo cual no accede a los servicios de manera oportuna. Lo que conlleva al desarrollo de enfermedades crónicas latentes y no controladas.

En el periodo enero a agosto del 2018, a los servicios de salud del CAPS Abraham Lincoln, consultaron 1.632 jóvenes al servicio de detección de alteraciones del joven; con relación a población con enfermedades crónicas en el grupo de 15 a 29 años se identificaron dos personas, con diagnóstico de hipertensión arterial.

Con relación a las causas de morbilidad por consulta externa de la USS Tunal en el año 2017, se brindó atención a 4.028 jóvenes de 19 a 29 años de edad, de acuerdo a las primeras 15 causas de morbilidad de diagnósticos CIE 10, se observa que la tercer causa de consulta es obesidad y otros tipo de hiperalimentación con 2%, se observa que las mujeres son quienes con frecuencia acuden a los servicios de salud.

Tabla 9. Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa por grupos de diagnósticos CIE 10 y sexo en jóvenes de 19 a 29 años, USS Tunal, 2017

#	CIE 10	Grupo diagnóstico CIE 10	Mujeres	Hombres	Total	%
1	G40 - G47	Trastornos episódicos y paroxístico	92	55	147	3,6
2	O30 - O48	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	87	0	87	2,2
3	O20 - O29	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	84	0	84	2,1
4	E65 - E68	Obesidad y otros tipo de hiperalimentación	74	7	81	2,0
5	S80 - S89	Traumatismos de la rodilla y de la pierna	18	59	77	1,9
6	K20 - K31	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	50	26	76	1,9
7	N80 - N98	Trastornos no inflamatorios de los órganos pélvicos femeninos	74	0	74	1,8
8	F30 - F39	Trastornos del humor (afectivos)	40	33	73	1,8
9	J30 - J39	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	40	28	68	1,7
10	S00 - S09	Traumatismo de la cabeza	17	46	63	1,6
11	B20 - B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (hiv)	5	58	63	1,6
12	L60 - L75	Trastornos de las faneras	28	33	61	1,5
13	D10 - D36	Tumores (neoplasias) benignos	46	13	59	1,5
14	I80 - I89	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte	15	37	52	1,3
15	N60 - N64	Trastornos de la mama	44	6	50	1,2
Resto de las causas			2095	818	2913	72,3
Total			**2809**	**1219**	**4028**	**100,0**

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE: USS Tunal. 2017

Otro factor incidente del acceso a servicios de salud es la oferta institucional y el tipo de aseguramiento de la población, en los jóvenes valorados por la estrategia cuídate y sé feliz el 58,8% pertenecen al régimen contributivo, seguido del subsidiado con 30,3%, en menor proporción se encuentra la población pobre no asegurada con 6,3%, régimen especial y de excepción 4,6%; en la localidad de Tunjuelito la población contributiva y del régimen especial no cuenta con IPS que garanticen la atención en salud.

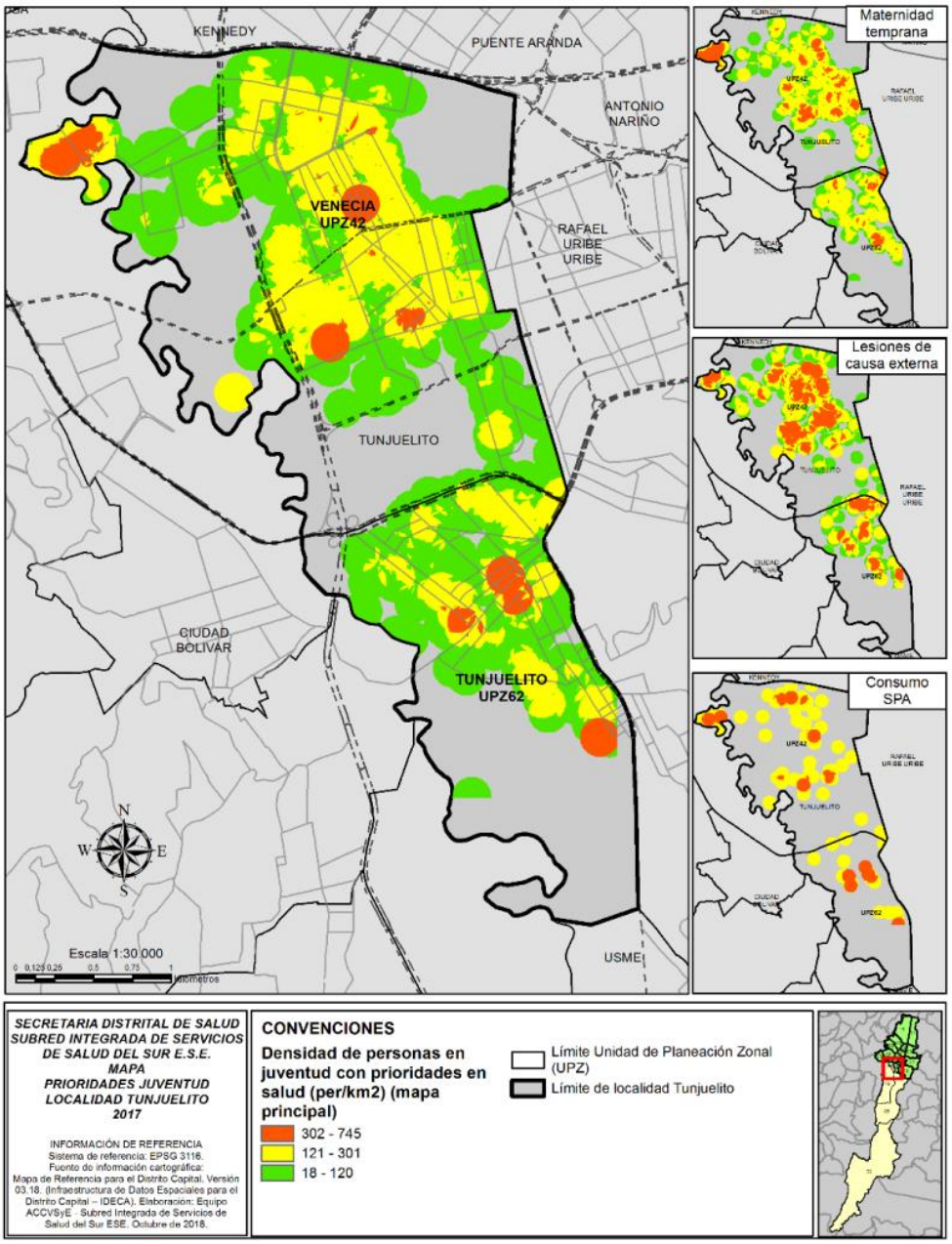
5.4.5 Puntos críticos del momento del Curso de vida Juventud

Para el momento de curso de vida juventud la distribución espacial de los riesgos en salud en la localidad de Tunjuelito permitió observar que en los barrios Fátima, El Carmen, e Isla del Sol, de la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Venecia, y en los barrios San Carlos y Abraham Lincoln de la UPZ Tunjuelito (mapa 6) determinantes sociales de tipo estructural como los bajos ingresos económicos, que restringen las posibilidades de mejorar otras condiciones de vida como lo es la vivienda, alimentación adecuada, educación en salud y formación profesional para

la vida, que igual redunda en que los hábitos y prácticas de autocuidado de los jóvenes no garanticen el pleno derecho a la salud, inclusive en los lugares de trabajo, principalmente de tipo informal en estos barrios, la exposición constante a productos químicos o posturas repetitivas en las unidades productivas de estos barrios son factores de riesgo para que en momentos de curso de vida posterior deriven en situaciones de enfermedades de origen laboral, condiciones crónicas o discapacidad.

Otro determinante que fue frecuente identificar como relevante en el proceso salud – enfermedad de la población en juventud en los barrios citados anteriormente fue la falta de reconocimiento de las redes de apoyo como herramientas para afrontar la situaciones en salud y sociales que acarrea este grupo poblacional, como lo son las conductas suicidas, la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas.

Mapa 6. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida juventud, Tunjuelito, 2017.



Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2018.

5.4.6. Acciones

Con relación a acciones de respuesta, desde el espacio vivienda se realizan acciones educativas que promulgan el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, autocuidado, proyecto de vida y uso adecuado del tiempo libre.

En el espacio educativo se encuentra la estrategia "Sintonizarte", en la cual se realiza una acción pedagógica, el espacio educativo en el componente Amarte, desarrolla revisión conjunta mediante proceso de articulación, para la incorporación de la estrategia "Amarte", con sesiones tanto para docentes y estudiantes, de acuerdo a las necesidades identificadas para docentes en derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, creencias y mitos.

Desde el componente programas se realiza aplicación de listas de chequeo en las IPS de la Subred con el fin de identificar la oferta de servicios para jóvenes y adolescentes. La implementación de la línea 106 por los profesionales de las IPS, identificación de las IPS que ofertan servicios de atención en joven. En cuanto a la consulta de jóvenes, no se tienen servicios amigables para jóvenes y adolescentes. Se realiza consulta de regulación de la fecundidad en las IPS, se entrega fórmula con el método de regulación de la fecundidad.

5.4.7. Respuesta Intersectorial y Sectorial Adolescencia y Juventud

A nivel intersectorial se cuenta con Secretaria de gobierno con proyectos de paz y convivencia ciudadana; plataforma Juvenil la cual busca impulsar la conformación de procesos y prácticas organizativas y espacios de participación de las y los jóvenes, atendiendo a sus diversas formas de expresión, a fin de que puedan ejercer una agencia efectiva para la defensa de sus intereses colectivos. Secretaria de integración social desde los proyectos:1093prevención de la maternidad y paternidad temprana, 1101 Bogotá diversa y 1116 distrito Joven; Secretaria de cultura recreación y deporte a partir modelo de gestión cultural con enfoque diferencial y programa distrital de estímulos para la cultura; Instituto de recreación y deporte (IDRD) desde la de actividad física y escuelas deportivas; IDEPAC con la estrategia “Uno más uno igual todos, Una más una igual todos” busca Fortalecer los procesos de participación ciudadana.

Desde el sector salud las acciones que se desarrollan con este grupo son, están enfocadas a identificar factores de riesgo y sobre salud sexual y reproductiva:

Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10 a 29 años): los jóvenes de diez a veintinueve años son atendidos en la consulta médica de primera vez, garantizando que en cada periodo de desarrollo (Adolescencia Temprana, Adolescencia Media, Adolescencia Final y Adulto Joven) se realice la atención, indagando sobre su entorno familiar y sociocultural, promoviendo buenos hábitos de salud que permitan preparar al individuo para la edad adulta, brindar educación en salud sexual y reproductiva, identificando factores de riesgo.

Consulta de Anticoncepción: El programa busca ofrecer a los usuarios métodos tanto temporales como permanentes para el control de la natalidad, haciendo una asesoría que permita la toma de decisiones informadas dentro de los derechos de salud sexual y reproductiva, disminuyendo los embarazos no deseados, gestaciones en menores de edad y fortalece además las acciones preventivas en enfermedades de transmisión sexual. En salud Pública se ofertan programas y acciones desde los diferentes espacios de vida cotidiana, programas y componentes.

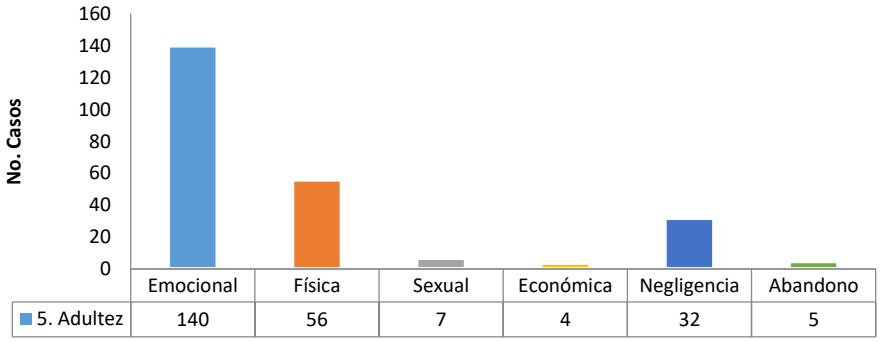
5.5. Momento de Curso de Vida Adultez (29- 59 Años)

El mayor número de población de la localidad de Tunjuelito se encuentra en este momento de curso de vida con el (46,1%) (n= 86.640 personas) habitantes; lo que implica que gran parte del sustento de la familia recae en esta población, generando así una mayor carga de enfermedad, tanto física, como de salud mental.

5.5.1. Dimensión Convivencia social y salud mental

Violencias

Del total de eventos de violencias notificados a SIVIM durante el año 2017, residentes en la localidad de Tunjuelito, como se detalla en la Grafica 10. **Distribución por tipo de violencia en adultez, localidad Tunjuelito, año 2017**



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

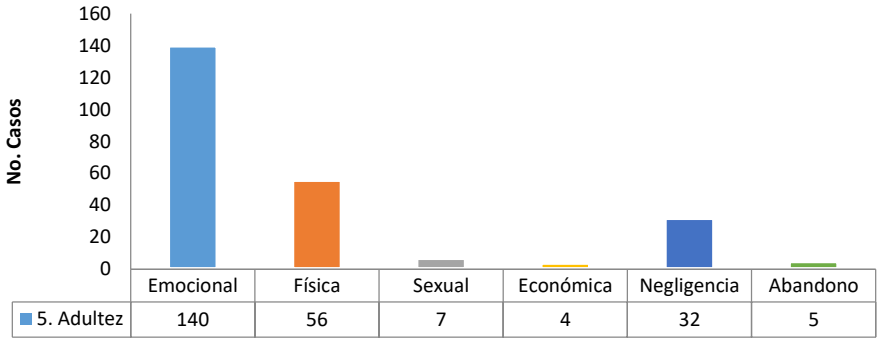
, el 18,1% (n=151), corresponde a víctimas adultas; se identificó que el 11,9% (n=18) de los afectados, fueron hombres y en el complementario 88,1% (n=133) de los casos, el evento fue notificado en mujeres, lo cual permite calcular una razón de 7,38:1 mujeres por cada hombre, afectadas por la violencia.

La distribución geográfica por residencia de los casos de violencia notificados en adultez, ubica al 58,3% (n=88), de la población afectada en la UPZ Venecia y al 35,8% (n=54), en la UPZ Tunjuelito; el 6% (n=9) complementario, se ubica como

residente de la localidad, más no se encuentra referenciado específicamente en alguna de las UPZ.

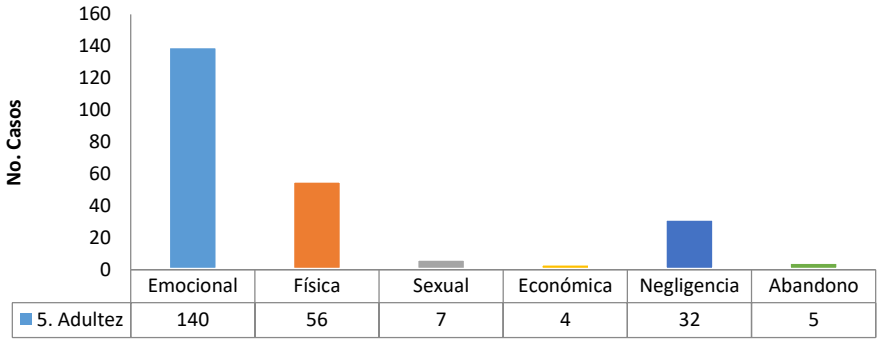
Al realizar la revisión por pertenencias étnicas, se identificó que en un 0,7% (n=1) de los eventos, la población fue de pertenencia afrocolombiana. En cuanto a grupos poblacionales, se identificó entre la población afectada, un 7,9% (n=12) de personas afectadas correspondientes a gestantes, un 4% (n=6) de personas en condición de discapacidad y un 2,6% (n=4) de población desplazada.

Grafica 10. Distribución por tipo de violencia en adultez, localidad Tunjuelito, año 2017



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

La Grafica 10. **Distribución por tipo de violencia en adultez, localidad Tunjuelito, año 2017**



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

, permite identificar la clasificación por tipos de violencia presentada en adultos y notificada durante el año 2017 al SIVIM; ésta muestra en primer lugar la violencia emocional, en un 93% (n=140) de los afectados y ocurrida en un 92,1% de los casos en el hogar; seguido se encuentra la violencia física, identificada en un 37% (n=56) de los casos pertenecientes a adultez, entre estos, la ocurrencia se presenta en un 96,6% de los casos, en el hogar; se observa que la suma de los tipos de violencia es superior al número de notificaciones, puesto que en múltiples eventos se logra

identificar más de un tipo de violencia. En todos los tipos de violencia identificados contra adultos, el lugar con mayor incidencia del evento es el hogar.

De acuerdo a mes de ocurrencia, los meses noviembre y diciembre, presentaron la mayor incidencia de violencias en el momento de curso de vida adultez, con 29 y 28 casos correspondientemente, alcanzando en conjunto 37,7% del total de la notificación del año, para el momento de curso de vida; la presentación del evento es coincidente con periodos de festividades o con el periodo vacacional.

La relación de los agresores con las víctimas, de acuerdo a mayor frecuencia de presentación, evidencia en primer lugar a la pareja con un 33,8% (n=51) de los eventos, seguido por los casos en que la agresión proviene de algún conocido en el 18,5% (n=28) de los eventos; en tercer lugar con 14,6% (n=22) de los eventos notificados en adultez, se identifican los casos en los cuales el agresor es la expareja; seguido se encuentra un 8,6% (n=13) de los casos en los cuales el agresor es un hijo o hija y, el complementario 24,5% (n=37), corresponde a eventos con otros agresores.

5.5.2. Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles

Enfermedades crónicas (DM, HTA, EPOC)

En Tunjuelito entre el periodo 2012 a 2014 ocurrieron 2.532 mortalidades, para el año 2014 la proporción de mortalidad fue de 34,1% del total de las defunciones. En el 2014 la principal causa de muerte fue el grupo demás causas (agrupación diagnósticos residuales) las cuales contribuyeron al 30,3% del total de las defunciones, el comportamiento es creciente en la tasa ajustada para la edad, pasando de 124,5 a 133,4 por 100.000 habitantes. La principal causa son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (30,2%).

Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de muerte, para el 2014 aportaron en un 28% a la mortalidad en la localidad, con una tendencia decreciente del 20,4% en la tasa pasando de 154,4 a 122,9 por 100.000 habitantes. Afectando a los grupos de edad por quinquenios de 80 y más años (49,5%). Seguido de 75 a 79 años (12,3%) y de 55 a 59 años (9,5%) en el año 2014.

Las dos principales enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón (138) y la enfermedad cerebrovascular (49), que en conjunto producen el 77,3% de toda la mortalidad cardiovascular. La incidencia de la enfermedad cerebrovascular, se aumenta con la edad y se asocia a la presencia de

factores de riesgo tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, dislipidemias, obesidad, tabaquismo y sedentarismo entre otros (11).

En cuanto a la magnitud de acuerdo al comportamiento en las tasas crudas las mujeres y los hombres tienen mayor riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio. Los factores de riesgo cardiovascular presente en las mujeres se relacionan con hipertensión, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, estrés, dislipidemias y obesidad. Otros factores predisponentes en la mujer son los relacionados con la menopausia, los anticonceptivos y la preeclampsia que duplican el riesgo de enfermedades del sistema circulatorio. (Martínez-palomino et al., 2006).

5.5.3. Dimensión Salud y ámbito laboral

Trabajo informal

La población en edad adulta que realiza actividades laborales informales presenta problemáticas similares a las mencionadas en el momento de curso de vida juventud, en cuanto la ausencia de trabajo formal, dificultades en la movilidad, baja oferta educativa, desempleo, entre otros, pero a este momento del curso de vida se suman factores como la pérdidas de empleos legales y la dificultad conocida de acceder a un empleo a partir de cierta edad, generando que el individuo debe optar por la realización de un trabajo informal ya que las obligaciones no dan espera, modificando todo el contexto familiar, generando posibles secuelas en la salud mental a diferencia de personas que pudieron ejercer este tipo de trabajo desde jóvenes. Un cambio tan marcado genera estrés debido a las necesidades y obligaciones económicas generadas, ya que la población adulta en ocasiones no solo debe hacerse cargo de sus hijos, sino de sus padres que ya ingresan a la tercera edad o inician con las enfermedades propias del trascurso de la edad.

Es importante mencionar a en el trascurso de la adultez y en la vejez, se inicia la manifestación de las condiciones de vida previa, asociadas a tipo de alimentación, los cuidados con los que se cuenta para prevenir enfermedades o detección temprana, la realización de ejercicio, el manejo del estrés, las repercusiones de los factores de riesgo a los que se enfrentó durante su vida laboral, los cuales pueden tener mucho más impacto en el trabajo informal, asociado a malas prácticas laborales, realización de trabajo en condiciones no seguras y demás factores ya mencionados, generando que en el trabajo informal confluyan todas las dimensiones del ser humano evidenciando que las acciones deban ser integrales y en diversos frentes para generar un real impacto en la comunidad.

5.5.4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional

Las primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa por grupos de diagnósticos CIE 10, en la USS Tunal en el 2017, en el grupo poblacional de 30 a 59 años, se observa como principal causa de atención la Obesidad y otros tipo de hiperalimentación con 5,5%, de acuerdo al sexo predominan las atenciones en las mujeres respecto a los hombre.

Tabla 10. Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa por grupos de diagnósticos CIE 10 y sexo en adultos de 30 a 59 años, USS Tunal, 2017

#	CIE 10	Grupo diagnóstico CIE 10	Mujeres	Hombres	Total	%
1	E65 - E68	Obesidad y otros tipo de hiperalimentación	1320	93	1413	5,5
2	K20 - K31	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	893	269	1162	4,5
3	I80 - I89	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte	882	209	1091	4,2
4	M50 - M54	Otras dorsopatias	721	256	977	3,8
5	G40 - G47	Trastornos episódicos y paroxístico	624	300	924	3,6
6	N80 - N98	Trastornos no inflamatorios de los órganos pélvicos femeninos	869	0	869	3,4
7	D10 - D36	Tumores (neoplasias) benignos	712	78	790	3,1
8	N30 - N39	Otras enfermedades del sistema urinario	388	292	680	2,6
9	E00 - E07	Trastornos de la glándula tiroides	537	55	592	2,3
10	N40 - N51	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	0	553	553	2,1
11	F40 - F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos	421	112	533	2,1
12	M70 - M79	Otros trastornos de los tejidos blandos	433	94	527	2,0
13	N60 - N64	Trastornos de la mama	468	2	470	1,8
14	M15 - M19	Artrosis	335	116	451	1,7
15	F30 - F39	Trastornos del humor (afectivos)	267	148	415	1,6
Resto de las causas			9592	4750	14342	55,6
Total			**18462**	**7327**	**25789**	**100,0**

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE: USS Tunal. 2017

Desde el espacio público, la estrategia cuídate y sé feliz, en el periodo agosto a diciembre del 2017, valoro 1.998 adultos en la localidad de Tunjuelito, el 58,2% (n=1162) son mujeres y 41,8% (n=836) hombres. Frente a la valoración nutricional por índice de masa corporal se identificó en la población adulta que el 42,7% (n=854) presentan sobrepeso y el 17,8% (n=356) obesidad.

Desde la unidad de análisis se identifican factores predisponentes en el estado nutricional en población adulta principalmente relacionados con actividades económicas, Tunjuelito registró una tasa de ocupación de 60,5% y una tasa de informalidad laboral de 48,2%(8).El 64,5% de hogares en Tunjuelito, relacionan que los ingresos solo alcanzan a cubrir gastos mínimos(8).Las condiciones económicas

son más favorables en comparación con las localidades de Usme y Ciudad Bolívar, sin embargo en Tunjuelito en las familias se identifican prácticas poco saludables, alimentos ultra procesados y falta de actividad física. De los adultos con algún grado de obesidad evaluados por la estrategia cuídate y sé feliz el 46,5% de la población no realizan ningún tipo de actividad física.

Otro factor es la composición familiar la cual cobra importancia al momento de distribuir los alimentos, según la encuesta multipropósito 2017 en Tunjuelito el 33,3% de los hogares está conformado por más de cuatro integrantes, seguido del 24,3% tres personas, el 24,6% por dos personas y el 17,8% una persona. Cuando las familias son extensas la distribución de los alimentos se reduce en la población infantil o la compra de los alimentos se encuentra sujeta a lo que alcance o rinda, sin tener en cuenta el valor nutricional.

En los adultos valorados por la estrategia cuídate y sé feliz, se identificó un bajo consumo de alimentos en frutas y verduras y alto consumo de tabaco y alcohol y carencia de actividad física, con 46,4%, lo que aporta al desarrollo de enfermedades crónicas.

En la Localidad la oferta de alimentos es amplia, en la UPZ Tunjuelito existen tres plazas: San Benito, Tunjuelito y San Carlos, esta última es poco concurrida y muchos de sus puestos permanecen vacíos, por el contrario, en las plazas de San Benito y Tunjuelito existe hacinamiento por la gran oferta y demanda de productos. En la UPZ Venecia se encuentra la plaza El Carmen, pero a su vez existen plazas móviles en Laguneta y Fátima.

Otro tipo de oferta existente son las tiendas de barrio, verdulerías o puestos (fijos y ambulantes) de vivanderos, carnicerías, expendios de licor, restaurantes, expendios de comidas rápidas, industrias de alimentos como panaderías, venta de arepas, venta de empanadas, tamales y salsamentarías. Y supermercados de cadena como ARA, Justo y Bueno. Tunjuelito cuenta con un buen acceso y disponibilidad de alimentos, el abastecimiento de alimentos en la localidad se da por la vía a Soacha y la vía Villavicencio, lo que incrementa la intermediación de productos y aumenta el costo de los alimentos afectando la capacidad adquisitiva de las familias.

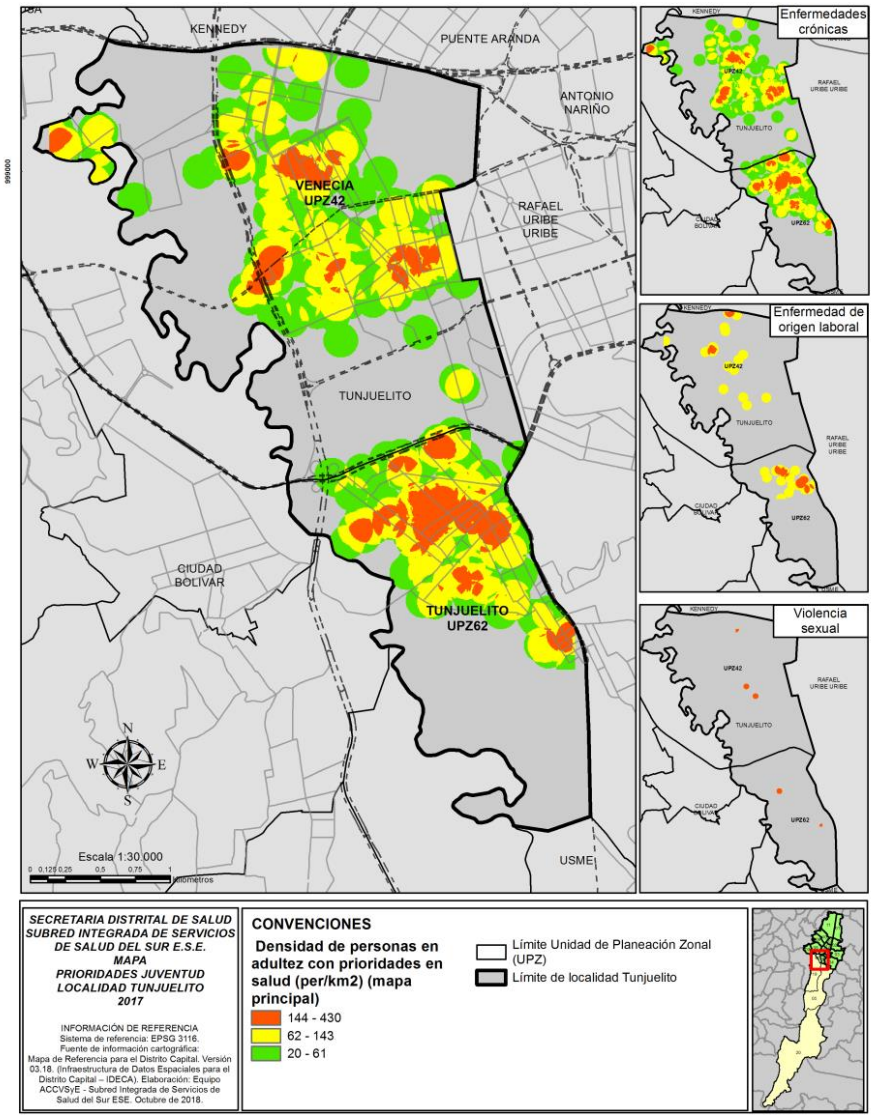
5.5.5 Puntos críticos del momento del Curso de vida Adultez

La distribución espacial del riesgo en salud para la población en el momento de curso de vida adultez para la localidad de Tunjuelito en el año 2017 permite identificar que con mayor intensidad en los barrios San Carlos y San Benito de la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) Tunjuelito (mapa 7) se presentan los siguientes

determinantes sociales de tipo estructural que aportan a la comprensión de las prioridades en salud para la toma de decisiones a nivel territorial: inadecuados estilos, modos, hábitos y prácticas saludables, relacionados con alimentación poco nutritiva, poca actividad física, consumo de alcohol y tabaco, baja corresponsabilidad y adherencia a los servicios de salud y poco acompañamiento familiar, así como el débil tejido social y comunitario; el desempleo y la ocupación en actividades productivas de tipo informal que aumenta la carga psicológica en la población adulta y sus familias, desencadenando en violencia intrafamiliar, y en los lugares de trabajo exposición a productos químicos como unidades productivas como talleres de mecánica automotriz, peluquerías o ferreterías, inclusive riesgos de tipo biomecánico que en la vejez decanta en discapacidad.

Por su parte en la UPZ Venecia los riesgos en salud para la población en adultez se concentran en los barrios San Vicente Ferrer, Samoré, Fátima e Isla del Sol, caracterizados porque las condiciones de desempleo, pobreza y bajos ingresos económicos determinan de forma esencial que este grupo poblacional priorice las actividades para responder a las necesidades básicas como lo es la alimentación y la vivienda, alimentación que por lo general no cumple los requisitos nutricionales para mantener saludable el cuerpo.

Mapa 7. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida adultez, Tunjuelito, 2017.



Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2018

5.5.6. Acciones

Desde el espacio vivienda en este curso de vida se fortalece el autocuidado para la promoción de estilos de vida saludable relacionados con alimentación, actividad física, manejo del estrés, asistencia a consultas de detección temprana. Partiendo de los hábitos, el tiempo, la disposición, el acceso a espacios recreo deportivos, se busca establecer acuerdos que permitan fortalecer conductas saludables. Se parte de la promoción de la salud como acción de reforzamiento positivo y se educa en prevención de la enfermedad con base en las conductas de riesgo (consumo alto de azúcar, grasas, sedentarismo, etc.). Se realiza activación de ruta según las alertas identificadas. Se orienta desde el área psicosocial frente a la adecuada resolución de conflictos y estrategias de afrontamiento.

Desde el componente de seguridad alimentaria y nutricional, se realiza socialización de temas de alimentación saludable en las IPS dirigido a pacientes crónicos y se da a conocer ley de obesidad.

5.5.7. Respuesta Intersectorial y Sectorial Adultez

A nivel intersectorial se cuenta con Secretaria de integración social desde los proyectos: 1086 Una Ciudad para las familias**,** 1093 Prevención y atención de la maternidad y la paternidad temprana y 1098 Bogotá te nutre; Alcaldía local con proyecto 1098 Bogotá te nutre; el Instituto para la economía social (IPES) con acompañamiento y procesos educativos y El Centro Desarrollo Comunitario Pablo de Tarso (CDC) ofrece espacios de formación y capacitación a la población de Tunjuelito.

Desde el sector salud en servicios asistenciales se oferte el programa de consulta pre-concepcional, Detección temprana de las alteraciones del embarazo, Detección temprana del cáncer de cuello uterino y Detección temprana del cáncer de seno. En salud Pública se ofertan programas y acciones desde los diferentes espacios de vida cotidiana, programas y componentes.

5.6. Momento de Curso de Vida Vejez (Mayor de 60 años)

La localidad de Tunjuelito tiene una de las más altas proporciones de población en vejez de la ciudad con un 11,3%, lo que representa un estimado de 21.188 personas, las cuales se enfrentan a importantes cambios como el inicio de quebrantos de salud propias de la edad, las repercusiones del cuidado y los hábitos desarrollados durante la vida, así como la pérdida de autonomía y la dependencia de otros para su cuidado y manutención.

5.6.1. Dimensión Salud y ámbito laboral

Trabajo informal

En el momento de curso de vida vejez, se inicia generalmente la presencia de enfermedades, relacionadas o no, con el ejercicio laboral que requieren un cuidado por parte de familiares, así como un acceso más continuo y en ocasiones de mayor complejidad al sistema de salud. Pero posiblemente el principal factor de riesgo adicional de esta población es el no acceso a una pensión, hecho que genera una dependencia del adulto mayor para su sustento o en el peor de los casos, la obligación de seguir trabajando a pesar de la edad. Estos factores de dependencia pueden generar afectaciones en la salud mental de esta población, ya que el individuo pasa de ser una persona productiva a ser visto en ocasiones como una

carga para el resto de la familia, en donde culturalmente quien provee del dinero tiene una valoración mayor en cuanto a su opinión como al trato general.

Las condiciones descritas se relacionan con factores como la violencia contra el adulto mayor, en especial la negligencia y el abandono, donde estos adultos mayores no cuentan con las necesidades básicas por parte de, principalmente sus hijos, requiriendo, salir a trabajar a pesar de su avanzada edad, depender del Estado o de lo poco que quieran o puedan aportar hijos o familiares y a veces vecinos y amigos.

Es así como además de las acciones ya mencionadas relacionadas con el trabajo informal en especial para la jóvenes y adultos, en cuanto la oferta de trabajo formal y mejora en condiciones laborales y educativas no se debe olvidar las repercusiones que dejan este tipo de formas de empleo en los adultos mayores que a pesar de continuar o no ejerciéndola, presentaran las repercusiones de una vida en la informalidad que dificulte una vejez digna y segura.

5.6.2. Dimensión Convivencia social y salud mental

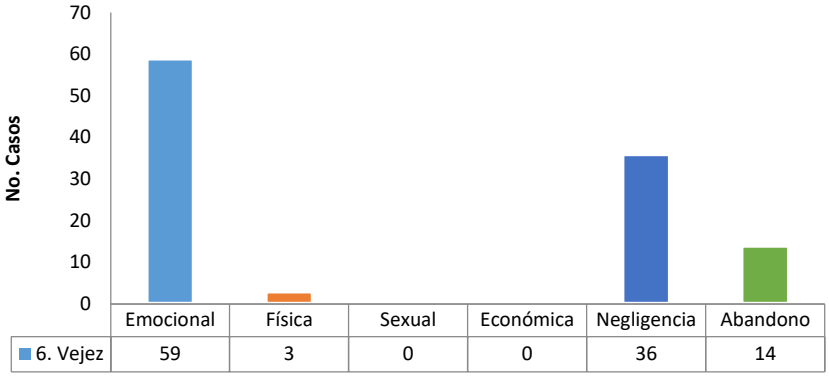
Violencias

La distribución por momento de curso vital de los casos notificados a SIVIM durante el año 2017 y residentes en la localidad Tunjuelito, permite identificar un 7,2% (n=60), como eventos en los cuales los afectados pertenecen al momento de curso de vida vejez, como lo muestra la gráfica 2, al interior de este grupo de población, se identificó que en el 40% (n=24) de los casos, los afectados por la violencia fueron hombres y en el 60% (n=36) complementario, las víctimas fueron mujeres.

En la UPZ Venecia se establece geográficamente el 63,3% (n=38) de los casos de violencias notificados contra persona mayor; el 31,7% (n=19) corresponde a eventos ocurridos también en persona mayor, pero con residencia en la UPZ Tunjuelito; el 5% (n=3) complementario, corresponde a casos residentes en la localidad sexta, sin estar referenciados específicamente en alguna de las UPZ.

Entre las personas mayores, afectadas por la violencia en la localidad, se identificó un 8,3% (n=5) correspondiente a población en condición de discapacidad; no se identificó población correspondiente a otros grupos poblacionales o con pertenencia étnica de especial atención.

Grafica 11. Distribución por tipo de violencia en vejez, localidad de Tunjuelito, año 2017



Fuente: Base de datos Distrital SIVIM 2017

El análisis de los tipos de violencia presentados contra persona mayor durante 2017 en la localidad Tunjuelito y notificados al SIVIM, permite establecer como se detalla en la gráfica 13, en primer lugar la violencia emocional, en un 98% (n=59) de los afectados y ocurrida en el 100% de los casos en el hogar; seguido se encuentra la violencia por negligencia, identificada en el 60% (n=36) de los casos, la cual también se presenta en el 100% de los casos en el hogar; se observa que la suma de los tipos de violencia es superior al número de notificaciones, puesto que en múltiples eventos se logra identificar más de un tipo de violencia. Todos los eventos de violencia en los cuales los afectados son personas mayores, ocurrieron al interior del hogar.

Como se evidencia en la gráfica 4, de acuerdo a mes de ocurrencia, los casos de violencia contra persona mayor se concentran en los meses septiembre y noviembre, con 15% (n=9) para cada uno; la presentación del evento, como ocurre en los demás momentos de curso de vida, es coincidente en gran porcentaje con periodos de festividades o con el periodo vacacional.

La relación de los agresores con las víctimas, de acuerdo a mayor frecuencia de presentación, evidencia en primer lugar a los hijos en el 61,7% (n=37) de los eventos, seguido por los casos en que la agresión proviene de algún conocido en el 16,7% (n=10) de los casos; en tercer lugar, con 8,3% (n=5) de los eventos notificados en persona mayor, la agresión proviene de la pareja; el complementario 13,3% (n=8), corresponde a eventos con otros agresores.

Demencia tipo Alzheimer

La demencia, específicamente de tipo Alzheimer, no cuenta con un seguimiento permanente desde salud y en general la mayoría de sectores; más allá de las acciones relacionadas con la atención en salud y el posible registro de persona en discapacidad, no se conocen mayores detalles. En consecuencia, es difícil la realización de procesos de análisis, al no contar con personal experto o con conocimiento por básicos que sean del tema.

En la Subred Sur, se cuenta con un registro de 62 personas que tuvieron al menos una atención por este evento en alguna de sus USS, de las cuales 46 fueron en mujeres (74,0%) y 16 en hombres (26,0%), en el periodo de enero a noviembre de 2018.

En los análisis realizados se reconoce que una de las principales tareas a tener en cuenta es posicionar esta problemática en los diferentes sectores, incluyendo las políticas públicas de salud mental y vejez, con el fin de consolidarla como un prioridad en la agenda, no solo del sector salud, sino de todas las que tengas relación cercana con los adultos mayores de 60 años.

Para tal fin, se deben fortalecer los sistemas de información que permitan conocer la situación actual del evento y los factores relacionados. Es claro que el desconocimiento del tema no solo se presenta desde la comunidad en general sino desde la institucionalidad, e incluso desde la comunidad científica, lo que repercute en el empoderamiento del individuo en cuanto la identificación temprana de síntomas y las acciones para el cuidado. De igual manera, la salud pública debe atender, no solo a la persona que presenta el evento, sino del cuidador que, con frecuencia, presenta una alta carga física y emocional y que además debe tener conocimiento del evento para que pueda proporcionar el cuidado, realizar ejercicios que permitan mejorar la condición del paciente, ejercitando especialmente la memoria con ejercicios sencillos que mejoren su calidad de vida.

Se identifica, adicionalmente, la baja oferta en salud mental para la atención de este evento en los sistemas de salud, además de las barreras relacionadas generalmente en la población con discapacidad en cuanto las dificultades de movilidad, los costos de traslado, los viajes largos en especial en población del régimen contributivo, dificultando el acceso a los servicios de salud y sociales impidiendo una adecuada adherencia a controles médicos y a posibles morbilidades que puedan agravarse bajo esta condición.

La familia es un factor importante a tener en cuenta debido a que la violencia por negligencia y abandono se incrementa en la edad mayor y enfermedades como la

demencia pueden incidir con mayor fuerza al interior de las mismas, derivado de la sintomatología relacionado en cuanto olvidos y la generación de situaciones de difícil manejo en el núcleo del hogar, generando posibles eventos de maltrato físico y emocional, al desconocer estrategias alternas para el manejo de la situación o procesos de aislamiento al considerar que puede ser un individuo poco funcional.

Consumo de SPA

El subsistema VESPA para el 2017, logro captar nueve casos de persona mayor de 60 años con consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas residentes la localidad de Tunjuelito; de acuerdo al sexo el 77,8% son hombres y el 22,2% mujeres. El 100% de la población reside en la UPZ Venecia.

Frente al estado civil el 33,3% son solteros y separados, seguidos de los casados con 22,2% y viudos con 11,1%. El 33,3% son ciudadanos habitantes de calle, no se identificó población con otras condiciones poblacionales y étnicas. Frente al grado de escolaridad, el 66,7% tienen primaria, el 22,2% básica secundaria y el 11,1% población sin escolaridad. Los ingresos provienen de la mendicidad con 44,4%, seguido de la categoría otros con 33,3% y un 22,2% con trabajo individual. En el aseguramiento en salud el 44,4% pertenecen al régimen subsidiado y población pobre no asegurada respectivamente y el 11,1% es contributivo.

Las principales drogas de inicio fueron el tabaco y alcohol, las cuales se mantienen con el tiempo y continúan como las principales drogas de mayor impacto, incluida la marihuana.

Tabla 11. Distribución droga de inicio y droga de mayor impacto en Vejez, localidad Tunjuelito, 2017.

Sustancias Psicoactivas	Droga de inicio		Droga de mayor impacto	
	N	%	N	%
Tabaco (Cigarrillo)	5	55,6	5	55,6
Alcohol	4	44,4	2	22,2
Marihuana	0	0,0	2	22,2
Total	9	100,0	9	100,0

Fuente: sistema de vigilancia epidemiológica VESPA 2017

Lesiones de causa externa Vejez

Durante el año 2017 desde el subsistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa (SIVELCE), se cuenta con un total de 52 registros de este tipo en residentes de la localidad de Tunjuelito, con una distribución por sexo mayor en hombres que en mujeres con un 55,8% de los casos. En cuanto la distribución por régimen de afiliación tiene un comportamiento similar al presentado en población general con un 65,4% adscrito al régimen contributivo.

En cuanto el tipo de lesión, los datos reflejan que en la mayoría de casos (n=43, 82,7%) son accidentales, relacionados principalmente caídas de propia en hogar o vía pública, los restantes casos (n=9, 17,3%) se relacionan a lesiones intencionales relacionadas a asaltos o riñas.

Es importante mencionar que se presume un subregistro importante de casos, relacionado con lesiones que a pesar de su gravedad no recibieron atención médica, no fueron notificadas adecuadamente y no proporcionan información del lugar de residencia entre otros factores.

En la unidad de análisis realizada evidenciaron diversos factores asociados a las lesiones, específicamente en cuanto las intencionales, se relacionan con la delincuencia, consumo de SPA, la percepción que un adulto mayor es una “victima” que podría generar menor resistencia, relacionado a una mayor vulnerabilidad relacionada con la edad.

En cuanto las lesiones accidentales, están estrechamente relacionadas con las condiciones de la localidad en cuanto la calidad de los andenes, los cuales a pesar de ser en su mayoría plana o con leves inclinaciones, la construcción desordenada, las dificultades para el mantenimientos de las mismas, el uso del espacios público para ventas formales e informales generan accidentes relacionados con las caídas

de propia altura, las cuales a mayor edad pueden representar mayores riesgos a esta población, lo cual se agrava de presentarse algún tipo de discapacidad que requiera ayudas técnicas que faciliten la movilidad, como de sillas de ruedas, caminadores o bastones propiciando dichos accidentes.

El hogar es otro lugar frecuente para este tipo de lesiones accidentales, la construcción permanente de las viviendas, las cuales con frecuencia tienen escaleras estrechas o empinadas, además de ser viviendas oscuras y en ocasiones en “obra gris”, genera que al interior del hogar se cuente con factores de riesgo que se potencializan según trascurre la edad, asociado a la perdida de reflejos y agilidad. Adicionalmente como se ha mencionado al adulto mayor, desde los diferentes miembros de la familia se le suele endilgar roles no propios para su situación como ser cuidadores de niños, responsables del hogar en cuanto al orden y aseo o en caso contrario, son aislados debido a una percepción de inutilidad, ambas situaciones generan un riesgo en la integridad de esta población.
Las acciones de prevención de la accidentalidad, generalmente no son direccionadas a la población adulta mayor, dejando a este momento de curso de vida sin herramientas para mejorar las condiciones en el hogar o entorno cercano, ya que las condiciones ambientales externas como andenes, calles, avenidas parques y demás zonas públicas que son responsabilidad de estén públicos para su cuidado y mantenimiento.

5.6.3. Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles

Condiciones crónicas

Las enfermedades crónicas presentan una alta prevalencia en la localidad de Tunjuelito y en general en la población adulta mayor, relacionada con hábitos de vida, incluyendo la alimentación, el sedentarismo, el poco ejercicio, las limitadas actividades de manejo de tiempo libre, la poca adherencia a tratamientos o cuidados en la juventud y adultez entre otros, siendo los eventos de enfermedad pulmonar obstructiva grave (EPOC), hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus, los de mayor frecuencia.

Según los datos registrados por el programa corazón y vida de la Subred Sur para la localidad de Tunjuelito, se cuenta con un total de 429 personas caracterizadas con EPOC en el periodo 2003 a 2017, con una relación aproximada de dos mujeres por cada hombre en el programa.

Tabla 12. Usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con EPOC en localidad de Tunjuelito por sexo, Subred Sur, 2003 - 2017

Localidad	Femenino	%	Masculino	%	Total
Tunjuelito	272	63,4	157	36,6	429

Fuente: Programa Corazón y Vida. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Año 2017.

Como es de esperarse, y en coherencia con la dinámica del evento y el número de atenciones, la gran mayoría de casos se dan en población mayor de 60 años; adicionalmente la diferencia por sexo disminuye a partir de los 60 años, posiblemente relacionado con la permanencia en casa de hombres que ya no trabajan o manejan una mayor cantidad de tiempo libre permitiendo acceder a estos programas. El mismo programa reporta 3057 personas adscritos al programa con HTA en el periodo 2003 a 2017 con la misma relación por sexo.

Tabla 13. Usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con hipertensión esencial (primaria) en localidad de Tunjuelito por sexo, Subred Sur, 2003 - 2017

Localidad	Femenino	%	Masculino	%	Total
Tunjuelito	2111	69,1	946	30,9	3057

Fuente: Programa Corazón y Vida. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Año 2017.

Por último, en cuanto a DM, los datos registrados en las bases reportan un total de 332 personas con dicha patología, es importante mencionar la potencial comorbilidad de dichos eventos en los pacientes, lo que incrementa los factores de riesgo para dicha población.

Tabla 14. Usuarios caracterizados por el programa corazón y vida con diabetes mellitus en localidad de Tunjuelito por sexo, Subred Sur, 2003 - 2017

Localidad	Femenino	%	Masculino	%	Total
Tunjuelito	204	61,4	128	38,6	332

Fuente: Programa Corazón y Vida. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Año 2017.

En las unidades de análisis realizadas, se evidencia la creencia de que las condiciones crónicas se dan y son un problema específicamente de la vejez, desestimando que estos eventos se desarrollan desde la adultez e incluso desde edades más tempranas, asociado a hábitos de vida, alimentación, ejercicio, consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillo y demás factores de riesgo que se desarrollan desde la adolescencia y juventud, ya que, como es sabido, la modificación de patrones comportamentales en la vejez y ya desde la edad adulta,

es una tarea muy compleja, la cual se trabaja fuertemente desde diferentes sectores, en especial el de la salud.

Como ya se mencionó, los determinantes identificados se relacionan con el manejo de tiempo libre y la actividad física, tanto en cuanto el deseo de realizarlos, como las opciones mismas para un adecuado desempeño, la presencia de parques cercanos, la inseguridad, la ausencia de grupos sociales que permitan realizar actividades en compañía afectan de manera importante la necesaria actividad tanto para la prevención como para el control de eventos crónicos.

Los hábitos de vida son un factor capital a tener en cuenta, los cuales deben trabajarse desde la infancia, siendo los principales obstáculos las limitaciones económicas sociales y culturales tanto para el acceso como para la selección de alimentos saludables. Adicional a esto, se encuentra el consumo de sustancias nocivas para el organismo, pero que son aceptadas socialmente como el alcohol y demás sustancias psicoactivas ilegales, las cuales inician generalmente en la adolescencia y juventud, pero debido a su carácter adictivo, con frecuencia se arraigan de tal manera que es muy complejo el cambio comportamental del consumo.

Así mismo, se mencionan el sedentarismo y las dificultades para el autocuidado, ya que dichas prácticas se incentivan con poca frecuencia, y cuando se realiza son tomadas como castigo relacionado a la baja percepción de riesgo que se tiene y al desinterés en los temas de salud cuando no se cuenta con alguna patología, hecho que genera profundas dificultades para su realización, así como la detección temprana de signos y síntomas de alarma, no solo para condiciones crónicas, sino para cualquier tipo de enfermedad.

La empleabilidad en la localidad es un problema estrechamente relacionado con las presencia de enfermedades crónicas. El trabajo informal no cuenta con aseguradora de riesgos laborales, no hay uso o control de los métodos de protección personal, las condiciones exigen, en muchos casos, periodos prolongados de trabajo en la misma postura o haciendo movimientos repetitivos, las condiciones medioambientales, el acceso a la salud como un gasto y no una acción preventiva, entre otros. Dichos factores están asociados a la poca oferta de trabajo formal, bajo acceso a formación académica, desempleo, alta contaminación ambiental, violencia intrafamiliar, débiles redes de apoyo y demás factores psicosociales que inciden la elección de un trabajo informal como fuente se sustentó individual y familiar.

Otro factor identificado es la realización de acciones de manera desarticulada por parte de las diferentes instituciones para la intervención de problemáticas sociales en población mayor, repitiendo las mismas acciones al abordar la misma población, entre otras fallas. Esto podría subsanarse si se contara con espacios y fuentes de información de uso común, que permitiera la identificación de la población, sus necesidades y la realización de acciones articuladas, realizadas y realizables, que incidan de manera significativa en la población, disminuyendo la duplicidad e incrementando la cobertura.

Edentulismo

Es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en parcial y total. Las causas que lo producen son diversas, las principales causas son la caries dental y la enfermedad periodontal.

Durante el año 2017 en la localidad se notificaron al subsistema SISVESO 133 adultos mayores, de los cuales el 97% presentaron edentulismo (n=129); en relación al sexo el 63,6% eran mujeres y 36,4% hombres. Este evento está principalmente asociado a la no adherencia al tratamiento odontológico, nivel socioeconómico, medio ambiente, servicios sanitarios, enfermedades sistémicas, hábitos como el consumo de alimentos no saludables. Es un evento frecuente en la población a través del tiempo.

La mayoría de los adultos mayores que presentaban edentulismo pertenecían al estrato socioeconómico uno, en las mesas de análisis desarrolladas, se identificó que el factor económico puede afectar la salud oral, debido a que incluye en el consumo alimentos saludables y en las condiciones para la higiene oral (compra de elementos necesarios para realizar la práctica adecuada de higiene oral).

Otro de los factores que presentan mayor relevancia en la salud oral de los adultos mayores son los hábitos de higiene oral. Este comportamiento puede verse influenciado por aspectos culturales e imaginarios, aun presentes en la población como: “es normal que con la edad los dientes se caigan”. También se ha identificado que los hábitos de higiene son inadecuados: la mayoría de los casos presentaron baja frecuencia del cepillado (entre 1 y 2 veces al día) y la calidad del cepillado fue deficiente; con relación a los insumos básicos se observó que la mayoría no usan seda dental y enjuagué bucal. Se han identificado inadecuados hábitos alimentarios como el consumo elevado de azucares y carbohidratos y bajo consumo de proteínas frutas y verduras. En relación a poblaciones diferenciales, para este momento de curso de vida, se identificaron dos personas con discapacidad, en los cuales se observó inadecuadas prácticas de higiene oral, con una frecuencia de cepillado de

dos veces al día, al igual que el uso de la crema dental, no refirieron uso de seda dental y enjuague bucal.

Discapacidad

La localidad de Tunjuelito cuenta 5366 personas con discapacidad en el momento de curso de vida vejez, es decir el 59,4% del total de población con discapacidad registrada para la localidad, en relación al sexo el 63,2% son mujeres y el 36,8% son hombres.

Teniendo en cuenta el tipo de alteración identificada el 25,6 refirió alteración en el movimiento del cuerpo, piernas y brazos, el 17,9% alteración el sistema cardiorrespiratorio y defensas, el 16,4% alteraciones en los ojos, 15,1%, alteraciones en el sistema nervioso 11,5%, alteraciones de digestión, metabolismo y hormonas 9,3%, alteración en los oídos 8,5%, alteraciones en el sistema gental y reproductivo 5,2%, alteraciones en la vos y habla 2,3%, alteraciones en la piel 1,5%, alteraciones en los demás órganos de los sentidos 0,8%, otras alteraciones 0,4%.

Del total de población en momento de curso de vida vejez el 36,4% requieren de ayuda permanente para realizar las actividades de la vida cotidiana, lo cual puede ocasionar en el núcleo familiar de la persona con discapacidad, problemas importantes a nivel económico y social al requerirse un cuidador permanente.

En relación con las barreras identificadas, la población en momento de curso de vida vejez reporto el 60,1% del total de barreras identificadas en la población con discapacidad de la localidad de Tunjuelito. En mayor proporción se encuentran las barreras en escaleras con un 17,2%, seguido están las barreras en la calle con un 16,2%, barreras en el vehículo con un 14,9%, barreras en la acera con un 10,2% siendo estas las de mayor peso porcentual en este grupo de edad.

5.6.4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional

Desde el componente SISVAN en 2017 se realizó valoración nutricional a 4.908 adultos mayores residentes de Tunjuelito, de acuerdo a la distribución por sexo el 73% son mujeres y el 27% hombres, se identificó un riesgo nutricional, asociado a sobrepeso con 40,4%, obesidad con 27,4% y desnutrición con 1,2%.

Desde la unidad de análisis se identificó que el estado nutricional del adulto mayor está relacionado con el proceso de envejecimiento, y este proceso está influenciado por el estado nutricional sostenido a lo largo de la vida, el estado nutricional del adulto mayor se relaciona con el deterioro de sus capacidades funcionales, con una habitual polimedicación y con la situación socioeconómica en que se encuentra. Durante el envejecimiento, se producen cambios corporales, emergen alteraciones metabólicas y alimentarias, y coexisten enfermedades crónicas y agudas.

De acuerdo a lo anterior en Tunjuelito las primeras 15 causas de morbilidad en consulta externa por grupos de diagnósticos CIE 10, en la USS Tunjuelito en 2017, en el grupo poblacional mayor de 60 años, se observa que las principal atención se da por enfermedades crónicas y el 1,5% de las atenciones agrupa trastornos metabólicos, obesidad y otros tipos de hiperalimentación.

Tabla 15. **Primeras 15 causas de morbilidad por consulta externa por grupos de diagnósticos CIE 10 y sexo en población mayor de 60 años, USS Tunjuelito, 2017.**

#	CAUSAS	Mujer	Hombre	Total	%
1	Enfermedades Hipertensivas	1889	753	2642	34,5
2	Diabetes Mellitus	1082	469	1551	20,3
3	Enfermedades Crónicas De Las Vías Respiratorias Inferiores	400	274	674	8,8
4	Trastornos De La Glándula Tiroides	349	58	407	5,3
5	Otras Formas De Enfermedad Del Corazón	174	157	331	4,3
6	Enfermedades Isquémicas Del Corazón	77	96	173	2,3
7	Artropatías	124	38	162	2,1
8	Artrosis	132	28	160	2,1
9	Enfermedades Del Esófago, Del Estómago Y Del Duodeno	70	16	86	1,1
10	Osteopatías Y Condropatías	78	5	83	1,1
11	Trastornos Episódicos Y Paroxístico	27	40	67	0,9
12	Insuficiencia Renal	33	33	66	0,9
13	Trastornos Metabólicos	46	15	61	0,8
14	Enfermedades De Las Venas Y De Los Vasos Y Ganglios Linfáticos, No Clasificados En Otra Parte	36	22	58	0,8
15	Obesidad Y Otros Tipo De Hiperalimentación	48	9	57	0,7
Resto de las causas		623	454	1077	14,1
Total		5188	2467	7655	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE: USS Tunjuelito. 2017

En la mesa de SAN, se reconoce que la afectación nutricional de la vejez está relacionada con los estilos de vida y prácticas de salud que tienen las personas a lo largo de la vida. En este momento del curso de vida se presenta el estado crónico de la enfermedad, asociado a hábitos alimentarios inadecuados, historial de sedentarismo, inasistencia a controles médicos y exámenes, ya sea por falta de acceso a los servicios de salud o por la falta de tiempo (debido a la necesidad de responder a las exigencias laborales y familiares).

Así mismo las relaciones interpersonales y el desarrollo libre de su autonomía se ven limitadas, dado que los adultos mayores se hacen cargo del cuidado de nietos,

u otros por la incapacidad generada de su enfermedad, de igual manera las situaciones de alteraciones en su estado de ánimo que desencadena soledad y frustración. Otro factor determinante es el económico, la mayor parte de los adultos mayores, realizaron actividades informales y no cuentan con pensión u otro tipo de ingreso en la vejez, por lo que deben continuar desempeñando labores que generen ingresos o dependiendo de su familia y/o ayuda social.

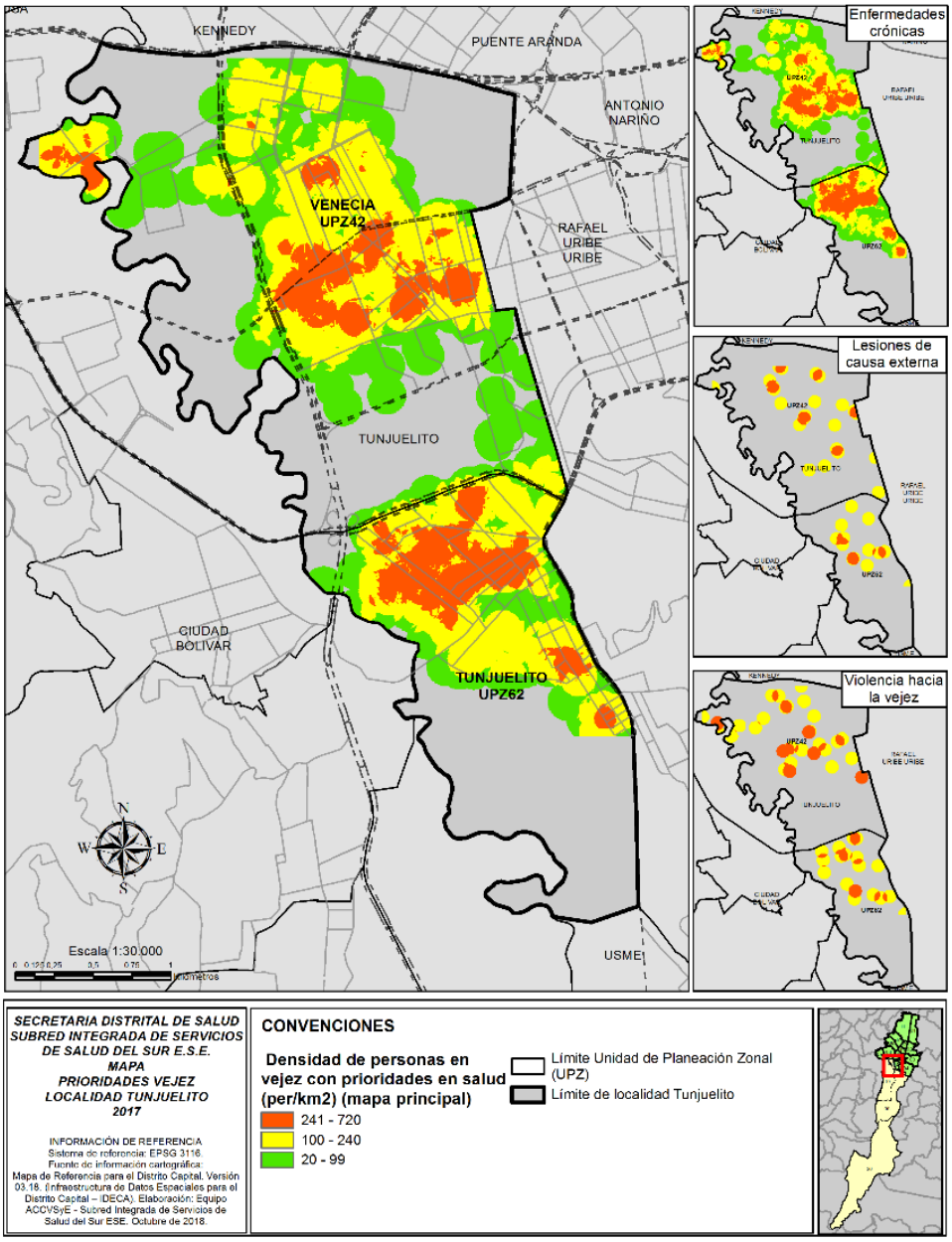
Otro factor es el edentulismo, asociado a lo que ingieren o dejan de ingerir, la pérdida de dientes incide conlleva a que los adultos mayores tienden a elegir alimentos blandos o líquidos que son más fáciles de masticar, los cuales a su vez son bajos en fibras y con menor cantidad de nutrientes. Otro factor incidente son los problemas funcionales de masticación, ya que la falta de dientes, compromete el rendimiento y la eficacia masticatoria, es decir se necesita un mayor número de movimientos masticatorios para lograr la reducción del alimento en bolo alimenticio, preparado para la deglución.

5.6.5 Puntos críticos del momento del Curso de vida Vejez

La concentración espacial de los riesgos en salud para la población del momento de curso de vida vejez permite identificar que los barrios San Carlos, San Benito, Tunjuelito y Abraham Lincoln concentran un conjunto relevantes de determinantes sociales que impactan de forma negativa en las condiciones de salud de este grupo de población (mapa 8). Se identifica por ejemplo en el barrio San Carlos y San Benito que las condiciones en salud ambiental, como las condiciones precarias de las viviendas, así la contaminación del aire y agua, aportan en que se mantengan enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la hipertensión arterial (HTA); igualmente el sedentarismo y las practicas inadecuadas de alimentación y actividad física generan en el territorio la permanencia de otras condiciones crónicas como la diabetes mellitus**.**

Por su parte en los barrios Tunjuelito y Abraham Lincoln la población en vejez también participa en actividades laborales, principalmente de tipo informal, dado que al no contar con una pensión que garantice recursos para satisfacer mínimos vitales, el abandono por parte de familiares y la baja oferta social en el contexto de las necesidades de la población, se exponen a cargas laborales excesivas y con ello a riesgos biomecánicos que deterioran aún más las condiciones de salud ya presentes por naturaleza en la vejez, lo que se acentúa con la baja corresponsabilidad y adherencia a tratamientos y servicios de salud.

Mapa 8. Concentración espacial del riesgo en salud para la población del momento de curso de vida vejez, Tunjuelito, 2017.



Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur ESE, 2019.

5.6.6. Acciones

Desde el espacio de vivienda, en vejez y en condición de discapacidad se cuenta con un equipo conformado por terapeuta y enfermero y/o psicólogo desarrolla acciones que favorecen desde el área física y psicosocial la adaptación al entorno y la realización de tareas independientes de manera progresiva y según condición del usuario. Se brinda educación al cuidador frente a uso de elementos, ejercicios diarios y autocuidado para el manejo del cansancio del rol de cuidador. Se realiza

gestión para la obtención de ayuda estatal según el caso a través de activación de ruta. Se realiza educación para la prevención de enfermedades crónicas y se fortalecen cuidado en usuarios que ya presentan la enfermedad.

Desde el componente gobernanza, para el proceso de Registro de Localización y Caracterización de Persona con Discapacidad (RLCPD), se realiza verificación previa en el sistema de información web a nivel distrital y nacional en el que se comprueba si se encuentra caracterizado o no, Si el caso es nuevo se procede a direccionar con el registrador de la localidad, se inicie el proceso de caracterización y localización. Se realiza como ajuste razonable, visita domiciliaria aquellas personas que no pueden trasladarse hasta un punto fijo de registro. De tal forma que la registradora se encargue de realizar la caracterización del paciente con los soportes establecidos.

Se brinda información de los proyectos de inversión específicamente del subsidio de la tarjeta tu llave SITP y en qué tiempo puede proceder a solicitarlo y a los casos se canaliza e informa al banco de ayudas técnicas para que estos determinen inicio de contacto.

Desde vigilancia comunitaria, se trabajó desde la investigación acción participativa con un grupo de persona mayor en identificación y empoderamiento frente a manejo inadecuado de residuos sólidos, buscando fortalecer empoderamiento de líderes-lideresas y respuesta frente a problemáticas colectivas presentadas.

Desde la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se realizan intramuralmente actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: control de placa bacteriana, detartraje y atención especializada.

5.6.7. Respuesta Intersectorial y Sectorial Adultez

Secretaria de integración social desde los proyectos: 1103 espacios de integración social y 1099 envejecimiento digno, activo y feliz; el Instituto Distrital de la Participación y Acción Distrital con fortalecimiento conceptual en mecanismo de participación a la población.

Desde el sector salud se implementó el programa corazón y vida, el cual brinda atención integral a los usuarios con diagnóstico de Hipertensión arterial o Diabetes Mellitus, con un abordaje terapéutico multidisciplinario, que involucre al usuario y su familia en la formulación de su plan de manejo, impactando positivamente la morbimortalidad, generando hábitos y estilos de vida saludable

6. Prioridades transversales a todos los momentos de curso de vida de la Dimensión Salud Ambiental

Con relaciona a esta dimensión se definieron algunas prioridades que son trazadoras en la vida de todos o al menos gran parte de los pobladores de la localidad de Sumapaz, independiente el momento de curso de vida que transite, es así como se realizó un análisis de la calidad del aire y del agua con el fin de conocer las características de estos eventos y como pueden afectar la salud y la calidad de vida de sus pobladores.

Calidad del aire

La Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá (RMCAB), permite recolectar información sobre la concentración de contaminantes, tanto de origen antropogénico como de origen natural, así como sobre el comportamiento de las variables meteorológicas, que en conjunto interactúan y definen la calidad del aire para los residentes de Bogotá D.C. y con especial atención para la localidad de Tunjuelito a través de la estación El Tunal.

Para el 2017 en la localidad de Tunjuelito el promedio anual de las concentraciones de PM10 fue de 43 ug/m^3, valor que supera el valor de referencia indicado por la OMS para la generación de alertas sanitarias de 20 ug/m^3, pero sin superar el valor de referencia nacional de 50 ug/m^3. Se estima que cerca del 83,3% del año el comportamiento de la calidad del aire por esta variable tuvo un nivel favorable. El aporte sobre el impacto en salud generado por el deterioro de la calidad del aire se ve reflejado en la aparición de enfermedades como el cáncer pulmonar, la bronquitis y el asma.

En la localidad de Tunjuelito se presentaron las siguientes variables significativas de los efectos en salud por exposición a contaminación del aire; es así que los niños que le circula a menos de 100 metros de su vivienda un tráfico pesado presentan tres veces más la probabilidad de manifestar tos en la noche en el último mes respecto a los niños que no le circula cerca de su vivienda tráfico pesado OR 3,7 (1,8-7,5). Los menores de 5 años que su jardín se encuentra en una zona expuesta a la contaminación ambiental presentan dos veces más la probabilidad de presentar ausentismo escolar con relación a los menores que su jardín se encuentran en una zona de menor exposición a la contaminación ambiental OR 2,3(1,4-3,9).

La baja calidad del aire también se analiza a escala de vivienda y hogar y tiene un impacto en la salud humana relevante, al identificarse que la humedad que

presentan las viviendas de la localidad aumenta las enfermedades respiratorias en cada persona que reside en ellas, situación que se refuerza dado los bajos recursos económicos de las familias para mejoramiento habitacional.

Otro factor que incide en el deterioro de la calidad del aire es el aumento del tamaño poblacional, dado que aumenta la demanda sobre el uso del transporte para la movilidad en la ciudad y con ello un incremento de las emisiones de gases de efecto invernadero a la atmosfera y de la huella ambiental, principalmente en el sector que comprende el cruce de la Avenida Boyacá y la Carrera 24 o Avenida Mariscal Sucre, en donde el alto flujo vehicular refuerza la carga contaminante emitida a la atmosfera.

En lo referente a olores ofensivos en la localidad de Tunjuelito para 2017 se identificaron 6 puntos, provenientes de una fábrica de tapetes de caucho ubicada en el barrio Tunjuelito, de una bodega de reciclaje que se encuentra ubicada en el barrio San Benito, un establecimiento donde realizan labores de pintura que se encuentra ubicada en el barrio Tunjuelito, establecimiento ubicado en el barrio San Benito y que está generando afectaciones a la comunidad aledaña ya que genera unos olores muy ofensivos al parecer por el almacenamiento de productos químicos en condición de abandono, presencia de olores ofensivos que provienen de una fábrica de tamales que funciona en cercanías a su vivienda. Dicho establecimiento se encuentra ubicado en el barrio San Vicente de Ferrer. Otros olores ofensivos son generados por una empresa procesadora de alimentos de animales, además se genera un polvillo negro que está afectando la salud de los vecinos del establecimiento. Dicho establecimiento se encuentra ubicado en el barrio Rincón de Venecia.

Otros impactos en salud asociados al deterioro en la calidad del aire están relacionados con muerte prematura en personas con enfermedades cardiacas o pulmonares, infartos de miocardios no mortales, latidos irregulares, asma agravada, función pulmonar reducida y síntomas respiratorios aumentados, como irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar.

Calidad del agua

La principal fuente hídrica de la localidad sexta es el río Tunjuelito, el cual se encuentra contaminado principalmente por la industria local: curtiembres y chatarrerías, cuyos procesos productivos generan residuos líquidos tóxicos que son vertidos en sus aguas; a esto se suma los lixiviados y otros residuos contaminantes de la basura provenientes del relleno Sanitario 'Doña Juana' y el Parque Minero Industrial (6).

Calidad del agua y saneamiento en ronda del rio Tunjuelito a la altura de San Benito a causa de los vertimiento de aguas residuales a los cuerpos hídricos; no hay una óptima canalización de residuos para minimizar efectos negativos en el cuerpo de agua; falta de buen manejo de canalización de vertimiento, faltan mediciones y estudios frente a olores; aumento de población comerciante frente a la industria en varias sectores de la economía; altos costos en los servicios adicionales; proliferación de olores fuertes y ofensivos, degradación ambiental del aire y agua.

El agua contaminada genera concentración de malos olores y vectores que son percibidos por la comunidad, especialmente en los barrios Nuevo Muzú, Rincón de Nuevo Muzú, Rincón de Venecia e Isla del Sol, y especialmente, en la quebrada Chiguaza (afluente del río) entre los barrios San Benito, Abraham Lincoln y Tunjuelito en la UPZ Tunjuelito (3).

7. Conclusiones

A continuación se consignan una serie de conclusiones derivadas del proceso de análisis desarrollados por momento de curso de vida.

7.1. Conclusiones primera infancia

El trabajo informal es un fenómeno general en la localidad de Tunjuelito, incidiendo significativamente en las condiciones de calidad de vida de sus habitantes. Hasta que no se superen las condiciones de pobreza, ninguna política pública será suficiente para brindar la atención y la protección que las gestantes y los menores de 5 años.

La violencia intrafamiliar sigue siendo el mayor factor entre todas las formas de violencia, lo cual afecta a todos los momentos de curso de vida. La respuesta a esta situación debe ser integral e intersectorial.

La sífilis gestacional y congénita son eventos de alto costo humano, social y económico de quienes la padecen, motivo por el cual se deben continuar y fortalecer los programas de detección y tratamiento, extensivos a los hombres, como potenciales trasmisores. Es de reiterar que la mortalidad perinatal y natal por causas tratables, prevenibles y controlables en la consulta preconcepcional o en control prenatal, es totalmente injustificable.

La desnutrición, que afecta a todos los cursos de vida, es especialmente grave en la primera infancia. Aunque, evidentemente, hay una incidencia importante de las condiciones económicas de las familias en dicho evento, se ha constatado que son los malos hábitos alimentarios los que afectan en mayor medida la adecuada nutrición.

7.2. Conclusiones infancia

En el análisis se identificó que persisten barreras estructurales en el Sistema General de Salud, afectando con mucha frecuencia a la población infantil. En familias extensas o disfuncionales y con bajo nivel educativo de los padres -comunes en la Localidad-, los menores de este curso de vida son los que más sufren las consecuencias del abandono y falta de acompañamiento. El hecho de que, en apariencia, son autónomos en muchos aspectos de la vida cotidiana, los pone en una grave situación de vulnerabilidad. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el sector Salud y la Subred Sur carecen de las competencias y posibilidades para intervenir en un determinante estructural como este.

Es de resaltar que, a pesar de las acciones realizadas por el sector salud, la comunidad manifiesta que no son del todo visibles las acciones realizadas para la disminución y erradicación del trabajo infantil. También se consideran insuficientes

las instituciones para la atención de NNA trabajadores, lo cual es muestra la necesidad de hacer esfuerzos intersectoriales para la atención y seguimiento del evento de trabajo infantil en la Localidad.

7.3. Conclusiones adolescencia

Actualmente, los niños ya están expuestos a estas situaciones, ya sea por su entorno social o por las nuevas tecnologías que brindan acceso ilimitado a la información, sin que medie ningún tipo de supervisión.

En cuanto a las consultas médicas, el análisis del determinante ha arrojado que no se cuentan con servicios diferenciales para jóvenes y adolescentes que pueda llamar la atención de esta población. Se realizan consultas las IPS, las cuales entregan fórmulas con el método de regulación de la fecundidad, sin acompañamiento psicológico o social

7.4. Conclusiones juventud

Para el 2017 en Tunjuelito al subsistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancia psicoactivas (VESPA) registró a 174 personas entre los 18 y 28 años (90,2% son hombres, un 9,2% son mujeres y el 0,6% intersexual). Entre los factores sociales se tiene información referida a dificultades familiares traducidas en tiempos prolongados sin supervisión de adultos y desestructuración familiar, así mismo se tiene la influencia negativa de pares. En los análisis realizados de la prioridad, se encuentra que en Tunjuelito predomina entre los jóvenes el uso experimental de sustancias psicoactivas como el “dick” y la marihuana.

Al sistema de vigilancia epidemiológica VESPA durante el 2017, se notificaron 235 jóvenes con residencia en la localidad en Ciudad Bolívar, por consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas; el 75,3% son hombres y el 24,7% mujeres. El tabaco (cigarrillo) fue la droga de inicio más frecuente (49,8%), seguido por marihuana (22,1%) y por alcohol (17, 4%). En estas tres sustancias se concentró el 89,4% del total de los casos.

7.5. Conclusiones adultez

En adultez la violencia emocional se da en 93% (n=140) de los adultos notificados y ocurren en el hogar con 92,1%; seguido de la violencia física, identificada en un 37% (n=56), la ocurrencia se presenta en un 96,6% de los casos en el hogar; se observa que la suma de los tipos de violencia es superior al número de

notificaciones, puesto que en múltiples eventos se logra identificar más de un tipo de violencia.

En este curso de vida se identificó poca oferta de programas sociales en horarios de fácil acceso, menor disponibilidad de tiempo de los y las adultas para acudir a sus controles médicos y sus seguimientos en salud, priorizando otras actividades de acuerdo al rol que tienen dentro de su núcleo familiar; adicionalmente en su desarrollo se inician los quebrantos propios de la edad e inician las repercusiones de los hábitos de vida

7.6. Conclusiones vejez

En cuanto los eventos de violencia en el adulto mayor en el año 2017, se registraron 60 casos, en su mayoría relacionado con eventos de negligencia y abandono, siendo el principal agresor los hijos quienes se espera se hagan cargo de su cuidado, adicionalmente como factores de riesgo se observa un bajo nivel educativo y la ausencia de pareja.

Con relación a las condiciones crónicas en la localidad, según datos del programa Corazón y Vida de la Subred Integrada de Servicios Sur, en el periodo de enero a mayo 2018 se cuenta con 6.219 inscritos de los cuales 5.462 asisten regularmente a los talleres y de los cuales, 142 asistieron a los servicios de urgencias en dicho periodo por alguna patología asociada a su condición

8. Recomendaciones

A continuación se consignan una serie de recomendaciones derivadas del proceso de análisis desarrollados por momento de curso de vida.

8.1. Recomendaciones primera infancia

Teniendo en cuenta que las madres gestantes y los menores de 6 años son una población vulnerable de especial protección, se debe poner a esta población en el centro de la Salud Pública, de tal forma que desde todos los sectores del Distrito se les reconozca como tal, brindándoseles las garantías institucionales para el goce pleno de sus derechos. Por consiguiente, es imperativo continuar y reforzar las acciones tendientes a eliminar las barreras de acceso a la salud, en el marco de las estrategias de calidad de la atención integral dispuestas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y en Resoluciones como la 1709 de 2014 de la Alcaldía de Bogotá, en la cual se establecen los criterios y pautas que deben cumplir las IPS del Distrito Capital para mejorar la atención materna, haciendo énfasis en la necesidad de corregir las situaciones que afectan la atención integral, oportuna y

con calidad, y reitera las debilidades frente a la seguridad del paciente, que generan riesgo para las mujeres gestantes durante la prestación de los servicios de salud. Así, la prestación del servicio debe ser conveniente para las gestantes y los menores, quienes deben ser atendidos oportunamente en el centro de salud más cercano a su lugar de vivienda, esto, sin importar el régimen de salud al que pertenezcan. El Sistema de Salud debe ser una fuente de integración y compromiso social y no de discriminación o de inequidad.

Es necesario avanzar en la promoción de los servicios que se ofrecen actualmente en la Subred, para que estos sean aprovechados por la población, con campañas diferenciadas, visitas domiciliarias y charlas informativas durante los controles y las citas médicas.

Se debe ampliar y aplicar los programas de educación para los padres y cuidadores respecto a la salud propia y los cuidados perinatales y natales, que incluyan signos de alarma, higiene, hábitos alimentarios y vivienda. A partir de un trabajo intersectorial coordinado (Salud, Hábitat, Espacio Público, Educación) y con la participación de los diferentes espacios de la Subred, se puede incidir significativamente en la disminución de la mortalidad en este curso de vida. De igual forma, continuar e intensificar la difusión de programas como “Embarazados todos por la vida” de la SDS en los que se llama la atención sobre la importancia de que el padre se involucre responsablemente como una parte esencial del proceso de gestación y crianza.

8.2. Recomendaciones infancia

Es necesaria una respuesta intersectorial que incida en las situaciones de abandono y obliguen a los padres, desde la institucionalidad (ICBF, Secretaría de Educación, Policía, etc.) a llevar y mantener a sus hijos menores en el Sistema de Salud a prestarles la atención integral que requieren. Esto sumado al cumplimiento de la normatividad por parte de los empleadores, que, cumpliendo la ley, deben facilitar los permisos del caso, so pena de sanciones severas.

Es importante ampliar la oferta recreativa, deportiva y cultural, con programas continuos y sostenidos en el tiempo, que además de contribuir con el desarrollo óptimo en la infancia, se constituyen en redes de apoyo y de socialización para los menores. Así mismo, se deben realizar actividades de identificación y sensibilización sobre los problemas que conlleva el trabajo infantil para las familias que presentan tal situación o que están en riesgo de tenerla.

8.3. Recomendaciones adolescencia

Iniciar la educación en salud mental y sexual desde la infancia, teniendo en cuenta la prolongada y no controlable exposición que NNA tiene información de toda índole.

Fortalecer las Estrategias del PDSP de información, educación y comunicación para el fortalecimiento de redes y movilización social "para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la consolidación de la política de educación sexual", que involucre "a toda la comunidad educativa (niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres, madres, cuidadores, profesorado y demás personas que se relacionan con las instituciones educativas), que incluya la expansión de cobertura y calidad del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía" (PDSP 2012 – 2021) para que, a partir del autoconocimiento y la autodeterminación, construyan su proyecto de vida, tomando decisiones informadas y conscientes, acordes a su momento de curso de vida. Este acompañamiento debe ser con programas intersectoriales que incluyan Salud y Educación.

Se requiere continuar con el mejoramiento del servicio de salud, haciéndolo más humano y más claro para los usuarios. Esto, además, crea adherencia a los controles y tratamientos.

8.4. Recomendaciones juventud

Formular campañas de autocuidado, en las que prioricen los eventos de salud mental como el suicidio y el consumo de SPA, así como de salud sexual, como temas de especial interés para jóvenes y adolescentes.

Respecto al determinante de salud sexual, se mencionan los 'Talleres colectivos', los cuales fueron la estrategia utilizada durante los últimos meses para trabajar en temas como autonomía identidad, prevención de abuso sexual (para niños), autoestima y auto concepto, cambios corporales, entre otros. Estos talleres suelen ser espacios de una hora, lo que obliga a abordar los temas de manera muy general. Teniendo esto en cuenta, podrían ser más útiles si se complementan con las intervenciones individuales que se hacían anteriormente, las cuales eran 'consultas' de hasta dos horas donde había una interacción directa con los jóvenes, y en las cuales estos podían hablar con más confianza con los profesionales, que a su vez podían detectar situaciones de riesgo o de vulneración de derechos o de integridad.

Es importante involucrar a los padres y cuidadores en los asuntos de salud mental y sexual, a pesar de la resistencia de algunos de ellos, para que puedan brindar información y guía idónea a sus hijos. De igual manera, hay que extender las charlas y programas a la infancia, pues actualmente solo están llegando a los jóvenes de

bachillerato. Contrarrestar los peligros que representa el consumo de SPA debe constituir una estrategia integral, que incluya todos los ciclos y los sectores sociales.

8.5. Recomendaciones adultez

Se requiere de acciones en prevención y mejoramiento del uso de elementos de protección y educación en cuanto una adecuada realización del trabajo, en especial con relación a la postura por tiempos prolongados, los movimientos repetitivos y accidentes laborales, para disminuir la carga de enfermedad de salud ocupacional y la presencian de accidentes.

Para la prevención de condiciones crónicas, se requieren cambios más estructurales para afectar positivamente en la calidad de vida, donde es importante realizar estrategias articuladas con otros sectores para fortalecer hábitos de vida saludable mediante talleres de educación con una mayor cobertura y en horarios accesibles, donde se incorporen temáticas frente al consumo de frutas y verduras, actividad física, preparación de alimentos de manera saludables, identificación de signos y síntomas para la prevención de enfermedades crónicas, autocuidado, entre otros.

8.6. Recomendaciones vejez

Se requiere de acciones coordinadas con otros sectores que aborden población en vejez, para evitar la segmentación y duplicidad de acciones, mejorando así la cobertura poblacional, realizando un ejercicio de necesidades y oferta para priorizar las acciones, generando una agenda sectorial en una concordancia con todos los sectores.

Otra estrategia a realizar es la gestión proyectos desde el sector público o mediante la alianza pública privada, para contar con mayor oferta institucional en pro de la calidad de la calidad de vida, como son instituciones para el cuidado del adulto mayor en especial a los que no cuentan con los beneficios del SGSS, garantizando las necesidades básicas para una vejez digna.

9. Bibliografía

1. Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA) - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital. Mapa de Referencia versión 03.18. Vol. 03.18. Bogotá D.C.; 2018.
2. Secretaria Distrital de Ambiente; Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático. Plan Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático para Bogotá D.C., 2015-2020. Bogotá D.C.; 2015.
3. Serra JD. Nutricion En La Infancia Y Adolescencia. Man Práctico Nutr y Salud

[Internet]. 2011;207–21. Available from: http://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_13.pdf

4. Vargas cruz SL, Rodriguez Escobar G, Ibañez Pinilla EA, Matiz Salazar MI, Overgaard HJ. Relación entre el estado nutricional y el ausentismo escolar en estudiantes de escuelas rurales. Rev Salud Pública [Internet]. 2016;17(6):861–73. Available from: http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/48709
5. Nutrition S, Academy S, Nutrition S, Nutrition C, Studies N. Determinantes de obesidad en la infancia : estudio científico ANIBES Determinantes de obesidad en la infancia : estudio científico ANIBES.
6. Aranceta Bartrinaa J, Perez Rodrigo C, Ribas Barba L, Serra Majem L. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. Rev Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2005;VII:13–20. Available from: http://www.pap.es/files/1116-422-pdf/435.pdf
7. Secretaria de cultura R y D. Encuesta bienas de Culturas. 2015.
8. Enonómico O de desarrollo. Boletin Nº 6 Localidad Tunjuelito. 2015;(6):63–5. Available from: http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/48709