

DOCUMENTO ANÁLISIS DE CONDICIONES DE CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD - 2018

Localidad de Kennedy - Subred Sur Occidente
E.S.E.

8



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Alcalde Mayor de Bogotá
Enrique Peñalosa Londoño

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Coordinación General del Documento
Diana Carolina Fajardo Niño

Autores Subred Sur Occidente
Claudia Patricia Beltrán Beltrán
Mónica Andrea Rodríguez Aranda
Adriana Lizzette Colorado Arangure
Claudia Bermúdez Olaya
Sandra Isabel Barbosa
Johanna Alexandra Mateus Ávila
Carolina Santofimio Delgado
Diego Fernando Bejarano
Freddy Andrés Chitiva Zamudio
Javier Camilo Aguillón Pérez
Carlos Fernández

Fotografía portada
Oficina asesora de comunicaciones
Subred Sur Occidente

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2018
www.saludcapital.gov.co

TABLA DE CONTENIDO

.....	1
1. INTRODUCCIÓN	8
2. OBJETIVOS	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos	9
3. METODOLOGÍA.....	10
3 ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD	21
3.1 Primera infancia.....	25
3.2 Infancia	35
3.3 Adolescencia	43
3.4 Juventud	53
3.5 Adultez.....	64
3.6 Vejez.....	71
4 CONCLUSIONES.....	77
5 RECOMENDACIONES	80
6 BIBLIOGRAFÍA	84

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Matriz relacional de prioridades por momento decurso de vida, localidad de Kennedy, 2018.....	11
Tabla 2. Resultados jerarquización grupos funcionales, localidad de Kennedy, año 2018.....	13
Tabla 3. Características de Superficie y Clasificación UPZ localidad de Kennedy	21
Tabla 4. Condiciones de la vivienda, localidad de Kennedy-Bogotá-UPZ, año 2017	23
Tabla 5. Resultados método Hanlon, prioridades primera infancia, Kennedy, 2018.....	26
Tabla 6. Resultados método Hanlon, prioridades infancia, Kennedy, 2018.....	36
Tabla 7. Resultados método Hanlon, prioridades Adolescencia, Kennedy, 2018.....	44
Tabla 8. Tasa de fecundidad adolescentes, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2010 - 2017.....	50
Tabla 9. Tasa de fecundidad jóvenes, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2010 - 2017	53
Tabla 10. Resultados método Hanlon, prioridades juventud, Kennedy, 2018.....	54
Tabla 10. Tasa de fecundidad adultas, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2010 - 2017...	64
Tabla 10. Resultados método Hanlon, prioridades adultez, Kennedy, 2018	65
Tabla 10. Resultados método Hanlon, prioridades vejez, Kennedy, 2018.....	71

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Tasa Bruta de Natalidad, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2010 - 2017	26
Gráfica 2. Nacidos vivos más fetales y mortalidad perinatal, localidad de Kennedy, años 2010 – 2017.....	27
Gráfica 3 Prevalencia Bajo peso al nacer, localidad de Kennedy y Bogotá, años 2010 – 2017	30
Gráfica 4. Mediana lactancia materna, localidad de Kennedy y Bogotá, años 2012 - 2017 ...	33
Gráfica 5. Violencia intrafamiliar, infantes, localidad de Kennedy y Bogotá, años 2013 – 2017	37
Gráfica 6. Violencia intrafamiliar por sexo, infantes, localidad de Kennedy, años 2013 – 2017	37
Gráfica 7. Distribución por tipo de violencia intrafamiliar, infancia, localidad de Kennedy, año 2017.....	38
Gráfica 8. Distribución del sexo por tipo de violencia intrafamiliar, infancia, localidad de Kennedy, año 2017.....	39
Gráfica 9. Exceso de peso, infantes, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2013 – 2017	41
Gráfica 10. Notificación conducta suicida, adolescentes, localidad de Kennedy, Bogotá, años 2013 - 2017.....	45

Gráfica 11. Distribución conducta suicida por tipo, adolescencia, localidad de Kennedy, año 2017.....	46
Gráfica 12. Distribución tipo de conducta suicida por sexo, adolescencia, localidad de Kennedy, año 2017.....	46
Gráfica 13. Distribución por sexo y tipo de violencia, adolescencia, localidad de Kennedy, año 2017.....	48
Gráfica 14. Distribución por lugar consumo habitual SPA, jóvenes, localidad de Kennedy, año 2017.....	55
Gráfica 15. Distribución por sexo, droga de inicio consumo SPA, jóvenes, localidad de Kennedy año 2017.....	56
Gráfica 16. Distribución drogas de mayor impacto, jóvenes, localidad de Kennedy, año 2017.....	56
Gráfica 17. Distribución del tipo de violencia por sexo, jóvenes, localidad de Kennedy, año 2017.....	59
Gráfica 18. Número de casos mortalidad por enfermedad crónica, adultos, localidad de Kennedy, años 2012 – 2016.....	66
Gráfica 19. Distribución relativa diagnóstico nutricional, adultos mayores, localidad de Kennedy, año 2017.....	72
Gráfica 20. Número de casos mortalidad por enfermedad crónica, adultos mayores, localidad de Kennedy, años 2012 – 2016.....	74
Gráfica 21. Número de casos mortalidad por tipo de cáncer, adultos mayores, localidad de Kennedy, años 2012 – 2016.....	75

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Contaminación del aire y mortalidad por enfermedades respiratorias, localidad de Kennedy, 2017.....	24
Mapa 2. Casos de mortalidad perinatal, localidad de Kennedy, 2017.....	29
Mapa 3. Controles prenatales, localidad de Kennedy, 2017.....	31
Mapa 4. Violencia intrafamiliar en la infancia, localidad de Kennedy, 2017.....	40
Mapa 5. Conducta suicida en la adolescencia, localidad de Kennedy, 2017.....	49
Mapa 6. Zonas de consumo de SPA, localidad de Kennedy, 2017.....	57
Mapa 7. Prevalencia de exceso de peso en la adultez, localidad de Kennedy, 2017.....	68
Mapa 8. Prevalencia de exceso de peso en la vejez, localidad de Kennedy, 2017.....	73

ABREVIATURAS

ACCVSyE: Análisis de Condiciones, Calidad de Vida Salud y Enfermedad
AIEPI: Atención Integral de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASIS: Análisis de la Situación en Salud
BPN: Bajo Peso al Nacer
CAD: Centro de Atención a Drogodependientes
CAMAD: Centro de Atención Médica a Drogodependientes
CDC: Centro de Control y Prevención de Enfermedad
CHC: Ciudadano Habitante de Calle
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficio
ECNT: Enfermedades Crónicas no Transmisibles
EEVV: Estadísticas Vitales
EMB: Encuesta Multipropósito de Bogotá
ENT: Enfermedades no Transmisibles
ERA: Enfermedad Respiratoria Aguda
ESE: Empresa Social del Estado
GESA: Gestión de la Salud Ambiental
Ha: Hectáreas
HCB: Hogares Comunitarios de Bienestar
HTA: Hipertensión Arterial
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IEC: Investigación Epidemiológica de Campo
IDIGER: Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático
IDIPRON: Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud
IDPYBA: Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal
IDU: Instituto Distrital de Desarrollo Urbano
IMC: Índice de Masa Corporal
IVC: Inspección Vigilancia y Control
MME: Morbilidad Materna Extrema
ND: Nacimientos y Defunciones
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OMS: Organización de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
ONG: Organización no Gubernamental
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PIC: Plan de Intervenciones Colectivas
POS: Plan Obligatorio de Salud

POT: Plan de Ordenamiento Territorial
PTS: Plan Territorial de Salud
RBC: rehabilitación Basada en Comunidad
RUAF: Registro Único de Afiliados
SAN: Seguridad Alimentaria Nutricional
SDP: Secretaría Distrital de Planeación
SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional
SISVECOS: Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida
SIVELCE: Sistema de Vigilancia Lesiones de Causa Externa
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SIVIM: Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y la Violencia Sexual
SOJU: Servicios de Orientación Juvenil
SPA: Sustancia Psicoactiva
TB: Tuberculosis
UAESP: Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos
UNICEF: Fondo Internacional de Emergencias de las Naciones Unidas para la Infancia
UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos
UPZ: Unidad de Planeamiento Zonal
UTI: Unidad de Trabajo Informal
VESPA: Sistema de Vigilancia del Consumo de Sustancias Psicoactivas
VIF: Violencia Intrafamiliar
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VSP: Vigilancia en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

El análisis de las condiciones de vida, salud y enfermedad, es un proceso continuo en el cual confluyen todas las instancias involucradas, actores y sectores para el desarrollo de acciones que respondan a las necesidades de las poblaciones y sus particularidades. El ejercicio de análisis en salud exige que las realidades y especificidades sean interpretadas de forma interdisciplinaria, también crítica y participativa que incluya de manera descriptiva y holística la identificación de los problemas de salud que suceden en las personas por curso de vida y su relación a las especificidades de las dimensiones del plan decenal de salud pública PDSP, además de la caracterización en la que se evidencie su contexto territorial y poblacional.

El eje que sostiene el análisis es el nivel local, puesto que es fundamental tener en cuenta las particularidades de contexto, el desarrollo y fortalecimiento de las potencialidades y habilidades, la identificación de los múltiples determinantes sociales de la salud y calidad de vida, que permita relacionar las acciones y propuestas de respuesta institucional y ciudadana en aras de evidenciar responsabilidades jerarquizadas, desigualdades e inequidades, donde los enfoques, técnicas e instrumentos a utilizar sean prácticos para la construcción, análisis e interpretación sirva de forma permanente a la reformulación y conducción de estrategias que impacten positivamente la calidad de vida de la localidad.

Es indispensable la existencia de conocimientos previos, intereses, voluntades, inquietudes para conocer la situación en salud de la población en un territorio, a través de los actores sociales clave que permiten abarcar de manera más profunda el análisis. Así, desde una mirada epistemológica se plantean metodologías cualitativas y cuantitativas, haciendo uso de técnicas e instrumentos para la recolección sistemática, la ordenación y el procesamiento de datos puntuales, realizando la identificación de las diferentes fuentes de información, el análisis e interpretación para el monitoreo de las condiciones de vida y salud, al igual que la incorporación de estos resultados en la construcción de respuestas y la divulgación oportuna.

Este documento describe las necesidades en salud de la localidad de Kennedy, destaca los momentos de curso de vida, las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, así como el reconocimiento de las prioridades en salud que atraviesan a las personas en sus distintas etapas, involucrando los indicadores que nos aproximan en la medición de inequidades y como punto de partida para el análisis integral de estas necesidades en salud.

Finalmente, este documento se presenta como herramienta de orientación en las agendas locales, instrumento clave para el componente uno de Gobernanza de la Subred, con fines de mejorar las condiciones de vida de la población, mediante el análisis de la información, la priorización de problemáticas, la planeación de las estrategias participativas y la articulación sectorial de agendas locales.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Generar conocimiento sobre las condiciones de vida, calidad de vida, salud y enfermedad en las comunidades de cada localidad de Kennedy para orientar la toma de decisiones en salud pública a nivel distrital.

Objetivos Específicos

- Recopilar la información disponible que contenga análisis de problemáticas priorizadas en salud, las dimensiones y enfoques del Plan Decenal de Salud Pública, Plan Territorial de Salud y metas, que impacte a las personas por curso de vida.
- Integrar métodos cualitativos y cuantitativos, técnicas de investigación e instrumentos de recolección de información que se apliquen en las distintas mesas de análisis con actores y sectores para el análisis de las condiciones de vida, salud y enfermedad local que evidencien las interacciones de las personas por momento de curso.
- Evaluar las intervenciones realizadas en salud pública y demás sectores a la luz de los determinantes sociales, a través del análisis sintético de las prioridades, con el fin de fortalecer e implementar nuevas acciones que mejoren las condiciones y calidad de vida de la población e incidan en la construcción de las agendas políticas locales, programas y planes.

3. METODOLOGÍA

Momento Uno: Alistamiento

El abordaje metodológico para el primer momento del presente documento parte del uso de la técnica de investigación cualitativa, análisis de contenido con la información procesada y producida por el ASIS local. Esta es una técnica de interpretación de documentos escritos, grabados, filmados o de alguna forma distinta que registre datos, información de discursos, análisis, investigación u observación. El denominador común de todos estos materiales es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente amplíe el conocimiento de los fenómenos y aspectos de la vida (1). Se revisaron e interpretaron diagnósticos locales y documento Accvsye 2016 – 2017, informes de indicadores, bases de datos de los espacios de vida cotidiana, bases locales de los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública (Sivim, Sisvan, Sisvecos, EEVV, Sivelce, Sivigila, Transmisibles), boletines ambientales, la encuesta Multipropósito de Bogotá año 2011 y 2014, la encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, la encuesta de movilidad 2015, el Censo de Habitante de Calle 2017 del DANE, la encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015, entre otros. Esta técnica se ha venido utilizando desde el primer momento del análisis, con la revisión de fuentes de información que se generan desde la Subred, tales como, bases de datos, diagnósticos, boletines, informes, así mismo, se realiza análisis de contenido de literatura y de fuentes de otros sectores que aporten a la comprensión de la dinámica territorial y el comportamiento salud – enfermedad de la población.

Con base en lo anterior, se generó una matriz de alistamiento con 72 prioridades en salud por momento de curso de vida y por las dimensiones del PDSP, validada en los grupos funcionales representantes de los espacios de vida cotidiana y procesos transversales del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas PSPIC; adicionalmente, se relacionaron allí las metas del Plan Territorial de Salud, se identificaron actores, sectores y fuentes de información disponible, por último, se justificó cada prioridad por momento de curso de vida de acuerdo a los criterios magnitud, gravedad y afectación de territorios, con el fin de que en el momento dos en la primera mesa se pudiera jerarquizar las prioridades por momento de curso de vida.

Momento dos: análisis

Para el análisis de las prioridades en salud por momento de curso de vida en la localidad de Kennedy se tendrán en cuenta las contribuciones del enfoque crítico y paradigma de la complejidad, transdisciplinario, como modelo alternativo de la producción de conocimiento, ya que en la formación de recursos humanos que se desempeñan en el sector de la salud ha

predominado un carácter disciplinario y fragmentado, con influencia en el diseño de las investigaciones y por lo tanto en la producción científica (2).

Los avances científicos cada vez demuestran la genialidad en los seres humanos, pero a su vez exigen que las formas de analizar y relacionar dichos avances con el contexto sean distintas y transformadoras. El enfoque transdisciplinario obedece a que la salud y la enfermedad no pueden ser analizados de manera fragmentada, sino que la suma de sus prioridades debe ser el todo en sí mismo. A continuación, se enuncian las prioridades que afectan cada momento de curso de vida y por dimensión del PDSP de manera más sintética para un análisis desde la visión compleja, el vínculo de elementos sociales de contexto y los determinantes. Así, hallar la integralidad de variables diversas, dimensiones, conceptos que reflejen y construyan también confiabilidad y validez.

Tabla 1. Matriz relacional de prioridades por momento decurso de vida, localidad de Kennedy, 2018

CURSO DE VIDA	PRIMERA INFANCIA 0-5	INFANCIA 6-11	ADOLESCENCIA 12-17	JUVENTUD 18-28	ADULTEZ 29-59	VEJEZ 60 y MÁS
DIEMENSIÓN PDSP						
Salud ambiental	Contaminación del aire					
	Inadecuadas condiciones de la vivienda					
	Inadecuada tenencia de mascotas					
Convivencia social y salud mental	Violencia intrafamiliar					*Violencia intrafamiliar
			Conducta suicida	Violencia Social		
			Consumo SPA	Abuso Sexual		
				Habitabilidad en calle		
Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Mortalidad Perinatal		Fecundidad en adolescentes	Mortalidad materna		
	Infección por Sífilis			*Infección por Sífilis		
				Infección por VIH	Morbilidad materna extrema	
Seguridad alimentaria y nutricional	Bajo peso al nacer	Exceso de peso				
	Baja adherencia a la lactancia materna		Bajo peso gestacional			
				Exceso de peso gestacional		
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Enfermedades Respiratorias			Enfermedades zoonóticas	Enfermedades por mycobacterias (Tuberculosis)	
	Enfermedades Inmunoprevenibles (Sarampión, Tosferina, Difteria)					
Vida saludable y condiciones no transmisibles					Condiciones crónicas	
	Discapacidad	Cáncer			*Discapacidad	
	Problemas en salud oral					*Cáncer
Salud y ámbito laboral		Trabajo infantil	Trabajo adolescente protegido	Accidentabilidad laboral y enfermedad laboral asociado a la informalidad		

Fuente: Equipo Accvsye, Matriz relacional prioridades por curso de vida y dimensiones del PDSP momento 2, Documento Accvsye, Kennedy, Subred Sur Occidente E.S.E, 2018

Específicamente para la dimensión de salud pública en emergencias y desastres no se priorizaron eventos, aunque Kennedy presenta un alto nivel freático y, por tanto, amenaza de inundación en temporada de lluvias, constituyéndose éste en el principal riesgo contemplado en el plan local de emergencias y desastres, para los últimos años no se han reportado

emergencias por esta causa, así mismo, no se han reportado mortalidades por emergencias y desastres en residentes de la localidad.

El momento dos, contempla tres mesas de análisis, la primera en la que se pretende jerarquizar las prioridades en salud que surgieron del primer momento, la segunda que busca identificar determinantes sociales en salud, relaciones entre las dimensiones del PDSP y analizar la respuesta de los sectores ante las prioridades y la tercera cuyo propósito es generar recomendaciones que sirvan de instrumento para las agendas locales.

Primera Mesa de Análisis

Para la validación de las prioridades que surgieron en el momento de Alistamiento y posterior jerarquización de las mismas, se adaptó el método Hanlon el cual consiste en dar un valor a cada problemática de acuerdo a cuatro criterios que permiten decidir prioridades en salud:

- Magnitud: número de personas afectadas por el problema en relación con la población total.
- Severidad: hace referencia a la mortalidad que causa la prioridad y la carga social de la misma.
- Eficacia en la solución: permite valorar si los problemas son fáciles o difíciles de solucionar.
- Factibilidad: grupo de factores que no están directamente relacionados con la eficacia, pero que le permiten a la comunidad determinar si el problema tiene solución y si las acciones son aplicables (pertinencia, factibilidad económica, disponibilidad de recursos, legalidad, aceptabilidad)

En cada grupo funcional (infancia, juventud, adultez y vejez) se realizó una sesión específica, de tal forma que se pudiera obtener la información detallada a nivel sectorial e intersectorial de las prioridades no solo en cuanto a la validez, sino en su contexto. Este ejercicio incluyó la sistematización de los criterios en las prioridades por curso de vida, luego que, de manera dinámica los actores de los distintos espacios ubicaran con puntos de colores la situación de salud de la prioridad de acuerdo con los niveles de los criterios, de tal forma que se pudiera semaforizar. Al final se identificaron y socializaron determinantes sociales, acciones y propuestas por dimensión del PDSP y prioridades del momento de curso de vida.

Tabla 2. Resultados jerarquización grupos funcionales, localidad de Kennedy, año 2018

PRIMERA INFANCIA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Mortalidad Perinatal	9	10	2	5	190
INFANCIA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Violencia intrafamiliar	10	5	2	4	116
ADOLESCENCIA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Conducta suicida	9	9	2	3	108
JUVENTUD	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Consumo de SPA	9	7	2	3	102
ADULTEZ	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Condiciones crónicas	10	9	2	3	101
VEJEZ	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Exceso de peso	10	4	2	3	110

Fuente: Subred Sur Occidente, equipos técnicos, técnica Grupo Focal, año 2018

Segunda Mesa de Análisis

Para esta mesa se utilizaron los grupos focales, técnica que se utiliza para adquirir información a partir de la identificación de un grupo como representación colectiva a nivel micro de lo que sucede a nivel macro-social. El grupo focal se desarrolla en una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada que invita a los actores involucrados a mirar relaciones, significados, experiencias y saberes de las problemáticas de salud por curso de vida desde los acontecimientos cotidianos y de contexto. Se recoge la voz de los actores que desde sus discursos generan conceptos, imaginarios, formas de ver la problemática. Así mismo, las acciones e intervenciones que desde los programas, proyectos y estrategias se desarrollan en el ámbito local o distrital (3).

Esto a través de preguntas orientadoras, pertinentes y concretas lograr percibir en lo local de lo general a lo particular el contexto de la problemática estimulando la participación de cada actor conservando un hilo conductor en la discusión, luego se socializa los hallazgos de manera escrita y oral respecto el territorio local, el ordenador curso de vida, la dimensión del PDSP para este avance (Salud Ambiental y Convivencia social y salud mental) y las prioridades respectivas. También se usará instrumentos de grabación de la información para facilitar recuperar los aportes más relevantes en la sesión de trabajo. Se realizaron dos sesiones con los equipos técnicos y una sesión con el grupo funcional de cada momento de curso de vida.

Equipo técnico de Gestión en Salud Ambiental (GESA)

En la primera sesión se presentó la información contenida en la matriz de alistamiento que sustentaba la prioridad en cuanto a la afectación del territorio, la magnitud y la severidad, con el fin de poderla validar y así a través de un grupo focal se pudiera dar respuesta a tres preguntas:

- Identificar factores ambientales: físicos, químicos, biológicos, psicosociales y relacionar los demás determinantes de la salud.
- Describir las acciones e intervenciones actuales
- Plantear propuestas desde la identificación de acciones que no existen, pero deberían llevarse a cabo para impactar la prioridad.

Como principales hallazgos se evidenció la contaminación del aire por emisiones de material particulado, fuentes móviles y vías sin pavimentar, en zonas aledañas a cuerpos hídricos (canales y humedales) se presenta mal manejo de residuos sólidos y olores, además las familias que se encuentran cerca, tienen inadecuadas condiciones de la vivienda, todos estos factores contaminantes inciden de cierta manera en la salud (enfermedades respiratorias o infecciosas).

Los olores ofensivos se presentan en espacios que se utilizan como bodegas de reciclaje y procesamiento de plásticos, por las condiciones en las que se trabaja en estos lugares y la ausencia de prácticas de manejo residuos sólidos, resultan siendo estas bodegas agentes que más aportan al inadecuado manejo de residuos sólidos.

Kennedy por su particularidad en UPZ como Patio Bonito, Corabastos y Gran Britalia, donde se desarrollan labores de reciclaje entorno a las dinámicas económicas de la mayor central de abastos del país, ubicada en Corabastos, genera alrededor ventas ambulantes que no disponen del manejo de los residuos, así como los habitantes de calle, que en algunos casos resultan ejerciendo el reciclaje, quienes en sus prácticas, hacen quema de residuos siendo un potencial generador de contaminación en el sector. A esto se suma la falta de cultura ciudadana frente al manejo de residuos ya que los ubican en lugares inadecuados y en horarios diferentes a lo establecido por la empresa de aseo. Ausencia de autoridad policiva frente al comparendo ambiental. Informalidad para el manejo de residuos especiales como escombros, llantas y residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.

Ahora bien, frente a la inadecuada tenencia de mascotas, se evidencia la proliferación de perros y manejo inadecuado de excretas. El Instituto distrital de protección y bienestar animal realiza acciones en todo el distrito, sin embargo, hace falta más compromiso para la localidad ya que es una de las que presenta mayor número de animales callejeros.

Al revisar las condiciones de la vivienda, en sectores deprimidos de la localidad, las familias habitan en lotes o terrenos de invasión, modificación estructural de las casas o hacinamiento, por el ejercicio del reciclaje, las condiciones de la vivienda son insalubres, generando un riesgo en la salud, sobre todo de los grupos poblacionales de riesgo.

Equipo técnico de Salud Mental

En el equipo técnico de salud mental se contó con una asistencia de 40 psicólogos, igual que los demás equipos técnicos se validó la información de las prioridades por cada momento de curso de vida y luego de exponer cada prioridad de la dimensión de salud mental y convivencia social, se procedió a identificar los determinantes de las problemáticas, así como la respuesta desde el sector salud.

En este equipo en particular, las prioridades se contienen entre sí, por ejemplo, la violencia intrafamiliar puede llevar a conductas suicidas, violencias de género, consumo de SPA, o el consumo de SPA puede llevar a las demás prioridades. Además, las intervenciones de estas prioridades tienen que ser articuladas con todos los sectores, por lo que es necesario desde infancia evaluar las acciones y estrategias que mitiguen las afectaciones de estas prioridades en los siguientes momentos de curso de vida siguiente.

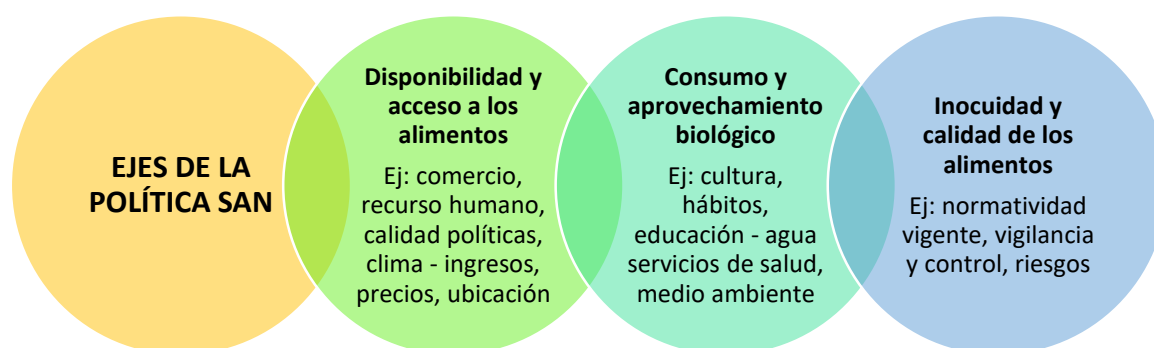
Luego de realizar el equipo focal para identificar determinantes, se realizó un ejercicio con cada prioridad de tal forma que cada psicólogo pudiera colocar en tres papeles de diferente color, las respuestas que conocía del sector salud para cada prioridad de la dimensión, las respuestas de otros sectores y las respuestas que se estaban dando y ya no se dan, pero son necesarias o las que se deberían hacer y no han existido.

Como principales hallazgos se evidenció la desinformación de otros sectores en las rutas de atención a estas prioridades, la necesidad de volver a implementar estrategias como el CAMAD y familias fuertes con mayor cobertura, así como ángeles guardianes, el plan 40 x 40 en los colegios, la importancia de articular los procesos PIC-POS con el fin de orientar al usuario de forma correcta. Proponen además que se implementen hospitales día para niños y adultos y se dé mayor cobertura a las estrategias que se manejan en los espacios de vida cotidiana para estas prioridades, tales como El SOJU, los centros de acogida, sintonizarte en los colegios, siendo ésta última la de mayor incidencia ya que reúne a la mayor población de infancia y adolescencia por lo que no se deberían priorizar los cursos, sino hacer tomas generales de los colegios.

Equipo técnico de Seguridad Alimentaria y nutricional

En el equipo técnico de SAN se planteó el ejercicio de prioridades en relación a las metas del PDD por localidad dando importancia a la dimensión seguridad alimentaria y nutricional que, si bien busca garantizar el derecho a la sana y completa alimentación de las personas durante los momentos de curso de vida con equidad, comprende llevar a cabo acciones de prevención, seguimiento y control de riesgos como la malnutrición, el sobrepeso y obesidad, desnutrición crónica, aguda, incluyendo el análisis y seguimiento de los indicadores del PDSP y del PTS que apuntan al cumplimiento de las metas de acuerdo a necesidades y particularidades poblacionales identificadas en el territorio de la Subred; para esto se dio uso a tarjetas de colores en las que plasmarán por localidad lo siguiente: ejes de la política pública (color amarillo), las acciones actuales identificadas (color rosado), propuestas de mejora (color azul).

Figura 1. Ejes de la política SAN, Subred Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Elaboración equipo Accvsye

Equipo técnico de Discapacidad

En el equipo técnico de discapacidad se validó la información contenida en la matriz de alistamiento y luego se procedió a identificar las posibles relaciones de la prioridad de discapacidad en todos los momentos de curso de vida, con las demás dimensiones del PDSP, teniendo en cuenta las particularidades en cada localidad.

Como principales hallazgos se evidenció que, en el ejercicio del reciclaje, un número importante de personas tienen alguna discapacidad, además se ven afectados por enfermedades respiratorias, que se agravan con su oficio, inclusive han desarrollado enfermedades que son causa de la discapacidad que tienen.

Respecto a la violencia intrafamiliar, las personas con discapacidad son más vulnerables al abuso sexual en todas las edades, especialmente en UPZ como Patio Bonito, Corabastos y Kennedy Central, los actos de violencia son más frecuentes en población en situación de

desplazamiento. En el caso de los cuidadores, sobre todo cuando la discapacidad es cognitiva, suelen ser agredidos por la persona que cuidan, siendo un riesgo constante en su ejercicio.

Se cree en el imaginario que las personas con discapacidad no ejercen su derecho a la sexualidad, por ende, las campañas respecto a la planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual o tratamiento de las mismas, no se da en esta población, esto también se ve afectado por las barreras que imponen los cuidadores al respecto.

En el ámbito laboral las personas con discapacidad de la localidad que se encuentran laborando lo hacen en la informalidad, ya sea a través de la venta ambulante o del reciclaje, o en su defecto los cuidadores o personas que sustentan económicamente a la persona con discapacidad lo hacen trabajando en la informalidad.

Es importante en los análisis tener en cuenta no solo a la persona con discapacidad, sino a su cuidador, dado que las condiciones en las que desarrolla o ejerce esta función, pueden ser un factor para el deterioro de su salud tanto física como mental.

Equipo técnico de Trabajo

En el equipo técnico de trabajo se validó la información contenida en la matriz de alistamiento y luego se procedió a identificar las posibles relaciones de las prioridades de la dimensión Salud y ámbito laboral en todos los momentos de curso de vida, con las demás dimensiones del PDSP, teniendo en cuenta las particularidades en cada localidad.

En la localidad de Kennedy se encuentra una gran cantidad de talleres de mecánica, talleres de ornamentación, metalmecánica, maderas y confección los cuales en su mayoría son empresas informales debido al poco interés de los empleadores por formalizar sus empresas en materia de vincular a los trabajadores al Sistema General de Seguridad Social Integral. Los talleres de maderas no cuentan con un sistema productivo estandarizado puesto que sus productos, en su gran mayoría, son fabricados de acuerdo a las necesidades del cliente (4).

Para las UPZ de Patio Bonito y Corabastos se puede observar fallas en los equipamientos sanitarios básicos y en el mantenimiento de un ambiente sano, además que se cuenta con la central de abastecimiento más grande del país donde se pueden evidenciar todas las tensiones que confluyen en el nodo, en un solo lugar destinado para la distribución y almacenamiento de alimentos. Este equipamiento genera una dinámica importante en la generación de empleo no calificado en unidades de trabajo informal y mal remunerado, de rebusque, así como de reciclaje, todo ello junto a grandes bodegas. El emplazamiento de familias en torno a la búsqueda de nuevas fuentes de empleo conforman barrios de invasión carentes de todos los equipamientos básicos, quienes poco a poco a través de la organización y el empoderamiento comunitario ante las instituciones del Estado van mejorando la infraestructura; sin embargo,

pese a los logros de la comunidad, las situaciones de inequidad históricas persisten y se reflejan en las condiciones actuales de calidad de vida y salud de la población de estos sectores (5).

En cuanto a la dimensión de convivencia social y salud mental, se evidencia la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la conducta suicida, violencia social y de género y el consumo de SPA. En el oficio de recicladores y venta ambulante se vive la violencia del reconocimiento, en donde se adueñan de un territorio y se disputan por reciclar o vender, generando situaciones de agresión por la permanencia y libre ejercicio en el territorio. El estrés económico, es permanente ya que en estos oficios se trabaja al “menudeo”, término que se utiliza para referirse al ingreso de dinero diario, por lo que, si no se labora un día o no fue un buen día, es posible que no puedan pagar la alimentación o vivienda, en el caso de las personas que pagan su dormitorio a diario.

Dada las condiciones laborales, las personas recicladoras, vendedores ambulantes, personas en ejercicio de la prostitución, no tienen cultura del cuidado, mucho menos asisten a centros de salud para chequeos médicos y sólo cuando se evidencia una enfermedad o una dolencia acuden por urgencia, lo que hace más complicado conservar la salud en esta población.

Al analizar la seguridad alimentaria y nutricional se evidencia que la población que trabaja en la informalidad, no tiene hábitos alimentarios adecuados, sus tiempos de trabajo, así como sus oficios no permiten que se lleve una alimentación balanceada y a tiempo, por lo que rempazan las comidas necesarias por la oferta de comida callejera y prácticas como el lavado de manos quedan relegadas exponiendo a las personas a contraer cualquier enfermedad infecciosa. Dentro de la ficha de caracterización se utiliza un límite de circunferencia para las personas en donde se pone un límite para mujeres y para hombres. Aquí se evidencia que la mayoría de personas cuenta con un riesgo cardiovascular, que afecta el metabolismo, como es el caso de la diabetes o personas que ya están diagnosticadas. También se han encontrado personas en sobrepeso, y ahora se está implementando un decálogo en todas las unidades de trabajo informal, de tal forma que se enseñen prácticas saludables que incluyen el consumo de sal, el consumo de azúcar, la actividad física, el control médico y la idea es que, finalizando el proceso, se haga una evaluación de qué trabajadores mejoraron las prácticas saludables.

Equipo técnico de Salud Oral

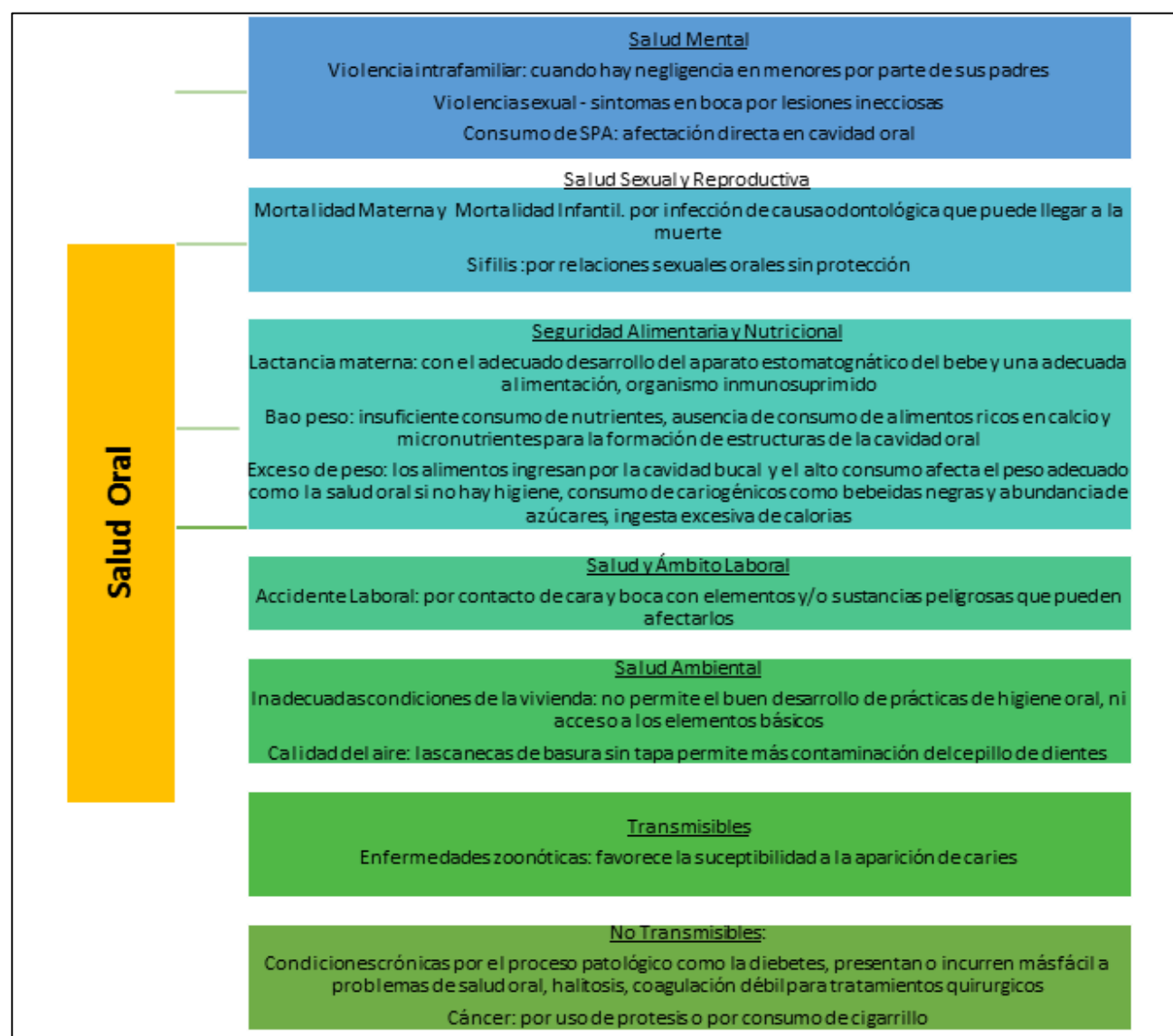
Para el análisis con el equipo técnico de salud oral, se realizaron grupos de trabajo en el que desarrollaron las siguientes preguntas:

- ¿Cómo enfocan las acciones de manera más específica hacia la población para el cumplimiento de la meta?
- Inequidades en salud oral por curso de vida para mejorar

- El PDSP aborda 4 enfoques múltiples (Salud como derecho, DSS, diferencial y poblacional). Analice, por qué no todos se han beneficiado de estos avances

Luego, en una segunda sesión en agosto, se realizó la relación de la prioridad de salud oral con las demás dimensiones del PDSP, así como evaluar la respuesta a la luz del Plan Territorial de Salud, en cuanto a qué se hace, si es efectivo o no, a quien va dirigida la acción y que se propone para mejorar la intervención.

Figura 2. Relaciones de salud oral con las demás dimensiones del PDSP, Subred Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Resultados sesión de agosto grupo técnico de salud oral, Subred Sur Occidente, 2018

Tercera mesa de análisis

Para la tercera mesa de análisis se realizaron cuatro sesiones, la primera con el componente uno de Gobernanza, en donde se expusieron los principales hallazgos de la segunda mesa de análisis, con el fin de construir las recomendaciones para la nota política de la localidad. Se realizó el ejercicio por cada momento de curso de vida de tal forma que cada referente dio sus aportes respecto a cada prioridad.

Luego se hizo una sesión con el equipo de análisis para revisar los resultados de la primera sesión de la mesa tres, de tal forma que se pudiera articular con la información recolectada por otros procesos, con el fin de realizar una tercera sesión en el comité PIC de la Subred con la participación la coordinadora de Salud Pública y los líderes de los procesos transversales y espacios de vida cotidiana, para validar la información procesada por análisis en las primeras sesiones de la tercera mesa. También se validó la información con los equipos técnicos del PIC y finalmente se llevó a cabo la última sesión de nuevo con el componente uno de Gobernanza para validar información, realizar acuerdos y compromisos frente a la nota política por momento de curso de vida de la localidad.

Momento tres: Divulgación

Como resultado de la tercera mesa de análisis se construyó una la nota política que contiene 6 páginas, cada una con un momento de curso de vida y los principales hallazgos, conclusiones y recomendaciones, que se espera socializar en la Subred por todos los medios (twitter, Facebook, Instagram, intranet, entre otros), igualmente se espera socializar la información en otros sectores a través del componente uno de Gobernanza.

3 ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD

La localidad de Kennedy se encuentra ubicada al Sur Occidente de la zona urbana de Bogotá. Limita al norte con la localidad de Fontibón por medio del río Fucha y la Calle 13, al sur con las localidades de Bosa y Tunjuelito separados por la Autopista Sur y el río Tunjuelo y la Avenida Calle 40 sur, al oriente con la localidad de Puente Aranda que lindan con la Avenida 68 y al occidente con el municipio de Mosquera limitado por el río Bogotá.

Según proyecciones censo DANE 2005, se estima para el año 2017 en Kennedy una población de 1.208.980 habitantes (48,2% hombres y 51,2% mujeres) lo que representa el 15,0% del total proyectado como población del Distrito. Entre el año 2005 y el 2017 la población local ha aumentado un 28% pasando de 944.777 habitantes a 1.208.980.

La extensión local es de 3.859 Ha de las cuales 3.606,4 Ha (93,4%) corresponden a uso de suelo urbano y 252,6 (6,6%) corresponden a suelo de expansión urbana y no cuenta con suelo rural (6). Está conformada por 12 UPZ, de acuerdo a las clasificaciones contenidas en el Decreto 619 de 2000 por medio del cual se adoptó el POT, las UPZ presentan el siguiente comportamiento: el 33% (4) tienen clasificación residencial consolidada, el 25% (3) residencial urbanización incompleta; el 17% (2) en desarrollo, con este mismo porcentaje está la clasificación industrial y dotacional y con un 8%(1) con centralidad urbana (7).

Tabla 3. Características de Superficie y Clasificación UPZ localidad de Kennedy

Código UPZ	Nombre UPZ	Área (ha)	% área total UPZ localidad	% área total UPZ subred	No. Barrios	Clasificación
44	Américas	380,97	9,9	3,4	35	Con centralidad urbana
45	Carvajal	438,59	11,4	3,9	39	Residencial consolidado
46	Castilla	503,2	13	4,4	51	Residencial consolidado
47	Kennedy Central	337,21	8,7	3,0	37	Residencial consolidado
48	Timiza	430,44	11,2	3,8	49	Residencial consolidado
78	Tintal Norte	343,37	8,9	3,0	12	Desarrollo
79	Calandaima	318,93	8,3	2,8	30	Desarrollo
80	Corabastos	184,53	4,8	1,6	24	Residencial urbanización incompleta
81	Gran Britalia	179,9	4,7	1,6	21	Residencial urbanización incompleta
82	Patio Bonito	317,32	8,2	2,8	47	Residencial urbanización incompleta
83	Las Margaritas	147,24	3,8	1,3	5	Predominantemente dotacional
113	Bavaria	277,23	7,2	2,5	16	Predominantemente industrial
TOTAL		3858,93	100,1	34,1	366	

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, decreto 690 de 2000, decreto 190 de 2004, Bogotá

Análisis por momento del curso de vida

Para el análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad se identificaron prioridades por momento del curso de vida y dimensión del Plan Decenal de Salud Pública, no obstante, en la localidad de Kennedy para la dimensión de salud ambiental, las prioridades identificadas son transversales a todo el curso de vida, por lo que se describirá esta dimensión inicialmente y luego, se realizará la descripción por cada momento del curso de vida y las demás dimensiones.

La salud ambiental y sus prioridades para la localidad de Kennedy, inadecuadas condiciones de la vivienda, contaminación del aire, inadecuada tenencia de mascotas y manejo inadecuado de residuos sólidos, tiene efectos en salud para el curso de vida de manera transversal, por lo que allí de acuerdo a los sucesos, condiciones, contextos, momentos significativos que la población ha presentado se mostrará un análisis de manera general de las afectaciones en salud al ser humano en el contexto local, sus determinantes sociales de la salud ambiental, respuesta actual y propuestas de mejora.

Salud ambiental

De acuerdo a la OMS la salud ambiental comprende aquellos factores ambientales (físicos, químicos y biológicos) que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud (8). Como prioridades para la localidad de Kennedy se definieron inicialmente: inadecuadas condiciones de la vivienda, contaminación del aire e inadecuada tenencia de mascotas. Una vez realizada la mesa del equipo técnico de Gestión de la Salud Ambiental GESA se concluyó que se debía incluir inadecuado manejo de basuras.

Inadecuadas Condiciones de la Vivienda

De acuerdo con la EMB 2017 se evidencia para Kennedy un mejor comportamiento de las condiciones de las viviendas frente a los resultados para Bogotá, esta conducta se presenta en 10 de las 9 variables evaluadas; para fallas en las tuberías la proporción local es del 6,6% ocupando el tercer lugar entre las localidades luego de Calendaría (9,3%) y Barrios Unidos (7,1%), en Bogotá la proporción fue del 4,5%. Por UPZ las mejores condiciones de la vivienda están en la UPZ Las Margaritas, por otro lado la UPZ Carvajal tiene las proporciones más altas en 5 de las 10 variables analizadas por la encuesta (9). Del mismo lado, los actores involucrados evidencian presencia de zonas de invasión en algunos puntos específicos, modificación estructural de las unidades residenciales y hacinamiento.

Tabla 4. Condiciones de la vivienda, localidad de Kennedy-Bogotá-UPZ, año 2017

Condición de la vivienda	% Kennedy	% Bogotá	% UPZ 44	% UPZ 45	% UPZ 46	% UPZ 47	% UPZ 48	% UPZ 78	% UPZ 79	% UPZ 80	% UPZ 81	% UPZ 82	% UPZ 83	% UPZ 113
Humedad	18,5	19,9	19,3	26,3	18,6	22,8	24,7	6,4	9,9	13,8	16,8	12	2,3	19
Goteras	10,2	11,3	10,9	15,8	7,4	14,0	12,3	1,2	5,1	9,4	9,6	7,0	1,2	7
Grietas	10,8	11,2	12,0	14,2	14,4	10,3	11,2	2,3	7,2	8,7	14,0	7,0	2,1	14
Fallas tubería	6,6	4,5	4,1	6,0	4,5	6,0	6,1	2,3	2,9	2,7	4,8	3,4	0,8	4,5
Grietas pisos	4,2	4,4	3,1	5,6	4,3	2,8	3,5	2,6	2,0	4,4	5,6	5,8	0,5	4,3
Cielo Raso o tejas	4,2	4,9	3,4	7,1	2,4	4,2	5,5	0,4	1,8	3,7	4,4	4,2	0,4	2,4
Escasa ventilación	3,9	4,2	3,3	5,8	4,5	1,3	5,0	0,2	3,5	5,5	4,6	3,2	0,5	4,5
Inundación	2,6	2,9	1,9	4,6	1,9	1,5	3,2	2,2	3,1	1,9	2,3	2,7	0,5	1,9
Peligro de derrumbe	0,4	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hundimiento del terreno	0,7	1,5	0,8	1,4	0,7	0,3	0,6	0,3	0,9	0,9	4	0,5	0,0	0,7

Fuente: SDP, DANE. Encuesta Multipropósito de Bogotá, año 2017

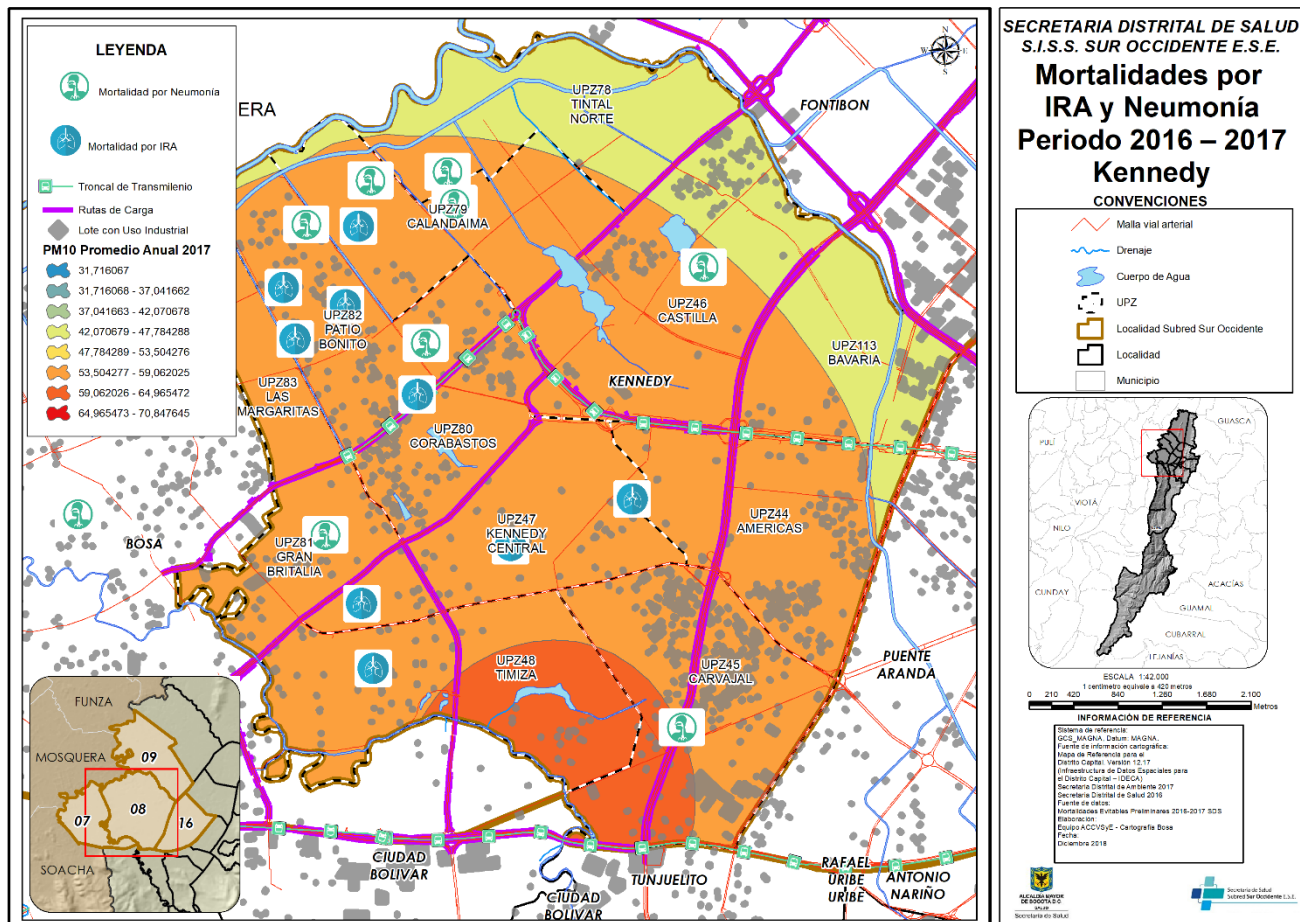
Según Diagnóstico Rápido de VSPC, en la UPZ 82 Patio Bonito prevalecen viviendas de espacios reducidos y asentamientos de invasión. Las condiciones precarias de la vivienda son un factor de riesgo para enfermedades respiratorias condiciones tales como humedad, hacinamiento; de otra parte la violencia sexual e intrafamiliar es más riesgosa darse en estas condiciones e inclusive agravada por el colecho.

Contaminación del Aire

De acuerdo al informe anual de Calidad del Aire año 2016 Bogotá tiene 13 estaciones de monitoreo las cuales registran las concentraciones de material particulado (PM10, PM2.5), gases contaminantes (SO2, NO2, CO, O3) y variables meteorológicas las cuales regulan el transporte de los contaminantes en la atmósfera de Bogotá. De las 12 estaciones que monitorean contaminantes y variables meteorológicas dos se encuentran en la localidad de Kennedy (Kennedy - Carvajal - Sevillana) (10).

Con respecto a la concentración de PM10 (el máximo permitido anual es (50 µg/m3) las mayores concentraciones se registraron en las estaciones de Suba (52 µg/m3), Puente Aranda (52 µg/m3), Kennedy (58 µg/m3) y Carvajal – Sevillana. La mayor concentración anual de PM10 se presentó en la estación Carvajal Sevillana con 76 µg/m3, de acuerdo al análisis realizado se evidencia que la mayor parte de la localidad de Kennedy tiene el rango más alto de concentración (entre 57 y 86 µg/m3), siendo las UPZ de Timiza, Carvajal, Américas, Gran Britalia, Kennedy Central, y Patio Bonito las más afectadas. Aunque las concentraciones de PM10 están por encima de lo permitido en las estaciones de Kennedy y Carvajal, al comparar con el año 2015 estas han disminuido en Kennedy 66 µg/m3 y en Carvajal 87 µg/m3 (10).

Mapa 1. Contaminación del aire y mortalidad por enfermedades respiratorias, localidad de Kennedy, 2017



Inadecuada Tenencia de Mascotas

Es uno de los problemas ambientales que más afectan a los habitantes de Kennedy (11). Así mismo y con respecto a la base de Vigilancia Comunitaria, entre las problemáticas más sentidas por la comunidad residente en Kennedy se encuentra la tenencia inadecuada de mascotas, el descontento se fundamenta en que *"los vecinos no recogen los excrementos de sus mascotas, situación que se viene presentando años atrás"*.

En Bogotá para el año 2017 se notificaron 22.212 agresiones por animal potencialmente transmisor de la rabia en residentes, con una tasa de notificación de 27,5 casos por cada 10.000 personas. En habitantes de Kennedy se notificaron 2.541 eventos, siendo la segunda localidad con mayor notificación en el Distrito y una tasa de 21,0. Entre el año 2017 y 2013 en Kennedy la tasa de notificación por este evento aumentó un 33% pasando de 15,8 en 2013 a 21,0 en 2017. Por UPZ las tasas más altas por 10.000 habitantes se encuentran en Las Margaritas (43,6), Américas (30,3) y Timiza (28,6).

El aumento de agresiones por animales evidencia una problemática de tenencia inadecuada de mascotas y proliferación de animales callejeros en la localidad, que aumentan los riesgos para la salud, lo que genera una alteración de la calidad de vida de la comunidad de Kennedy, sin embargo, el efecto final surge como consecuencia de la interrelación del determinante ambiental con otros factores como la vulnerabilidad biológica, las condiciones y estilos de vida.

Para el año 2016, se estima para Kennedy una población de 158.835 perros, siendo la localidad con el mayor número en Bogotá seguida por Usme con 152.296 y Suba con 121.664. Con respecto a los gatos se estima una población de 23.163, ubicándose en el quinto lugar entre las localidades luego de: Suba 63.465, Usme 60.305, Engativá 42.733 y Ciudad Bolívar 29.890 (12).

Manejo Inadecuado de Residuos Sólidos

Ciudad Limpia al 2015 identificó 48 puntos críticos ubicados en 11 de las 12 UPZ de la localidad, las UPZ con mayor número de puntos críticos son: Carvajal 11, Timiza 8, Corabastos y Castilla 6 cada una, Patio Bonito 5, Britalia y Gran Britalia 3 cada una y Kennedy Central y Calandaima con dos, las demás tienen un punto crítico. Frente al tipo de residuos se encuentran los escombros (31 puntos críticos), residuos industriales y comerciales (28 puntos críticos), residuos domiciliarios (14 puntos críticos), residuos mixtos (29 puntos críticos) (11).

El inadecuado manejo de residuos sólidos de tipo residencial afecta principalmente a los canales, rondas de los ríos (Fucha y Tunjuelo), vías primarias, secundarias y zonas verdes. Los residuos comerciales son ubicados en separadores y vías secundarias afectando el espacio público y finalmente los residuos de tipo industrial son abandonados en andenes, vías públicas y zonas verdes (11).

Así mismo, la presencia de bodegas de reciclaje con mal manejo y ocupación del espacio público en zonas como Corabastos, María Paz y el Jazmín, además la falta de cultura ciudadana frente al manejo de residuos sólidos ya que los ubican en lugares no aptos para ello y en horarios distintos a los establecidos por la empresa de aseo correspondiente, también la informalidad a la hora de residuos especiales como los escombros, llantas y residuos de aparatos electrónicos y eléctricos. Existe ausencia de autoridad policiva que incida en la aplicación de la norma como lo es el comparendo ambiental.

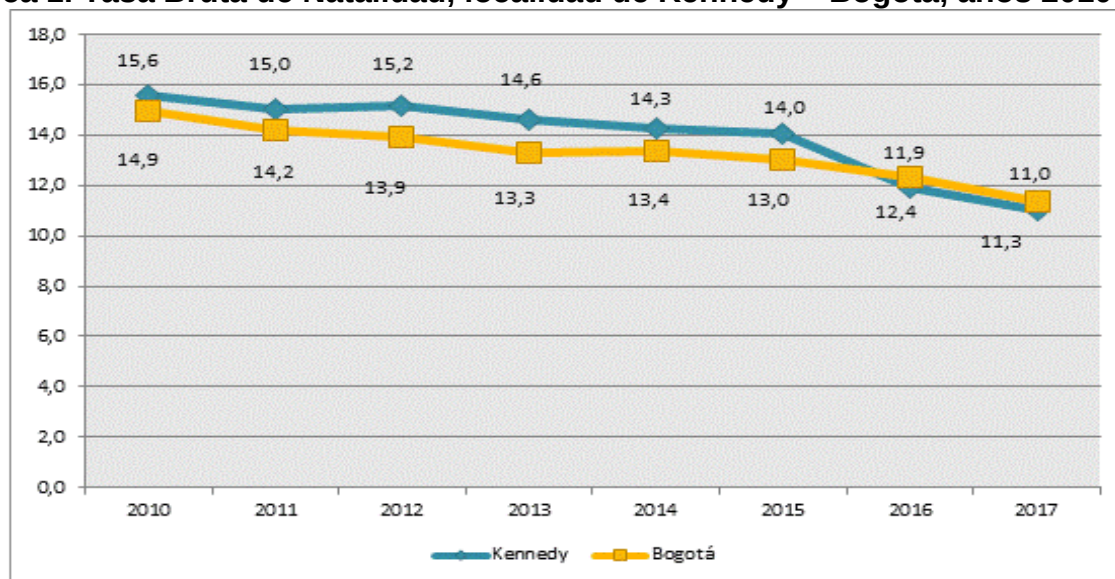
3.1 Primera infancia

Según proyecciones censo DANE 2005, se estima que para el año 2017 residen en Kennedy 113.555 (51,4% hombres, 48,6% mujeres) niños y niñas de la primera infancia, representando el 9,4% del total proyectado para la localidad. Kennedy es la localidad que alberga al mayor

número de niños y niñas de la primera infancia en Bogotá. Entre el año 2005 y el 2017 la población local de primera infancia ha aumentado un 7,5% pasando de 105.599 a 113.555.

Por su parte la tasa bruta de natalidad revela una reducción local del 29,2% entre 2010 y 2017, descenso superior al de Bogotá (24,1%). Entre 2010 y 2015 la tasa de natalidad en Kennedy estuvo por encima de la Distrital, pero, para los años 2016 y 2017 esta se invirtió; siendo más alta en la Capital.

Gráfica 1. Tasa Bruta de Natalidad, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2010 - 2017



Fuente: Población Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015 de junio 13 del 2008, años 2010-2016 Bases de datos DANE - RUAF ND, Sistema de estadísticas Vitales SDS, finales (2016 publicación DANE 30 de diciembre 2017), año 2017, preliminares, publicación DANE 28 de marzo 2018

La primera infancia incluye aquellos niños y niñas de los 0 a los 5 años de edad. Para este momento de curso vital se priorizaron los siguientes eventos por Dimensión del Plan Decenal de Salud Pública: salud ambiental (contaminación del aire, inadecuadas condiciones de la vivienda, inadecuada tenencia de mascotas), convivencia social y salud mental (violencia intrafamiliar), sexualidad y derechos sexuales y reproductivos (mortalidad perinatal, infección por sífilis), seguridad alimentaria y nutricional (bajo peso al nacer, baja adherencia a la lactancia materna), vida saludable y enfermedades transmisibles (enfermedades respiratorias, enfermedades inmunoprevenibles), vida saludable y condiciones no transmisibles (discapacidad, problemas de salud oral).

En la primera mesa de análisis se desarrolló la jerarquización de las prioridades de acuerdo a su magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, la mortalidad perinatal, que está inmersa en la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos del PDSP fue la que tuvo el mayor puntaje en el ejercicio realizado.

Tabla 5. Resultados método Hanlon, prioridades primera infancia, Kennedy, 2018

PRIMERA INFANCIA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Mortalidad perinatal	9	10	2	5	190
Enfermedades respiratorias	10	9	2	3	110
Enfermedades Inmunoprevenibles (sarampión, tosferina, difteria, varicela)	7	3	3	4	102
Problemas en salud oral	9	10	2	2	100
Inadecuada tenencia de mascotas	9	10	1	4	95
Infección por sífilis	9	5	2	4	90
Contaminación del aire	7	6	2	3	56
Baja adherencia a lactancia materna exclusiva	10	9	1	2	46
Inadecuadas condiciones de la vivienda	8	4	2	2	38
Discapacidad	8	10	2	1	36
Bajo peso al nacer	10	9	1	1	33
Violencia intrafamiliar	10	9	1	1	23

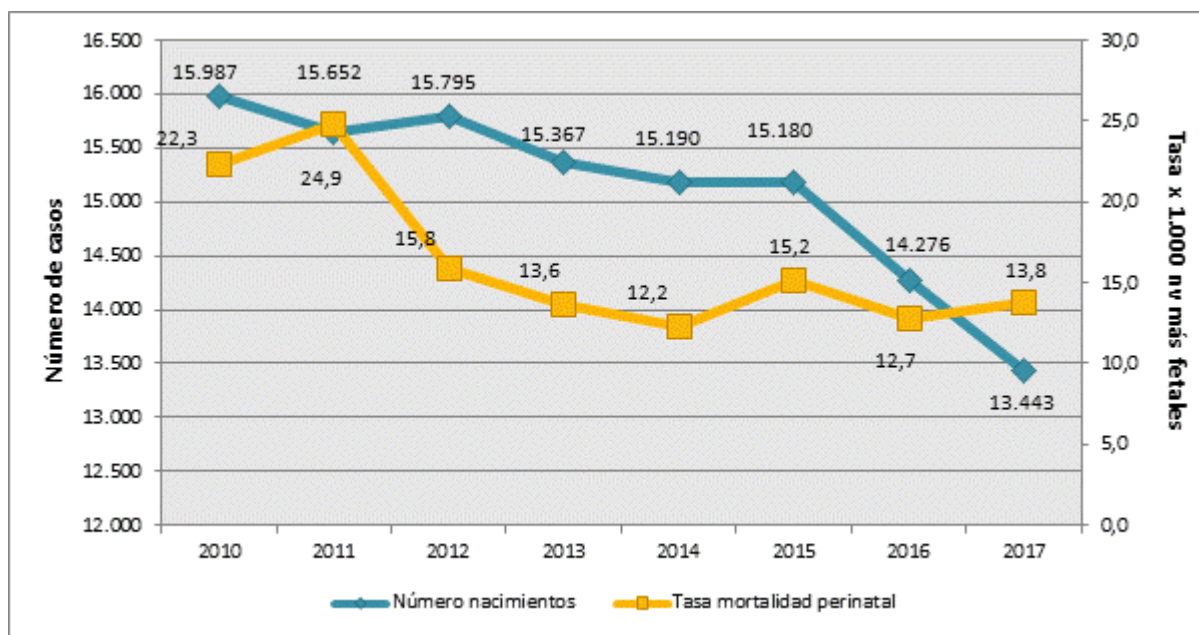
Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Kennedy, 2018

La mortalidad perinatal es aquella que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal hasta los siete días después del nacimiento. La muerte perinatal es un indicador que refleja la atención preconcepcional, prenatal y del parto y es un marcador de la calidad del servicio materno infantil y de la condición nutricional de la madre y el entorno en el que vive (13).

Entre los años 2010 y 2017 se han reportado 119.437 nacimientos en residentes de Kennedy de estos el 1,7% terminó en una mortalidad perinatal. El comportamiento de nacimientos y mortalidad perinatal revela una reducción del 15,2% y 48,2% respectivamente.

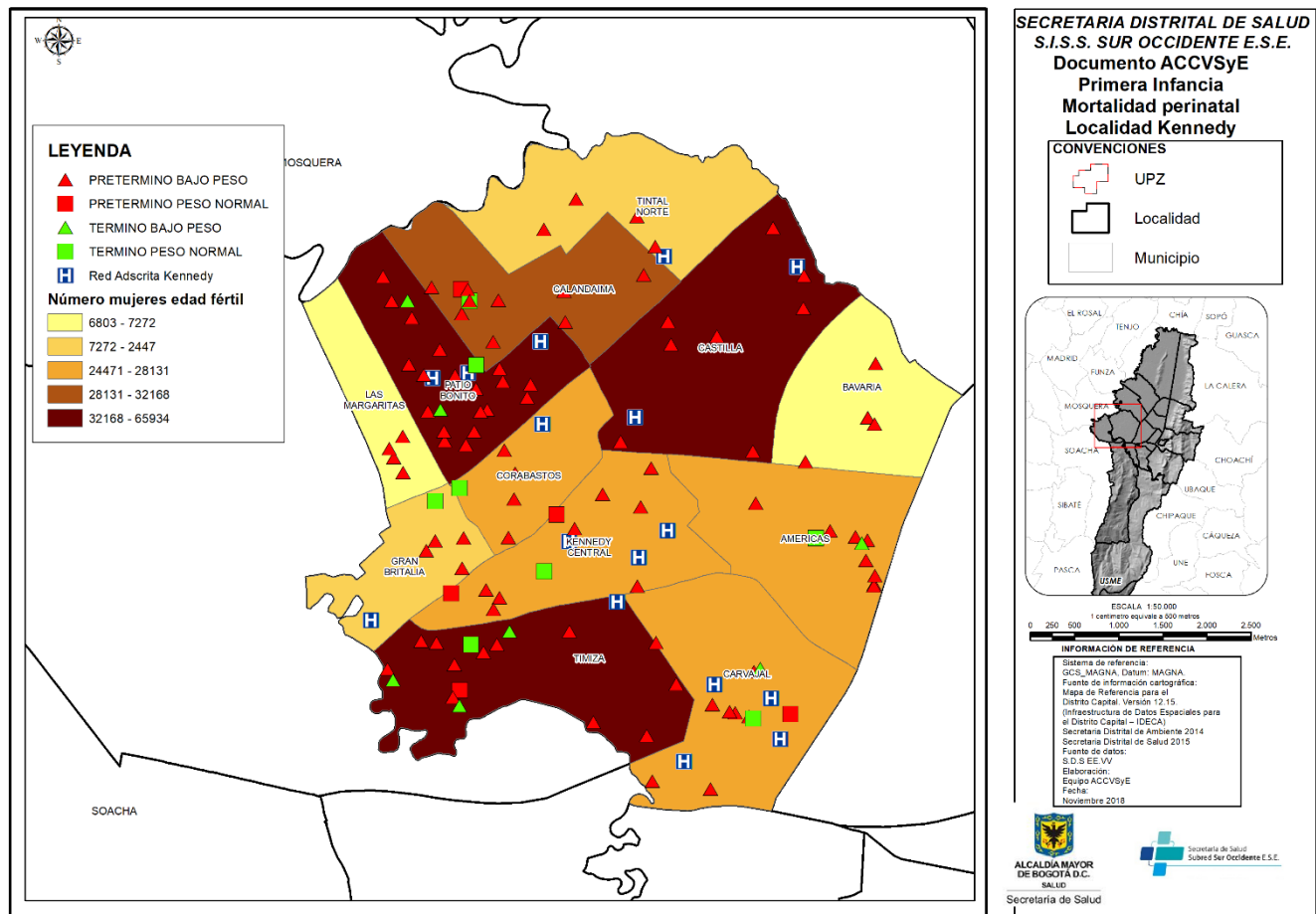
Las series de evitables muestran que en Bogotá ocurrieron 1.249 muertes perinatales en el año 2017 con una tasa de 13,5 por cada 1.000 nacidos vivos más fetales. En habitantes de la localidad se reportaron 185 defunciones aportando al Distrito el 14,8% de las muertes y ocupando el primer lugar en la proporción de notificación. Con respecto a la tasa, esta se ubicó en 13,8 por cada 1.000 nacidos vivos más fetales, estando por encima de la meta esperada (12,3). Las 12 UPZ de la localidad reportaron casos de mortalidad perinatal, las tasas más altas se registran en Kennedy Central (47,2), Tintal Norte (36,6) y Timiza (31,9).

Gráfica 2. Nacidos vivos más fetales y mortalidad perinatal, localidad de Kennedy, años 2010 – 2017



Fuente: 2010-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND Sistema Estadísticas Vitales, ADE finales (años 2015-2016 publicación 30 de junio 2017), año 2016 ADE preliminares publicación 30 de junio del 2017, año 2017 ADE preliminares (corte 12-01-2018)

A continuación, se relaciona las mortalidades perinatales, con las mujeres en edad fértil, si el bebé tuvo un peso normal o bajo peso al nacer y si fue a término o pretérmino. Se identificó que la mayoría de las mortalidades perinatales ocurrieron en bebés con bajo peso a pre término localizados especialmente en la UPZ 82 Patio Bonito donde hay mayor concentración de mujeres en edad fértil, sin embargo, se puede apreciar que en esta UPZ se encuentran localizados tres Unidades de Servicios de Salud con servicios de atención a mujeres gestantes. El resultado de la cartografía también identificó una gran concentración de casos de mortalidad perinatal con bajo peso a pretermo en las UPZ Castilla y Timiza donde también se concentran gran número de mujeres en edad fértil, donde también cuenta con al menos una Unidad de Servicios de Salud. La siguiente UPZ donde también concentra gran parte de las mortalidades perinatales es la UPZ Calandaima, mientras que en las UPZ Bavaria y Las Margaritas registran los casos más pequeños de mortalidad perinatal, así como la concentración de mujeres en edad fértil, además se caracteriza por no tener ninguna Unidad de Servicios de Salud.

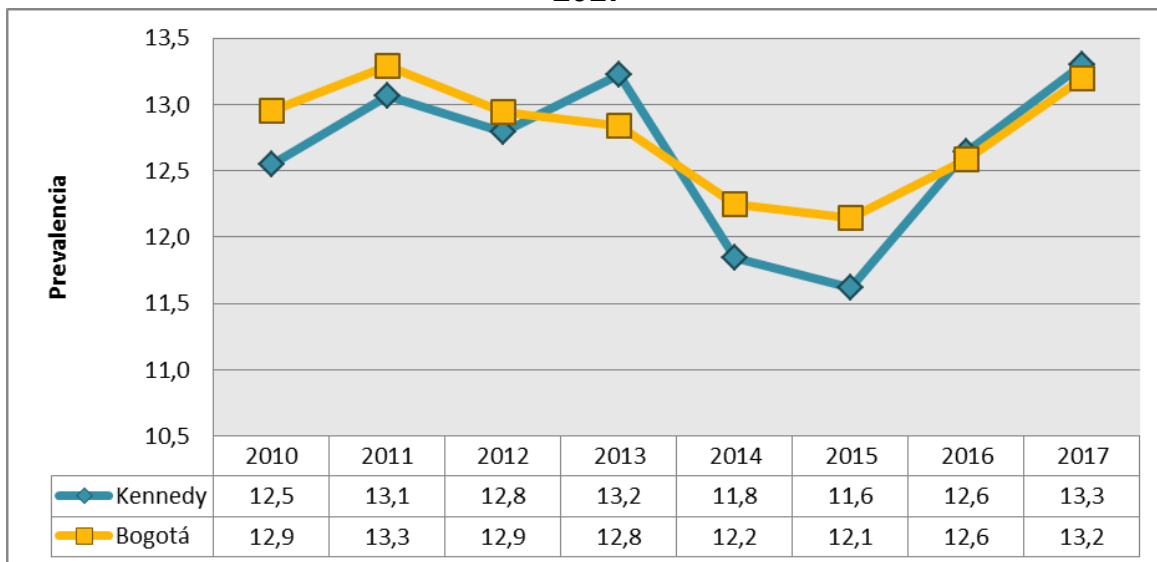
Mapa 2. Casos de mortalidad perinatal, localidad de Kennedy, 2017

La Organización Mundial de la salud indica que, el nacimiento prematuro, el bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia y los traumatismos en el parto explican en 80% de las defunciones en recién nacidos (14). En este sentido se hace necesario revisar el bajo peso al nacer como prioridad de la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional, ya que es un factor de alto riesgo para que se presente una mortalidad perinatal.

Según la base de datos aplicativo Web RUAF_ND para el año 2017 en Bogotá se presentaron 91.672 nacimientos, 12.064 tuvieron bajo peso al nacer independiente a la edad gestacional (13,2%). Kennedy reportó 1.767 recién nacidos con bajo peso al nacer de 13.321 nacimientos, aunque la localidad de Kennedy es la que presentó el número más elevado de recién nacidos con esta condición en el distrito, la prevalencia (13,3%) se ubica levemente por encima de la de Bogotá. Entre el año 2010 y 2017 la prevalencia de BPN independiente de la edad gestacional ha tenido un comportamiento oscilante con tendencia al aumento, en este periodo de tiempo su incremento fue del 6%.

De las 185 defunciones perinatales de la localidad de Kennedy, 63 fueron no fetales (34,1%) de los cuales 55 nacieron con un peso inferior a los 2.500g (87,3%). Adicionalmente se evidencia que los 9 nacimientos a término, 5 (55,6%) nacieron con bajo peso.

Gráfica 3 Prevalencia Bajo peso al nacer, localidad de Kennedy y Bogotá, años 2010 – 2017



Fuente: Base de datos DANE- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS-ADE, año 2013 ajustado 22-12-2015- publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015, año 2014 ajustado 20 -08-2016 (Publicación DANE 30 de junio 2016), año 2015 publicación 30 de junio del 2017 (ajustado 18-10-2017), año 2016 publicación 30 de junio del 2017-PRELIMINAR (ajustado 18-10-2017), año 2017 ajustado 10-01-2018 (corte 06-01-2018) datos PRELIMINARES

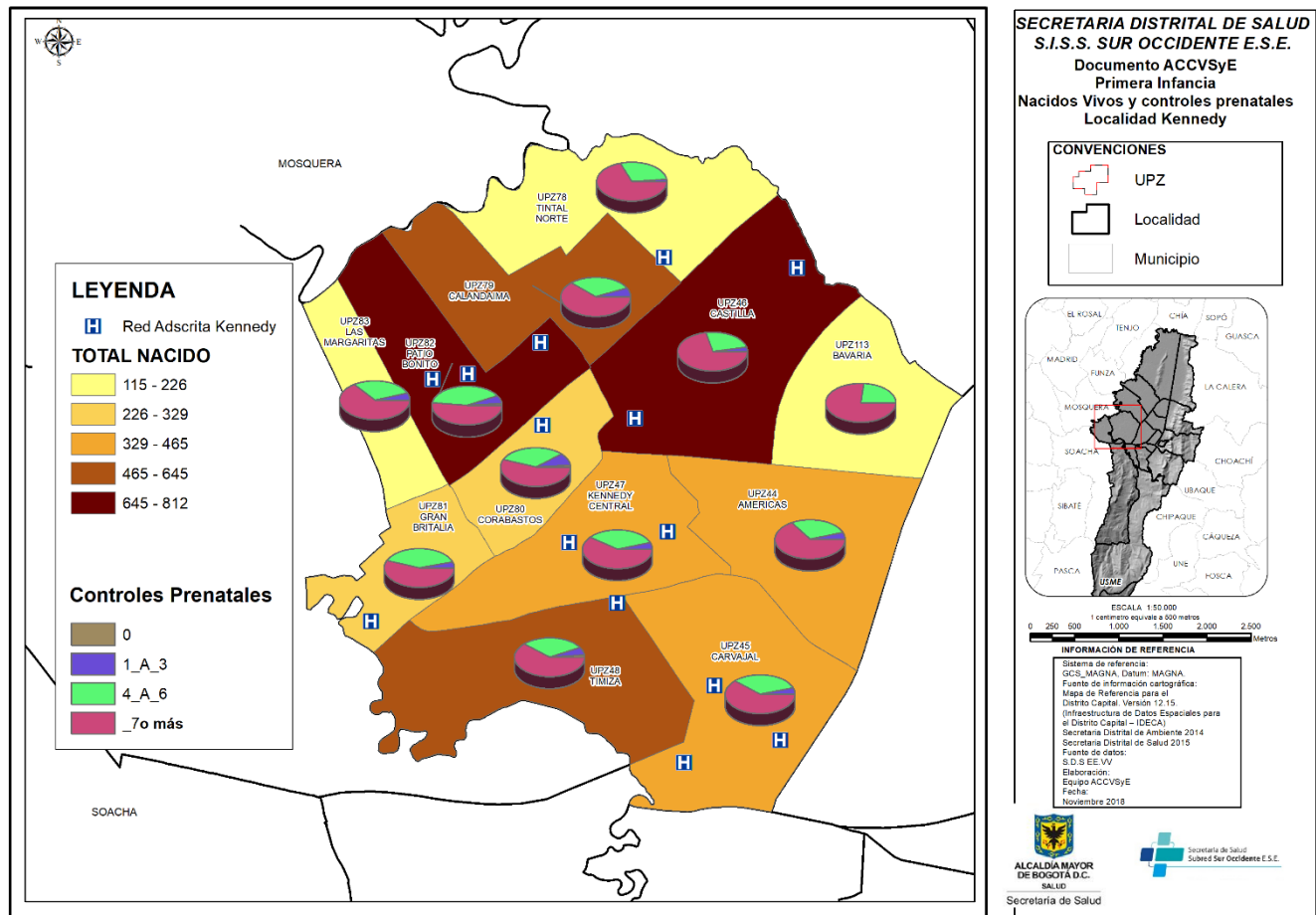
Así mismo para el año 2017 de los 13.321 nacimientos ocurridos en habitantes de la localidad de Kennedy el 11,5% fue pretérmino, para el año 2013 esta proporción era del 11,6% y el comportamiento para el quinquenio no ha tenido grandes variaciones evidenciándose una proporción prácticamente estacionaria. Específicamente el 84,1% de las muertes perinatales no fetales del año 2017 ocurrieron en recién nacidos prematuros.

El control prenatal es un factor determinante para prevenir la mortalidad perinatal, de acuerdo a la OMS, a mayor número de controles prenatales se reduce la probabilidad de tener una muerte perinatal, el indicador refiere que la disminución es de hasta en 8 por cada 1.000 nacimientos, esto ocurre porque las oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas se incrementan, es de esta manera que se recomienda por parte de esta institución 8 controles durante todo el embarazo y el primero se espera que sea máximo a las 12 semanas de gestación (15).

En este sentido, se presentan los controles prenatales de los nacidos vivos de la localidad para el año 2017, con el fin de identificar geográficamente que UPZ como Patio Bonito, reportan gran cantidad de nacidos vivos y a su vez, los controles prenatales que sólo alcanzaron a 3 o

menos también se encuentran ubicados allí y en Corabastos, con 3 USS públicas, para Patio Bonito y una para Corabastos.

Mapa 3. Controles prenatales, localidad de Kennedy, 2017



Para el año 2017 según la base de nacidos vivos de los 13.321 nacimientos en residentes en Kennedy el 2,5% (337) no tuvo controles prenatales y el 16% (2.136) de las gestantes asistieron a menos de 5, por el contrario, el 34,7% (4.616) tuvo 8 o más. De igual manera, en la base SIVIM año 2017 se notificaron 82 gestantes por presunta negligencia asociada a la ausencia o poca adherencia a los controles prenatales, exámenes e interconsultas derivadas de la atención.

La proporción específica más alta de gestantes que no asisten a controles prenatales se encuentra en las adolescentes (4,8%) y la más baja está en las que tienen 35 años o más (1,2%), por el contrario, el 46,2% de las gestantes con 35 años o más asisten a 8 o más controles, siendo el grupo con la proporción más alta, el porcentaje de adolescentes con este número de controles es del 18,9% siendo la más baja. Por otro lado, la tasa específica de

mortalidad perinatal más alta, está en las adolescentes con 15,0 por cada 1.000 nacidos vivos en este grupo de edad, siendo ellas las que asisten a menos controles prenatales.

Específicamente con respecto al número de controles prenatales a los que asistieron las gestantes que tuvieron un evento de mortalidad perinatal, se logra identificar que de 62 coincidencias al cruzar las bases de datos de nacidos vivos y mortalidad perinatal el 45,2% de las gestantes tuvieron menos de 5 controles prenatales, de esas el 9,7% no asistió.

Por otro lado, la muerte prenatal ocurre entre el 40% y hasta el 70% de las gestantes con sífilis sin tratamiento o tratamiento inadecuado, adicionalmente, esta podría ocasionar hasta el 54% de la mortalidad neonatal de los niños afectados. La sífilis es catalogada como una infección de transmisión sexual, que puede ser adquirida por prácticas inadecuadas como: sexuales de alto riesgo (sin protección), inicio de relaciones sexuales a temprana edad, múltiples parejas sexuales, tener relaciones sexuales bajo los efectos de SPA, entre otras. Esta infección puede afectar a las mujeres gestantes y transmitirse de manera vertical al feto, causando sífilis congénita, la cual puede producir aborto espontáneo, mortinato, bajo peso al nacer, parto pretérmino, muerte perinatal y hasta ocasionar secuelas serias en los nacidos vivos por infección neonatal e infección latente (16), (17) .

De acuerdo a base SIVIGILA 2017 se notificaron 644 casos de sífilis gestacional en residentes en Bogotá, la tasa de notificación se estima en 7,0 por cada 1.000 nacidos vivos. Kennedy aporta a la capital el 13,3% de los casos siendo la segunda localidad con mayor número de eventos luego de Ciudad Bolívar (14,0%), la tasa local se encuentra en 6,6 por cada 1.000 nacidos vivos, la cual está levemente por debajo de la Distrital. Su comportamiento entre el 2013 y 2017 muestra un aumento del 29,4% pasando de 68 a 88 casos y un aumento en la tasa por 1.000 nacidos vivos de 2,1 puntos pasando de 4,5 a 6,6.

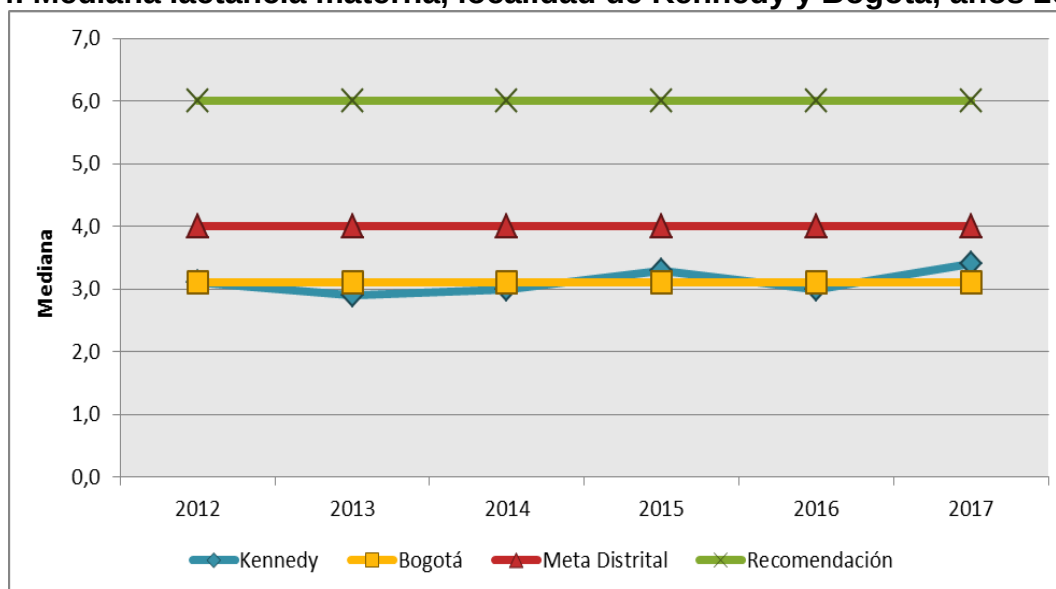
Con respecto al comportamiento de sífilis congénita, se notificaron 141 casos en residentes de la Capital, la tasa por 1.000 nacidos vivos es de 1,5. En Kennedy se notificaron 20 eventos, siendo la segunda localidad con mayor número (14,2%) luego de Ciudad Bolívar (16,3%), la tasa local por 1.000 nacidos vivos es de 1,5 siendo la misma Distrital y estando por encima de la meta esperada 0,5 por 1.000 nacidos vivos. Para el año 2017 se presentó una mortalidad por sífilis congénita en un residente de la localidad. Entre el año 2013 y 2017 la notificación ha aumentado un 53,8% y la tasa se ha incrementado en 0,6 puntos.

Como factor protector, la lactancia materna se constituye como promotor frente a la supervivencia infantil, el inicio temprano de la lactancia materna y su uso exclusivo durante los primeros seis meses de vida previenen la mortalidad, esto asociado a la reducción en el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, las cuales junto con el bajo peso al nacer causan el 56% de las muertes perinatales y neonatales, los recién nacidos que reciben leche materna

durante la primera hora después del parto tienen una menor probabilidad de morir en el periodo neonatal (18).

Bogotá revela un estacionamiento en la mediana de lactancia materna exclusiva desde el año 2012 de 3,1 meses. Para Kennedy la media de lactancia materna exclusiva para los últimos seis años ha tenido un comportamiento oscilante con tendencia al aumento, es de esta manera que para el año 2012 la mediana era de 3,1 y para el 2017 de 3,4, comportamiento que se encuentra por debajo de las recomendaciones internacionales las cuales son de 6 meses de lactancia materna exclusiva y la meta distrital (4 meses).

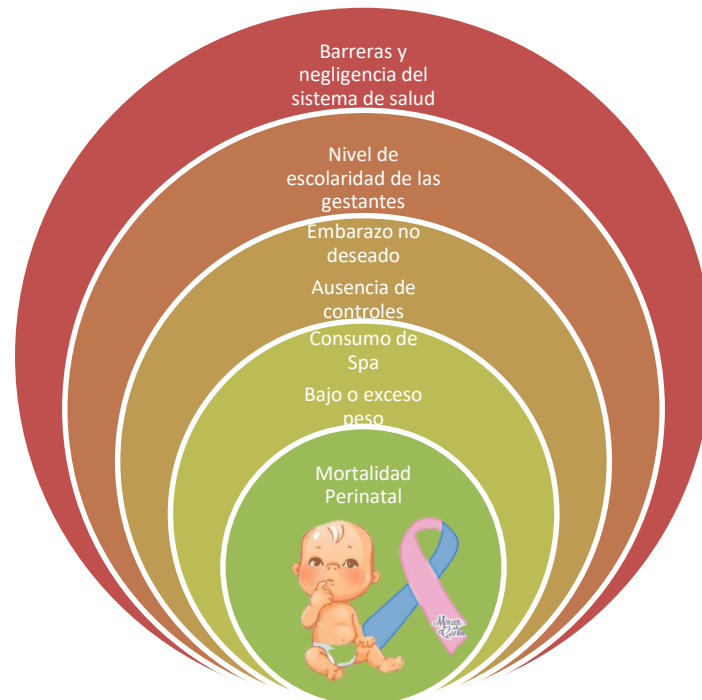
Gráfica 4. Mediana lactancia materna, localidad de Kennedy y Bogotá, años 2012 - 2017



Fuente: Subred Sur Occidente, SISVAN, años 2012 – 2017

Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación. Este indicador permite analizar las condiciones de salud materna, del entorno en el que vive la madre y la calidad en la atención que recibió en las diferentes etapas preconcepcional, prenatal, intraparto, neonato y deja en evidencia factores biológicos, culturales, económicos, sociales y ambientales que subyacen la muerte perinatal y afectan negativamente su prevención. Muchas de estas muertes son consecuencia directa de embarazos con un manejo pobre, complicaciones durante el embarazo (hemorragias, sepsis, enfermedad hipertensiva del embarazo, etc.) y complicaciones durante el parto.

Figura 3. Determinantes sociales de la mortalidad perinatal, Subred Sur Occidente, enero – abril 2018



Fuente: Subred Sur Occidente, Equipo Accvsye, análisis de determinantes sociales, 2018

Las posibles causas por las que las mujeres no asisten a los controles prenatales son en primer lugar barreras de acceso por parte del sistema general de seguridad social en salud, cuando no hay afiliación, multifiliación y portabilidad, ya que se exige trámites que requieren de tiempo, por lo que se desiste de los controles. En segundo lugar se encuentra la situación socioeconómica de la gestante que impide acercarse a los servicios de salud por los costos que pueden generar (transporte, refrigerio, exámenes y pago de cuota moderadora de acuerdo a clasificación de afiliación). En tercer lugar, la deshumanización del servicio de salud ha llevado a que las mujeres gestantes tengan experiencias negativas en la atención, lo que impide la adherencia al control. En cuarto lugar, está el factor tiempo, puesto que en la formalidad laboral se busca mantener el trabajo, por lo tanto no se solicitan permisos frecuentemente, además la legislación colombiana aún no ha protegido lo suficiente a la mujer, siendo esto un problema productivo para las empresas, y en la informalidad, las mujeres prefieren trabajar que ir a un control prenatal puesto que el tiempo que se demanda se traduce en menos ingresos para la mujer. Por último, se evidencia en algunas experiencias con comunidad el desinterés de la gestante por realizarse el control, ya sea por lo que no tiene la conciencia de la importancia de un control tanto para ella como para el bebé, o porque así tenga la información no lo ve necesario.

Desde el Plan de Intervenciones Colectivas, se efectúan las siguientes acciones con el fin de dar respuesta a los factores que contribuyen a que la mortalidad perinatal se presente y de

esta manera contribuir a disminuir el indicador:

- **Sector Salud POS:** curso para la maternidad y paternidad, control prenatal, control de crecimiento y desarrollo, plan canguro, planificación familiar, interrupción voluntaria del embarazo, control preconcepcional. Detección de la sífilis gestacional y tratamiento con penicilina a gestantes y su pareja. Detección de VIH y tratamiento con retrovirales.
- **Sector Salud PIC:** por parte del espacio vivienda se realiza seguimiento a gestantes de alto riesgo. Así mismo se efectúa capacitación y apropiación técnica a las madres comunitarias de los Hogares de Bienestar en 18 prácticas claves AIEPI. Por parte del componente de gestión del riesgo se realiza seguimiento a las gestantes capitadas con Capital Salud para que asistan a sus controles prenatales, frente al componente de familia se lleva a cabo seguimiento por parte del equipo interdisciplinario a las gestantes identificadas con sífilis gestacional y a los niños y niñas con sífilis congénita, con el fin de que realicen el tratamiento completo. Desde el espacio trabajo se llevan a cabo tamizajes para VIH y Sífilis. Por parte de VSP se realizan IEC a las gestantes identificadas con sífilis y unidades de análisis de casos. En el espacio educativo por medio del componente amarte se efectúan acciones que promueven la salud sexual y reproductiva y los derechos de la comunidad educativa en esta materia. Sirve como herramienta de detección temprana y atención de los eventos relacionados con la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, que se presentan en espacios de educación. Estrategia SEXPERTO. Por parte de salud pública se realiza seguimiento a gestantes de alto riesgo, seguimiento a gestantes, morbilidad materna extrema.

3.2 Infancia

Según proyecciones CENSO DANE 2005, se estima que para el año 2017 residen en Kennedy 110.999 (51,4% hombres, 48,6% mujeres) infantes, representando el 9,2% del total proyectado para la localidad. Entre el año 2005 y el 2017 la población local de infantes ha aumentado un 3,3%; siendo el momento de curso de vida que menos ha crecido.

El índice local de infancia para el año 2017 revela que de cada 100 personas 23 son menores de 15 años de edad, así mismo el índice de dependencia infantil muestra que de cada 100 personas entre 15 y 64 años de edad hay 33 personas menores de 15 años. Al analizar la evolución de estos índices se evidencia que el de infancia entre el año 2005 y 2017 ha tenido una reducción del 17,6% y para el año 2020 esta reducción aumentará 0,6 puntos, con respecto al de dependencia ha disminuido un 20,4% y para el 2020 este se profundizará en 1,7 puntos. Este comportamiento ratifica la transición demográfica de la localidad, en donde la población adulta y adulta mayor aumenta y la infantil disminuye.

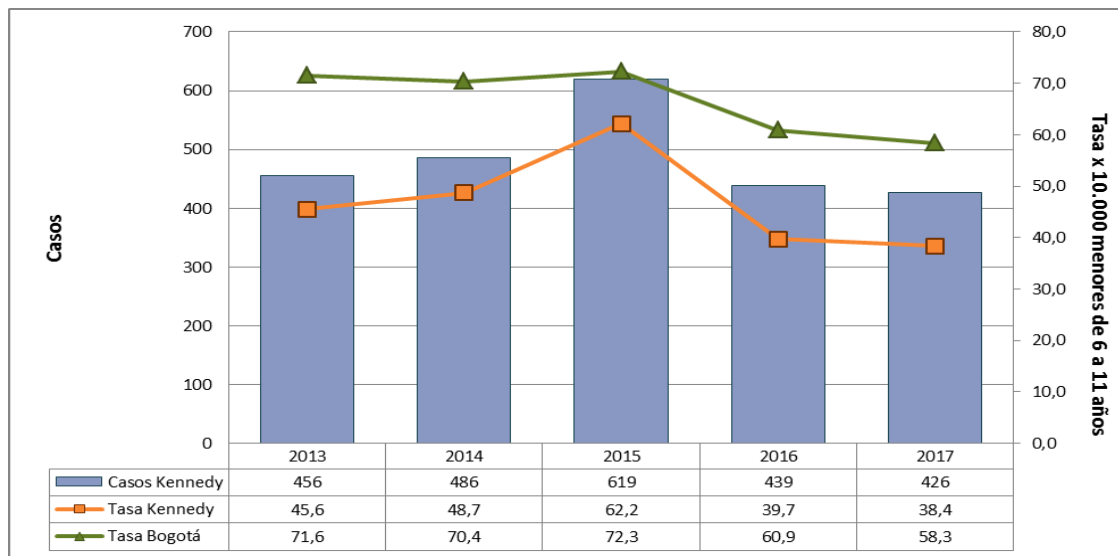
El momento de curso vital infancia está comprendido entre los 6 y los 11 años de edad. Para este momento de curso vital se priorizaron los siguientes eventos por Dimensión del Plan Decenal de Salud Pública: salud ambiental (contaminación del aire, inadecuadas condiciones de la vivienda, inadecuada tenencia de mascotas), convivencia social y salud mental (violencia intrafamiliar), seguridad alimentaria y nutricional (exceso de peso), vida saludable y enfermedades transmisibles (enfermedades inmunoprevenibles), vida saludable y condiciones no transmisibles (cáncer, problemas de salud oral), salud y ámbito laboral (trabajo infantil). En la primera mesa de análisis se jerarquizaron las prioridades de acuerdo a su magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, priorizando la Violencia Intrafamiliar en este momento de curso de vida, situación que está enmarcada en la dimensión del PDSP convivencia social y salud mental.

Tabla 6. Resultados método Hanlon, prioridades infancia, Kennedy, 2018

INFANCIA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Violencia intrafamiliar	10	5	2	4	116
Enfermedades Inmunoprevenibles (sarampión, tosferina, difteria, varicela)	5	4	2	5	101
Problemas en salud oral	9	10	3	2	95
Contaminación del aire	8	7	2	3	70
Exceso de peso	8	6	1	3	42
Inadecuadas condiciones de la vivienda	7	4	2	2	34
Inadecuada tenencia de mascotas	10	9	1	1	30
Trabajo Infantil	9	10	1	1	19
Cáncer	8	10	1	1	18

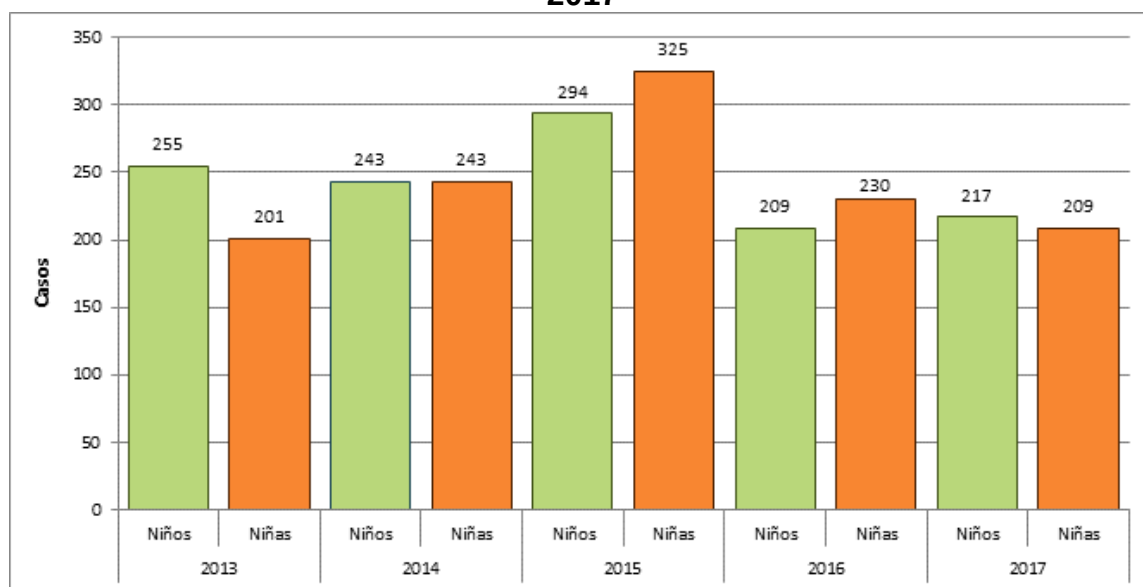
Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Kennedy, 2018

La violencia intrafamiliar se refiere a...” *toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia, que afecte el bienestar y la integridad física, psicológica o la libertad y derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia, sin importar el espacio físico en donde ocurra. Por tanto, la violencia intrafamiliar incluye el maltrato a los adultos mayores, a los niños o niñas, la violencia contra la pareja, el abandono, la negligencia o descuido y el abuso sexual*”(19). La violencia doméstica o intrafamiliar se puede presentar en cuatro formas: violencia física, violencia emocional, violencia sexual, violencia económica, violencia abandono y violencia por negligencia.

Gráfica 5. Violencia intrafamiliar, infantes, localidad de Kennedy y Bogotá, años 2013 – 2017

Fuente: Secretaria Distrital de Salud, SISVAN, años 2013 - 2017

Para el periodo comprendido entre los años 2013 y 2017 se muestra una disminución en la tasa de notificación de los eventos que componen la violencia intrafamiliar en niños y niñas de 6 a 11 años tanto para Kennedy (15,7%) como para Bogotá (18,5%) siendo para la Capital más marcada. Con respecto al comportamiento de la notificación por sexo, de los 2.426 niños y niñas notificados en el quinquenio que residen en la localidad de Kennedy, no se identifican diferencias marcadas (50,2% masculino, 49,8% femenino). Este comportamiento es similar para cada uno de los años analizados.

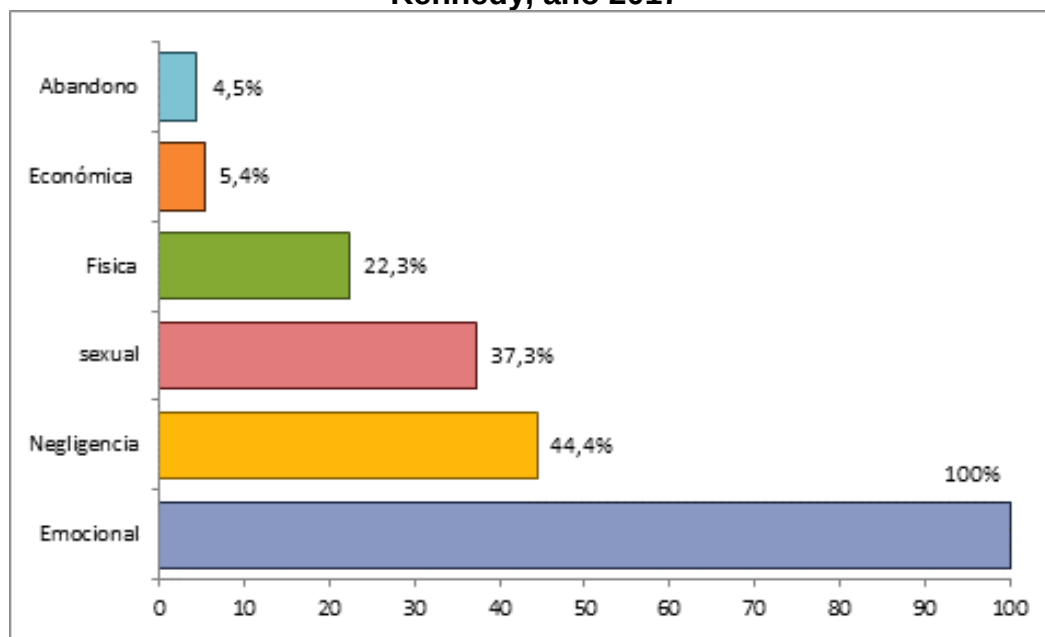
Gráfica 6. Violencia intrafamiliar por sexo, infantes, localidad de Kennedy, años 2013 – 2017

Fuente: Secretaria Distrital de Salud, Sisvan, años 2013 - 2017

En el año 2017 en la Capital se notificaron 4.204 infantes víctimas de violencia intrafamiliar, la tasa de notificación es de 58,3 casos por cada 10.000 menores de 6 a 11 años. En Kennedy se reportaron 2.860 eventos de VIF en total, de los cuales el 14,9% (426) son en infancia, por número de casos notificados Kennedy es la tercera localidad que más reporta en el Distrito con el 10,1%, la tasa de notificación por 10.000 niños de 6 a 11 años es de 38,4. Como un ejercicio aproximado, por UPZ las tasas más altas de violencia intrafamiliar por residencia de la víctima por 10.000 habitantes están en Corabastos (7,1), Las Margaritas (7,0) y Patio Bonito (5,4).

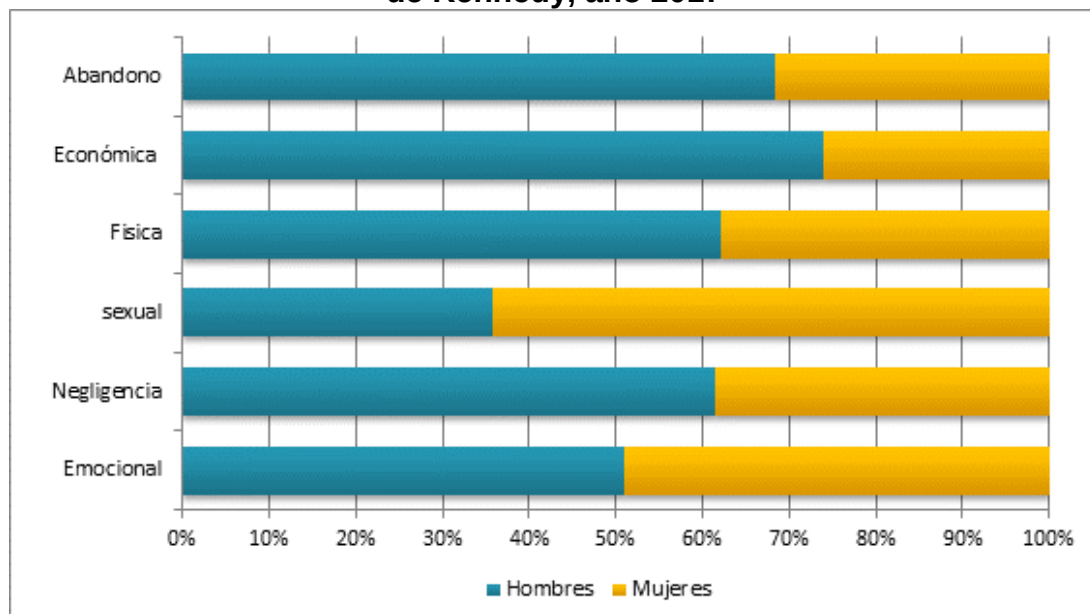
De los 426 casos de violencia intrafamiliar en infantes el 50,9% de las víctimas son del sexo masculino y el restante 49,1% del femenino. La violencia emocional, es el tipo de violencia más notificada, la cual generalmente va acompañada de otro tipo de violencia, que para este caso la segunda más notificada es la negligencia. La madre de la víctima es el principal agresor con el 43,9% de los casos, seguido por el padre (21,7%) y conocido (15,7%).

Gráfica 7. Distribución por tipo de violencia intrafamiliar, infancia, localidad de Kennedy, año 2017



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, SIVIM, año 2017

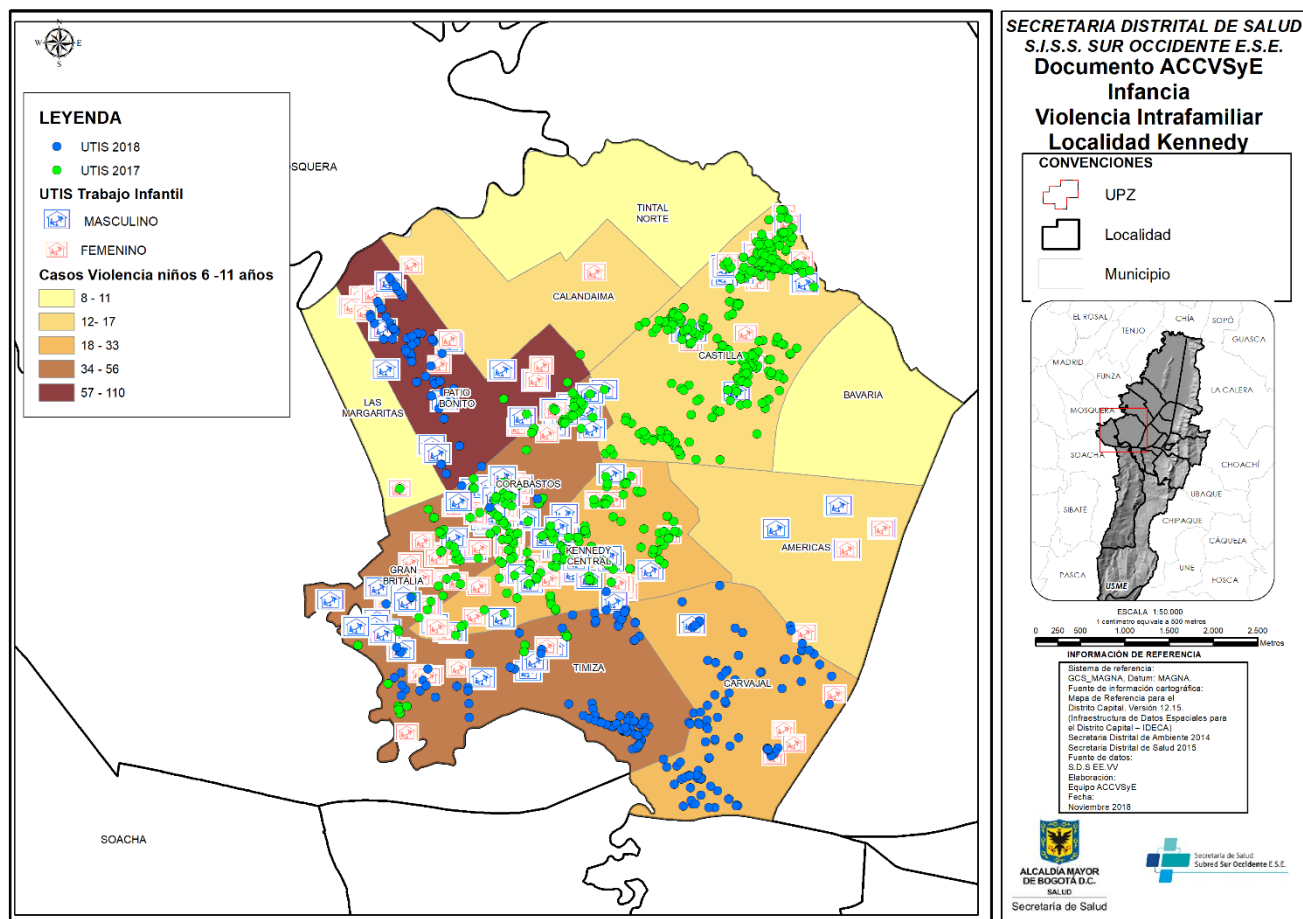
Al analizar los tipos de violencia por sexo se identifica que los hombres son los más afectados, excepto para la violencia sexual en donde las principales víctimas son las mujeres, en la violencia económica y el abandono son los tipos en donde la mayor proporción de afectados son los niños.

Gráfica 8. Distribución del sexo por tipo de violencia intrafamiliar, infancia, localidad de Kennedy, año 2017

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, SIVIM, año 2017

La UPZ Patio Bonito es donde se registran el mayor número de casos de violencia intrafamiliar en menores de 6 a 11 años, también concentra un gran número de UTIS donde se emplea a menores de edad especialmente del género femenino y en las que se ofrecen diferentes servicios como ventas de productos varios, papelerías, misceláneas y restaurantes. Se observa también una gran concentración de casos de violencia en menores de 6 a 11 años en la UPZ Corabastos, la cual se caracteriza por estar allí ubicada la principal central de Abastos del Distrito Capital y en la cual también se pudo identificar gran concentración de UTIS donde se emplean a niños de este ciclo vital, seguido de la UPZ Gran Britalia donde también presenta un comportamiento de casos y de UTIS con población trabajadora de infancia. Se resalta también la UPZ Castilla que también concentra una gran cantidad de UTIS, de las cuales se concentran en la zona industrial de esta UPZ y en cercanías al matadero, no concentra así, gran cantidad de casos de violencia intrafamiliar hacia niños entre los 6 y los 11 años.

A continuación, se relacionan los casos de violencia intrafamiliar con las UTIS con presencia de trabajo infantil diferenciado por género.

Mapa 4. Violencia intrafamiliar en la infancia, localidad de Kennedy, 2017

De acuerdo a la OIT, el trabajo infantil se define como... *“todo trabajo que priva a los niños de su niñez, su potencial y su dignidad, y que es perjudicial para su desarrollo físico y psicológico”* (20), y es reconocido como una de las formas más evidentes de maltrato infantil.

Para el año 2017 por medio del espacio laboral, se identificaron 677 niños niñas y adolescentes trabajadores en Bogotá de los cuales el 44,9% (304 casos) son infantes. En Kennedy se encontraron 235 de los cuales 104 (44,5%) están entre los 6 y los 11 años, siendo la segunda localidad con más niños identificados después de Bosa (34,2%). La tasa de notificación para Bogotá es de 96 por cada 100.000 niños de 6 a 11 años y para Kennedy de 93,7. Por UPZ de residencia la tasa más alta por 100.000 habitantes está en: Corabastos con 32,1, seguida de Castilla 23,9, Patio Bonito 16,3, Gran Britalia 12,6, Carvajal 7,5 y Kennedy Central 4,5.

De acuerdo al artículo síndrome de maltrato infantil de la revista cubana de pediatría, la negligencia es un tipo de violencia por parte de los padres y/o cuidadores de los niños y niñas cuyo elemento esencial es un fallo en la satisfacción de las necesidades básicas que amenazan o dañan el desarrollo del infante. Este tipo de violencia es la que genera mayor morbilidad o mortalidad en este grupo de edad. Existen varios tipos de negligencia, entre ellos

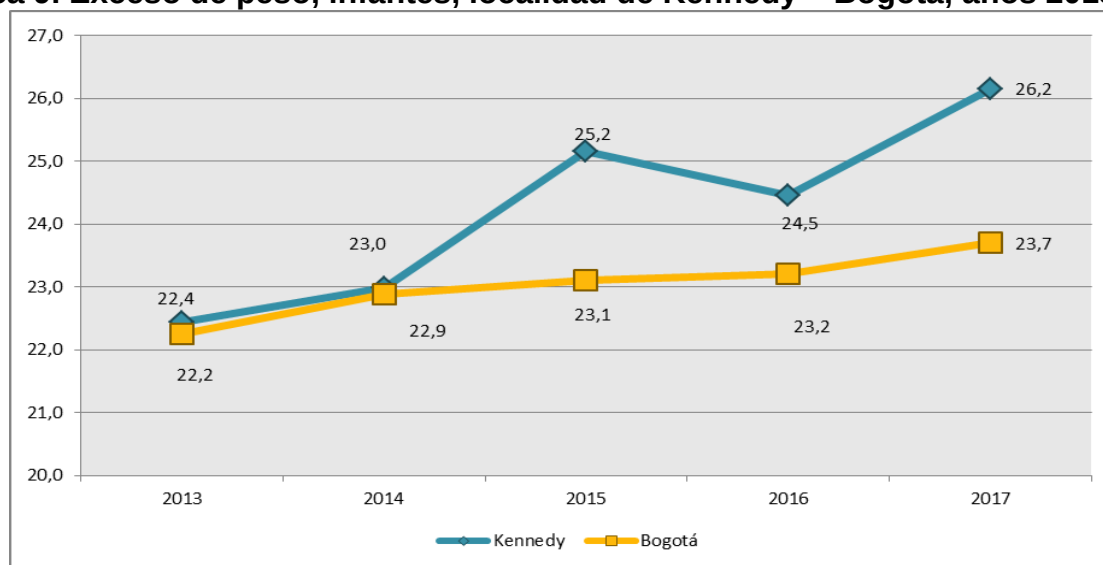
se encuentra la física la cual consiste en tener un fallo por parte de los padres en proporcionar al niño sus necesidades básicas como los son: alimentos, vestido, amparo, cuidado médico y supervisión (21).

La negligencia nutricional es una de las causas más frecuentes (22), diversos estudios, sugieren que la exposición al maltrato y la negligencia pueden llegar a generar secuelas, entre las que se encuentran la obesidad, siendo el consumo de alimentos una forma de compensación frente a la carencia de afecto y la hostilidad en el ambiente (23).

Entre el año 2013 y 2017 el exceso de peso en los menores de 6 a 11 años ha tenido un incremento sostenido en Bogotá del 6,5%, este comportamiento se mantiene en la localidad de Kennedy, pero el incremento ha sido mucho mayor (16,6%).

De acuerdo a la base Sisvan 2017, la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en niños y niñas de 6 a 11 años en Bogotá es de 23,7%. En Kennedy la prevalencia es de 26,2%, siendo la localidad que más niños y niñas con exceso de peso aporta al nivel Distrital. Por UPZ se observa que las más críticas son en su orden: Américas con una prevalencia de del 28,6% seguida de Calandaima 28,3%, Castilla 27,9% y Carvajal 26,9%.

Gráfica 9. Exceso de peso, infantes, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2013 – 2017



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Sisvan, años 2013 – 2017

Por otro lado, y de acuerdo al SISVAN escolar año 2017 los datos revelan que el 28,9% de los niños y niñas valorados entre los 5 y 12 años presentaron exceso de peso (18,9% sobre peso y 10,0% obesidad), al comparar estos datos con Bogotá se evidencia que la prevalencia de exceso de peso local está por debajo del Distrital (31,0%; 19,1% sobrepeso, 11,9% obesidad).

La lista de las primeras 20 causas de morbilidad año 2017 muestra que el 3,5% de los niños y niñas de 6 a 11 años que asistieron a los servicios de salud presentaban obesidad, en el 2016 la proporción fue del 2,7% y en el 2015 de 3,4% evidenciando una tendencia oscilante hacia el aumento.

Según el artículo Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil publicado en la Journal of odontostomatology la negligencia odontológica es clasificada como un maltrato pasivo y se define según la Academia Americana de Odontología Pediátrica como...*“la falta deliberada, por parte de padres o tutores, de la búsqueda o seguimiento del tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infección orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que causen una mala alimentación, retardo de crecimiento y desarrollo, dificultando la vida diaria del menor”* (24).

En las primeras 20 causas de morbilidad año 2017 en Kennedy la proporción de niños y niñas de 6 a 11 años que tuvieron atenciones relacionadas con problemas de salud oral es del 38,1%: la caries de la dentina con el 18,9% es el diagnóstico más frecuente en este grupo de edad, dientes incluidos 7,3%, gingivitis aguda 5,8%, gingivitis crónica 4,6% y alteraciones en la erupción dentaria 1,4%. Para el año 2016 esta proporción fue del 38,9% y en el 2015 del 43,0%, evidenciando una tendencia hacia la disminución.

De acuerdo a la base SISVESO en Kennedy de 325 niños y niñas notificados en 2017 el 66,2% (215) presentan problemas de salud oral, ubicándose por debajo de la proporción de Bogotá: gingivitis (52,6%), caries (66,2%), lesión mancha café (20,9%), lesión mancha blanca (14,5%), fluorosis (6,5%). El 100% de los niños y niñas valorados tuvieron algún problema de salud oral en Las Margaritas, en Patio Bonito el 87,5%, en Carvajal el 80,6% y en Bavaria el 80,0%, siendo las UPZ con las proporciones más altas. Entre 2013 y 2017 la proporción de niños de 6 a 11 años con problemas de salud oral aumentó un 16,8%, el año 2015 fue el que registro el porcentaje más alto (68,4%)

Ahora bien, desde los resultados de la segunda mesa de análisis se considera la infancia como el momento de curso de vida más importante especialmente por los efectos para el desarrollo humano en aspectos individuales y colectivos como la autonomía, la socialización, lo afectivo, la personalidad y en el marco dimensional como las condiciones psicológica, económica, social, política o cultural que atraviesan esta etapa de la vida.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas, los embarazos no planeados o no deseados, las condiciones socioeconómicas desfavorables, el manejo inadecuado de conflictos al interior del hogar, las víctimas del conflicto armado, los trastornos mentales no tratados, las débiles redes de apoyo familiar, conllevan a la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil.

Estas situaciones están dadas por los modelos socioeconómicos y culturales marcados por el conflicto interno, bajos ingresos, ausencia del rol cuidador o su delegación a terceros; además, las condiciones de la vivienda caracterizada por usos habitacionales precarios o desfavorables y la tipología de las familias monoparentales o familias recompuestas, la desconfianza en el estado producto del déficit en el sistema de justicia en el país, frente a la efectividad de las denuncias como aporte a la resolución de conflictos.

Por parte del PIC, se realizan intervenciones de campo (visitas) a los eventos notificados por las UPGD al área de Vigilancia en Salud Pública desde el subsistema SIVIM, en donde se aborda la problemática de violencia, y se realiza canalización intersectorial dependiendo del alcance de la violencia. Aunque esta actividad está a cargo de la red de hospitales públicos, la cobertura es insuficiente frente al volumen de la notificación que llega, por lo que toca priorizar los casos, situación que puede subestimar o sobre estimar los problemas individuales de acuerdo de la visión de la priorización realizada.

Así mismo se realizan intervenciones en los diferentes espacios de vida cotidiana en donde se abordan temáticas con la familia y/o comunidad que buscan la prevención del maltrato como lo son pautas de crianza, resolución de conflictos, proyecto de vida entre otros.

Las implicaciones que trae consigo la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil son una sociedad más violenta, incremento en los suicidios y los homicidios, continuidad generacional de ciclos de violencia, trastornos mentales, consumo de SPA.

3.3 Adolescencia

Según proyecciones CENSO DANE 2005, se estima que para el año 2017 residen en Kennedy 113.176 (51,3% hombres, 48,7% mujeres) adolescentes, representando el 9,4% del total proyectado para la localidad. Entre el año 2005 y el 2017 la población local de adolescentes ha aumentado un 10,4% pasando de 102.475 a 113.176.

El momento de curso vital adolescencia está comprendido entre los 12 y los 17 años. Para este momento de curso vital se priorizaron los siguientes eventos por Dimensión del Plan Decenal de Salud Pública: salud ambiental (contaminación del aire, inadecuadas condiciones de la vivienda, inadecuada tenencia de mascotas), convivencia social y salud mental (conducta suicida, violencia intrafamiliar, consumo de SPA, abuso sexual), sexualidad y derechos sexuales y reproductivos (fecundidad en adolescentes) (seguridad alimentaria y nutricional (exceso de peso, bajo peso gestacional), vida saludable y condiciones no transmisibles (cáncer, problemas salud oral), ámbito laboral (trabajo adolescente protegido).

En la primera mesa de análisis se desarrolló la jerarquizaron de las prioridades de acuerdo a su magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, la conducta suicida, incluida en la dimensión del PDSP de convivencia social y salud mental fue la que obtuvo el mayor puntaje,

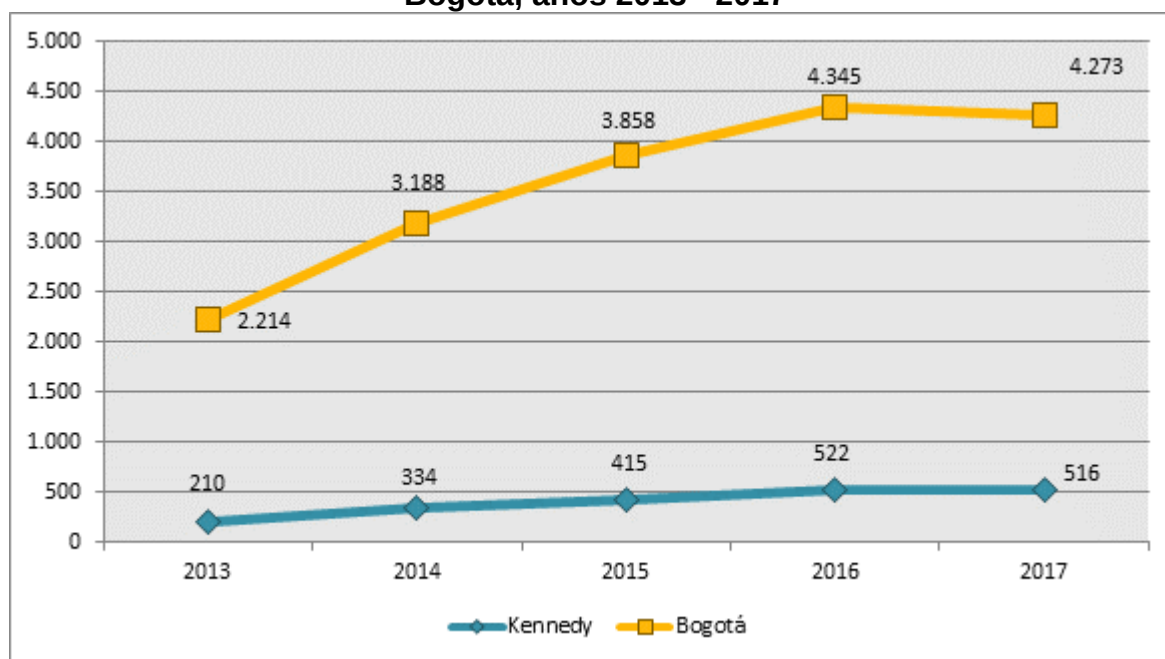
Tabla 7. Resultados método Hanlon, prioridades Adolescencia, Kennedy, 2018

ADOLESCENCIA	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Conducta suicida	9	9	2	3	108
Cáncer	9	8	2	3	105
Exceso de peso	9	9	2	3	87
Contaminación del aire	9	5	2	3	84
Violencia intrafamiliar	10	9	2	3	81
Fecundidad en adolescentes	10	9	2	2	79
Problemas de salud oral	9	6	2	3	79
Inadecuada tenencia de mascotas	8	3	2	3	74
Consumo de SPA	10	9	2	2	70
Trabajo adolescente protegido	9	7	2	3	68
Inadecuadas condiciones de la vivienda	8	6	1	1	21

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Kennedy, 2018

De acuerdo al boletín de salud mental conducta suicida elaborado por el Ministerio de la Salud y Protección social, la conducta suicida se define como *“una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”*, se identifican 4 tipos de conducta suicida tales como: ideación, amenaza, intento y suicidio consumado (25).

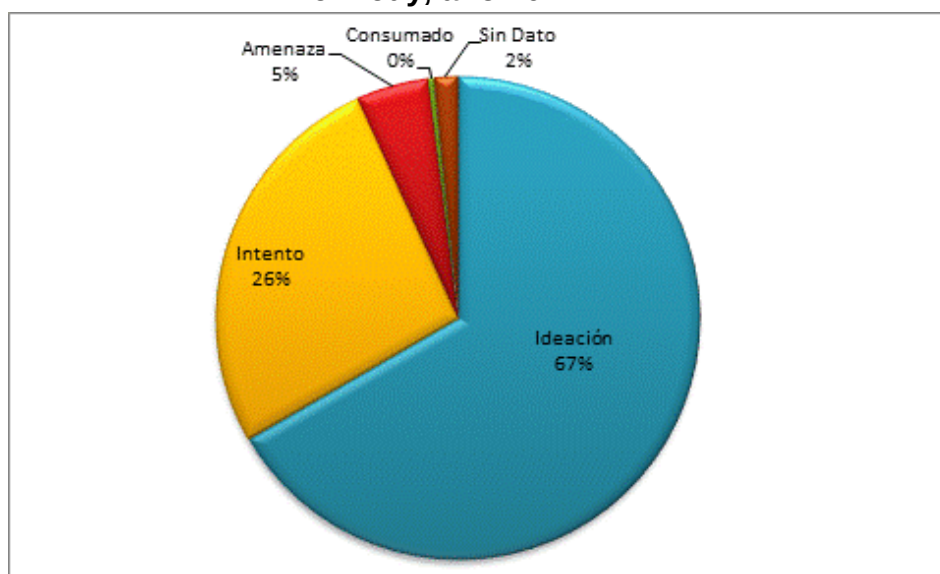
La tasa de notificación de la conducta suicida en adolescentes tanto en Bogotá como en la localidad de Kennedy muestra un comportamiento ascendente superior al 100%.

Gráfica 10. Notificación conducta suicida, adolescentes, localidad de Kennedy, Bogotá, años 2013 - 2017

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, SISVECOS, años 2013 – 2017

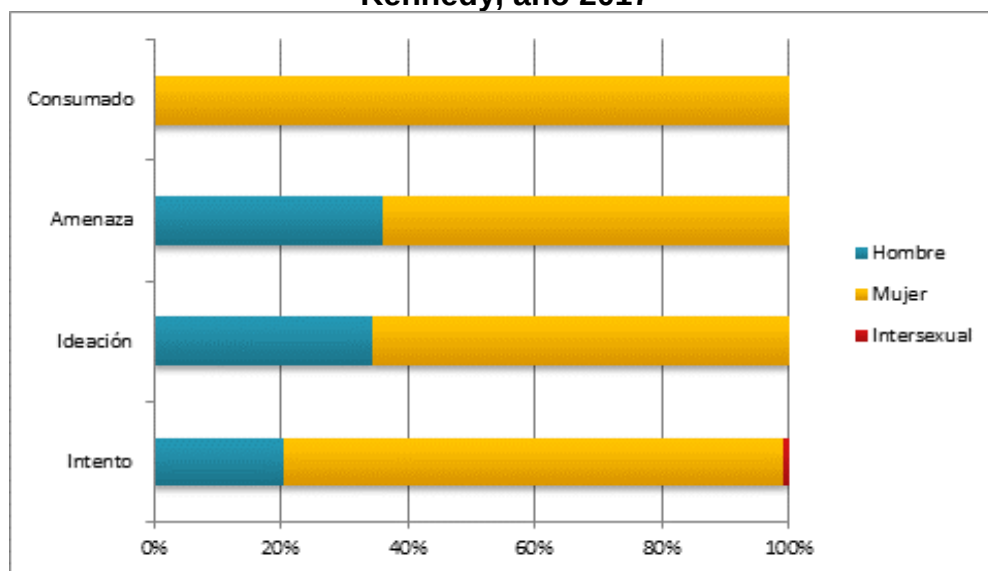
En Bogotá de acuerdo a la base de datos Sisvecos, en el año 2017 se notificaron 4.273 adolescentes con conducta suicida, la tasa de notificación es de 58,0 casos por cada 10.000 adolescentes. En Kennedy se reportaron 1.351 casos de conducta suicida en total, de los cuales el 38,2% son adolescentes, por número de casos notificados Kennedy es la tercera localidad que más reporta con el 12,1%, la tasa de notificación es de 45,6.

De los 516 casos de conducta suicida notificados en 2017 en adolescentes el 30,8% se presentó en hombres, el 69% en mujeres y el 0,2% en intersexuales, de acuerdo a la orientación sexual el 61,7% se identifican como heterosexual, el 0,4% como lesbiana, el 0,6% como gay, el 0,4% bisexual. El tipo de conducta más notificada es la ideación.

Gráfica 11. Distribución conducta suicida por tipo, adolescencia, localidad de Kennedy, año 2017

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, SISVECOS, año 2017

Para los cuatro tipos de conducta, la mujer tiene la proporción más alta del evento. Específicamente para el tipo de conducta intento dos fallecieron, en el 15,3% de los casos era la primera vez, en el 9,5% era la segunda vez, en el 1,5% era la tercera vez y en el 2,2% lo había realizado cuatro o más veces. Por mecanismo el 50,4% de los casos fueron por lanzamiento a un cuerpo de agua, el 31,2% por intoxicación, el 12,7% con un arma, el 3,1% por lanzamiento al vacío, el 1,9% por ahorcamiento y el 0,4% por inmolación y lanzamiento a vehículo respectivamente.

Gráfica 12. Distribución tipo de conducta suicida por sexo, adolescencia, localidad de Kennedy, año 2017

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, SISVECOS, año 2017

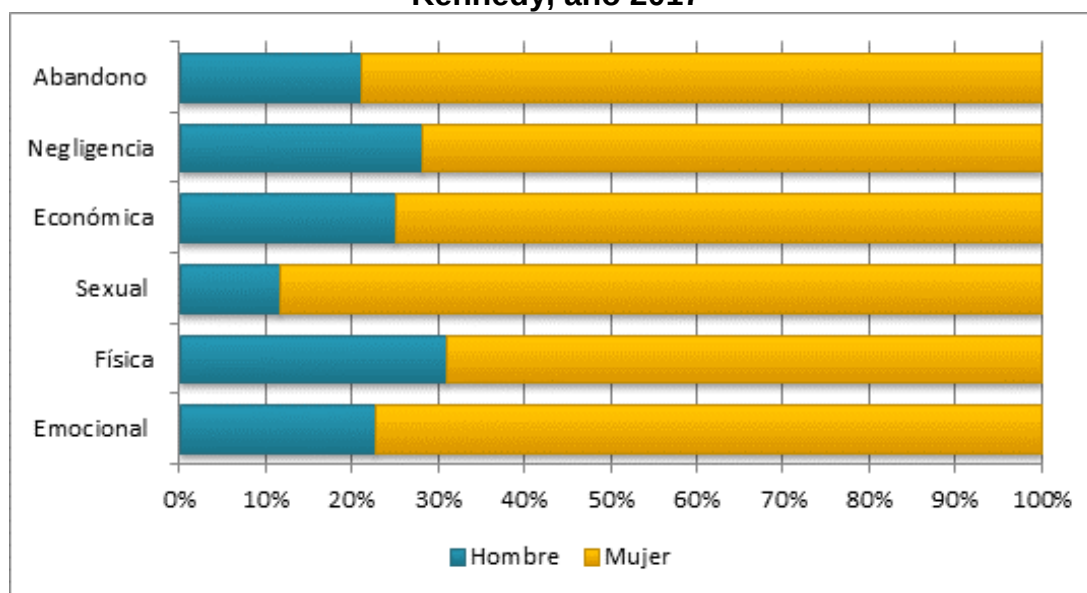
En el año 2016 se notificaron 47 defunciones en residentes de la localidad de Kennedy por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), de estas 6 (11,3%) fueron en adolescentes de 10 a 19 años. La tasa de defunciones por suicidios en este grupo de edad se estima en 3,2 por cada 100.000 personas de 10 a 19 años, entre el año 2013 y 2016 se muestra un comportamiento cambiante con tendencia al ascenso pasando la tasa de 1,7 en 2012 a 3,2 en 2016.

De acuerdo al estudio violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes, se sustenta que los factores que se han asociado con mayor fuerza al suicidio en adolescentes son: enfermedad psiquiátrica subyacente, historia familiar de suicidio, conducta impulsiva, abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas (26). El mismo artículo revela que la violencia intrafamiliar ya sea física o verbal, podría llegar a ser un condicionante de conductas autodestructivas como el suicidio. También explica que existe una fuerte asociación entre el abuso sexual en la infancia y la ideación suicida. Estas mismas tesis son divulgadas por la OMS y la UNICEF(26), (27).

En Kennedy se notificaron 2.860 casos de violencia intrafamiliar en 2017 de los cuales el 20,6% son adolescentes, por número de casos notificados Kennedy es la tercera localidad que más reporta en el Distrito con el 9,7%, la tasa de notificación por 10.000 adolescentes es de 52,0. Entre el año 2017 y 2013 la tasa de notificación disminuyó un 28,2% y el comportamiento general ha sido oscilante con tendencia a la reducción. Como un ejercicio aproximado, por UPZ las tasas más altas de violencia intrafamiliar por 10.000 habitantes por residencia de la víctima están en Las Margaritas (10,1), Tintal Norte (8,9) y Corabastos (7,8).

El 77,2% de los eventos son en mujeres y el restante 22,8% en hombres, el 100% de los adolescentes sufren violencia emocional, el 42,6% violencia sexual, el 38% negligencia, el 24,1% violencia física, el 4,8% violencia económica, y el 3,2% abandono, en los 6 tipos de violencia la mayor proporción de víctimas son mujeres. Los mayores agresores son: madre en el 27,2% de los casos, padre en el 15,3% y conocido en el 14,1%. Específicamente para abuso sexual el 88,4% de las víctimas son mujeres y el 11,6% hombres, una persona conocida es el mayor agresor con el 29,9%, seguida por otro familiar con el 16,3%, desconocido con el 14,7% y la pareja con el 12%.

De acuerdo a la base SISVECOS año 2017 de los 137 casos de intento suicida el 9,5% tenía antecedentes de abuso sexual, siendo el 100% mujeres.

Gráfica 13. Distribución por sexo y tipo de violencia, adolescencia, localidad de Kennedy, año 2017

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, SISVECOS, año 2017

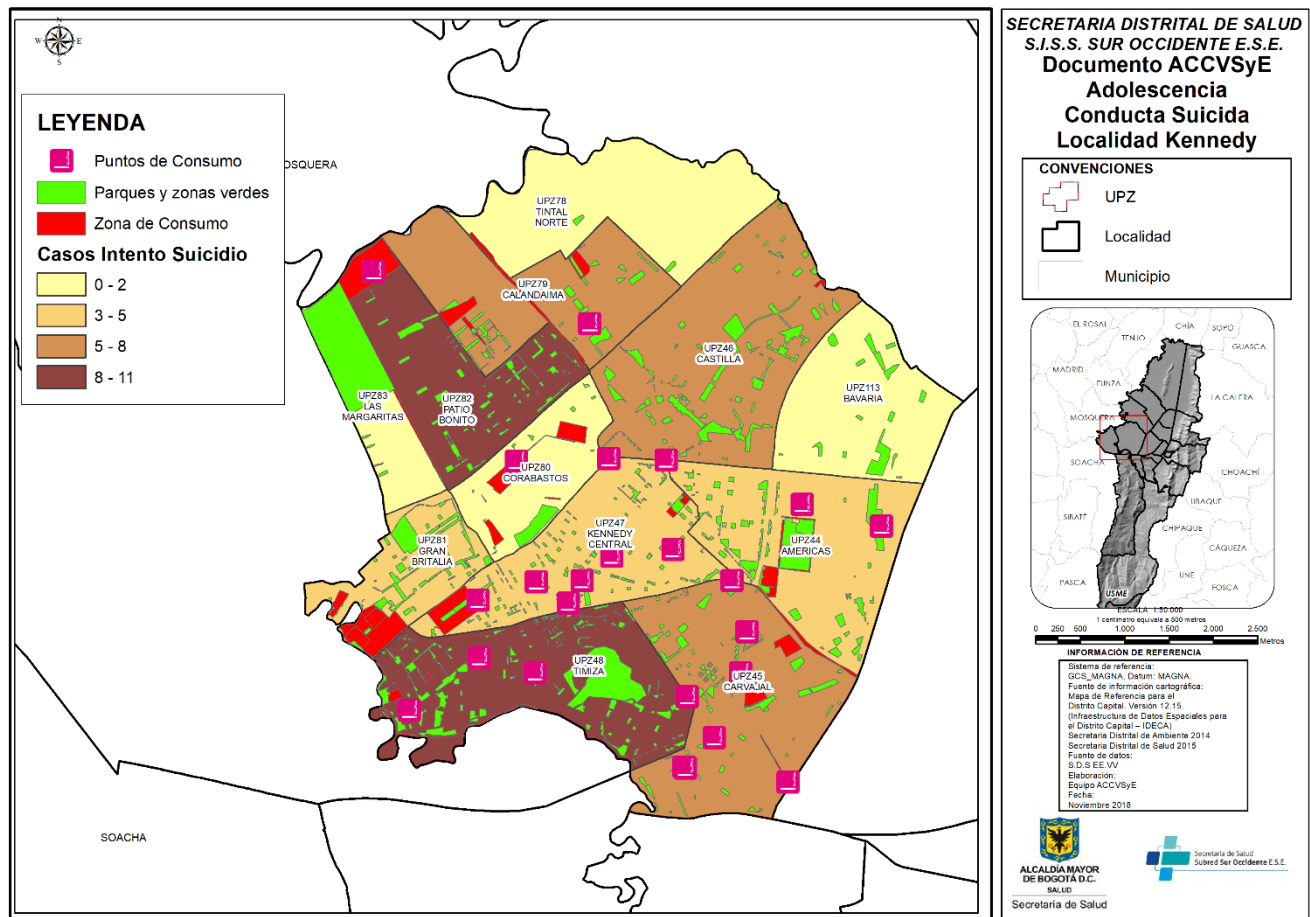
De acuerdo al boletín de salud mental Conducta suicida del Ministerio de Salud y la Protección social, las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento y aquellas que tienen trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, tienen mayor probabilidad de presentar una conducta suicida, principalmente los adolescentes (25). En el estudio factores asociados con la conducta suicida en adolescentes también señala que varios estudios indican una asociación entre el consumo de alcohol e intento suicida, así mismo, el consumo de sustancias psicoactivas ilegales también tiene una fuerte asociación con el intento y la ideación suicida en especial en aquellas personas que consumen cocaína (28).

En 2017 se reportaron al Vespa 595 casos de consumo de SPA en residentes de Kennedy, de los cuales el 27,4% son adolescentes, por número de casos notificados Kennedy es la séptima localidad que más reporta con el 3,8%, la tasa de notificación es de 14,4. Las principales drogas de inicio son el tabaco 33,7% y alcohol 29,4%. Como un ejercicio aproximado, por UPZ de residencia las tasas más altas de consumo de SPA por 10.000 habitantes están en Bavaria (4,5), Las Margaritas (2,5) y Patio Bonito (1,5). El 4,3% de los adolescentes con conducta suicida tienen antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.

Se relacionó la concentración por UPZ de casos de intento de suicidio con el consumo de SPA, específicamente. Se pudo determinar que la gran mayoría de los casos se presentaron en la UPZ 82 Patio Bonito, la cual se caracteriza por su alto nivel de necesidades básicas insatisfechas, además la mayoría de población se encuentra en estrato 2. Se ubicó mediante cartografía social puntos y zonas de consumo de sustancias psicoactivas en la parte occidental de la UPZ, en inmediaciones de la ronda del río Bogotá, en la UPZ 82 hay gran número de parques y zonas verdes propicias para el consumo de SPA. Se presenta también un alto

número de casos localizados en la UPZ Timiza donde también se ubican gran número de parques y zonas de consumo de SPA. Se puede recalcar que en la UPZ de Corabastos donde también hay zonas de consumo de SPA registra pocos casos relacionados con intento suicida y el consumo de SPA. Las UPZ Bavaria, Tintal Norte y Las Margaritas, se caracterizan por tener bajos casos de intento suicida por consumo de SPA y tampoco zonas y parques propicios para el consumo de SPA.

Mapa 5. Conducta suicida en la adolescencia, localidad de Kennedy, 2017



De acuerdo al artículo Conducta suicida adolescencia y riesgo, se refiere que en la adolescencia se incrementa la carga de presiones y responsabilidades que unido con otros factores pueden ser propicios para cometer un acto o conducta suicida. Así mismo se relaciona que el embarazo no deseado puede llegar a desencadenar una conducta suicida. (29). De igual manera en el artículo Ideación y comportamiento suicida en embarazadas, se explica que hay pocos estudios sobre la prevalencia de conducta suicida durante el embarazo, e incluso se sustenta que esta conducta es menos frecuente en mujeres embarazadas frente a las no embarazadas, sin embargo se refiere que el embarazo no deseado es uno de los causas que pueden generar una conducta suicida, que asociado a otros factores como los son depresión,

soltería, no tener novio y carecer de apoyo social puede llegar a incrementar el riesgo en las adolescentes (30).

En el año 2017 Bogotá tuvo 12.284 nacimientos en adolescentes de 10 a 19 años lo que representa el 13,4% del total de nacimientos, la tasa de fecundidad para este grupo de edad se estableció en 20,3 por cada 1.000 mujeres de 10 a 19 años. En Kennedy el 13% de los nacimientos fueron en mujeres de 10 a 19 años y es la segunda localidad con mayor número de nacimientos en este grupo luego de Ciudad Bolívar, la tasa de fecundidad se situó en 18,8. Por UPZ la proporción específica más alta es en Corabastos en donde el 20% de los nacimientos fueron en adolescentes seguida por Patio Bonito 18% y Gran Britalia 15,7%.

Entre los años 2010 y 2017 la tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años en Kennedy muestra una reducción del 40,5%, para el Distrito esta reducción fue menor con el 35,7%. Específicamente para el grupo de 10 a 14 años la disminución en Kennedy supera el 50% y en el grupo de 15 a 19 años alcanza el 41%, Bogotá por su parte también ha mostrado una reducción en las tasas de fecundidad específicas, pero en menor proporción; siendo de 10 a 14 años de 38,1% y de 15 a 19 años del 36,1%. De acuerdo a la base SIVICOS 2017 dos casos de conducta suicida se presentaron en adolescentes gestantes.

Tabla 8. Tasa de fecundidad adolescentes, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2010 - 2017

Tasa Fecundidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10 - 14 Bogotá	1,7	1,5	1,6	1,4	1,4	1,2	1,1	1,0
10 - 14 Kennedy	1,6	1,6	2,0	1,1	1,4	1,3	0,7	0,7
15 - 19 Bogotá	60,3	58,9	59,2	56,0	52,3	48,6	43,8	38,5
15 - 19 Kennedy	61,2	59,0	63,2	59,3	54,7	50,7	40,2	36,1
10 - 19 Bogotá	31,6	30,9	31,3	29,8	27,8	25,7	23,1	20,3
10 - 19 Kennedy	31,6	30,7	33,3	30,9	28,8	26,6	21,0	18,8

Fuente: años 2010-2016: Bases de datos DANE RUAF ND, sistema de estadísticas vitales SDS, finales (2016 publicación DANE 30 diciembre 2017), año 2017 preliminar, publicación DANE 28 marzo 2018

El artículo Conducta suicida adolescencia y riesgo refiere que entre los factores asociados a la conducta suicida se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria entre ellos la malnutrición (29). Igualmente un estudio realizado por investigadores de la Universidad Estatal de Georgia en Atlanta (Estados Unidos) refiere que, los adolescentes con sobre peso, o que consideran tenerlo presentan un mayor riesgo de suicidio, el riesgo se incrementa hasta en un

45%, esto asociado a la presión que tienen los adolescentes por ajustarse a unos ideales de “belleza” (31).

De acuerdo a los datos arrojados por la valoración nutricional en los colegios centinelas año 2017 el 29,5% de los estudiantes adolescentes valorados en el Distrito presenta exceso de peso. En Kennedy la prevalencia es del 27%; 17,5% sobrepeso y 9,5% obesidad. Por sexos la prevalencia más alta está en el femenino con el 17,4%, la prevalencia del sexo masculino es del 9,6%.

Por otro lado, y de acuerdo a las 20 causas de morbilidad se evidencia que para el año 2017 el 2,6% de los adolescentes que asistieron a consultas en su IPS tenían obesidad, para los años 2016 y 2015 no se reportan en las primeras 20 causas de morbilidad este diagnóstico en adolescentes.

El artículo Conducta suicida adolescencia y riesgo refiere que entre los factores asociados a la conducta suicida se encuentran los asociados a enfermedades crónicas no transmisibles como el Cáncer (29).

Kennedy para el año 2017 reportó 23 casos de Cáncer en adolescentes con un aporte del 16,5% a la notificación Distrital, ubicándose como la segunda localidad que más reporta eventos luego de Suba, la tasa de notificación en Kennedy es de 2,0. La tendencia en el tiempo revela los siguientes datos: año 2017 (tasa 2,0), año 2016 (tasa 0,8), año 2015 (tasa 1,3), lo que indica un comportamiento con tendencia al aumento. De acuerdo a la notificación Sivigila los casos de cáncer en adolescentes 2017 se ubican en 10 de las 12 UPZ de la localidad. Patio Bonito 21,7% seguida por Castilla y Timiza cada una con el 13,0%, Calandaima, Carvajal, Gran Britalia, Kennedy Central y Las Margaritas cada una con el 8,7%, finalmente, Américas y Tintal Norte tiene cada una el 4,3% de los casos

Por otro lado, en Bogotá y de acuerdo a la lista 6/67 año 2016 fallecieron 86 adolescentes de 10 a 19 años por neoplasias con una tasa de mortalidad específica de 6,9 por cada 100.000 adolescentes. El 15,1% de las mortalidades por esta causa ocurrieron en residentes de Kennedy (13 casos) siendo la localidad que más aporta casos al Distrito, la tasa de mortalidad es de 6,9 por cada 100.000 adolescentes.

La conducta suicida en adolescentes se da por causa de la deserción escolar y desescolarización, acoso escolar, familiar o por parte de pares, falta de Proyecto de vida, consumo de SPA, violencia Intrafamiliar, abuso sexual, poca oferta de servicios para uso de tiempo libre, ausencia o inadecuado tratamiento de trastornos mentales, depresión, en algunos casos conductas de autolesión como el cutting también conllevan al suicidio.

Estas situaciones se presentan por el fracaso escolar, la situación económica, la presencia de trastornos mentales, precaria situación laboral y económica, problemas afectivos, baja autoestima, historial familiar de suicidio, débiles redes de apoyo, influencia de pares, decepciones, frustraciones amorosas, familiares, personales.

Entre las acciones que se llevan a cabo para contribuir a disminuir la conducta suicida se encuentran:

- **Sector salud - POS:** atención de urgencias en salud mental en servicios debidamente habilitados. Psicoterapia ambulatoria: Hasta treinta (30) sesiones individuales por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario, y hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario. Atención con internación: El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.
- **Sector salud – PIC:** por parte de espacio público se realizan acciones itinerantes enfocadas hacia la salud mental y la prevención del maltrato intrafamiliar. En el espacio escolar se efectúa bajo el componente acompañarte acciones que favorecen la promoción de salud mental a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida, en pro de evitar la aparición de eventos que afectan la calidad de vida de los miembros en la comunidad educativa. Incluye i) conformación de grupos promotores de salud mental y convivencia, que deben desarrollar iniciativas preventivas y de difusión en el colegio, y ii) la identificación de estudiantes con riesgos psicosociales mediante tamizaje en salud mental y activación de rutas. Línea 106, servicio de la Secretaria de Salud que contribuye a la salud mental de niños, niñas y adolescentes de la ciudad en temas como: violencias, uso y abuso de sustancias psicoactivas, conducta suicida, alteraciones de la conducta alimentaria, entre otras situaciones, a través de estrategias de acompañamiento y orientación psicológica. Desde VSP se llevan a cabo seguimientos a personas con conducta suicida y desde el espacio vivienda se efectúan seguimientos a menores de 17 años notificados desde VSP.
- **ICBF:** restablecimiento de derechos de los niños y niñas en situación de violencia intrafamiliar, línea 141, línea gratuita nacional a disposición para todo adulto o niño que necesite reportar una emergencia, hacer una denuncia o pedir orientación sobre casos de maltrato infantil, violencia sexual, acoso escolar, trabajo infantil o consumo de sustancias psicoactivas, entre muchas otras situaciones que amenacen o afecten la vida e integridad de un niño, niña o adolescente. Atendida por equipo interdisciplinario.

- **Alcaldía Local:** proyecto 218 el cual realiza asesorías en la prevención de la violencia intrafamiliar y fortalecimiento de redes sociales. Por medio de la asesoría y orientación familiar, participación activa en las jornadas de buen trato.

3.4 Juventud

Según proyecciones CENSO DANE 2005, se estima que para el año 2017 residen en Kennedy 221.521 (50,9% hombres, 49,1% mujeres) jóvenes, representando el 18,3% del total proyectado para la localidad. Entre el año 2005 y el 2017 la población local de jóvenes ha aumentado un 5,2% pasando de 110.584 a 221.521.

Por su parte la tasa de fecundidad en mujeres de 20 a 24 años y de 25 a 29 años ha registrado una disminución entre 2010 y 2017, siendo más destacado en el grupo de 20 a 24. Es de esta manera que de 20 a 24 años la reducción fue del 28,6% y de 25 a 29 años del 13,8%. En Bogotá el comportamiento también ha sido con tendencia al descenso, para el grupo de 20 a 24 años fue del 23,6% y de 25 a 29 años del 10,0%.

Tabla 9. Tasa de fecundidad jóvenes, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2010 - 2017

Tasa Fecundidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
20 a 24 Bogotá	96,2	91,9	90,4	86,4	86,5	83,4	79,6	73,5
20 a 24 Kennedy	99,0	99,1	100,4	97,8	94,5	91,3	76,0	70,7
25 - 29 Bogotá	79,2	74,9	74,8	73,6	76,1	79,0	76,8	71,3
25 - 29 Kennedy	83,9	79,1	80,7	79,7	81,7	83,3	76,6	72,3

Fuente: años 2010-2016: Bases de datos DANE RUAF ND, sistema de estadísticas vitales SDS, finales (2016 publicación DANE 30 diciembre 2017), año 2017 preliminar, publicación DANE 28 marzo 2018

El momento de curso vital juventud está comprendido entre los 18 y los 28 años. Para este momento de curso vital se priorizaron los siguientes eventos por Dimensión del Plan Decenal de Salud Pública: salud ambiental (contaminación del aire, inadecuadas condiciones de la vivienda, inadecuada tenencia de mascotas), convivencia social y salud mental (violencia social, violencia intrafamiliar, habitabilidad en calle, consumo de SPA), sexualidad y derechos sexuales y reproductivos (mortalidad materna, infección por VIH, infección por sífilis gestacional) seguridad alimentaria y nutricional (exceso de peso, bajo peso gestacional, exceso de peso gestacional), vida saludable y condiciones transmisibles (enfermedades zoonóticas) vida saludable y condiciones no transmisibles (problemas de salud oral), salud y ámbito laboral (accidentabilidad laboral y enfermedad laboral asociada a la informalidad).

En la primera mesa de análisis se desarrolló la jerarquización de las prioridades de acuerdo a su magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, la problemática priorizada fue consumo de sustancias Psicoactivas la cual está inmersa en la dimensión de convivencia social y salud mental del PDSP.

Tabla 10. Resultados método Hanlon, prioridades juventud, Kennedy, 2018

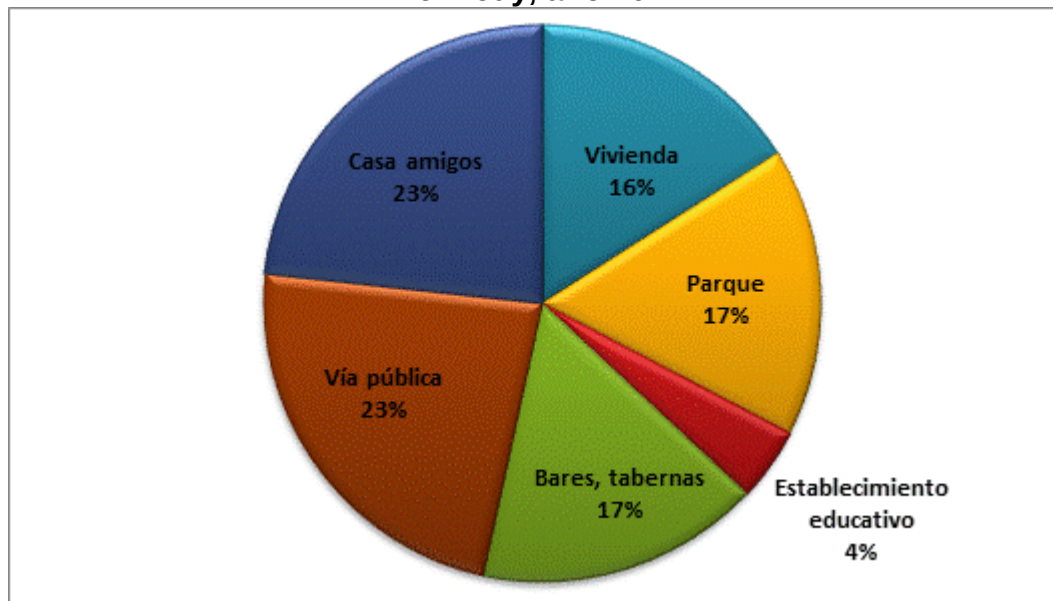
JUVENTUD	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Consumo de SPA	9	7	2	3	102
Violencia social	9	5	2	3	94
Accidentalidad laboral y enfermedad laboral asociada a la informalidad	9	8	2	3	85
Contaminación del aire	9	5	2	3	84
Exceso de peso	10	8	2	3	83
Mortalidad materna	10	9	2	3	78
Infección por sífilis	9	9	2	2	77
Violencia intrafamiliar	9	9	1	3	77
Inadecuada tenencia de mascotas	8	3	2	3	74
Habitabilidad en calle	10	10	2	2	73
Problemas en salud oral	9	8	2	3	72
Enfermedades zoonóticas	10	10	1	2	62
Exceso de peso gestacional	9	8	2	2	55
Infección por VIH	9	9	1	2	53
Bajo peso gestacional	9	9	1	2	51
Inadecuadas condiciones de la vivienda	8	6	1	1	21

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Kennedy, 2018

De acuerdo a la OMS las sustancias psicoactivas son todas las sustancias que introducidas en el organismo, produce alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible a crear dependencia, la sustancia psicoactiva tiene la capacidad de modificar la conciencia, el estado de ánimo, y los procesos de pensamiento de la persona que la consume (32).

Para el año 2017 se notificaron al Vespa en Bogotá 5.709 casos de consumo de SPA, de los cuales 2.241(39,3%) es en personas jóvenes, con una tasa de notificación por 10.000 jóvenes de 15,4. En Kennedy se notificaron 149 jóvenes siendo la séptima localidad del Distrito que más notifica, la tasa de notificación local por 10.000 jóvenes es de 6,7.

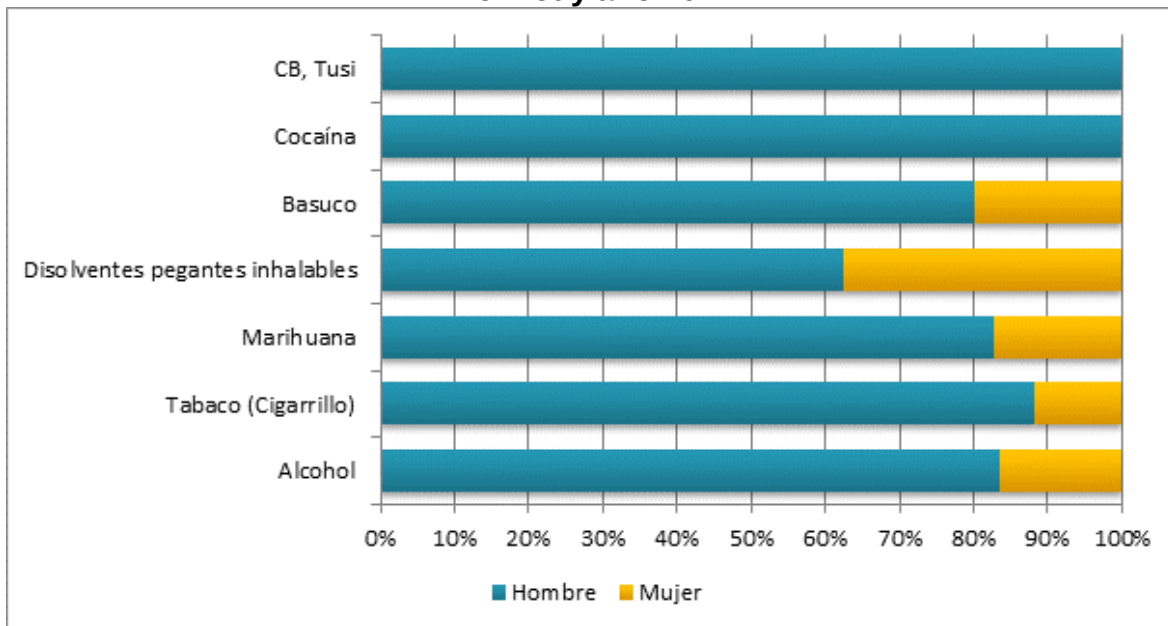
El 89,3% de los casos notificados son en hombres y el 16,1% en mujeres, las UPZ que registran las proporciones más altas de notificación por lugar de residencia son: Bavaria con 14,8%, Timiza, Calandaima y Carvajal con el 8,1% cada una. La mayor proporción de consumidores notificados son solteros (83,9%) o conviven en unión libre (14,1%).

Gráfica 14. Distribución por lugar consumo habitual SPA, jóvenes, localidad de Kennedy, año 2017

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, VESPA, año 2017

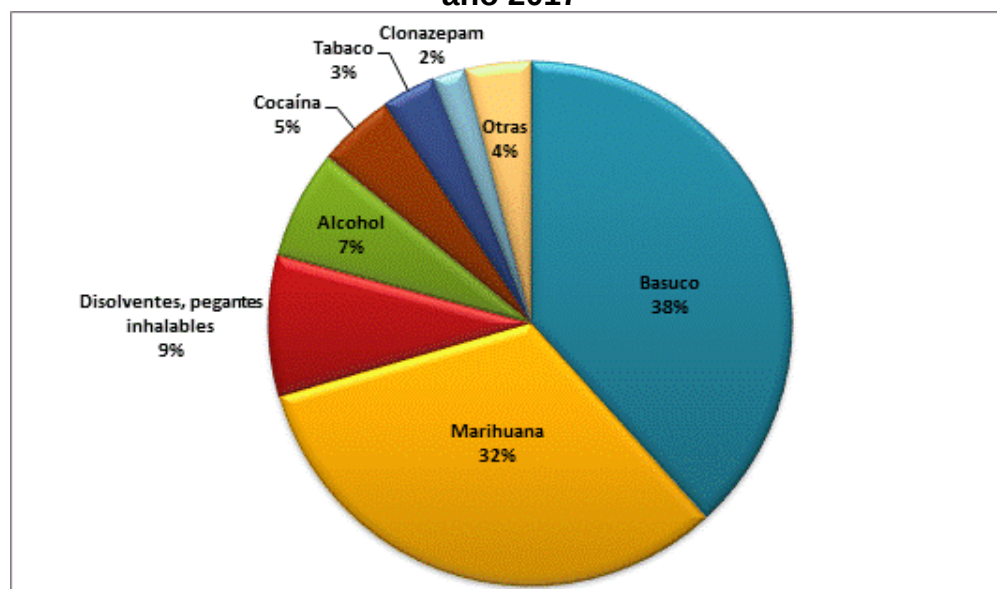
Con respecto al nivel educativo el 42,3% son bachilleres, el 10,1% tiene una carrera técnica, el 1,3% son universitarios, el 44,3% no ha terminado la educación básica. El lugar habitual en donde consumen SPA es la vía pública y casa de los amigos. El 58% de los consumidores notificados no han tenido tratamientos previos de rehabilitación, el 24% ha tenido un tratamiento y el 17,4% dos o más tratamientos, el 71,1% de los casos acudieron al tratamiento voluntariamente, al 22,8% lo llevaron familiares o amigos. El 22,8% obtiene sus ingresos del trabajo individual, el 8,1% de la ilegalidad, el 6,7% por medio de un contrato a término fijo, el 5,4% por un contrato a término definido, el 3,4% por un contrato por días, el 2,7% por destajo y el 0,7% por la mendicidad, sin dato 50,3%.

En el 69,1% de los casos la droga de inicio es una sustancia legal (alcohol 40,0%, tabaco 28,2%), el 19,5% inicia con la marihuana, el 5,4% con disolventes o pegantes inhalables, el 3,4% con basuco, el 2% con cocaína y el 0,7 con CB Tusi. El 27,7% de las personas iniciaron el consumo de SPA en la primera infancia e infancia (menor de 12 años), el 54,2% entre los 12 y 15 años de edad y el 18,1% entre los 16 y 20 años.

Gráfica 15. Distribución por sexo, droga de inicio consumo SPA, jóvenes, localidad de Kennedy año 2017

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, VESPA, año 2017

Las drogas que en mayor proporción clasifican como de alto impacto (la que más daño ha hecho al paciente) son el basuco y la marihuana. El 47,7% de las personas consumen más de tres veces al día la droga de alto impacto, el 14,1% no la ha usado en el último mes, el 12,8% la usa una vez al día, el 10,1% dos veces al día el 5,4% varias veces a la semana, el 5,4% una vez a la semana y el 4,7% menos de 1 vez a la semana.

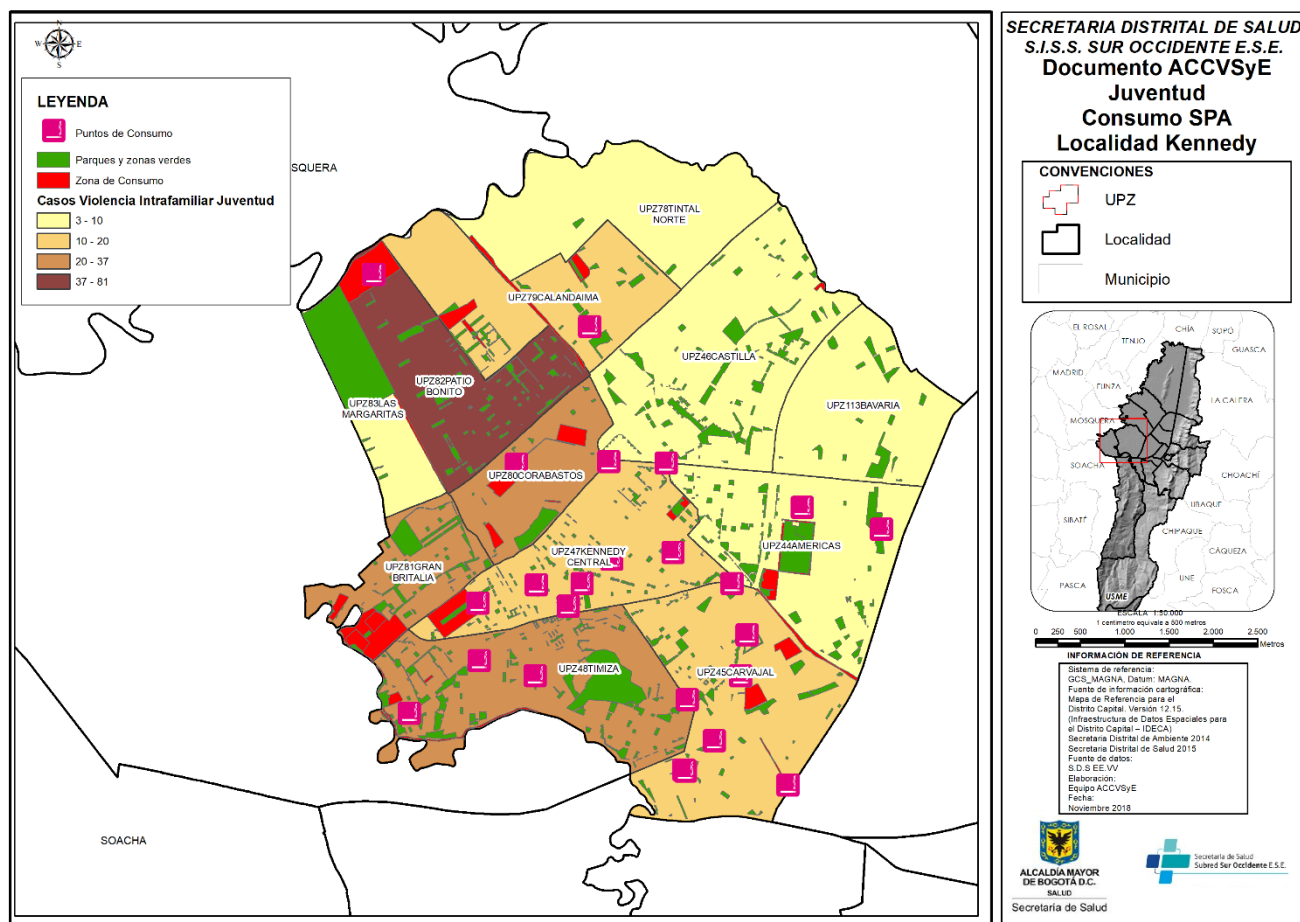
Gráfica 16. Distribución drogas de mayor impacto, jóvenes, localidad de Kennedy, año 2017

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, VESPA, año 2017

De acuerdo a estudios realizados se ha podido identificar que el consumo de sustancias psicoactivas mantiene una relación estrecha con la violencia, esto se explica desde tres modelos: i) psicofarmacológico el cual explica que de acuerdo al efecto fisiológico de las sustancias, estas pueden inducir a comportamientos violentos ya sea por la intoxicación o la abstinencia, ii) motivacional-económico el cual sustenta que se puede incurrir a conductas delictivas como medio para obtener la sustancia o financiarla y iii) sistémico que concibe la violencia como un elemento inherente al mercado ilícito de las drogas (33).

Se identificó la concentración de casos de violencia contra la población joven de la localidad de Kennedy en la UPZ Patio Bonito, seguidas de las UPZ Corabastos, Gran Britalia y Timiza donde registra puntos de consumo de SPA y gran concentración de parques y zonas verdes.

Mapa 6. Zonas de consumo de SPA, localidad de Kennedy, 2017



En SIVELCE año 2017 se notificaron 1.652 casos de violencia común con una tasa de notificación de 11,4 eventos por cada 10.000 jóvenes. En Kennedy se reportaron 740 hechos de violencia común de los cuales el 43,6% fueron en jóvenes siendo la localidad con mayor número de reportes en el Distrito con una tasa de notificación de 14,6. La mayoría de las lesiones fueron causas con armas corto punzantes (70,5%) y golpes contundentes (24,5%), el

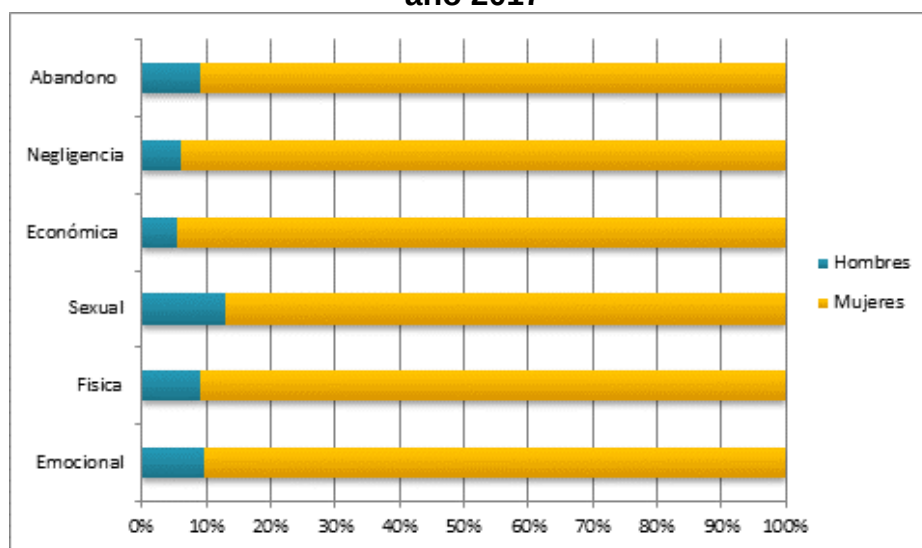
11,8% de las víctimas de violencia social estaban bajo el efecto de sustancias psicoactivas al igual que el 19,2% de los agresores. Como un ejercicio aproximado, las tasas por UPZ de residencia más altas de violencia social por 10.000 habitantes están en Bavaria (8,6), Patio Bonito (5,4) y Corabastos (5,2).

En Kennedy el total de defunciones en personas de 20 a 29 años fueron 151 de las cuales 40 (26,5%) fueron por homicidios con una tasa de 19,9 por cada 100.000 jóvenes de 20 a 29 años. Frente a la tendencia en el tiempo la tasa de mortalidad por homicidios es oscilante hacia el aumento pasando de 19,5 en 2012 a 20,2 en 2016.

Villanueva Sabina refiere que la violencia intrafamiliar está íntimamente vinculada con el consumo de sustancias psicoactivas, y se enfatiza, en que el consumo de alcohol aumenta la frecuencia y gravedad de la violencia intrafamiliar, ya sea desde la posición de ser víctima o agresor. Igualmente se relata que desde los diferentes estudios referenciados el alcohol y las demás sustancias psicoactivas pueden actuar como desinhibidores, así mismo, las personas que tienen niveles altos de consumo de alcohol y drogas ejercen aún más la violencia sexual y física (34).

En Bogotá año 2017 se reportan al SIVIM 5.052 casos en jóvenes con una tasa de notificación por 10.000 jóvenes de 34,8. En Kennedy de los 2.860 eventos de VIF el 17,7% se presentaron en este momento de curso vital, siendo la tercera localidad que más casos reporta en el Distrito, la tasa de notificación es de 22,9. Como un ejercicio aproximado, las tasas por UPZ más altas de VIF por residencia de la víctima por 10.000 habitantes están en Las Margaritas (7,6), Corabastos (6,9) y Gran Britalia (6,4). Entre el año 2017 y 2013 la tasa de notificación por VIF en jóvenes ha tenido un comportamiento oscilante, tendiendo descenso la reducción ha sido del 6,9%, aunque para los años 2015 y 2016 se evidenció un aumento en la notificación por este evento.

El 90,3% de las víctimas de violencia intrafamiliar en jóvenes son mujeres y el 9,7% hombres. El 100% de las víctimas sufren violencia emocional, el 53,6% violencia física, el 26,2% negligencia, el 22,7% violencia sexual, el 3,6% violencia económica y el 2,2% abandono. En los 6 tipos de violencia, el sexo femenino es el que mayor proporción, convirtiéndose de esta manera en la víctima principal. Los mayores agresores son: la pareja en el 33,3% de los casos seguido de la expareja con el 17% y un conocido con el 9,7%. El 5,9% de los agresores estaban bajo los efectos de sustancias psicoactivas.

Gráfica 17. Distribución del tipo de violencia por sexo, jóvenes, localidad de Kennedy, año 2017

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, VESPA, año 2017

Una de las problemáticas más importantes en los habitantes de calle es el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, las cuales alteran el estado de conciencia, ánimo y pensamiento, de acuerdo a un estudio realizado con habitantes de la calle en Cali, ellos reportaron que entre los factores más determinantes para llegar a esta condición se encuentra: el consumo de SPA, problemas económicos, falta de apoyo familiar e influencia de amistades. El consumo de SPA es una de las razones por las cuales esta población permanece en la calle. La marihuana y el basuco son las sustancias que más usa la población habitante de calle(35).

En Bogotá hay aproximadamente 9.538 CHC (88,9% hombres y 11,1% mujeres), el 13,8% (682) se localizan en Kennedy, siendo la tercera localidad con mayor presencia luego de Los Mártires (23,5%) y Santafé (18,3%). Por entrevista directa se abordaron 435 habitantes de calle en la localidad de Kennedy (94,3% hombres y 5,7% mujeres), quienes pernoctan en la localidad. Por grupos de edad el 22,5% está entre los 22 y 27 años de edad. El 42,5% de los habitantes de calle entrevistados manifestaron que el consumo de sustancias psicoactivas fue la principal razón por la que iniciaron la vida en calle, y también es la principal razón (49,2%) por la cual continúan en esta situación. Las principales actividades que realizan para generar ingresos son: recogiendo material reciclable (60,5%), mendigando (15,6%) y limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas (11,7%). El 94,9% manifiesta consumir en el momento del censo alguna sustancia psicoactiva siendo las más comunes: cigarrillo (85,2%), basuco (81,6%), marihuana (66,8%) y alcohol (53,8%) (36).

Con respecto a la distribución por la localidad se estima que en una parte de las UPZ Calandaima y Tintal Norte no hay presencia de habitantes de calle, de resto en toda la localidad se distribuyen (36). Después de la intervención del BRONX los CHC se concentran

prácticamente en las mismas localidades: Santa Fe, Mártires, Puente Aranda, Antonio Nariño, Rafael Uribe, Chapinero, Teusaquillo y Kennedy. Para el año 2014 no había más de 20 puntos en donde se reunían para comprar y consumir; los más significativos eran El Bronx, San Bernardo, Cinco Huecos, El Amparo y María Paz. Frente a los expendios para el 2014 sobresalen los de los alrededores de Corabastos, donde los barrios más representativos son El Amparo y María Paz, y otros como Bellavista y/o La Rivera, contra el río Bogotá, en Kennedy (37).

Entre las prácticas sexuales inseguras ampliamente descritas que pueden ser factor de riesgo para adquirir una enfermedad de transmisión sexual se encuentran: los educativos, los psicosociales y los conductuales, entre los factores conductuales se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas. Esto asociado a sus propiedades de desinhibición, aumentando la frecuencia de las relaciones sexuales, número de parejas. El cannabis es la droga ilegal más usada, esta se consume antes y después de la relación sexual para potenciar el placer al verse aumentada la sensación de relajación y sentido del tacto(38).

Para el año 2017 y de acuerdo a la base de datos Sivigila se notificaron 2.320 casos de VIH en residentes de Bogotá, de los cuales el 42% (973 casos) son en jóvenes con una tasa de notificación de 6,7 por cada 10.000 jóvenes. En residentes de Kennedy se notificaron 296 casos de VIH SIDA de las cuales el 45,3% (134 casos) son en jóvenes, en el Distrito la localidad es la segunda en aportar casos luego de Suba, la tasa de notificación por 10.000 jóvenes es de 6,0. Como un ejercicio aproximado por 10.000 habitantes la tasa de notificación por UPZ es más alta en Las Margaritas 2,5, Tintal Norte 2,0 y Castilla 1,4. La tendencia en el tiempo muestra un aumento del 48% en la tasa de notificación entre el 2013 y 2017 pasando de 4,1 casos por cada 10.000 jóvenes en 2013 a 6,0 en 2017.

Por otro lado, de acuerdo a la lista de mortalidad 667 año 2016 se reportaron 44 muertes por VIH SIDA, el 9,1% de ellas fueron específicamente en personas de 20 a 29 años, la tasa de defunción para este año fue de 2,0 casos por 100.000 personas de 20 a 29 años, la cual ha tenido un comportamiento oscilante entre el 2012 y 2017 pasando de 3,3 a 2,0 respectivamente, en 2013 se reportó la tasa más alta con 6,1 y en 2017 la más baja.

De acuerdo a base Sivigila 2017 en Bogotá se notificaron 644 casos de sífilis gestacional de las cuales el 59,2% fueron en mujeres jóvenes, la tasa de notificación se estima en 8,0 por cada 1.000 nacimientos en mujeres de 20 a 29 años de edad. En Kennedy el 67% de los casos de sífilis gestacional son en gestantes jóvenes, siendo la segunda localidad que más reporta eventos en el Distrito con una tasa de 8,4. La UPZ Timiza tiene la proporción más alta de casos con el 23,7% seguida de Patio Bonito con 201,3% y Corabastos con 15,3%. Entre el año 2013 y 2017 la tasa de notificación por esta causa ha tenido un incremento del 57% pasando de 5,3 en 2013 a 8,4 en 2017, siendo la del 2017 la más alta del periodo.

Varios estudios destacan que la población universitaria (joven), son vulnerables nutricionalmente y las alteraciones en el peso se relacionan con sus estilos de vida, consumo de alcohol, inadecuada alimentación entre otros; siendo los principales constituyentes encontrándose: inactividad física, tabaquismo para el desarrollo de la obesidad (39).

De acuerdo a las 20 causas de morbilidad año 2017, el 3,8% de los jóvenes que asistieron a consulta tuvieron diagnóstico de obesidad ubicándose en el puesto 18 entre las morbilidades que más se presenta. Para el año 2016 el 2,6% de los jóvenes la presentaban y en el año 2015 no se encontraba entre las 20 primeras causas de morbilidad. Presentando una tendencia hacia el aumento.

Para el año 2017, el 42,7% de las jóvenes en gestación presentaron exceso de peso en el Distrito Capital. En Kennedy la prevalencia es más alta con 44,7% ubicándola en el puesto número 6 entre las localidades. Las UPZ con la prevalencia más alta de exceso de peso gestacional son: Kennedy Central con 51,2%, Américas con 47,6% y Carvajal con 45,7%. Entre el año 2013 y 2017 la prevalencia ha tenido un aumento del 23,3% pasando de 36,1% en 2013 a 44,7% en 2017.

Con respecto al bajo peso gestacional Johana Londoño Restrepo y Colaboradores explican en su artículo que las mujeres embarazadas que consumen cocaína padecen desnutrición, inestabilidad económica y son víctimas de violencia. Además, los profesionales de la salud manifiestan que las gestantes no buscan atención prenatal ni asistencia sanitaria (40).

En este orden de ideas, para el año 2017, el 24,2% de las jóvenes en gestación presentaron bajo peso gestacional en Bogotá. En Kennedy la prevalencia es más baja con 23,5%. Las UPZ con la prevalencia más alta de bajo peso gestacional son: Tintal Norte con 31%, Bavaria con 26,1% y Calandaima con 25,4%. Entre el año 2013 y 2017 la prevalencia ha tenido una disminución del 14,7% pasando de 26,6% en 2013 a 23,5% en 2017; la prevalencia más alta fue en 2014 con 27,9%.

Uno de los sistemas afectados por el consumo de SPA es el estomatognático, las lesiones que en este se presentan pueden ser causadas por este comportamiento o por la asociación de la acción de las mismas con la negligencia del cuidado bucal. Se ha observado que consumidores de marihuana presentan un deterioro en la cavidad bucal mayor que los no consumidores, con un riesgo aumentado de caries y enfermedad periodontal. Fumar marihuana actúa también como carcinógeno y es asociado con cambios displásicos y lesiones pre-cancerizables en la mucosa bucal (41).

Entre las primeras 20 causas de morbilidad año 2017 se evidencia para la localidad de Kennedy en jóvenes que la proporción de atenciones por enfermedades relacionadas con la

salud oral es del 27,9%: caries de la dentina 19,0%, gingivitis crónica 5,1% y dientes incluidos 3,8%. Para el año 2016 la proporción fue del 27,1%, y en el 2015 del 34,4%.

De acuerdo a la base de datos Sisveso para el año 2017 se notificaron en Bogotá 2.854 jóvenes al sistema centinela, de estos el 86,5% (2.470) presentan problemas de salud oral: gingivitis (86,5%), periodontitis (0,4%), caries (68,6%), lesión mancha café (10,8%), lesión mancha blanca (27,3%), fluorosis (11,2%). Específicamente para Kennedy de 502 jóvenes notificados el 86,1% (432) presentaron problemas de salud oral, ubicándose por debajo de la proporción de Bogotá: gingivitis (86,1%), periodontitis (0,4%), caries (70,5%), lesión mancha café (11,3%), lesión mancha blanca (19,9%), fluorosis (7,0%). Entre 2013 y 2017 la proporción de jóvenes con problemas de salud oral aumentó un 1,2%, el año 2016 fue el que registro el porcentaje más alto (90,4%).

El consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral tiene efectos nocivos sobre la seguridad profesional y la productividad. El 20-25% de los accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y causan lesiones a ellos mismos u a otros. El consumo de alcohol y otras drogas afecta negativamente a la productividad, ocasionando importantes perjuicios a empresarios y trabajadores por absentismo, desajustes laborales, incapacidades laborales, rotación del personal, reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo (42).

El subsistema Sivistra revela que en el año 2017 en el Distrito Capital se notificaron 382 accidentes y/o enfermedades laborales en Jóvenes con una tasa de notificación de 2,6 por cada 10.000 jóvenes. En la localidad de Kennedy se presentaron 38 eventos en jóvenes con una proporción de 9,9% con respecto a la reportada en Bogotá, siendo la segunda localidad con mayor número de casos luego de Chapinero. Frente al consumo de sustancias psicoactivas el 34,2% manifiesta fumar, 60,5% consumir alcohol y el 2,6% otras sustancias.

Por otro lado, y de acuerdo al documento de caracterización de vendedores informales en Bogotá realizado por el IPES año 2016, entre el año 2003 y 2016 en Bogotá había 50.038 vendedores informales inscritos en el registro individual, en Kennedy se han registrado 4.016 vendedores informales aportando el 8,6% al total de Bogotá, siendo la segunda localidad con mayor número de vendedores inscritos luego de Santafé (19,5%), del total reportado el 7,4% de los vendedores viven en Kennedy. Del total reportado en Kennedy 27 son jóvenes lo que equivale al 0,7% del total inscritos en la localidad de Kennedy.

Entre las acciones realizadas desde los sectores para prevenir el consumo de SPA se encuentran:

- **Sector salud - POS:** atención de urgencias en salud mental en servicios debidamente habilitados. Psicoterapia ambulatoria: Hasta treinta (30) sesiones individuales por psicólogo

y médico especialista competentes, durante el año calendario, y hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario. Atención con internación: El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

Coberturas especiales: Los grupos especiales son: menores de 18 años con condición de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad. También tienen cobertura especial las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica. La cobertura para estos grupos es el doble de la señalada para la población general en psicoterapia ambulatoria e internación.

- **Sector Salud – PIC:** En el espacio escolar se efectúa bajo el componente acompañarte acciones que favorecen la promoción de salud mental a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida, en pro de evitar la aparición de eventos que afectan la calidad de vida de los miembros en la comunidad educativa. Incluye i) conformación de grupos promotores de salud mental y convivencia, que deben desarrollar iniciativas preventivas y de difusión en el colegio, y ii) la identificación de estudiantes con riesgos psicosociales mediante tamizaje en salud mental y activación de rutas. En espacio público se implementan los servicios de orientación para jóvenes (SOJU) para la atención de consumo inicial de SPA en personas de 10 a 26 años. Por otro lado, también se cuenta para la atención de consumo de SPA el CAD Delicias para la atención a drogodependientes, línea psicoactiva, Centros de atención, y mesa SPA desde Gestión de políticas. Línea 106, servicio de la Secretaria de Salud que contribuye a la salud mental de niños, niñas y adolescentes de la ciudad en temas como: violencias, uso y abuso de sustancias psicoactivas, conducta suicida, alteraciones de la conducta alimentaria, entre otras situaciones, a través de estrategias de acompañamiento y orientación psicológica.
- **ICBF:** restablecimiento de derechos de los niños y niñas en situación de violencia intrafamiliar, línea 141, línea gratuita nacional a disposición para todo adulto o niño que necesite reportar una emergencia, hacer una denuncia o pedir orientación sobre casos de maltrato infantil, violencia sexual, acoso escolar, trabajo infantil o consumo de sustancias psicoactivas, entre muchas otras situaciones que amenacen o afecten la vida e integridad de un niño, niña o adolescente. Atendida por equipo interdisciplinario
- **Secretaría de Integración Social:** atención a nivel individual o familiar y de acuerdo a la identificación realizada se hace gestión y activación de rutas. Proyecto 1108 de prevención

y atención integral de habitabilidad en calle, centros de autocuidado y acogida. Proyecto de prevención y atención en calle de Idipron.

- **Alcaldía Local:** proyecto 218 el cual realiza asesorías en la prevención de la violencia intrafamiliar y fortalecimiento de redes sociales. Por medio de la asesoría y orientación familiar, participación activa en las jornadas de buen trato.

3.5 Adultez

Según proyecciones CENSO DANE 2005, se estima que para el año 2017 residen en Kennedy 516.472 (47,7% hombres, 52,3% mujeres) adultos, representando el 42,7% del total proyectado para la localidad. Entre el año 2005 y el 2017 la población local de adultos ha aumentado un 46,6% pasando de 352.258 a 516.472.

Tabla 11. Tasa de fecundidad adultas, localidad de Kennedy – Bogotá, años 2010 - 2017

Tasa Fecundidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
30 a 54 Bogotá	25,1	24,9	24,6	24,3	24,2	24,6	21,4	19,9
30 a 54 Kennedy	24,3	23,5	22,8	22,4	23,0	23,2	22,5	21,2

Fuente: años 2010 - 2011 Certificado de nacido vivo, base de datos DANE -RUAF-ND sistema de estadísticas vitales SDS. 2012 datos finales de publicación 30 de octubre 2014, actualizado 02-06-2015. 2013 ajustado 22-12-2015- publicación definitiva DANE del 30 de julio del 2015. 2014 ajustado 20-08-2016 (publicación DANE 30 de junio 2016). 2015 publicación 30 de junio del 2017 (ajustado 18-10-2017). 2016 publicación 30 de junio del 2017, preliminar, ajustado 18-10-2017. 2017 ajustado 10-01-2018 (corte 06-01-2018) datos preliminares

Con respecto a la tasa de fecundidad en mujeres adultas la tendencia muestra una reducción del 20,6% para la localidad de Kennedy pasando de 25,1 por cada 1.000 mujeres de 30 a 54 años a 19,9. Específicamente el grupo de 45 a 49 años es el que ha experimentado la reducción más marcada con el 58,7%, y el de 40 a 44 años la menor con el 14,7%. En el Distrito el descenso de fue del 12,8% para las mujeres de 30 a 54 años.

El momento de curso vital adultez está comprendido entre los 29 y los 59 años. Para este momento de curso vital se priorizaron los siguientes eventos por Dimensión del Plan Decenal de Salud Pública: salud ambiental (contaminación del aire, inadecuadas condiciones de la vivienda, inadecuada tenencia de mascotas), convivencia social y salud mental (abuso sexual, habitante de calle), sexualidad y derechos sexuales y reproductivos (mortalidad materna, morbilidad materna extrema, sífilis gestacional) seguridad alimentaria y nutricional (exceso de peso, exceso de peso gestacional), vida saludable y condiciones no transmisibles (problemas de salud oral, condiciones crónicas, discapacidad), salud y ámbito laboral (accidentabilidad laboral y enfermedad laboral asociada a la informalidad).

En la primera mesa de análisis se desarrolló la jerarquización de las prioridades de acuerdo a su magnitud, severidad, eficacia y factibilidad y la problemática priorizada fue: condiciones crónicas, la cual se encuentra inmersa en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles del PDSP.

Tabla 12. Resultados método Hanlon, prioridades adultez, Kennedy, 2018

ADULTEZ	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Condiciones crónicas	10	9	2	3	101
Inadecuada tenencia de mascotas	8	3	2	4	99
Mortalidad materna	10	9	2	3	96
Exceso de peso	10	8	2	3	96
Exceso de peso gestacional	9	6	2	3	80
Inadecuadas condiciones de la vivienda	7	6	2	3	79
Accidentalidad laboral y enfermedad laboral asociada a la informalidad	8	5	2	3	71
Infección por sífilis	9	7	2	3	67
Discapacidad	9	6	2	2	65
Habitabilidad en calle	9	7	2	2	63
Abuso sexual	9	6	2	2	62
Morbilidad materna extrema	9	9	2	2	60
Contaminación del aire	10	9	1	2	43
Problemas de salud oral	10	8	2	2	40

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Kennedy, 2018

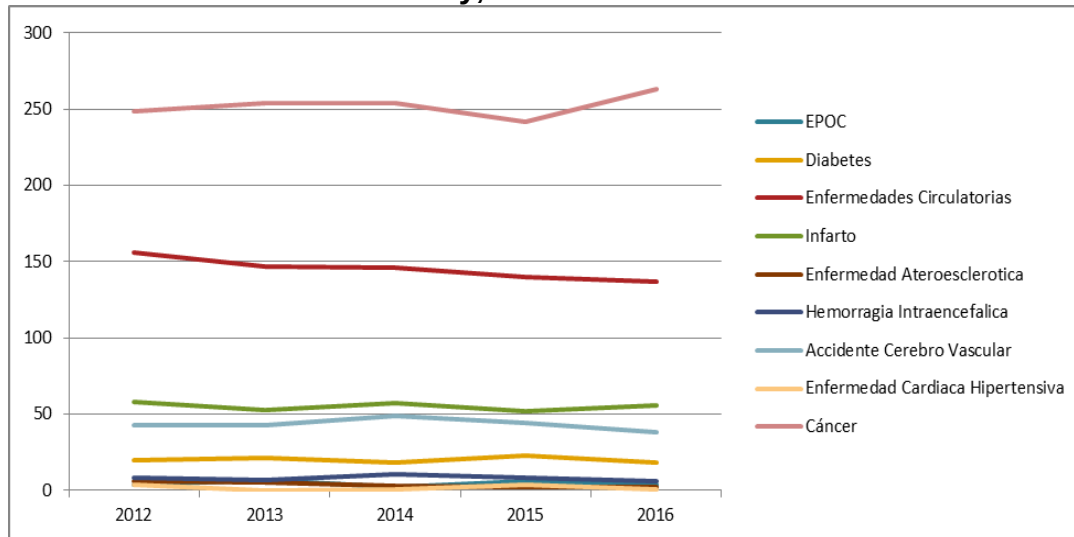
De acuerdo a la OMS, las ENT o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas se destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes (43).

Para el año 2017 se efectuaron en Bogotá 1.922.609 de atenciones por cáncer, diabetes, y enfermedades cardiovasculares de acuerdo a la lista 6/67, de estas el 34,9% fueron en personas adultas. En IPS ubicadas en la localidad de Kennedy se efectuaron 213.481 atenciones por estas mismas causas de las cuales el 34,6% fueron en adultos. Entre el año 2012 y 2017 ha mostrado un comportamiento oscilante con tendencia a la reducción.

De acuerdo a las primeras 20 causas de morbilidad año 2017, el 35,7% de las atenciones están relacionadas con enfermedades crónicas en adultos; el 22,0% por hipertensión arterial, obesidad 6,2%, hiperlipidemia mixta 3,2% y diabetes 4,3%. Para el año 2016 la proporción de

atenciones por enfermedades crónicas fue del 27,4% y en 2015 del 23,3% mostrando un comportamiento con tendencia hacia el aumento.

Gráfica 18. Número de casos mortalidad por enfermedad crónica, adultos, localidad de Kennedy, años 2012 – 2016



Fuente: años 2012-2014: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.- finales. Año 2015 publicación DANE 30 de marzo 2017 preliminares. Año 2016 publicación DANE 30 de marzo 2017 Sistema de Estadísticas Vitales SDS preliminares

La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas por cada 100.000 personas de 30 a 59 años para el año 2016 es 107,5, esta muestra un comportamiento descendente entre 2013 y 2016 de 24,5 puntos pasando de 132,0 en 2013 a 107,5 en 2016. Por enfermedad crónica la que ostenta la tasa más alta para el año 2016 es el cáncer con 53,9, seguida en su orden por enfermedades circulatorias 28,1, infarto 11,5, accidente cerebrovascular 7,8, diabetes 3,7, hemorragia intraencefálica 1,2, enfermedad obstructiva crónica 0,8, enfermedad aterosclerótica 9,4 y enfermedad cardíaca hipertensiva 0,2.

Al analizar el comportamiento entre el año 2012 y 2016 para el quinquenio el cáncer es la enfermedad crónica que más defunciones causa en este grupo de edad, seguida de las enfermedades circulatorias. En general las causas presentan un comportamiento descendente siendo la enfermedad aterosclerótica la que tiene la mayor reducción con el 66,7% en el número de casos, por el contrario el cáncer reporta un aumento del 5,6% en el quinquenio.

De acuerdo al artículo “*Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle*”, estas personas tienen altas tasas de enfermedad y mayor riesgo de hospitalización por comorbilidades que desencadenan enfermedades crónicas e infecciosas (44).

De acuerdo al censo de habitante de calle realizado en Bogotá en 2017, de las 435 personas censadas directamente en Kennedy el 30,6% (133) manifestaron haber tenido problemas de

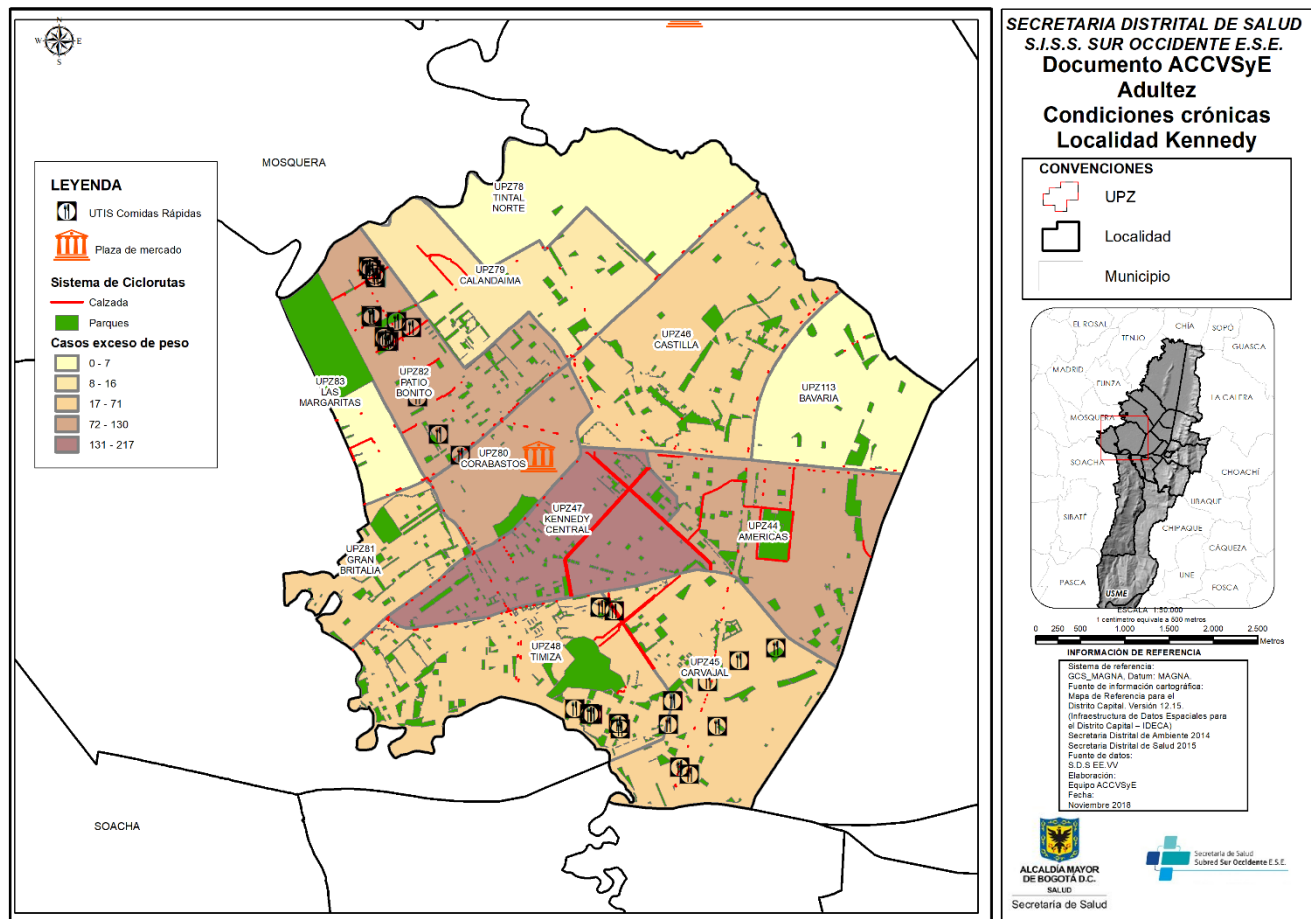
salud en los últimos 30 días, el 31,6% asistió a consulta médica, el 7,1% no fue atendido por el personal médico, el 12,8% no asistió a consulta y se auto medicó respectivamente y el 43,4% no hizo nada. El 5,1 de los CHC fueron diagnosticados con HTA de los cuales el 22,7% recibe tratamiento, el 3% tiene diagnóstico de diabetes 1 persona ha recibido tratamiento, el 1,8% fue diagnosticada con cáncer y el 25% recibieron tratamiento (36).

De acuerdo a la OMS las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud materna están estrechamente vinculadas. Las ECNT como la diabetes, la obesidad, y la hipertensión tienen un impacto negativo en la salud materna y el resultado en el embarazo (45).

En la localidad de Kennedy se notificaron 3 muertes maternas en 2017 con una razón de 22,5, específicamente en adultas se reportaron 2 defunciones, la razón específica de 44,2 por cada 100.000 nacimientos. Una de las gestantes falleció por preeclampsia severa. Los casos de mortalidad materna en adultas se presentaron en las UPZ Timiza y Tintal Norte. El comportamiento en el tiempo es oscilante La tendencia en el tiempo refleja un comportamiento oscilante con tendencia al aumento: año 2017 (razón 44,2), año 2016 (razón 20,8), año 2015 (razón 40,3).

El 47% de los eventos notificados por MME en el Sivigila son gestantes de este grupo de edad, Kennedy se constituye como la localidad que más casos reporta en la Capital con una tasa de 82,4 por cada 1.000 nacidos vivos. El 76,9% de los eventos de morbilidad materna extrema son por enfermedades crónicas; eclampsia 1,9%, preeclampsia 71,8%, evento tromboembólico 1,1% y evento cardio cerebrovascular 2,1%. En Castilla es la UPZ en donde más residen los eventos con una proporción del 19% seguida de Timiza con 17,7% y Patio Bonito con 14,7%. Entre el año 2013 y 2017 se denota un aumento en la tasa de notificación por encima del 100%, pasando de 30,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos en gestantes adultas en 2013 a 82,4 en 2017.

A continuación, se presenta la prevalencia de exceso de peso relacionado con las UTIS de la localidad, la plaza de mercado y las ciclo rutas que fomentan la actividad física.

Mapa 7. Prevalencia de exceso de peso en la adultez, localidad de Kennedy, 2017

La UPZ Kennedy Central concentró el mayor número de población adulta con exceso de peso, a pesar de que esta UPZ concentra gran número de parques y sistemas de ciclorutas de la localidad de Kennedy. En la UPZ Patio Bonito y Abastos registraron también valores relativamente altos de población adulta con sobrepeso, esto posiblemente a la alta concentración de puntos de ventas de comidas rápidas. Cabe resaltar la ubicación de la central de abastos Corabastos. La UPZ Carvajal concentra gran número de puntos de comidas rápidas en contraste con la concentración baja de población con sobrepeso. Se puede observar que Kennedy cuenta con un alto número de parques distribuidos por toda la localidad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles comparten como factor de riesgo la obesidad la cual se acompaña de graves consecuencias sobre la salud. Un individuo con sobrepeso u obesidad tiene tres veces más riesgo de padecer ECNT que uno eutrófico (46). Así mismo la CDC refiere que de acuerdo a varios estudios, a medida que aumenta el peso hasta alcanzar los niveles de sobrepeso y obesidad, también aumentan los riesgos de enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, cáncer, hipertensión, dislipidemia, accidente cerebrovascular, y otras enfermedades (47). Por otro lado las mujeres con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de tener hipertensión, diabetes mellitus,

varices, coledocolitiasis, embarazos prolongados, retardo en el crecimiento intrauterino, mayor porcentaje de complicaciones al nacimiento, complicaciones trombóticas, anemia, infecciones urinarias y desórdenes en la lactancia (48).

Según las 20 causas de morbilidad año 2017, la obesidad se ubica en el sexto puesto, el 6,2% de las atenciones fueron en adultos, en 2016 esta proporción era del 5,0% y en 2015 en 4,8%, denotando un aumento en la proporción.

Por otro lado, y de acuerdo al Sisvan para el año 2017, el 67,4% de los adultos de 50 a 59 años presentaron exceso de peso en el Distrito Capital. En Kennedy la prevalencia es la misma (67,4%). Las UPZ con la prevalencia más alta de exceso de peso son: Gran Britalia con 79,2%, Timiza con 73,7% y Kennedy Central con 72,8%. Entre el año 2013 y 2017 la prevalencia ha tenido un descenso del 14,6% pasando de 78,9% en 2013 a 67,4% en 2017.

Por otro lado, para el año 2017, el 58,9% de las adultas en gestación presentaron exceso de peso en el Distrito Capital. En Kennedy la prevalencia es más alta con 59,8%. Las UPZ con la prevalencia más alta de exceso de peso gestacional son: Tintal Norte con 69,2%, Timiza con 67,2% y Las Margaritas con 66,7%. Entre el año 2013 y 2017 la prevalencia ha tenido un aumento del 3,3% pasando de 57,9% en 2013 a 59,8% en 2017, siendo esta última la prevalencia más alta en el periodo.

Para la diabetes la periodontitis se ubica en sexto lugar como complicación crónica más frecuente, la literatura científica muestra una asociación entre la diabetes mellitus y la pérdida dentaria precoz. Además, varios estudios muestran que el tratamiento de las patologías bucales como la periodontitis contribuye en la mejora del nivel de glicemia y de su control y, por otro lado, que una glicemia alta contribuye a la proliferación de bacterias bucales. Diabéticos con periodontitis severa poseen mayor riesgo de complicaciones renales y cardiovasculares. Por otro lado, la dieta representa un factor relevante para el desarrollo de caries dental y que la obesidad está vinculada a una mayor ingestión de carbohidratos por lo que es posible establecer esa relación entre la obesidad y alteración de la salud bucal (49).

En las primeras 20 causas de morbilidad año 2017 se evidencia para Kennedy en adultos que la proporción de atenciones por enfermedades relacionadas con la salud oral es del 14,9%: caries de la dentina 10,6%, pérdida de diente 2,5% y gingivitis crónica 1,9%. Para el año 2016 la proporción es del 21,0%, en el 2015 es del 23,1%, evidenciando una tendencia oscilante hacia la disminución.

De acuerdo a la base de datos Sisveso año 2017 en Kennedy de 345 adultos notificados el 94,2% (325) presentan problemas de salud oral, ubicándose por encima de la proporción de Bogotá: gingivitis (94,2%), periodontitis (2,6%), caries (73,0%), lesión mancha café (7,2%), lesión mancha blanca (17,7%), fluorosis (1,7%). Entre 2013 y 2017 la proporción de adultos

con problemas de salud oral aumentó un 2,3%, el año 2016 fue el que registro el porcentaje más alto (96,6%). Por UPZ de residencia se evidencia que el 100% de los adultos valorados tuvieron algún problema de salud oral en Corabastos, Gran Britalia y Las Margaritas, en Carvajal 97,5%, siendo las de mayor porcentaje.

De acuerdo al artículo *“Enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia”*, las enfermedades crónicas no transmisibles lideran las causas de muerte prematura y la discapacidad permanente, la diabetes es la mayor causante de ceguera y falla renal, y la mayor parte de las amputaciones están relacionadas con esta enfermedad (50).

En 2017 se caracterizaron 2.190 personas con discapacidad residentes en la localidad de Kennedy aportando el 11,1% al Distrito, de estas 785 son adultas (35,8%), lo que equivale al 12,7% del total registrado en Bogotá, siendo la localidad con mayor número de registros en el Distrito, la tasa de notificación en Kennedy es de 15,2 por cada 10.000 personas de 29 a 59 años.

Entre las acciones que se realizan por parte de los sectores minimizar la problemática se encuentran:

- **Sector Salud POS:** Resolución 412 atención para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años.
- **Sector Salud PIC.** Espacio público acciones itinerantes con énfasis en el uso de la bicicleta, reducción del consumo de tabaco. Puntos cuídate y se feliz en donde se tamizan a personas mayores de 18 años que tienen como finalidad la detección temprana y/o canalización oportuna para enfermedades crónicas. Jornadas que promueven los espacios libres de humo. Espacio vivienda desde el componente de gestión del riesgo se realiza seguimiento a las personas capitadas con la EAPB Capital Salud, que no han asistido a consulta de enfermedades crónicas.
- **Sector movilidad:** Construcción de ciclo-rutas.
- **Alcaldías locales:** Adecuación de bioparques y gimnasios en parques de bolsillo.

3.6 Vejez

Según proyecciones CENSO DANE 2005, se estima que para el año 2017 residen en Kennedy 133.257 (43,3% hombres, 56,7% mujeres) adultos mayores, representando el 11,0% del total proyectado para la localidad. Entre el año 2005 y el 2017 la población local de adultos mayores ha aumentado un 200%; siendo el momento de curso vital que más ha crecido, pasando de 66.417 a 133.257.

Por su parte el índice de vejez en la localidad para el año 2017 es de 7,1, indicando que de cada 100 personas 7 tienen 65 años y más, el índice de envejecimiento revela que por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 30,5 personas mayores de 65 años.

El índice demográfico de dependencia refiere que de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 43 menores de 15 años y mayores de 65, específicamente el índice de dependencia de mayores es de 10,1, es decir que por cada 100 personas entre 15 y 64 años 10,1 tienen más de 65 años.

El momento de curso vital vejez está comprendido entre los 60 años y más. Para este momento de curso vital se priorizaron los siguientes eventos por Dimensión del Plan Decenal de Salud Pública: salud ambiental (contaminación del aire, inadecuadas condiciones de la vivienda, inadecuada tenencia de mascotas), convivencia social y salud mental (violencia intrafamiliar) seguridad alimentaria y nutricional (exceso de peso), vida saludable y condiciones no transmisibles (condiciones crónicas, cáncer, discapacidad).

En la primera mesa de análisis se desarrolló la jerarquizaron las prioridades de acuerdo a su magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, la problemática priorizada fue sobre peso y obesidad, la cual se encuentra incluida en la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional del PDSP.

Tabla 13. Resultados método Hanlon, prioridades vejez, Kennedy, 2018

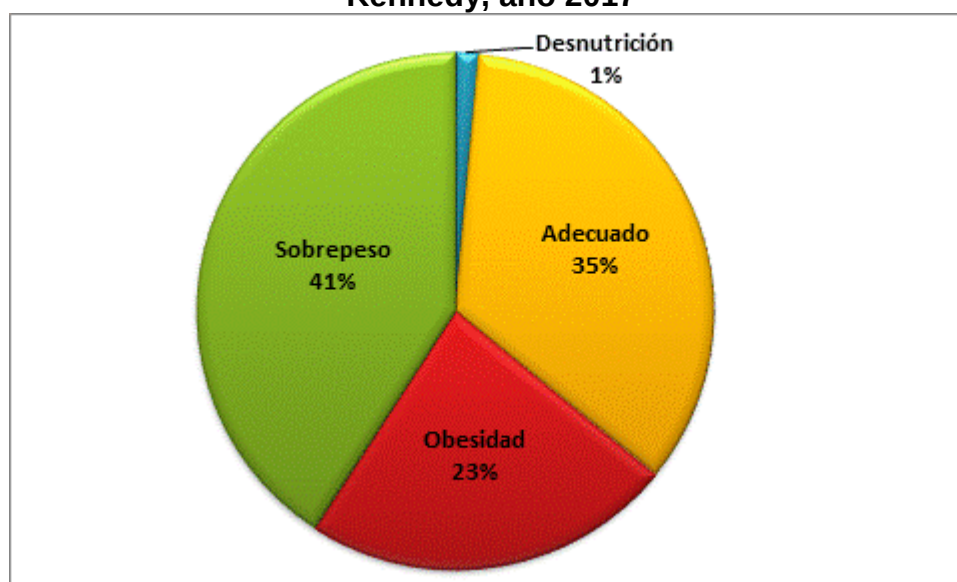
VEJEZ	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Exceso de peso	10	4	2	3	110
Enfermedades por mycobacterias	10	9	2	2	81
Condiciones crónicas	10	10	2	2	70
Cáncer	10	10	2	2	70
Violencia intrafamiliar	10	9	2	2	62
Inadecuadas condiciones de la vivienda	9	8	1	2	49
Contaminación del aire	10	10	1	2	48
Discapacidad	10	10	2	1	40
Inadecuada tenencia de mascotas	10	6	1	2	35

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Kennedy, 2018

De acuerdo a la OMS el sobrepeso y la obesidad es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Por IMC se define sobre peso aquellos que lo tengan igual o superior a 25 y obesidad igual o superior a 30 (51).

De acuerdo al Sisvan para el año 2017, el 63,3% de los adultos mayores presentaron exceso de peso en el Distrito Capital. En Kennedy la prevalencia es del 64,1%. Las UPZ con la prevalencia más alta de exceso de peso son: Las Margaritas con 70%, Corabastos con 67,4% y Patio Bonito con 66,3%. Entre el año 2013 y 2017 la prevalencia ha tenido un descenso del 6,6% pasando de 68,6% en 2013 a 64,1% en 2017.

Gráfica 19. Distribución relativa diagnóstico nutricional, adultos mayores, localidad de Kennedy, año 2017

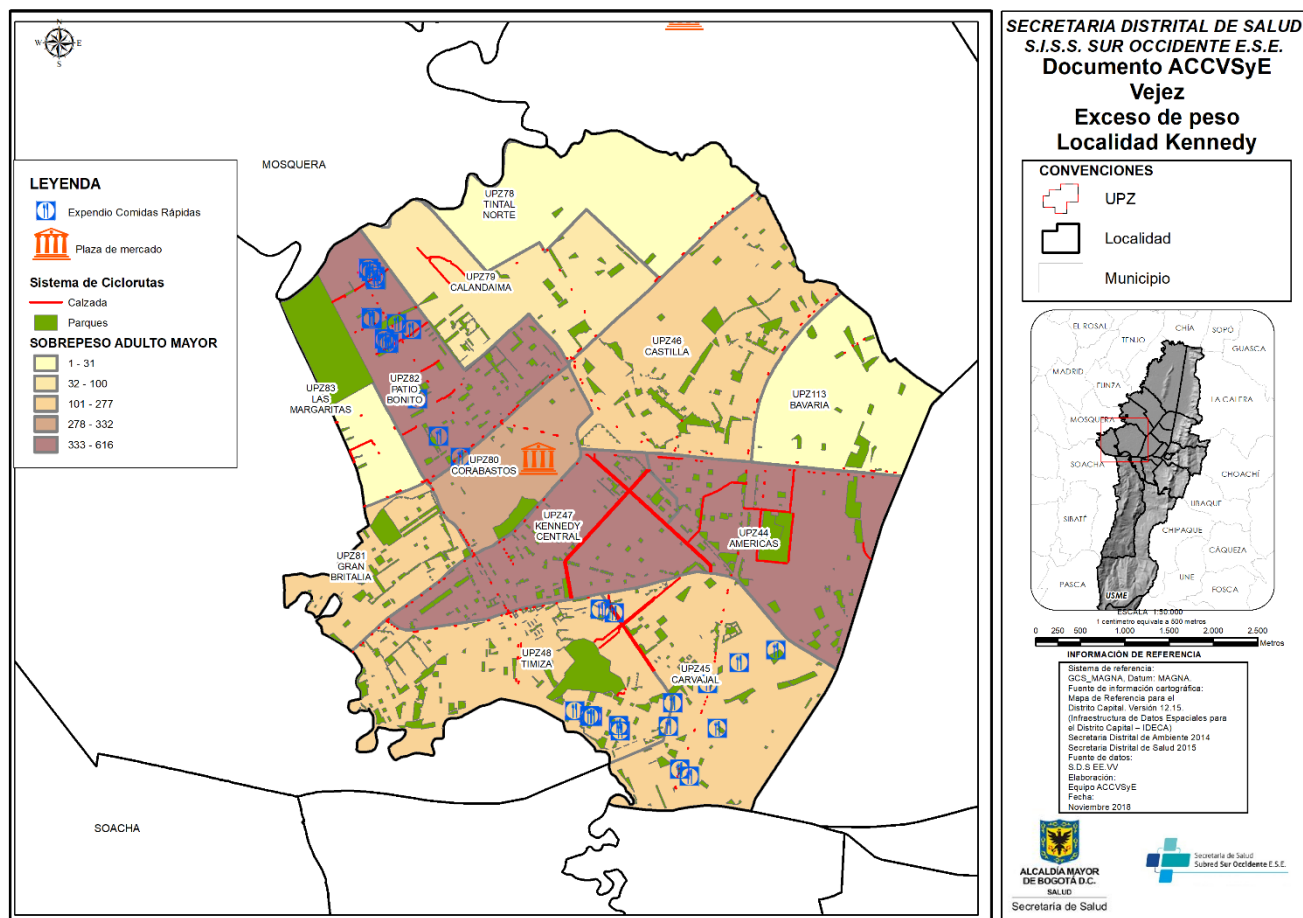


Fuente: Secretaria Distrital de Salud base Sisvan año 2017

De acuerdo a la lista de las primeras 20 causas de morbilidad año 2017 el 2,0% de las atenciones en adultos mayores tuvieron diagnóstico de obesidad, en el año 2016 la proporción fue del 2,1% y en 2015 no se encuentra en las primeras 20 causas.

La concentración de población adulta mayor con sobrepeso es alta en las UPZ Patio Bonito, Kennedy Central y Américas, en contraste con la baja concentración de puntos de comidas rápidas y el número de parques y de ciclorrutas que incentivan la actividad física. Se puede evidenciar que en las UPZ Bavaria, Tintal Norte y las Margaritas a pesar de contar con pocos parques y ciclorrutas, registra bajos casos de sobrepeso en adulto mayor. En la UPZ Carvajal y Timiza se concentra gran número de establecimientos de comida rápida, sin embargo, presenta casos bajos de sobrepeso en población adulta mayor.

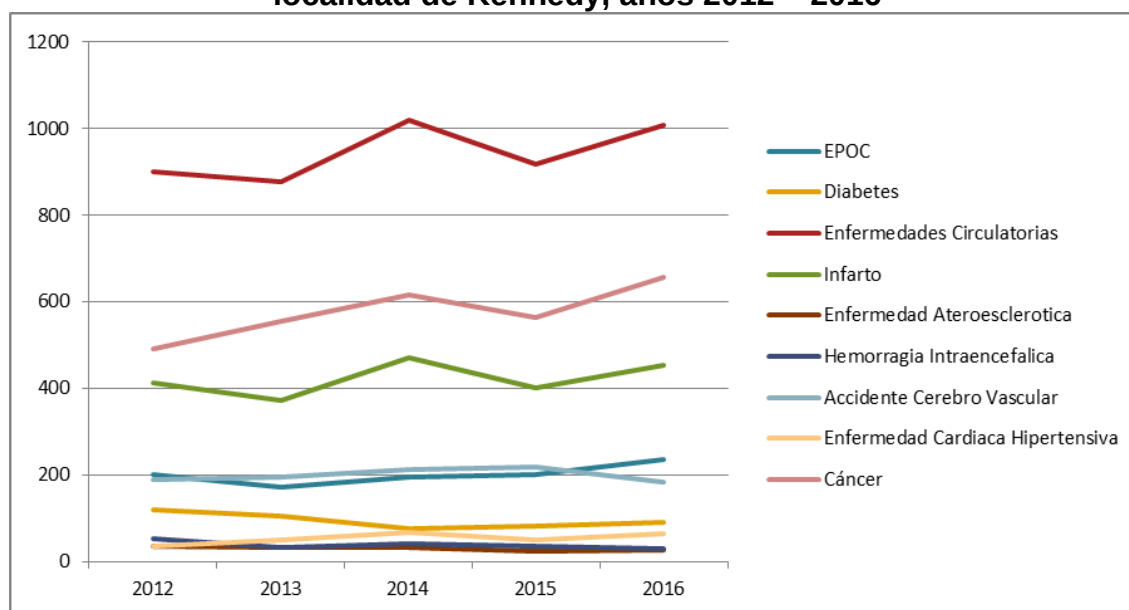
Mapa 8. Prevalencia de exceso de peso en la vejez, localidad de Kennedy, 2017



Las enfermedades crónicas no transmisibles comparten como factor de riesgo la obesidad la cual se acompaña de graves consecuencias sobre la salud. Un individuo con sobrepeso u obesidad tiene tres veces más riesgo de padecer ECNT que uno eutrófico (52). Así mismo la CDC refiere que de acuerdo a varios estudios, a medida que aumenta el peso hasta alcanzar los niveles de sobrepeso y obesidad, también aumentan los riesgos de: enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, cáncer, hipertensión, dislipidemia, accidente cerebrovascular, y otras enfermedades (53).

La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas por cada 100.000 personas de 60 o más años para el año 2016 es 2.174,7, esta muestra un comportamiento descendente entre 2013 y 2016 de 451,7 puntos pasando de 2.626,4 en 2013 a 2.174,7 en 2016. Por enfermedad crónica la que ostenta la tasa más alta para el año 2016 es enfermedades circulatorias con 206,4, seguida en su orden por cáncer 134,5, infarto 92,6, EPOC 48,1, accidente cerebrovascular 37,5, diabetes 18,2, enfermedad cardíaca hipertensiva 12,9 hemorragia intraencefalica 6,1 y enfermedad aterosclerótica 5,1.

Gráfica 20. Número de casos mortalidad por enfermedad crónica, adultos mayores, localidad de Kennedy, años 2012 – 2016



Fuente: años 2012-2014: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.- finales. Año 2015 publicación DANE 30 de marzo 2017 preliminares. Año 2016 publicación DANE 30 de marzo 2017 Sistema de Estadísticas Vitales SDS preliminares

Al analizar el comportamiento entre el año 2012 y 2016 para el quinquenio las enfermedades circulatorias son las que más defunciones causa en este grupo de edad, seguidas del cáncer. En general las causas presentan un comportamiento ascendente siendo la enfermedad cardíaca hipertensiva la que tiene un notable aumento en el número de casos con el 75%, por el contrario, la hemorragia intraencefálica reporta la mayor reducción con el 41,7% en el quinquenio.

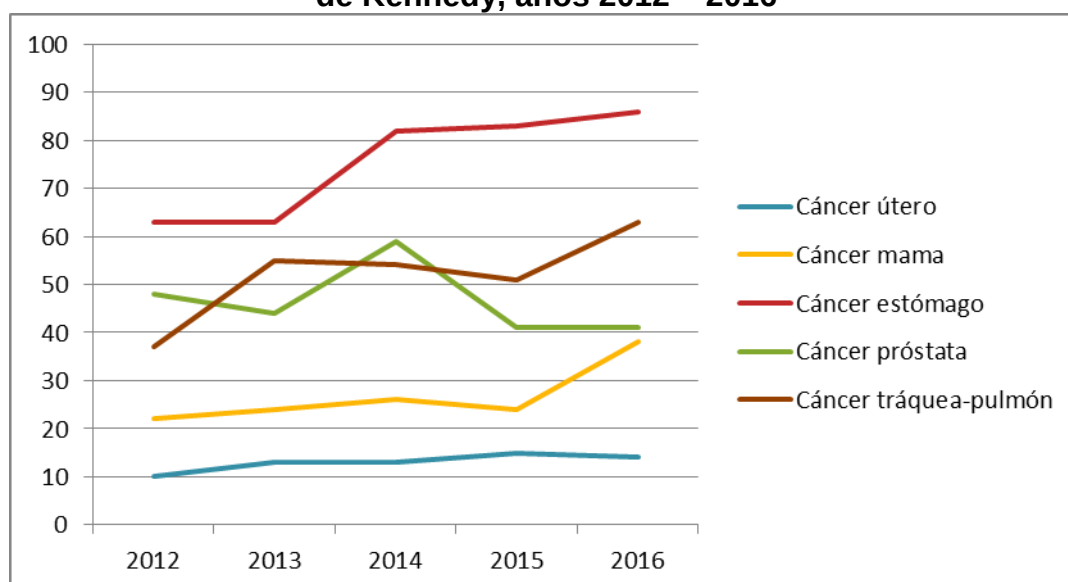
De acuerdo a las 20 causas de morbilidad, en el año 2017 el 74,2% de las atenciones están relacionadas con enfermedades crónicas en adultos mayores; el 55,2% fue por hipertensión arterial, diabetes mellitus 11,8%, EPOC 1,9%, dislipidemia 3,2% y obesidad 2%. Para el año 2016 la proporción de atenciones por enfermedades cónicas fue del 74,2% y en 2015 del 69,4% mostrando un comportamiento con tendencia hacia el aumento.

La OMS revela que existe un nexo entre el sobrepeso y la obesidad, y muchos tipos de cáncer, como el de esófago, colon y recto, mama, endometrio y riñón, adicionalmente afirma también que las dietas ricas en frutas y hortalizas pueden tener un efecto de protección contra muchos tipos de cáncer (54).

En residentes de Kennedy para el año 2016 se notificaron 657 defunciones por cáncer en personas de 60 y más años con una tasa de 134,5 por cada 100.000 personas de este grupo de edad. Entre el año 2012 y 2016 el comportamiento muestra una tendencia inestable con un aumento en el número de casos el 34,1% pasando de 490 eventos en 2012 a 657 en 2017.

Frente a los cánceres que se vigilan (útero, mama, estómago, próstata, tráquea-pulmón), estos aportan en el año 2016 el 36,8% de las defunciones ocasionadas por neoplasias en este grupo de edad. En 2017 la tasa de mortalidad más alta por 100.000 personas de 60 años y más fue por cáncer de estómago (68,2), seguida en su orden por cáncer de tráquea-pulmón (50,0), cáncer de próstata (32,5), cáncer de mama (30,1) y cáncer de útero (11,1). Con respecto al comportamiento éste es generalmente ascendente entre 2012 y 2016, el cáncer de mama es el que más se ha incrementado en un 72,7%, seguido por el cáncer de tráquea-pulmón 72,3%, cáncer de útero 40% y cáncer de estómago 36,5%, por su parte el cáncer de próstata tuvo una reducción del 14,4%.

Gráfica 21. Número de casos mortalidad por tipo de cáncer, adultos mayores, localidad de Kennedy, años 2012 – 2016



Fuente: años 2012-2014: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.- finales. Año 2015 publicación DANE 30 de marzo 2017 preliminares. Año 2016 publicación DANE 30 de marzo 2017 Sistema de Estadísticas Vitales SDS preliminares

Por otro lado, y de acuerdo al estudio *“Exceso de peso y discapacidad en las personas mayores de la Argentina”* se describe que la obesidad puede y no puede generar discapacidad en las personas mayores. La primera hipótesis se basa en la pérdida de capacidades funcionales al igual que dificulta la rehabilitación funcional, también se menciona que la obesidad está relacionada íntimamente con enfermedades asociadas a la discapacidad como lo son: diabetes, enfermedades cardiovasculares. La segunda hipótesis se fundamenta en que el exceso de peso podría tener un efecto protector en este grupo de edad, esto asociado a que las fracturas estarían asociadas a la osteoporosis, condición que a su vez parece ser menor entre las personas mayores con niveles de IMC elevados (55).

Para el año 2017 en Bogotá 19.769 personas ingresaron al Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad de las cuales el 48,0% (9.498) son adultos mayores, la tasa de personas con discapacidad registradas es de 95,5 por cada 10.000 adultos mayores. Específicamente para Kennedy 2.190 personas se registraron, de las cuales 832 son adultos mayores (38%), lo que equivale al 8,8% del total registrado en Bogotá, siendo la tercera localidad con mayor número de registros, por tasa Kennedy se encuentra en el 18 lugar (62,4). Usme con 206,1 es la que tiene la tasa más alta y Sumapaz con 33,4 la más baja.

Con respecto a las acciones que se realizan con el propósito de aminorar la problemática están:

- **Sector Salud POS:** Resolución 412 atención para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años.
- **Sector Salud PIC.** Espacio público acciones itinerantes con énfasis en el uso de la bicicleta, reducción del consumo de tabaco. Puntos cuídate y se feliz en donde se tamizan a personas mayores de 18 años que tienen como finalidad la detección temprana y/o canalización oportuna para enfermedades crónicas. Jornadas que promueven los espacios libres de humo. Espacio vivienda desde el componente de gestión del riesgo se realiza seguimiento a las personas capitadas con la EAPB Capital Salud, que no han asistido a consulta de enfermedades crónicas.
- **Sector movilidad:** Construcción de ciclo-rutas.
- **Alcaldías locales:** Adecuación de bioparques y gimnasios en parques de bolsillo.

4 CONCLUSIONES

- Primera infancia

Kennedy es la localidad del Distrito que mayor cantidad de muertes perinatales presenta, el 65,9% son fetales y la mayor proporción son ocasionadas por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento. Por otro lado, el 87,3% de las defunciones no fetales tuvieron bajo peso al nacer y el 84,1% nacieron antes de la semana 37 de gestación, situaciones que tienen una estrecha relación con el estado de salud y autocuidado de la gestante y el inicio temprano y adherencia a los controles prenatales, siendo este último, un factor determinante para prevenirla, el 45,2% de las defunciones perinatales no fetales de la localidad tuvieron menos de 5 controles prenatales, lo cual se constituye como un factor de riesgo ya que a mayor número de controles prenatales la probabilidad de muerte perinatal disminuye, asociado a que las oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas se incrementan.

- Infancia

A pesar que la violencia intrafamiliar ha tenido una disminución desde el 2015, es un fenómeno importante para la localidad que requiere total atención, puesto que es un determinante importante para la generación de eventos como la conducta suicida, el consumo de SPA, prioridades abordadas en los siguientes momentos de curso de vida, la violencia social y de género entre otros. La violencia intrafamiliar no es más que el reflejo de una sociedad deteriorada por los conflictos sociales que la permean, evidenciando una afectación en la salud mental de las personas, siendo los menores lo más perjudicados. Los conflictos familiares se agudizan por el desempleo, la ausencia de oportunidades y cada vez que los menores se encuentran en círculos de violencia, en edades posteriores tienen un riesgo de sufrir otros eventos.

- Adolescencia

La tasa de notificación de la conducta suicida en adolescentes tanto en Bogotá como en la localidad de Kennedy muestra un comportamiento ascendente superior al 100%. Para el 2017, se reportaron 1.351 casos de conducta suicida en total, de los cuales el 38,2% son adolescentes, por número de casos notificados Kennedy es la tercera localidad que más reporta con el 12,1%, la tasa de notificación es de 45,6. La violencia intrafamiliar, el matoneo escolar y el consumo de SPA son las principales causas por las cuales los adolescentes atentan contra su vida, a esto se suma el abuso sexual que causa serios traumatismos en la personas. Este fenómeno prende las alarmas en todas las instituciones y sólo de manera articulada pueda darse una respuesta integral y efectiva.

- Juventud

Para el año 2017 se notificaron al Vespa en Bogotá 5.709 casos de consumo de SPA, de los cuales 2.241(39,3%) es en personas jóvenes, con una tasa de notificación por 10.000 jóvenes de 15,4. En Kennedy se notificaron 149 jóvenes siendo la séptima localidad del Distrito que más notifica, la tasa de notificación local por 10.000 jóvenes es de 6,7. El consumo de sustancias psicoactivas mantiene una relación estrecha con la violencia en todas sus formas, además la localidad, luego de la intervención del Bronx, ha recepcionado un número importante de habitantes de calle siendo la tercera localidad que más alberga a personas en esta condición. La dinámica social y económica que gira en torno a la central de abastos, teniendo su mayor nicho en los recicladores y vendedores informales, también agudiza la problemática.

- Adultez

Para el año 2017 en la localidad de Kennedy el 35,7% de las atenciones realizadas en adultos están relacionadas con condiciones crónicas, siendo la hipertensión arterial la enfermedad por la que más se consulta, el comportamiento de las atenciones por estas causas ha tenido un incremento paulatino en los últimos tres años. Así mismo la enfermedad crónica tiene una alta carga en la mortalidad de los adultos, su tasa se encuentra en 10,5,5 por cada 100.000 personas de 30 a 59 años. Las condiciones crónicas se han constituido como un problema mundial, cada vez se están presentando en edades más tempranas, lo que permite un mayor tiempo de exposición y que las complicaciones sean más frecuentes y sus costos mayores. El consumo de tabaco y alcohol, los inadecuados hábitos alimentarios y el sedentarismo son los principales factores de riesgo para presentar una condición crónica, los cuales son cien por ciento modificables por medio de la adopción de estilos de vida saludable. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que las acciones preventivas se enfaticen en la primera infancia, infancia y adolescencia para que de esta manera se pueda reducir el riesgo de padecer una condición crónica en la edad adulta o adulta mayor.

- Vejez

En Kennedy la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos mayores está en el 64%. El sobrepeso y obesidad pueden afectar seriamente la salud, calidad de vida y expectativa de vida de los adultos mayores, asociado a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles, la tasa de mortalidad por estas condiciones está en 2.174,7 por cada 100.000 personas de 60 o más años. El estilo actual de vida, ha creado un ambiente que promueve la vida sedentaria y el consumo de una dieta rica en grasas y con una alta densidad energética, lo que genera más riesgo de que las personas puedan llegar a tener exceso de peso. Condiciones como la reducción de las piezas dentales, la disminución de la sensibilidad gustativa en los sabores dulces y salados, el cambio de la composición corporal y el

enlentecimiento del metabolismo, se constituyen como un factor de riesgo para presentar sobrepeso y obesidad. Adicionalmente situaciones como el abandono familiar y la menor percepción de ingresos económicos pueden favorecer el consumo de alimentos de bajo costo con una alta carga calórica, situación que refuerza las condiciones biológicas y con ello aumenta el riesgo de exceso de peso en esta población.

5 RECOMENDACIONES

- Primera infancia

Implementar una estrategia intersectorial, lo que implica los trece sectores, en liderazgo de la Subred Sur Occidente en representación del sector salud, con la supervisión de la Alcaldía local o su delegado; que permita la captación de las gestantes de la localidad y la adherencia a los controles prenatales, especialmente aquellas que se encuentran en los tres primeros meses de gestación. Para esto, se propone una resolución o decreto emanado por la Alcaldía Local, que obligue a todas las instituciones públicas y privadas incluyendo Organizaciones No Gubernamentales y fundaciones, notificar de manera inmediata a la Subred Sur Occidente toda gestante identificada, adicionalmente, se debe incluir en este, que la inclusión y permanencia en los programas sociales de las diferentes instituciones dirigidos a gestantes, deben tener como requisito la asistencia periódica a los controles prenatales incluyendo todas las atenciones y exámenes que se deriven de la atención. Así mismo, todo el personal que trabaje con población materno infantil, debe estar certificado en AIEPI comunitario.

- Infancia

Se sugiere la implementación del programa de familias fuertes de la Organización Panamericana de la Salud, adaptándolo en la localidad, cambiando el criterio de acceso de tal forma que puedan ingresar al programa tanto hogares sin ningún evento que afecte la salud mental, como aquellos hogares que ya tienen un riesgo inminente y este puede acrecentarse por las condiciones del hogar (más menores en el hogar, pobreza, consumo de SPA, entre otros), el programa debería priorizarse en UPZ Patio Bonito, UPZ Gran Britalia, UPZ Corabastos y dirigido a familias con hijos entre 5 a 11 años que tengan o no un riesgo. Los indicadores deben ser de resultado y de impacto, lo que implica una perpetuación del programa en el tiempo, además debe garantizar las sesiones necesarias a las familias en los tiempos estipulados así como su adherencia, ya que no siempre el tratamiento es el mismo para todas las familias, las dinámicas sociales y la psiquis es compleja en todos los seres humanos, por lo que es importante los indicadores de impacto, que en tiempo permitan medir si se logró transformar la calidad de vida de la persona modificando sus determinantes.

Como el programa implica una corresponsabilidad de las familias, es importante que se brinden las condiciones necesarias para que la familia asista, puesto que el proceso puede perder su eficacia, si no se tiene asistencia o disponibilidad de alguno de los miembros. En estas condiciones deben estar el acceso geográfico, que el tiempo se pueda mediar con el trabajo o las demás ocupaciones si lo requiere, comprensión de las dinámicas de cada familia.

Se hace necesario fortalecer el CAD Delicias con capital humano competitivo que permita responder a la demanda de la población en temas relacionados no solo con consumo de SPA, conducta suicida, violencia intrafamiliar, sino con salud mental en general, esto también requiere de facilitar el acceso a los servicios puesto que se pierden oportunidades con los usuarios al no poderles prestar el servicio porque no está capitado. También se sugiere dar continuidad y fortalecer el proyecto de barras futboleras con capital humano de manera integral dando respuesta a las necesidades de los adolescentes.

- Adolescencia

Se sugiere la implementación del programa de familias fuertes de la Organización Panamericana de la Salud, adaptándolo en la localidad, cambiando el criterio de acceso de tal forma que puedan ingresar al programa tanto hogares sin ningún evento que afecte la salud mental, como aquellos hogares que ya tienen un riesgo inminente y este puede acrecentarse por las condiciones del hogar (más menores en el hogar, pobreza, consumo de SPA, entre otros). El programa va dirigido a la familia, pero se haría seguimiento por momento de curso de vida. Para el caso de adolescencia se sugiere aplicar el programa en los barrios María Paz, El Amparo, El Jazmín, La Riviera y dirigido a familias con hijos entre 12 a 17 años que tengan o no un riesgo. Los indicadores deben ser de resultado y de impacto, lo que implica una perpetuación del programa en el tiempo, además debe garantizar las sesiones necesarias a las familias en los tiempos estipulados así como su adherencia, ya que no siempre el tratamiento es el mismo para todas las familias, las dinámicas sociales y la psiquis es compleja en todos los seres humanos, por lo que es importante los indicadores de impacto, que en tiempo permitan medir si se logró transformar la calidad de vida de la persona modificando sus determinantes.

Como el programa implica una corresponsabilidad de las familias, es importante que se brinden las condiciones necesarias para que la familia asista, puesto que el proceso puede perder su eficacia, si no se tiene asistencia o disponibilidad de alguno de los miembros. En estas condiciones deben estar el acceso geográfico, que el tiempo se pueda mediar con el trabajo o las demás ocupaciones si lo requiere, comprensión de las dinámicas de cada familia.

La estrategia grupo prioritarios en salud mental del espacio educativo hace abordaje en los colegios que requieran intervención, sin embargo, requiere más talento humano ya que sólo se tiene un psicólogo clínico y una trabajadora social para toda la Subred, se sugiere fortalecerlo con equipos por localidad, además, las sesiones deben ser de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Esta estrategia debería tener indicadores de impacto, no sólo de resultado puesto que la atención en salud mental no se evalúa por el número de intervenciones, sino como un proceso.

Se debe retomar los acompañamientos individuales que las orientadoras remitían a los equipos de salud pública, puesto que las barreras de acceso son muchas y casos como la conducta suicida no pueden tratarse en intervenciones colectivas, además a través del acompañamiento se puede canalizar efectivamente a los usuarios, si ya se identificó a través del psicólogo PIC que ese caso pueda ir directamente a la EPS y no generar un nuevo proceso de autorización por medicina general.

- Juventud

Se sugiere dar continuidad y fortalecer el proyecto de barras futboleras que tiene una respuesta psicosocial a los parches futboleros donde se hacen atenciones desde psicología, con el manejo de violencias, mitigación del riesgo y prevención del daño de consumo de SPA, con trabajo social desde barreras de acceso al servicio de salud y aseguramiento, el perfil edufísico que maneja las actividades físicas hábitos saludables. También se debe dar continuidad al programa SOJU que tienen un proceso de intervención con una duración de tres meses cuando hay un consumo incipiente o experimental de SPA, con la metodología de reforzar y desarrollar habilidades para la vida de acuerdo a la OMS, tiene como valor agregado incluir a las familias en la intervención y hacerle seguimiento. También se hace necesario vincular a todas las entidades del Distrito en la ruta de oportunidades que tiene doce atenciones y al sector salud corresponden tres: aseguramiento en salud, consumo de SPA, manejo de violencias. En este sentido la ficha de caracterización de la ruta debe estar armonizada con los formatos de notificación que manejan SIVIM, SISVECOS, VESPA., de tal forma que se tenga un protocolo para la captación y seguimiento a jóvenes con consumo de SPA, violencias, entre otros.

Se recomienda la habilitación de un punto de atención mental en el PAPS abastos, con énfasis en tratamiento de consumo regulado, teniendo en cuenta que a pesar de abolir la dosis mínima, este tipo de tratamientos requiere un consumo, pero regulado, no se puede hablar del paciente en total abstinencia, pues la mejor vía es la reducción de riesgos y daños, se deben abordar consumos medios y altos, no sólo los que se pueden abordar desde la prevención.

Se plantea recuperar la unidad móvil que pueda captar los casos de consumo que no llegan a las instituciones, su prestación de servicio sería la captación y atención primaria a consumos con perfil de médico, psicólogo, odontólogo y sería un brazo operativo del punto de atención propuesto anteriormente, sin barreras de acceso, que no se requiera de algún criterio para acceder al servicio, las zonas de mayor influencia serían UPZ Patio Bonito, UPZ Corabastos, UPZ Gran Britalia.

- Adultez

Se sugiere ampliar la cobertura de la estrategia Cuídate, Sé Feliz (10 para la Subred), con la vinculación de nutricionista y educador físico e incluir la tamización de peso en niños, niñas y adolescentes, la cual incluya jornadas de valoración a empresas públicas y privadas.

Así mismo, se sugiere fortalecer la estrategia de corazón a corazón por medio de la vinculación de un profesional en nutrición y el seguimiento a las personas captadas en las USS desde el espacio vivienda como brazo operativo de la estrategia, lo que implica que las intervenciones del espacio vivienda no solo se hagan desde la notificación que se hace desde a salud pública, sino que debe incluir otras formas de captación y articularlo con la estrategia de agroecología comunitaria en liderazgo de la Subred Sur Occidente, con apoyo de la Secretaria de Ambiente y el Jardín Botánico.

Se debe Implementar en todas las empresas públicas y privadas la estrategia muévete trabajador, liderada por el IDRD, apoyada por cada una de las Administradoras de Riesgos Laborales de cada empresa.

- Vejez

Se propone promover y continuar la implementación de los gimnasios en los parques de la localidad (parques biosaludables), que incluya un entrenador que guíe los ejercicios de las personas mayores, también se propone realizar una alianza con la Secretaria de Gobierno con el fin de realizar talleres con los adultos mayores, fortaleciendo el propósito de vida, hábitos de vida saludables y crear redes de apoyo.

De la misma manera se propone fortalecer la prevención del abandono en el adulto mayor incluyendo la penalización, y la ruta de atención, reforzar la estrategia de la política de envejecer juntos y fortalecer la adherencia al programa de corazón a corazón de la Subred a través de las redes de apoyo familiar, así como la promoción del programa en las salas de espera de las USS con diferentes estrategias de comunicación (persona informando, televisión, afiches).

Crear un programa para cuidadores que los capacite y por medio del presupuesto local generar incentivos económicos para la labor, la cual no es remunerada de tal forma que se pueda preservar la salud de las personas mayores y de las personas que los cuidan haciendo de éste un gestor en casa (adaptar la estrategia RBC en el adulto mayor independiente si tiene o no discapacidad).

Aumentar el número de centros día a cuatro e implementar un centro noche en la localidad, con los parámetros que dicta la norma y aumentar en un 50% el número de cupos de los centros de protección para la persona mayor.

6 BIBLIOGRAFÍA

1. Ghiso A, Cualitativo CD. Métodos de la Investigación Cualitativa. 1996;39–59.
2. Betancourt JA. Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. Rev Panam salud pública. 2013;34(5):359–63.
3. Focal G. ¿Que Es Un Grupo Focal? Available from: <https://avdiaz.files.wordpress.com/2009/08/que20es20grupo20focal.pdf>
4. Secretaría Distrital de Planeación. Monografía Kennedy. 2011.
5. Hospital del Sur E.S.E. Diagnóstico local de Kennedy 2014. 2014;
6. Secretaría Distrital de Planeación. Decreto 190. 2004.
7. El congreso de Colombia. Consulta de la Norma:Ley 388 de 1997 [Internet]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=339>
8. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud Ambiental [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 26]. Available from: http://www.who.int/topics/environmental_health/es/
9. Secretaría de Planeación Distrital DA de E. Encuesta Multipropósito Bogotá 2017 [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 5]. Available from: <http://sdpbogota.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=c984e588b0764efbb424ffc2207b5cf6>
10. Secretaría Distrital de Ambiente-Red de Monitoreo de Calidad del Aire de Bogotá. Informe Anual de Calidad del Aire de Bogotá 2016. 2016.
11. Alcaldía local de Kennedy. Plan Ambiental Local Kennedy Mejor para Todos. Localidad Ejemplo para Todos. Bogotá; p. 89.
12. Ministerio de Salud y la Protección Social. Cobertura de Vacunación Antirrábica Perros y Gatos por Municipio [Internet]. Bogotá; 2016 [cited 2018 Jul 26]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/Cobertura-vacunacion-antirrabica-municipio-2016.pdf>
13. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Bogotá D.C.; 2016.
14. OMS. Reducir la mortalidad de los recién nacidos [Internet]. OMS. 2018. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/reducir-la-mortalidad-de-los-recien-nacidos>
15. OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Centro de prensa. 2016. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

16. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de sífilis gestacional y sífilis congénita. Bogotá; 2015.
17. Amapro DCL. Sífilis gestacional: un problema de salud pública. Scielo. 2011;2.
18. OMS. El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para la supervivencia y desarrollo [Internet]. 2010. p. 8. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Eight Pager Spanish FINAL.pdf>
19. Secretaria Distrital de Salud. Sistema de la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar [Internet]. Salud Capital. p. 8. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos de Vigilancia en Salud Publica/Violencia Intrafamiliar.pdf>
20. OIT. Que se entiende por trabajo infantil [Internet]. Available from: <http://www.ilo.org/ipecc/facts/lang--es/index.htm>
21. Fernandez Gladys PJ. Síndrome del maltrato infantil. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2004;76. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000300009
22. Fernandez Gladys PJ. Síndrome del maltrato infantil. Rev Cubana Pediatr. 2004;76.
23. López Gloria Elena, Perea Arturo LA. Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. Acta Pediatr México [Internet]. 2008;29:4. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm086g.pdf>
24. Requena Mendoza Alejandra, Robles Bermeo Leticia LCE. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: reporte de caso. Odontostomatology [Internet]. 2014;8(1):7. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100023
25. Ministerio de Salud y la Protección Social. Boletín de salud mental, conducta suicida [Internet]. Bogotá D.C.; 2018. p. 25. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
26. Espinosa Francisco CV et al. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Salud Publica Mex [Internet]. 2010;52(3). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300005
27. UNICEF. Suicidio [Internet]. Argentina; 2017. p. 26. Available from: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-5_Suicidio_Interior_WEB.pdf
28. Vargas Horacio SJ. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Rev Neuropsiquiatria [Internet]. 2012;75(1):10. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1539/1567>
29. Cortés Alfaro Alba. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cuba Med Gen Integr

- [Internet]. 2013;30(1):132–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317519763_Conducta_suicida_adolescencia_y_riesgo/download
30. Lara María Asunción LG. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Ment* [Internet]. 2009;32(5). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500004
 31. Universidad Estatal de Georgia Atlanta. El sobre peso, factor de riesgo de suicidio en la adolescencia [Internet]. *Jano. es*. 2009. Available from: <http://www.jano.es/noticia-el-sobrepeso-factor-riesgo-suicidio-6610#>
 32. OMS. Sustancias psicoactivas [Internet]. Observatorio de Drogas de Colombia. 2018. Available from: <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>
 33. Violencia social y consumo de drogas [Internet]. SCRIBD. 2015. p. 15. Available from: <https://es.scribd.com/document/272646155/Violencia-Social-y-Consumo-de-Drogas-1>
 34. Villanueva Sabina Deza. Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen la violencia. *Av en Psicol Latinoam* [Internet]. 2013;21(1):35–46. Available from: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/11_deza.pdf
 35. Hernandez CMACKOSIA. Consumo autoreportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle en Cali - Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2015;17(2):217–28. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/30016/62026>
 36. DANE y SDIS. Censo de Habitantes de Calle Bogotá 2017. Bogotá; 2017. p. 198.
 37. Fundación Ideas para la Paz. Bogotá sin el Bronx; Expendios y Habitantes de Calle. Bogotá; 2017. p. 20.
 38. Palacios Jorge; Álvarez Mónica. Consumo de drogas asociadas al contagio de infecciones de transmisión sexual en jóvenes de Mexico. *Heal Addict* [Internet]. 2018;18(2):111–20. Available from: https://www.researchgate.net/publication/326693059_Consumo_de_drogas_asociadas_al_contagio_de_infecciones_de_trasmision_sexual_en_jovenes_de_Mexico
 39. Laura G. Exceso de peso corporal en estudiantes universitarios según variables sociodemográficas y estilos de vida. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2017;44(3). Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000300251
 40. Johanna LR, Carolina AEL. Revisión narrativa. Complicaciones en la madre, feto y neonato, derivados del consumo de cocaína durante la gestación. *Med UPB* [Internet]. 2016;35:24–31. Available from: <file:///C:/Users/ADRIANA/Downloads/6914-14039-1-PB.pdf>

41. Gigena P, Bella M, Lila C. Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. Odontoestomatología [Internet]. 2012;14(20). Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392012000200006
42. Ochoa E, Madoz A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2008;54(213). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003
43. OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Available from: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/
44. Desdy B, Lina A, Crithian C, Pilar GM del, Angela S, Liliana M. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. CES Salud Pública [Internet]. 2014;5:147–53. Available from: <file:///C:/Users/saludp/Downloads/Dialnet-UtilizacionDeLosServiciosDeSaludEnLaPoblacionHabit-4974881.pdf>
45. OPS, OMS. Los vínculos entre la salud materna y las enfermedades no transmisibles y la iniciativa FIGO para la diabetes gestacional [Internet]. OPS; Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/iniciativa-figo-diabetes-gestacional.pdf>
46. Lugo E, Medina M, Villanueva S. Sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles en trabajadores de la salud de Yucatán. Rev Cuba Salud y Trab [Internet]. 2016;17(1):49–54. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol17_1_16/rst08116.htm
47. CDC. Los efectos del sobrepeso y la obesidad en la salud [Internet]. CDC. Available from: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/effects.html>
48. Minharez M, Rincón I, Morales Y, Espinosa M de J. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. Perinatol y Reprod Humana [Internet]. 2014;28(3). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300007
49. Figueiredo MC, Barbará LS, Missel MH, Santos MM dos, Vacca V. Relación entre enfermedades crónicas y salud-enfermedad bucal en adultos brasileños de bajo nivel socioeconómico. Odontoestomatología [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 5];15(21):20–9. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000100004
50. Rocio R. Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Boletín del Observatorio en Salud [Internet]. 2010;3(4):1–9. Available from: <file:///C:/Users/saludp/Downloads/17968-57896-1-PB.pdf>
51. OMS. Obesidad y Sobrepeso [Internet]. OMS. 2016. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
52. Lugo E, Medina M, Villanueva S. Sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no

transmisibles en trabajadores de la salud de Yucatán. Rev Cuba Salud y Trab. 2016;17(1):49–54.

53. CDC. Los efectos del sobrepeso y la obesidad en la salud. CDC.
54. OMS. Prevención del cáncer [Internet]. Available from: <https://www.who.int/cancer/prevention/es/>
55. Monteverde M. Exceso de peso y discapacidad en las personas mayores de la Argentina. Salud Colect. 2015;11(4):509–21.