

ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD

Localidad de Puente Aranda
Subred Sur Occidente ESE

16



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
Claudia Bermúdez
Adriana Lizette Colorado
Mónica Andrea Rodríguez
Sandra Barbosa
Johana Alexandra Mateus
Diego Bejarano
Carolina Santofimio
Javier Camilo Aguillón
Fredy Andrés Chitiva
Carlos Andrés Fernández

Fotografía portada
Oficina asesora de comunicaciones
Subred Sur Occidente

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

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. OBJETIVOS	9
3. METODOLOGÍA.....	10
4. ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA	28
4.1. PRIMERA INFANCIA.....	39
4.2. INFANCIA	47
4.3. ADOLESCENCIA.....	51
4.4. JUVENTUD.....	58
4.5. ADULTEZ	64
4.6. VEJEZ	69
5. CONCLUSIONES	75
6. RECOMENDACIONES.....	78
7. BIBLIOGRAFÍA.....	82

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Valoración de criterios método Hanlon, según color asignado por cada participante de los grupos funcionales, Subred Sur Occidente E.S.E. 2018	13
Tabla 3. Contaminación del aire, metas – acciones – propuestas, equipo GESA, Subred Sur Occidente	33
Tabla 4. Inadecuado manejo de basuras, metas – acciones – propuestas, equipo GESA, Subred Sur Occidente	36
Tabla 5. Inadecuada tenencia de mascotas, metas – acciones – propuestas, equipo GESA, Subred Sur Occidente	38

Tabla 6. Resultados método Hanlon, prioridades primera infancia, Puente Aranda, 2018	41
Tabla 7. Resultados método Hanlon, prioridades infancia, Puente Aranda, 2018.	48
Tabla 8. Tasa de fecundidad adolescentes, localidad Puente Aranda – Bogotá,2012– 2017	52
Tabla 9. Resultados método Hanlon, prioridades Adolescencia, Puente Aranda, 2018	53
Tabla 10. Resultados método Hanlon, prioridades Juventud, Puente Aranda, 2018	59
Tabla 10. Resultados método Hanlon, prioridades Adultez, Puente Aranda, 2018	64
Tabla 11. Resultados método Hanlon, prioridades Vejez, Puente Aranda, 2018 ..	70

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Factores ambientales para el análisis de prioridades	15
Gráfica 2. Ejes de la política SAN, Subred Sur Occidente E.S.E.	17
Gráfica 3. Relaciones de salud oral con las demás dimensiones del PDSP, Subred Sur Occidente E.S.E.....	22
Gráfica 4. Tasa Bruta de Natalidad, localidad Puente Aranda – Bogotá, 2012 - 2017	39
Gráfica 5. Nacidos vivos, localidad Puente Aranda – Bogotá, 2012 - 2017.....	40
Gráfica 6. Propuestas de respuesta para la prioridad poca adherencia en lactancia materna exclusiva en primera infancia Puente Aranda, 2018	47
Gráfica 7. Propuestas de respuesta para la prioridad violencia intrafamiliar en infancia Puente Aranda, 2018	51
Gráfica 8. Propuestas de respuesta para la prioridad consumo de SPA Puente Aranda, 2018.....	58
Gráfica 9. Propuestas de respuesta para la prioridad infección por VHI en juventud Puente Aranda, 2018	63
Gráfica 10. Propuestas de respuesta para la prioridad habitante de calle en adultez Puente Aranda, 2018	69

Gráfica 11. Propuestas de respuesta para la prioridad violencia intrafamiliar en infancia Puente Aranda, 2018 74

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Contexto territorial, localidad Puente Aranda, 2017 29
Mapa 2. Concentración de PM10, localidad de Puente Aranda, 2017 **Error!**
Bookmark not defined.
Mapa 3. Mediana de lactancia materna exclusiva y sobrepeso y obesidad en primera infancia, localidad de Puente Aranda, 2017 42
Mapa 4. Tasa de maltrato intrafamiliar y tipo de conformación familiar por sexo del maltratado en infancia. Localidad Puente Aranda 2017 49
Mapa 5. Frecuencia de Violencia intrafamiliar, conducta suicida e intento de suicidio articulado con el consumo en adolescentes y sitios de expendio de SPA, localidad Puente Aranda 2017 54
Mapa 6. Frecuencia de la notificación de VIH en jóvenes con las acciones realizadas en Salud pública, localidad Puente Aranda 2017 60
Mapa 7. Ubicación de ciudadanos habitante de calle, localidad Puente Aranda 2017 66
Mapa 7. Frecuencia de notificación de tuberculosis en adultos mayores, localidad Puente Aranda 2017 71

SIGLAS

ACCVSYE: Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad
BIT PASE: Balances de las Tensiones en las Interacciones entre las Dinámicas
CADE: Centro de Atención Distrital Especializado
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
E.S.E.: Empresa Social del Estado
EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios
EDA: Enfermedad diarreica aguda
EMB: Encuesta Multipropósito para Bogotá
ha.: Hectárea
IRA: Infección respiratoria aguda
OMS: Organización Mundial de la Salud
PDSP: Plan Decenal de Salud Público
PM₁₀: Partículas suspendidas cuyo tamaño es menor o igual a 10 micrómetros (µm).
RUAF ND: Registro Único de Afiliados - Nacimientos y defunciones

SDP: Secretaría Distrital de Planeación

SDS: Secretaría Distrital de Salud

SISVAN: sistema de vigilancia alimentaria y nutricional

SISVECOS: sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida

SISVESO: sistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral

SIVELCE: sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa

SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

SIVIM: sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual

SIVISTRA: sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal

UPZ: Unidad de Planeamiento Zonal

VSP: Vigilancia en Salud Pública

VSPC: Vigilancia en Salud Pública Comunitaria

VESPA: subsistema de vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas

1. INTRODUCCIÓN

El equipo de Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad (Accvsye) es el encargado de generar conocimiento sobre las relaciones de los determinantes sociales con los eventos o situaciones en salud y enfermedad de la población en un territorio, en este ejercicio, aportan elementos técnicos y gerenciales para orientar la toma de decisiones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población, por ende, su situación de salud.

En este sentido, surge el documento Accvsye en el marco de la salud urbana, cómo una apuesta para enriquecer los análisis cualitativos para el análisis de los determinantes, la respuesta de cada sector, entre otros, partiendo de la idea que la dinámica poblacional y sus características son cambiantes y por eso se hace necesario un esfuerzo conjunto, en el cual participa la comunidad, instituciones locales y los diferentes sectores, de tal forma que se visibilice la realidad que vive la localidad de Puente Aranda.

De las cuatro localidades que integran la Subred Sur Occidente E.S.E., Puente Aranda es la que menos problemáticas presenta y recaen en la adultez y la vejez principalmente, sin embargo, tiene una dinámica particular, al contemplar en su territorio las siguientes características: un conglomerado de industrias, suficiencia de parques, una población envejecida, la presencia de la cárcel modelo, el fenómeno de la habitabilidad en calle, entre otros.

El análisis presentado busca integrar la información disponible respecto a la localidad, desde la perspectiva cuantitativa, cualitativa y espacial para el seguimiento y monitoreo de la calidad de vida. De esta forma, el documento está compuesto por tres momentos, el primero, denominado *Alistamiento* retoma la información recopilada por el equipo de Accvsye de la Subred, en anteriores diagnósticos, informes de indicadores, salas situacionales, asis diferenciales, entre otros insumos dados por el PIC y el área asistencial, de tal forma que se pueda hacer lectura de la realidad de la localidad y enlistar prioridades en salud que serán validadas y analizadas en el siguiente momento.

El momento dos denominado *Análisis*, consiste en la realización de tres mesas de análisis con la participación de los actores sociales (comunidad, organizaciones, otros sectores, equipos de salud), que buscan información robusta e integral de carácter territorial, con un énfasis cualitativo, que permita dar cuenta de cómo los determinantes sociales influyen en las dinámicas comunitarias de la localidad, las cuales están estrechamente relacionadas con las desigualdades e inequidades en

salud, analizar la respuesta del sector salud y otros sectores a las prioridades evidenciadas en el primer momento.

El tercer momento, denominado Divulgación, construye una nota política partir del análisis realizado en los anteriores momentos, en un ejercicio de concreción del documento final y busca orientar la toma de decisiones frente a una lectura de realidades de la localidad.

Es así como el documento de análisis se convierte en insumo para la toma de decisiones en materia de mejoramiento de calidad de vida como fundamento de la protección social y la evaluación de políticas públicas en salud. A su vez, recoge el aprendizaje sobre los diagnósticos locales en salud realizados por la Secretaría Distrital de Salud en la red pública distrital.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

- Identificar prioridades por momento de curso de vida y por cada dimensión del Plan Decenal de Salud Pública, mediante el análisis de contenidos con el fin de jerarquizar problemáticas por momento de curso de vida.
- Robustecer el análisis cualitativo de las prioridades identificadas en la fase de Alistamientos, a través de las mesas de análisis con los diferentes actores, sectores y comunidad, de tal forma que se haga una lectura de realidades que dé cuenta de los determinantes y oriente las acciones de los sectores.
- Integrar los hallazgos de los diferentes análisis con el contexto político local, a partir del análisis realizado en el alistamiento y las mesas de trabajo, con el fin de sintetizar los resultados en una nota política.

3. METODOLOGÍA

a. Momento uno: Alistamiento

Según el contexto de la localidad de Puente Aranda, se analizaron las problemáticas inmersas en los momentos de curso de vida y para desarrollarlas en el marco de la salud pública, se tomaron las dimensiones del Plan decenal de Salud Pública – PDSP, como segundo ordenador.

Para el primer momento del documento Accvsye, se partió de la construcción de un plan de análisis que oriento el ejercicio del documento a través de los diferentes momentos propuestos, de éste surgió tanto la metodología a aplicar en las mesas de análisis, como la preparación y revisión de insumos para la priorización de situaciones en salud. La metodología se escogió de acuerdo a los intereses de cada momento del documento

Esta información se consolido en una matriz de alistamiento que contemplaba 59 prioridades para la localidad. En cada una, se identificó metas asociadas al PTS, actores y sectores involucrados, oferta institucional y ciudadana fuentes de información disponible y justificación de la prioridad teniendo en cuenta los criterios de afectación en el territorio gravedad asociada a la mortalidad y magnitud asociada a la morbilidad.

Para realizar la matriz, se revisaron e interpretaron diagnósticos locales 2009 - 2014, Documento Accvsye 2015 – 2016, informes de indicadores, bases de datos de los espacios de vida cotidiana, bases locales de los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, boletines ambientales, la encuesta Multipropósito de Bogotá año 2011 y 2014, la encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, el informe del consumo de Sustancias Psicoactivas 2016 de la Alcaldía de Bogotá y la Secretaria de Salud, la encuesta de movilidad 2015, el Censo de Habitante de Calle 2017 del DANE, la encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015, entre otros.

La matriz de alistamiento se validó en los grupos funcionales por momento de curso de vida que se realizan mensualmente, en el que asisten representantes de los espacios de vida cotidiana y procesos transversales del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). También se realizó una sesión específica con el componente uno de Gobernanza, de tal forma que se pudiera obtener la información detallada a nivel intersectorial de las prioridades. La metodología consistía en socialización de los eventos priorizados en salud por cada momento

de curso de vida, luego se generó una discusión sobre cuales prioridades deberían quedar para los posteriores ejercicios.

Finalmente, el equipo Accvsye realizó una mesa de trabajo en la que, de acuerdo con análisis de contenido realizado al inicio y la validación con los equipos locales, se decidió hacer una priorización inicial de problemáticas por momento de curso de vida, de tal forma que se pudiera llegar al segundo momento correspondiente al análisis con prioridades críticas para la localidad y donde se puedan abordar con mayor profundidad.

Para la localidad de Puente Aranda no se priorizaron eventos en salud que contemplen la dimensión Salud y ámbito laboral, debido a que, durante el ejercicio de recopilación de información se evidenció en la base Sivistra 2017 que la localidad encuentra en el lugar 14 a nivel distrital en la captación de trabajadores vulnerables en unidades de trabajo informal, con el 4,3% de reporte, representado en el 71% de esta por población en curso de vida adultez; al tener la localidad una conglomeración de industrias formalmente establecidas, se fortalece el trabajo formal disminuyendo la vulnerabilidad del trabajador frente a los riesgos laborales, accidentalidad laboral y posibles consecuencias en salud.

Tampoco se priorizó eventos en salud de la dimensión salud pública en emergencias y desastres, puesto que de acuerdo a información del instituto de gestión del riesgo y cambio climático para el año 2017 la localidad de Puente Aranda refleja un porcentaje bajo de emergencias o desastres de origen natural o atópico, como son: falla o daño en las estructuras 0,2%, encharcamiento 0,03%, incendio de estructuras 0,5%, rescate en espacios confinados 0,3% y riesgo de espacio estructural 0,03%.

b. Momento dos: Análisis

Para el momento dos “*Análisis*”, cuya propuesta son tres mesas de trabajo, se planteó una lectura de necesidades desde la estrategia Gestión Social Integral (GSI), que promueve la construcción social del conocimiento al integrar experiencias, saberes y conocimientos comunitarios en la comprensión de la realidad social. La construcción de conocimiento social se favorece con la propuesta metodológica de leer conjuntamente la realidad y reduce la distancia entre la institución y la ciudadanía (1).

El análisis colectivo de la realidad profundiza en la explicación de las necesidades sociales, relaciona las condiciones de ocupación, ingresos, niveles educativos y patrimonio material que definen la posición social de individuos/grupos con la garantía o no de los derechos y los daños que son la expresión de las desigualdades e inequidades, este análisis complejo explica el impacto y consecuencias en términos de bienestar y calidad de vida para las personas. La lectura pretende explicar la naturaleza de las necesidades, su presencia y permanencia, desde una mirada comprensiva de las relaciones de poder que determinan las condiciones de vida de las personas; recoge la forma en que las comunidades identifican, comprenden y enfrentan cotidianamente sus necesidades, al igual como las instituciones interpretan y abordan las mismas porque en el contraste de estas dos miradas se observan distancias entre la respuesta que es necesaria con la respuesta que es ofertada (2).

Poder realizar lectura de necesidades en las mesas de trabajo, ahínca el esfuerzo desde la gobernanza, por su efecto movilizador en las comunidades ya que se definen planes de acción colectiva para la transformación social de la localidad. El poder realizar un análisis integral permite construir mejores respuestas que permitan disminuir las brechas de desigualdad, ya que se pueden comprender los determinantes sociales bajo la perspectiva de los derechos.

La lectura de necesidades se documenta de forma cualitativa en un instrumento denominado narrativa de los territorios, que busca comprender cómo se vive en los territorios, qué relaciones se tejen en él y cuáles son los problemas y temas que movilizan tanto a los habitantes como a las instituciones. La narrativa da cuenta de las necesidades humanas/sociales en perspectiva de derechos, comprende y explica las razones por las que no se garantizan los derechos y pregunta por la magnitud de las inequidades y las desigualdades perpetuadas allí (2).

En las narrativas, se caracteriza y contextualiza las relaciones políticas, sociales, económicas, ambientales, geográficas, culturales y de poder presentes en el territorio, analiza la posición social de los grupos e individuos de acuerdo con la garantía o no de los derechos humanos.

Primera mesa de análisis

Para la validación de la información y jerarquización de prioridades se realizaron 4 sesiones, cada una en los grupos funcionales de la Subred, en el que asisten representantes de los procesos transversales, espacios de vida cotidiana y PyD.

es necesario aclarar qué, por estar en red, los trabajos locales se hacen mucho más complejos en las mesas de salud, debido a que en el mismo espacio se revisaron las cuatro localidades pertenecientes a la localidad y a su vez las prioridades por dimensión y por momento de curso de vida, lo que no sólo exigía mucho tiempo, sino total disposición de los asistentes.

Se adaptó el método Hanlon para la validación de las prioridades que surgieron en el momento de Alistamiento, que consiste en dar un valor a cada problemática de acuerdo con 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)

Para este ejercicio se utilizaron cartulinas de colores uno para identificar cada localidad y sus prioridades (Bosa - azul, Kennedy - anaranjado, Fontibón: verde claro y Puente Aranda-Fucsia), se les entregó pots-it de color (rojo, verde y amarillo) y se solicitó a los asistentes semaforizar cada criterio del método Hanlon, de tal forma que el color correspondiera a la siguiente valoración y así poder jerarquizar las prioridades:

Tabla 1. Valoración de criterios método Hanlon, según color asignado por cada participante de los grupos funcionales, Subred Sur Occidente E.S.E. 2018

MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD
Mucha población: 10	grave: 10	Difícil: 1	No factible: 1
Media población: 8	No tan grave: 5	Medio: 2	medio factible: 3
Poca población: 4	No grave: 1	Fácil; 3	Muy factible: 5

Cada participante semaforizó de acuerdo con su experiencia y conocimiento cada problemática por momento de curso de vida, asignando un color a cada criterio, luego en un ejercicio logarítmico se ubicó de mayor a menor las prioridades por momento de curso de vida.

Así mismo, se validó la información con los equipos técnicos que se desarrollan en la Subred y utilizando las cartulinas de colores por localidad y sus prioridades, a través de la técnica grupo focal se invitó a realizar 4 equipos (Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda) para identificar determinantes sociales de la salud, factores de riesgo, protectores y algunas propuestas de respuesta frente a las prioridades por dimensión teniendo en cuenta las particularidades de cada una.

Los resultados de la jerarquización se mostrarán en el 4 apartado de análisis de condiciones, calidad de vida y enfermedad de la población donde se aborda con profundidad la prioridad jerarquizada.

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 macrosocial. 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).

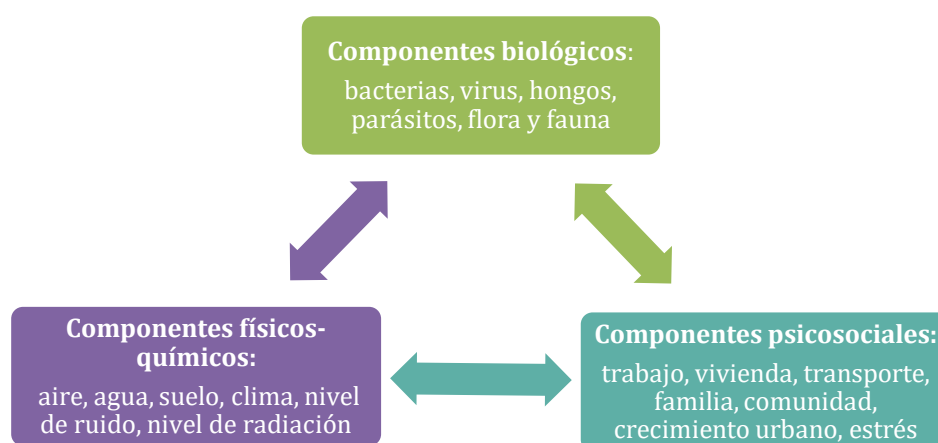
A través de preguntas orientadoras, pertinentes y concretas se logró percibir en lo local de lo general a lo particular el contexto de la problemática estimulando la participación de cada actor conservando un hilo conductor en la discusión, luego se socializaron los hallazgos de manera escrita y oral respecto el territorio local, el ordenador curso de vida, la dimensión del PDSP y las prioridades respectivas. También se usaron instrumentos de grabación de la información para facilitar recuperar los aportes más relevantes en la sesión de trabajo.

A continuación, se presentan los principales hallazgos de las sesiones que se realizaron para la mesa dos.

Equipotécnico 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 solicitó relacionar la dinámica de las problemáticas y particularidades locales halladas en terreno, teniendo en cuenta los siguientes factores ambientales:

Gráfica 1. Factores ambientales para el análisis de prioridades



Fuente: elaboración propia

Como resultado se obtuvo que la contaminación del aire en la localidad se da especialmente por fuentes móviles e industriales ya que se caracteriza por ser una de las zonas industriales de la ciudad, además cuenta con vías principales como la carrera 50, la Avenida carrera 68, la calle 13, avenida de las Américas, carrera 30, entre otras, que mantienen un alto flujo vehicular. La contaminación de agua, sobre todo en los canales puesto que dinámicas de habitabilidad en calle y el arrojo de residuos, contaminan y deterioran los cuerpos hídricos, por último se evidencia el mal manejo de residuos sólidos en zonas donde se desarrolla el reciclaje y mal manejo de residuos peligrosos en lo que compete a las empresas de la localidad.

Cómo determinantes se encuentran el incumplimiento de las normas de emisión de gases, la falta de educación y concienciación en las industrias, así como la utilización de artefactos que empeoran la calidad del aire. La tenencia inadecuada

de mascotas para la localidad tiene como factor la irresponsabilidad del dueño en el manejo de las excretas de la mascota.

Para el inadecuado manejo de residuos sólidos también se identificó que las canecas para el desecho de los alimentos son escasas y en algunos casos nula, y cuando están, su estado es deteriorado o están rotas por lo que las personas optan por botar la basura en la calle, por último, se encuentra como factor común de las tres prioridades la cultura ciudadana ya que a nivel país y en los colegios todavía no se ha logrado la conciencia necesaria para cuidar el ambiente y las personas que están en momentos de curso avanzados, no tuvieron la oportunidad de estar en espacios académicos que incentiven la preservación del ambiente, por lo tanto, si no es el Estado quien interviene a través de leyes como la reducción en el uso de las bolsas de plástico, las personas no actúan en pro de la conservación del ambiente.

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.

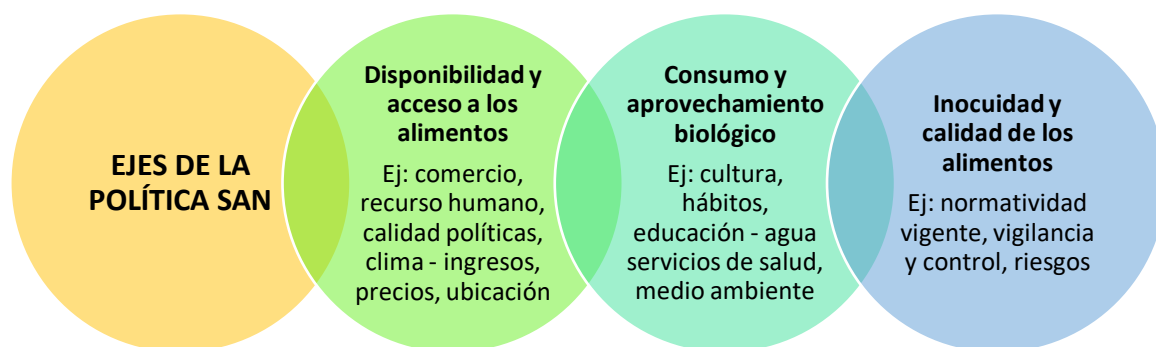
Como principales hallazgos se evidenció la desinformación de otros sectores en las rutas de atención a estas prioridades, la necesidad de volver a implementar

estrategias como las unidades móviles 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, grupos prioritarios 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.

Equipotécnico 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).

Gráfica 2. Ejes de la política SAN, Subred Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Elaboración equipo Accvsye

Respecto a la disponibilidad y acceso a los alimentos, se evidenció adecuada ubicación socio geográfico y acceso por vías principales como la KR 30, 50, AK 68, AK Boyacá, Auto Sur, CL 3 y 8. Amplia oferta en supermercados micromercados, mercados móviles en sectores residenciales como la plaza de mercado Trinidad Galán. Acceso a alimentos a través de programas y proyectos con apoyo de SDIS, ICBF, PAE, población principalmente en la adultez y vejez que cuentan con poder adquisitivo

En el eje de consumo y aprovechamiento biológico los habitantes que pertenecen a población gitana y afrodescendiente, cuentan con un mejor nivel educativo correspondiente a estrato socioeconómico 3 y 4, la población beneficiaria de programas de apoyo alimentario está informada de los hábitos de vida saludable. La localidad tiene un riesgo de enfermedades respiratorias por afectaciones de la zona industrial, cuerpos de agua contaminados y mal manejo de residuos sólidos, además tiene una prevalencia alta de sobrepeso y obesidad.

La inocuidad y calidad de los alimentos muestra que la localidad cuenta en su 100% con agua potable, la mayoría de sus vías son pavimentadas, y la población presenta condiciones higiénicas sanitarias favorables.

Equipotécnico 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 de la localidad.

En el caso de Puente Aranda el espacio público es vital para personas con discapacidad en su movilidad, pero ésta muchas veces se ve limitada ya sea por la venta ambulante, o porque la infraestructura de las vías y edificaciones no tienen en cuenta la accesibilidad universal, por tanto, el cuidador o la persona con discapacidad debe valerse para poder transitar sin complicaciones. A esto se suma a inadecuada tenencia de mascotas, pues las excretas que no se recogen o que están en lugares de tránsito constante y que son usados por las personas con discapacidad, se convierten en obstáculos para la movilidad, ocurre lo mismo con la disposición de desechos cuando se dejan en zonas de tránsito.

La violencia intrafamiliar en la población con discapacidad se convierte en un acto de discriminación o negligencia, sobre todo las discapacidades cognitivas, puesto que no resulta fácil para el cuidador y la familia relacionarse por lo que se toma

distancia y se genera un rechazo ante las personas en esta condición y la negligencia se presenta cuando no se comprenden las necesidades de la población y no se da una atención diferencial, lo que en ocasiones puede empeorar la calidad de vida de la persona.

Aunque en la localidad aún no se presentan casos de violencia sexual contra personas en condición de discapacidad, su vulnerabilidad ante estos hechos es mucho mayor, por lo que se requiere una mayor atención por parte del cuidador.

De la dimensión convivencia social y salud mental, también se desprender prioridades como la conducta suicida donde se han reportados dos casos en adulto por motivos de depresión frente a su condición y el consumo de SPA en habitante de calle que presente discapacidad.

En la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional se evidencia que el sobrepeso y obesidad en etapas posteriores pueden ocasionar enfermedades crónicas y estas a su vez si no son tratadas oportunamente, pueden generar la pérdida de algún órgano o extremidad, llevando así a una condición de discapacidad, al ser la localidad una población envejecida, tiene mayor riesgo de presentar discapacidad por una condición crónica.

En la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, dentro de la que se enmarca la discapacidad, encontramos la salud oral y se evidencia que en la discapacidad física y cognitiva no es buena la higiene oral y no hay una educación dirigida a sus necesidades o de capacitar al cuidador en las prácticas adecuadas de salud oral para las personas con discapacidad.

Como conclusión se muestra que la situación de discapacidad incrementa el factor de riesgo de situaciones como la violencia intrafamiliar (abandono, abuso sexual), condiciones crónicas, sobrepeso, inadecuado manejo de residuos sólidos. Otro factor importante que genera la vulneración del derecho a la salud en personas con condición discapacidad es la limitación de la movilidad, ya que desplazarse suele ser costoso, aun no se tiene la cultura ciudadana de dar prioridad a los grupos de población en riesgo como lo son las gestantes, adultos mayores y personas en condición de discapacidad y hay centros de salud, así como otros espacios públicos que no cuentan estructuras de acceso como rampas o ascensores. Finalmente se identifica como riesgo para la población con discapacidad las malformaciones congénitas y las precarias oportunidades laborales por su condición de discapacidad.

Equipotécnico 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 la localidad.

Así, se identificaron lugares específicos donde la venta ambulante es masiva, tal es el caso de los outlets en la zona industrial que en su mayoría se dedican a la venta de comida o de accesorios para vestir y ropa. Otros puntos de venta ambulante se encuentran en Ciudad Montes, San Andresito de la 38, la KR 56 vía principal de Galán, la Alquería, entre otros.

De acuerdo a la encuesta multipropósito 2017 realizada por el DANE, de la población económicamente activa que son 125.350 personas, solo el 112.481 está ocupado, es decir el 10,2% son personas que están desempleadas y desean trabajar. La tasa de desempleo para la localidad es de 10,3 por encima de la Distrital que es de 9,7. En Puente Aranda, la mayor parte de las empresas registradas con matrícula activa tienen como actividad principal: comercio (36,7%) e industria (21,0%).

En cuanto a la carga de enfermedades de origen laboral se ha evidenciado posibles enfermedades laborales en su mayoría relacionada por riesgo por carga física, a saber, desordenes osteomusculares: dorsolumbalgias, tenosinovitis, lesiones musculoesqueléticas, túnel carpiano, por exposición a factores de riesgo: movimientos repetitivos, manipulación de cargas, aplicación de fuerza, y posturas mantenidas. Otros factores que aumentan y/o agravan estas patologías es la ausencia de hábitos de autocuidado en el trabajo. Adicionalmente se ha identificado disminución auditiva en los vendedores ambulantes producida por el ruido ambiental. Así mismo, se presenta en nivel medio, posibles enfermedades a consecuencia de riesgo psicolaboral debido a la dinámica de los informales que se traduce en jornadas extensas de trabajo, bajos ingresos, presión de público.

Por último, desde el equipo técnico de trabajo se evidencia que en grupos de riesgo o población diferencial el acceso a oportunidades laborales formales es escaso y la única opción que tienen para sobrevivir es el trabajo informal, que en la mayoría de veces no tiene el ingreso esperado, además la informalidad en ocasiones deja al trabajador desprotegido generando barreras de acceso a la salud.

Equipotécnico de Salud Oral

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

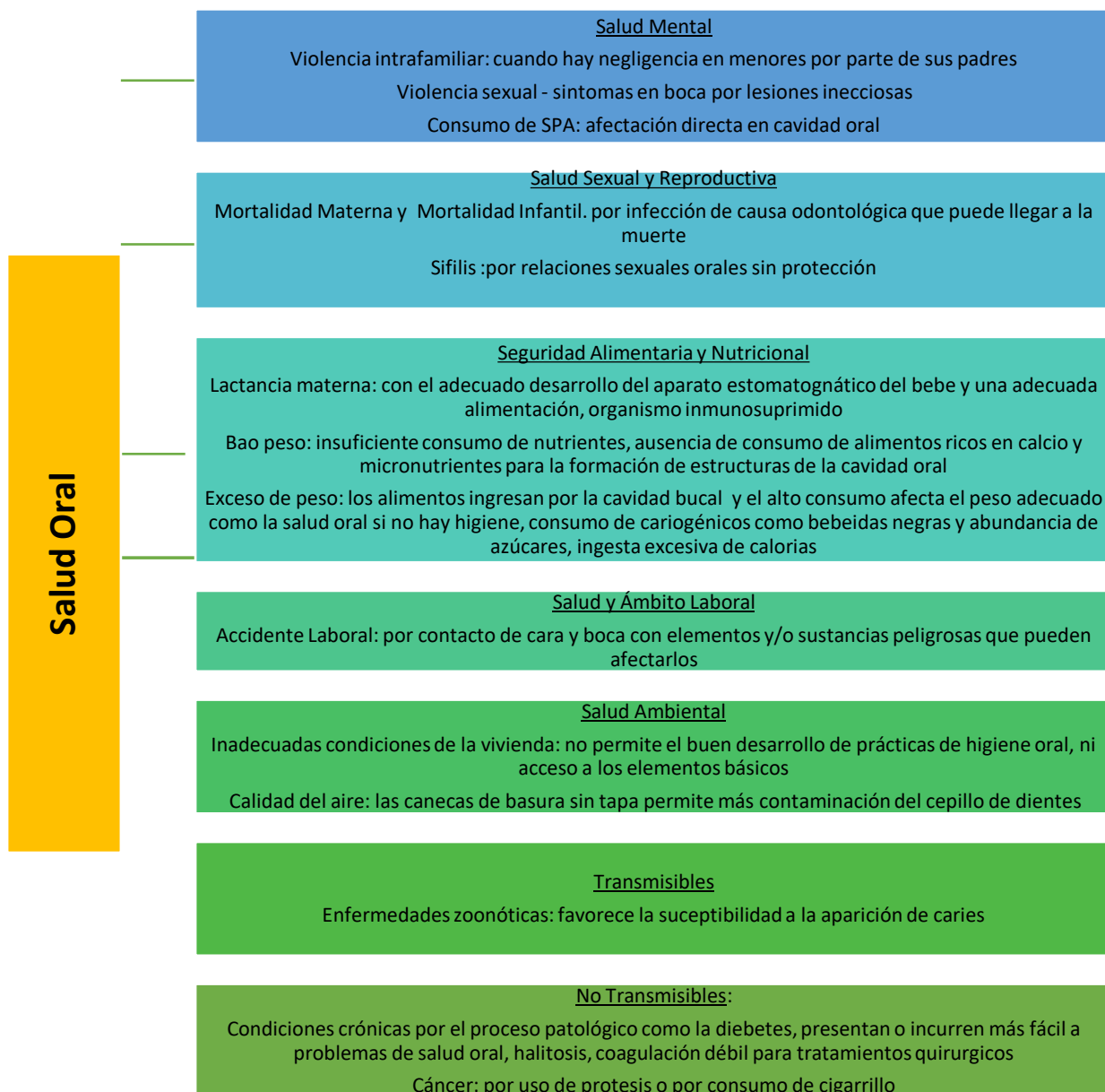
- ¿Cómo enfocan las acciones de manera más específica hacia la población para el cumplimiento de la meta?
- Inequidades en salud oral por curso de vida para mejorar
- El PDSP aborda 4 enfoques múltiples (Derecho, Determinantes Sociales de la Salud, Diferencial y Poblacional). Analice, por qué no todos se han beneficiado de estos avances

Debido a la diversidad de diagnósticos, una persona puede presentar uno o más eventos, es así como se pueden presentar los eventos de caries, lesión mancha café y mancha blanca y gingivitis al mismo tiempo. Al respecto, se evidencia malos hábitos de higiene oral en la población que van desde un mal cepillado de dientes o la ausencia, el uso de biberones y chupos en la primera infancia, el consumo de azúcares, pero en el curso de vida se evidencia que en los primeros años de vida la higiene oral recae en los cuidadores, si no se generan pautas de higiene desde edades tempranas por hábito se deja a un lado el cuidado de la boca y solo se retoma en la adolescencia o juventud de forma estética, en la adultez y vejez se empiezan a perder piezas dentales consecuencia del descuido durante las etapas anteriores y al perder las piezas o tener prótesis se olvida de la higiene cuando desde que se nace, hasta que se muere se debe tener hábitos de higiene pues la salud oral no sólo lo componen los dientes.

A esto se suma las barreras de acceso para acceder a tratamientos, cuando se hacen de manera particular suelen ser costosos y el acceso en la red pública puede tardar de acuerdo a disponibilidad. En el caso de pérdidas dentales, esta situación puede generar inconvenientes nutricionales por la dificultad para procesar alimentos, y en etapas como la juventud o la adultez puede generar depresión, baja autoestima a causa de la imagen estética que se proyecta frente a la pérdida de un diente.

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.

Gráfica 3. 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

De manera transversal la situación frente a la salud oral en la Subred Suroccidente acaece a partir de problemas sociales, económicos y políticos en los que configura determinantes como la calidad en la atención, teniendo en cuenta que los problemas bucales so prevalentes no hay procesos de prevención desde la etapa

inicial de la vida y concurre a prestar el servicio para realizar higiene oral, quitar dientes o poner calzas, aumenta también la desarticulación de la red privada con los procesos de la red pública especialmente en la estrategia de IEC; el estilo de vida en relación a los hábitos alimenticios higiénicos, el uso del cepillo dental, la seda, crema y enjuague bucal, y saludables o dietéticos, contenido de nutrientes, carbohidratos; otro determinante es la biología humana, como afecta los problemas de salud oral de acuerdo a la capacidad de absorción de nutrientes, neutralización de ataques de ácidos de la saliva, el nivel del pH y la generación de placa bacteriana y caries, así mismo las personas tienen diferencias en la estructura de los tejidos y la resistencia frente a enfermedades o infecciones; el medio ambiente que se presenta a nivel local de acuerdo a los factores biológicos, físico-químicos y psicosociales y la adherencia de estos para el desarrollo de bacterias y fluoruros además de la formación del tejido dental en las personas.

Comité local de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CLSAN)

El equipo Accvsye dirige el ejercicio realizando una presentación breve del componente análisis de gobernanza, luego expone los principales productos que se generan en el componente y se hace énfasis en el documento de Análisis local, que tiene como objetivo analizar la situación de salud de la población, y que por momento de curso de vida se seleccionaron una prioridades enmarcadas dentro de las dimensiones del PDSP, para el ejercicio que se realizó con el CLIP de la localidad solo se socializaron las prioridades enmarcadas en la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional. Luego, se solicitó realizar grupos de acuerdo a los sectores de tal forma que se diligenciara un formato que pretendía documentar de acuerdo a cada prioridad, las acciones que se hacen de acuerdo a la meta si son efectivas, y sugerencias para mejorar.

A continuación, se muestra el resultado de oferta institucional para la dimensión SAN en Puente Aranda:

Para la prioridad de baja adherencia a la Lactancia Materna (LM), desde la Secretaria de Integración Social y el ICBF, en el medio familiar como en el institucional y comunitario se efectúan talleres de capacitación en LM y alimentación complementaria a gestantes, lactantes y familias de niños y niñas menores de 5 años. Se dispone de 9 salas amigas certificadas dentro de los jardines infantiles de la localidad, en ICBF se cuenta con los hogares infantiles y modalidad familiar y se cuenta con espacios para lactar.

Cuando se pregunta por su efectividad respondieron que es son más efectivos los talleres en las modalidades de atención a gestantes y lactantes y en los jardines las salas amigas no son tan efectivas por la edad de ingreso de los niños. Como sugerencia, hace falta más acompañamiento y acogida en el post parto inmediato de los profesionales de la salud en cada entidad promotora de salud, igualmente durante los controles prenatales y curso psicoprofiláctico, también se debe implementar mayor número de salas amigas a nivel laboral, hace falta mayor vigilancia al Código Internacional de Sucedáneos de la LM.

Desde la Secretaria de Educación se brinda un complemento alimentario y nutricional con un valor calórico total (VCT) para el desayuno del 22% y para el almuerzo del 30%. Se han implementado estrategias educativas como EVS – PIBES en algunos colegios, se ha priorizado en algunas instituciones educativas la doble alimentación para estudiantes con inseguridad alimentaria. Dentro del Programa de Alimentación Escolar las metas relacionadas con el ejercicio están acorde con la ejecución, sin embargo, la prioridad no se relaciona en el programa.

El IDPAC y Asociación nuevo mundo, fomentan a través de las asociaciones la LM la importancia que tiene y cómo influye en la economía, a través de los padres de familia, Juntas de Acción Comunal y las instancias donde se reúne la comunidad se realizan campañas efectivas de sensibilización.

Para la prioridad sobrepeso y obesidad, el ICBF y la Secretaria de Integración Social realizan talleres de talleres de capacitación, encuentros grupales en estilos de vida saludable al total de beneficiarios de los programas y según modalidad. También se realizan talleres específicos con los padres de niños en malnutrición, atenciones individuales en salud, nutrición para niños con nexo nutricional y alteraciones del peso. Estas acciones van dirigidas a gestantes, lactantes y menores de 6 meses, mayores de 6 meses a 24 meses y sus familias.

Se evidencia desde estos sectores que no hay programados tiempos específicos para la actividad física, no existe ruta distrital de malnutrición, se debe acoger el perfil de docencia en actividad física y se deben crear espacios en las instituciones educativas para realizar actividad física.

Desde la Secretaria de Educación se fomentan estilos de vida saludable con sensibilizaciones y capacitaciones dirigidas a la comunidad educativa, se beneficia el 100% de población estudiantil con comida caliente (3) IED Comida Caliente Transportada (3) IED y demás instituciones reciben un refrigerio complementario avalado por nutricionistas. En cuanto a su efectividad, si es efectivo el proceso de sensibilización que realiza la Secretaría de Educación, sin embargo, se requiere

de mayor cobertura en otras instituciones que lo necesitan, por tanto, se hace necesario mayor cobertura de profesionales de estilos de vida saludables -PIBES en la localidad.

Para bajo peso y exceso de peso gestacional, la Secretaría de Integración social y el ICBF realizan talleres grupales para la promoción de hábitos de vida saludable asesoría nutricional individual y apoyo alimentario para familias vulnerables atenciones individuales en salud y nutrición para gestantes y familias.

Comité local de Discapacidad

Similar al ejercicio que se hizo en el CLSAN, el equipo Accvsye presentó el objeto de su quehacer en gobernanza de la Subred Sur Occidente, adicionalmente enmarcó los documentos de análisis que se vienen construyendo para el diagnóstico en salud de la población. Teniendo en cuenta que se vienen realizando dos ejercicios alternos al documento de análisis como lo es el ASIS diferencial y la apropiación territorial en los cuales se prioriza población para analizar las condiciones y calidad de vida. Se informa al comité que para Puente Aranda se priorizo en ASIS diferencial la población adulta mayor con discapacidad, ejercicio que se apoya con la apropiación territorial donde se busca identificar barreras de acceso geográfica a las Unidades de Servicio. Así mismo, se explica que dentro del análisis de prioridades por momento de curso de vida y dimensiones del PDSP, la discapacidad se encuentra dentro de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.

Seguidamente, se realiza un ejercicio de cartografía social para identificar barreras de acceso a la salud, sectores y acciones que se llevan a cabo por parte de entes interinstitucionales, para esto se entrega papeles de colores a cada representante sectorial para plasmar allí dichas acciones y propuestas, además de las barreras de acceso o alguna arista que lleve a documentar las adversidades por las que puede pasar una persona en condición de discapacidad.

Desde la Alcaldía se garantiza la seguridad alimentaria con el bono tipo C y se aplica al igual que en las demás localidades el acuerdo 02 de 2007, se realiza articulación con Cámara de Comercio, Sena y Universidades para asesoramiento frente a proyectos productivos.

Desde movilidad existe la excepción de pico y placa para PCD, se da mayor accesibilidad al sistema integrado de transporte, atención preferencial, descuento

bono tarjeta tu llave. Desde IPES se incide en el acompañamiento de personas con unidades productivas capacitando sobre temas en relación con la producción, se brinda alternativas productivas a la población con trabajo informal en espacio público y fortalecimiento a las plazas de mercado.

Desde el sector salud, a través de la referencia de la política pública de discapacidad se socializa la política, se posiciona participando de los espacios locales, intersectoriales, activando rutas para personas en riesgo y visibilización de experiencias positivas y exitosas, trabajo constante con líderes y comunidad para fortalecer el desarrollo integral

Desde la Secretaria de Integración Social, se realizan talleres de capacitación en alimentación saludable para PCD y se brinda el apoyo de complementación alimentaria a través de jardines infantiles, bono económico o comedores. Si se evidencia un menor de 18 años que tiene problemas para acceder al sistema educativo regular, SDIS cuenta con el Centro Crecer, para discapacidad cognitiva y no hacer una referenciación equivocada, porque las personas especulan sobre las ayudas y dimensionan lo que no es.

En el IDPAC, se hace formación y capacitación sobre participación, mecanismos de resolución de conflictos y liderazgo a PCD; se hace acompañamiento a las organizaciones sociales de PCD, se realiza promoción y fortalecimiento para cualificación de integrantes de las organizaciones para mejorar su accionar en el territorio. En Puente Aranda hay un espacio de participación que proporciona información y orienta a las PCD sobre los servicios del IDPAC para garantizar el derecho a la participación

En el IDR se promueven hábitos de vida saludable, promoción de la actividad física y recreativos, se cuenta con parques inclusivos en donde existen gimnasios con elementos para PCD, se incide en el espacio público actividades de recreación dirigidas a toda la población.

Comité local Intersectorial de Participación

En este comité el espacio fue muy limitado, sin embargo, se logró socializar las prioridades para la localidad, actividad que fue de vital importancia para los sectores, se pretendía realizar el análisis de la respuesta desde los sectores a las prioridades presentadas, pero no se pudo realizar porque la agenda no lo permitía, se llegó a un compromiso de enviar la información y tampoco se cumplió.

Tercera mesa de análisis

Para la tercera mesa de análisis que consiste en concluir los análisis y proyectar las conclusiones y recomendaciones, se realizaron 6 mesas correspondientes a validación de recomendaciones con el componente uno de Gobernanza (2 sesiones), los grupos funcionales de la Subred, los equipos técnicos (SAN, mental, Discapacidad, salud oral), equipo Accvsye, comité de salud pública y el equipo base de Gobernanza. Como metodología se socializaron las propuestas recogidas durante la mesa dos luego por perfiles y localidades, se organizaron grupos para afinar las recomendaciones que se verían plasmadas en el siguiente momento del documento.

c. Momento tres: Divulgación

Para el tercer momento se realizó una nota política como resultado sintético de los análisis hechos en los primeros momentos, con el fin de ofrecer un insumo a la concertación de la agenda local del componente 1 de Gobernanza con otros sectores en donde se pueda incidir en la toma de decisiones, esta nota política pretende ser divulgada masivamente en los medios de la Subred y los demás espacios locales de participación e incidencia.

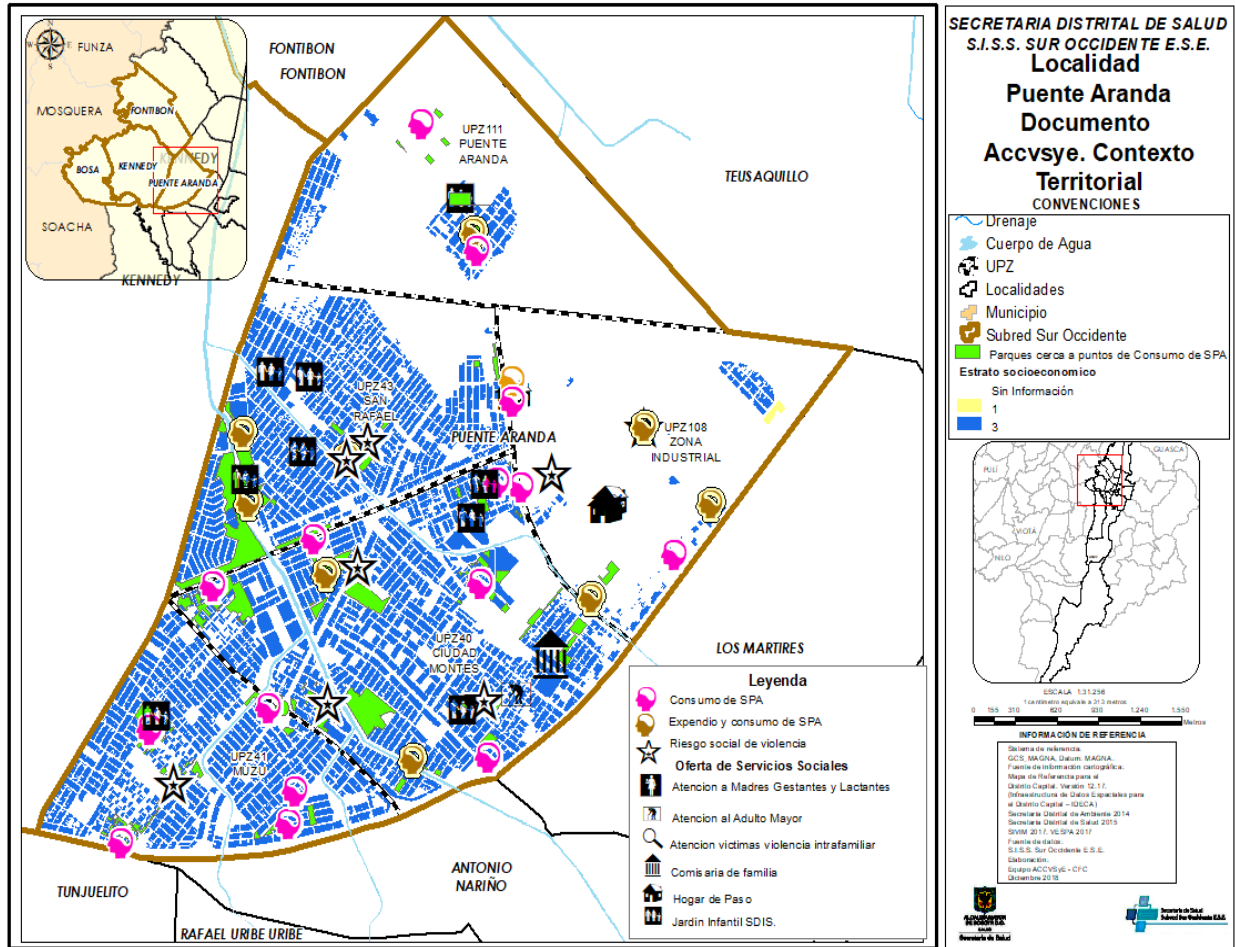
4. ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA

La localidad de Puente Aranda dentro de la división administrativa del Distrito Capital es la número 16, se encuentra ubicada en el centro de la ciudad de Bogotá. Limita al norte con la localidad de Teusaquillo; al sur con la localidad de Tunjuelito; al oriente con las localidades de los Mártires y Antonio Nariño y al occidente con las localidades de Fontibón y Kennedy. Su superficie es de 1.731 hectáreas (ha), la totalidad del área se clasifica en suelo urbano y no cuenta con suelo rural.

Para el año 2017, la localidad cuenta con una proyección de 221.906 habitantes, con una distribución similar por sexo, siendo levemente mayor la proporción de las mujeres con un 50,2%. En esta localidad reside el 2,7% de la población del Distrito

Puente Aranda es una de las dos localidades industriales de la ciudad, en la cual se establecen circuitos productivos que encadenan actividades industriales consideradas de alto impacto ambiental. La mayor densidad de predios con uso industrial se localiza en los barrios Centro Industrial, Salazar Gómez y Ortezal (UPZ Puente Aranda), Pensilvania e industria Centenario (UPZ Zona industrial), y en La Pradera, Trinidad y San Rafael Industrial (UPZ San Rafael) (2).

Mapa 1. Contexto territorial, localidad Puente Aranda, 2017



El contexto territorial de la localidad de Puente Aranda está marcado por dos diferencias fuertes que determinan dinámicas (sociales, económicas y políticas) diferentes entre las UPZ108 (Zona Industrial) y UPZ111 (Puente Aranda) y las tres entidades territoriales restantes que conforman la localidad, ya que en las dos primeras predomina el uso del suelo industrial y las otras el uso del suelo residencial (UPZ43; San Rafael, UPZ40; Ciudad Montes, UPZ41; Muzu). En las tres UPZ en donde predomina el uso residencial, se presentan en mayor medida todas las situaciones en salud que se presentan en la localidad tales como consumo de SPA, riesgos sociales de violencias, enfermedades de transmisión sexual entre otras. Por esta razón, las acciones desde salud pública y las ofertas de servicios sociales se van a ver más influenciadas en estas tres UPZ.

Algunos eventos sociales como el consumo de SPA y la alta presencia de habitantes de calle en la localidad pueden estar incitados por las características físicas (áreas de protección de cuerpos de agua sin el manejo adecuado por parte

de las autoridades y la comunidad, vías férreas, y la existencia de parques desprotegidos y poco cualificados). A demás la cercanía a la localidad Mártires, Santa fe y Bosa son expulsoras de esta población.

Es importante resaltar que la oferta institucional se ve correlacionada con la distribución espacial de todas las situaciones en salud tratadas en este documento, lo que nos ayuda a tener la capacidad de evaluar la respuesta desde salud pública a las realidades de la población de la localidad de Puente Aranda.

En ese sentido, la población de la localidad, atraviesa por distintos momentos de curso de vida en los que se reconoce que su desarrollo y las condiciones de salud y enfermedad son determinados a partir de la interacción del ser humano con otros elementos naturales y no, diversos factores, experiencias vividas, entre ellas la influencia del contexto social, cultural, ambiental, político y económico, que permiten la obtención de resultados frente a la calidad de vida. Por ello los efectos en salud en la vida de las personas, no se visibiliza de forma fragmentada, pues cuando estos recaen en la persona en un momento de curso específico siempre se relacionarán causas y consecuencias desde y para los demás momentos de curso vital.

De acuerdo a lo anterior, las acciones en esta materia deben ser oportunas y acertadas en cada uno de los momentos de vida de las personas, porque sus efectos repercutirán positiva o negativamente en el tiempo, entendiendo que cada parte de la vida está ligada, pero a su vez corresponde a la totalidad de la vida misma, en la que existen altibajos, en las distintas etapas, situaciones difíciles afectadas por condiciones que recaen más fuerte en unas que en otras, e inclusive en las familiar.

Por ejemplo, en Puente Aranda, los efectos en salud de la violencia intrafamiliar, impacta más en la infancia que en la adolescencia, pero el consumo de SPA más en la adolescencia que en la infancia, sin embargo, las dos condiciones de vida en ambos momentos de curso pueden estar de alguna manera relacionadas, pues afectan la salud mental independientemente las particularidades del contexto de cada momento de curso.

Es por esto, que en la localidad de Puente Aranda se realizó una jerarquización de las problemáticas por momento de curso de vida enmarcado en las metas del plan decenal de salud pública, destacando la dimensión de convivencia social y salud mental.

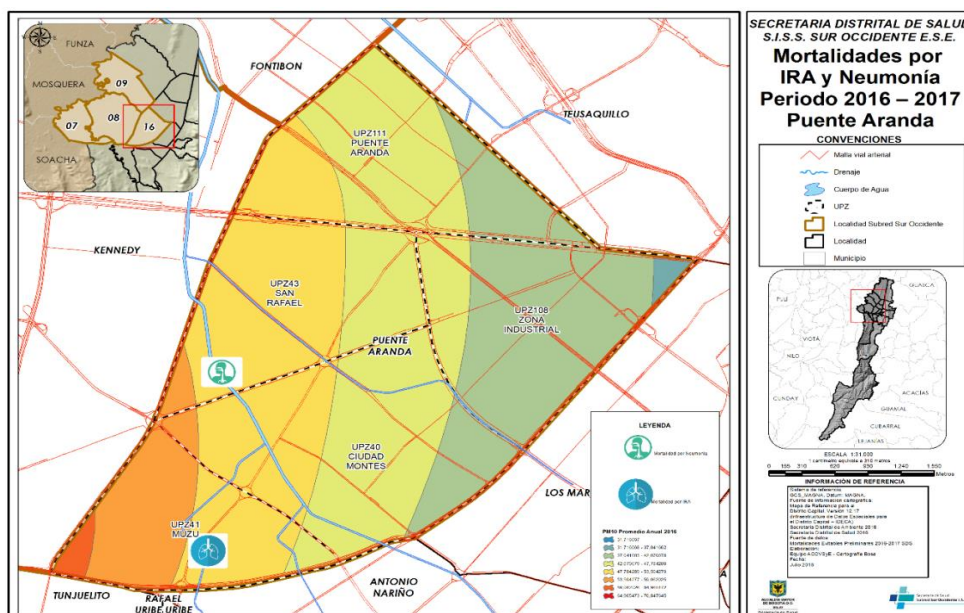
DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL

De acuerdo con el PDSP, la dimensión de salud ambiental agrega un conjunto de políticas, que se deben planear y desarrollar de manera transectorial, para favorecer el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales. Las prioridades identificadas para la localidad de Puente Aranda fueron: contaminación del aire, inadecuado manejo de basuras e inadecuada tenencia de mascotas.

Contaminación del aire

Esta prioridad se encuentra transversal en todos los momentos de curso de vida, ya que la emisión de gases y material particulado puede causar daño en la salud de la población relacionadas a las enfermedades del sistema respiratorio. Según el informe anual de calidad del aire 2015, la concentración de PM10, que se considera contribuyen a efectos adversos en la salud, adicional en el Plan Ambiental, donde asegura que concentraciones de PM10 en un nivel de 0 a $50\mu\text{g}/\text{m}^3$, se considera no adverso para la salud y aun así hay alta probabilidad de presencia de síntomas o molestias asociadas al sistema respiratorio tales como irritación de mucosas en grupos sensibles y en algunas personas sanas. Por otro lado, las concentraciones de material particulado entre 51 y $100\mu\text{g}/\text{m}^3$ se encuentran en un nivel moderado de contaminación, en la estación de Puente Aranda se miden niveles de PM10 de $53\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Mapa 2. Concentración de PM10, localidad de Puente Aranda, 2017



Según el diagnóstico rápido del subsistema de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria 2016, en las UPZ 108 Zona Industrial y 111 Puente Aranda hay presencia de industrias y empresas que emiten gases contaminantes. A esto se suma las emisiones del transporte pesado que ingresa a algunas zonas de la localidad.

Para la localidad de Puente Aranda, la contaminación del aire es un factor ambiental predisponente para agudizar las enfermedades respiratorias, se evidencia en las primeras 10 causas de muerte general las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (tasa de 3,6 / 100000 hab.), neumonía (tasa de 3,1 /100000 hab.) y Enfermedades crónicas de las vías respiratorias (Tasa de 1,9/100000 hab.); adicionalmente la tasa de mortalidades por Neumonía e IRA en el 2016 y 2017, fueron respectivamente de 7,4 y 7,6 por cada 100000 menores de 5 años residentes de la localidad.

Como ejercicio de análisis de respuesta, en el equipo técnico de Gestión en Salud Ambiental se identificaron acciones relacionadas con las metas del Plan de Desarrollo cuyo resultado fue:

Tabla 2. Contaminación del aire, metas – acciones – propuestas, equipo GESA, Subred Sur Occidente

Prioridad	Meta Plan de Desarrollo	Qué se hace	Lo que se hace SI o No es efectivo, explique por qué	A quién va dirigida la acción (momentos de curso de vida y en dónde)	Qué sugiere se podría hacer y en dónde, ya sea que no se haya implementado o se haya dejado de realizar
Contaminación del aire	<p>*2.500.000 de ciudadanos participan en los programas de socialización de la política ambiental y de las estrategias de gestión de riesgos y cambio climático de la ciudad</p> <p>*Alcanzar 50% de malla vial en buen estado</p> <p>*Mantener las concentraciones promedio anuales de PM10 y PM2,5 en todo el territorio distrital por debajo de la norma *50 mg/m3 de PM10 y **25 mg/m3 de PM2,5</p> <p>*Aumentar en valor real de la cobertura verde en el espacio público urbano de Bogotá D.C. (arbolado 7%, zonas verdes en 0,2% y jardinería en 20%) garantizando el mantenimiento de lo generado y lo existente.</p> <p>*Reducir 800.000 toneladas de las emisiones de CO2 eq.</p> <p>*Lograr en 500 empresas un índice de desempeño ambiental empresarial -IDEA - entre muy bueno y excelente.</p> <p>*Proponer un modelo de ciudad sostenible basado en determinantes ambientales</p>	<p>1. En algunas empresas se realiza monitoreo y seguimiento y pocas adecuaciones que no mitigan el impacto generado al ambiente</p> <p>2. Generación de cobertura verde en muros</p> <p>3. Actividades de divulgación desde IEC del lboca, en todas las localidades por parte de todos los espacios de vida cotidiana, operación distrital de la calidad del aire alertas tempranas. Actividades para recomendar el uso de elementos de protección, ventilación natural en las viviendas para la recirculación del aire</p> <p>4. IVC SDA control emisiones fuentes fijas y móviles,</p> <p>-Acciones del IDU y mantenimiento malla vial</p> <p>-Promoción de combustibles limpios y energías alternativas</p> <p>-Días sin carro</p> <p>5. Posicionamiento de la política de salud ambiental</p>	<p>1. No es efectivo porque no es económicamente factible para las empresas</p> <p>2. No es efectivo porque no se realiza mantenimiento a los muros y a las zonas verdes en general</p> <p>3. Es efectivo con el seguimiento de la red de calidad de aire y porque existen profesionales capacitados para la divulgación de los factores y determinantes de la contaminación del aire</p> <p>4. No es efectivo por falta de control chatarrización, falta de control y seguimiento a las emisiones de fuentes fijas y móviles, no se aplica comparendo ambiental</p> <p>-Mal estado de la malla vial</p> <p>-Se requiere iniciativas de orden nacional</p> <p>-No es efectivo porque no hay continuidad</p> <p>5. Posicionamiento de la política de salud ambiental</p>	<p>1. Empresas de la zona industrial</p> <p>1-4. Todos los momentos de curso de vida</p>	<p>1. Seguimiento y control a la normatividad de las empresas</p> <p>2. Destinación de recursos económicos</p> <p>3. Más puntos de monitoreo y cobertura de ciclorutas, así como estrategias pedagógicas</p> <p>4. Control y cumplimiento de la norma de emisiones atmosféricas</p> <p>-Mantenimiento oportuna de malla vial,</p> <p>-Aumentar promoción actividades de socialización energías limpias y aplicabilidad por parte del estado</p> <p>-Control policivo y comparendo ambiental a actividades de quemas a cielo abierto</p>

Fuente: Equipo Accvsye, metas del PDD 2016-2020, acciones y propuestas de mejora, Puente Aranda, 2018

Inadecuado manejo de basuras

Este evento se hace repetitivo en todos los momentos del curso de vida, debido a la falta de cultura ciudadana y conciencia que tiene la población para el manejo de los residuos y sus consecuencias en salud, referentes a malos olores, presencia de vectores y roedores, descomposición de las basuras en las fuentes de aguas cercanas, entre otros.

La acción del manejo de basuras de forma inadecuada por parte de la población de Puente Aranda, de acuerdo al Plan Ambiental 2017-2020, genera una variación significativa en las concentraciones de oxígeno disuelto en la localidad llegando a condiciones anaeróbicas, esto quiere decir que no existe suficiente oxígeno para que las bacterias degraden la materia orgánica existente. En relación con la Demanda Biológica Oxígeno (DBO5) y la Demanda Química de Oxígeno (DQO), parámetros que miden la cantidad de carga orgánica proveniente de los residuos de origen doméstico e industrial, se puede concluir que en la localidad se tienen concentraciones hasta de 800 mg/l predominando el aporte industrial. De acuerdo con los registros presentados por el operador de aseo "Aseo Capital", la localidad cuenta con 50 puntos críticos por disposición inadecuada de residuos, algunos ya fueron erradicados.

Adicionalmente, se identificó en el Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, en la UPZ 40 Ciudad Montes, existen puntos críticos de botaderos de basura en el barrio además de una inadecuada disposición de residuos en los barrios: El Tejar, Tibana, Veraguas, primavera, Salazar Gómez, Gorgonzola, Alquería, Muzú, La Asunción, Galán, Cundinamarca. Y en el barrio El Ejido: se ha detectado inadecuado manejo de residuos sólidos por parte de la ciudadanía.

Según base de datos VSPC 2017 La comunidad reporta que algunos habitantes han sacado escombros y basura, dejándolos en el espacio público, afectando la comunidad en su estado de salud a causa de la proliferación de insectos, los animales dañan las bolsas generando que los residuos se esparzan y se generen malos olores, además de la presencia de habitantes de calle por estos focos de basura.

La respuesta del sector salud, frente a este suceso es la gestión intersectorial por parte de GESA para el abordaje de puntos críticos. Además de desarrollar jornadas y campañas para el adecuado manejo de los residuos con unidades informadoras y en espacio público.

Otros sectores como la Secretaría Distrital de Ambiente, brindan asesoría técnica en temas relacionados con la gestión integral de residuos en la ciudad, cartilla lecciones para una vida en armonía, cómo manejar los residuos sólidos; la Alcaldía local brinda atención a puntos críticos de mala inadecuada disposición de residuos sólidos por parte de la ciudadanía; Uaesp apoya a organizaciones de recuperadores de oficio, gestión para la implementación de rutas selectivas; y los operadores de aseo locales (Ciudad Limpia) recolectan las basuras, realizan barrido y limpieza del espacio público.

Tabla 3. Inadecuado manejo de basuras, metas – acciones – propuestas, equipo GESA, Subred Sur Occidente

Prioridad	Meta Plan de Desarrollo	Qué se hace	Lo que se hace SI o No es efectivo, explique por qué	A quién va dirigida la acción (momentos de curso de vida y en dónde)	Qué sugiere se podría hacer y en dónde, ya sea que no se haya implementado o se haya dejado de realizar
<p>Inadecuado manejo de basuras</p>	<p>*Disponer adecuadamente 15.000 toneladas de residuos peligrosos y especiales (posconsumo, de recolección selectiva, voluntarios, aceites vegetales usados, etc.) *Aprovechar el 25% de los residuos de construcción y demolición que controla la SDA *Proponer un modelo de ciudad sostenible basado en determinantes ambientales</p>	<p>1. Promoción de servicios en el marco del nuevo esquema de recolección desde el distrito -Sensibilización para la separación de residuos peligrosos en la fuente y disposición final - Desde el IVC, se hace control de diferentes líneas en manejo de residuos peligrosos y convencionales 2. Acciones de IEC enfocadas en la promoción de la gestión de residuos y la implementación de programas posconsumo 3. Intervención de puntos críticos desde el enfoque de barrios promotores de la salud urbana -Articulación entre el espacio público y gobernanza con empresas de aseo y la Uaesp frente a la recuperación de espacios</p>	<p>1-2. No es efectivo, aunque es fundamental resaltar los esfuerzos concretos realizados por parte de las entidades desde un enfoque resolutivo, sin embargo, se queda corto su accionar cuando no hay voluntad ni empoderamiento comunitario que surge por la inexistencia de sentido de pertenencia y falta de cultura 3. No es efectivo, hace falta articulación con otras entidades del estado y participación ciudadana</p>	<p>1-3. Toda la población por momento de curso de vida</p>	<p>1. IEC en medios de comunicación y más campañas de fortalecimiento para la adecuada disposición de residuos peligrosos, al igual que creación de más puntos verdes en las localidades -Mayor articulación intersectorial con entidades 2. Control por parte de SDA para la recolección, demolición y reutilización de escombros 3. Implementar una política ambiental sostenible real, acorde al enfoque de determinantes ambientales -Concertar acción contundente frente a la normatividad establecida como la aplicación del comparendo y del código de policía. Generar un programa sostenible en el relleno sanitario Doña Juana</p>

Inadecuada tenencia de mascotas

Aunque el código de policía regula la tenencia responsable de las mascotas, este suceso no es acogido por los dueños de los animales, para el año 2016 según informe de Ministerio de Salud, la localidad de Puente Aranda tenía 21577 perros y 1853 gatos de los cuales se encontraban vacunados solamente el 85% (18343) para de perros y gatos(4). En la base de datos de VSPC 2017, se evidencia la no recolección de excreta de las mascotas por parte de sus dueños en el barrio Colonia oriental, parque Veraguas, parque Puente Aranda, parque La Guaca.

Según Diagnóstico Rápido de VSPC 2016, se identificó el barrio Gorgonzola (UPZ 108 Zona Industrial) alto riesgo de zoonosis por presencia de perros callejeros que hacen sus necesidades en las calles. Según la misma fuente, en zonas aledañas al río Fucha y al canal Comuneros se observan roedores, zancudos y moscos, debido a que por ellos se canalizan aguas contaminadas. En la UPZ 40 Ciudad Montes, se ha identificado inadecuada tenencia de mascotas que dejan sus heces en los parques del sector y no son recogidas por sus dueños o cuidadores.

En respuesta de gestión política del sector salud se participa en la mesa de habitante de calle y se gestionan jornadas de vacunación canina y felina. Adicionalmente, se realizan jornadas de Inmunización antirrábica, educación en tenencia responsable de animales de compañía y seguimiento a agresiones

Otros sectores como la Secretaria Distrital de Ambiente, realiza educación ciudadana sobre tenencia responsable de animales de compañía, proceso de sensibilización en jornadas de espacio público, sin embargo, es necesario una corresponsabilidad de los ciudadanos, es por ello, que estas medidas no han sido eficaces. Atención integral a la fauna, participación y educación ciudadana, Investigación en protección y bienestar animal; realizan jornadas de adopción, plataforma de registro e identificación de caninos y felinos; y atención a través de la línea 123 para urgencias y emergencias de animales sin hogar.

Tabla 4. Inadecuada tenencia de mascotas, metas – acciones – propuestas, equipo GESA, Subred Sur Occidente

Prioridad	Meta Plan de Desarrollo	Qué se hace	Lo que se hace SI o No es efectivo, explique por qué	A quién va dirigida la acción (momentos de curso de vida y en dónde)	Qué sugiere se podría hacer y en dónde, ya sea que no se haya implementado o se haya dejado de realizar
<p>Inadecuada tenencia de mascotas</p>	<p>*Priorizar e implementar 16 proyectos del plan de acción de la política de bienestar animal *Implementar 25 proyectos priorizados del plan de acción de la Política de Bienestar Animal *Proponer un modelo de ciudad sostenible basado en determinantes ambientales *Consolidar un Instituto de protección y bienestar animal *Construir un Centro de Protección y Bienestar Animal - Casa ecológica de los animales</p>	<p>1. Se canaliza situaciones irregulares al Idpyba -Fortalecimiento de IEC brindada al ciudadano 2. Promoción de jornadas de vacunación, esterilización, de identificación e implante de microchip, de adopción -Escuadrón anticrueldad -Voluntariados -Parques para mascotas -Educación a la comunidad y a las familias con énfasis en la tenencia adecuada de mascotas</p>	<p>1. No es efectivo porque aún es insuficiente el compromiso ciudadano con los animales -La calidad de las pruebas frente al maltrato animal son ineficaces para el control por parte del IDPYBA -Para emergencias no hay cobertura total en la Subred Sur Occidente 2. Sí es efectivo, porque cumple con la cobertura para las zonas donde se evidencia hogares con mascotas además ha aumentado la disponibilidad -No es efectivo para la cobertura de animales callejeros (perros y gatos) -No efectivo el uso de los parques y programas de IEC, porque falta adherencia por parte de la comunidad, al igual que concienciar acerca de la responsabilidad de las mascotas que es solo humana</p>	<p>1. Todos los momentos de curso de vida, especialmente las familias que tengan una o varias mascotas a su cargo</p>	<p>1. Canales de información para la ciudadanía -Censo efectivo de animales para conocer el número completo de esta población -Aplicación de la norma/código de policía cuando exista una falta en contra de un animal 2. Propiciar acciones efectivas en zonas de periferia para el control animal -Aumentar las jornadas para las zonas más álgidas, al igual que los cupos para esterilización -Elaborar programa para la cobertura, la atención, protección y cuidado de los animales callejeros</p>

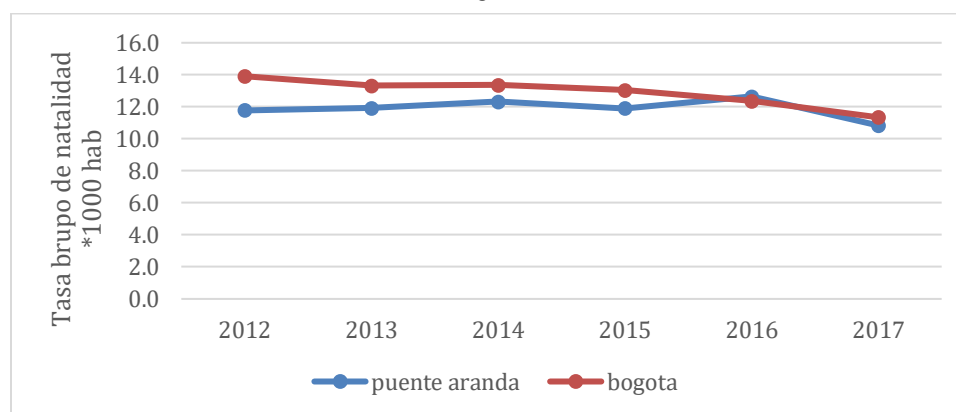
Fuente: Equipo Accvsye, metas del PDD 2016-2020, acciones y propuestas de mejora, Puente Aranda, 2018

4.1. PRIMERA INFANCIA

El momento de vida primera infancia comprende las edades desde el nacimiento vivo del menor hasta antes de los 6 años, para la localidad de Puente Aranda las proyecciones censo DANE 2005, estiman para el año 2017, un total de 15.819 (51,7% hombres, 48,3% mujeres) niños y niñas en este momento de curso de vida representando el 7,1% del total proyectado para la localidad; este porcentaje disminuyó con referencia al año anterior en 0,2 puntos porcentuales pasando de 16.338 a 15.819.

La tasa bruta de natalidad para año 2017, es de 11,3 nacidos vivos por cada 1000 habitantes de la localidad de Puente Aranda, y ha tenido una reducción de 1,1 puntos con referencia al año 2016, aunque la tendencia de los últimos 6 años se mantiene estable, a diferencia de la tasa Distrital que tiende a disminuir.

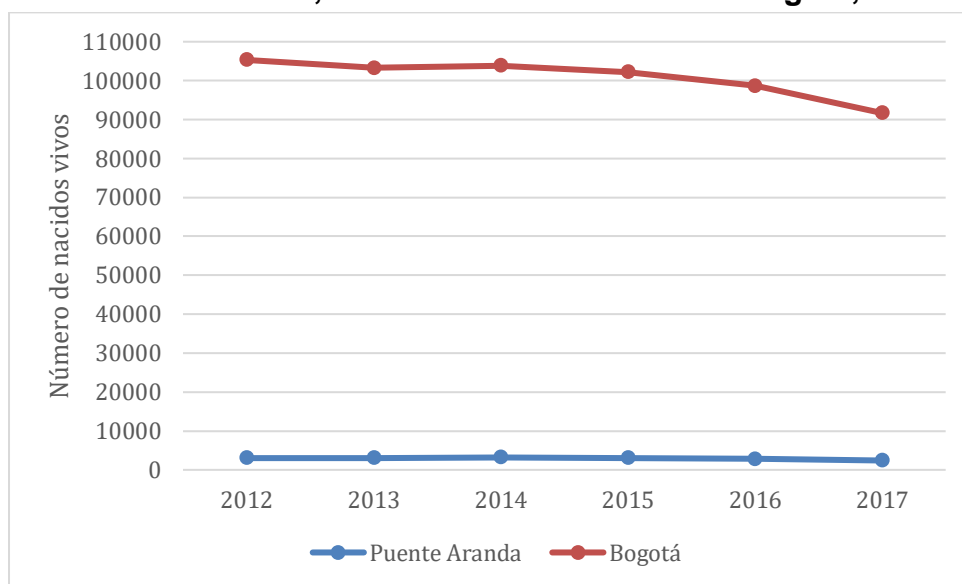
Gráfica 4. Tasa Bruta de Natalidad, localidad Puente Aranda – Bogotá, 2012 - 2017



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

Los nacimientos de la localidad muestran una tendencia a la disminución tanto en lo local como en lo Distrital, entre el año 2012 y 2017 la localidad redujo sus nacimientos en 26,5% pasando de 3042 a 2404.

Gráfica 5. Nacidos vivos, localidad Puente Aranda – Bogotá, 2012 - 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)

En la metodología aplicada a la elaboración del documento para primera infancia, luego de validar la información y revisar la magnitud, cronicidad, tendencia en el tiempo y disponibilidad de la información, se establecieron 8 prioridades enmarcadas en 5 dimensiones del plan decenal de salud pública (Salud ambiental, Convivencia social y salud mental, Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, Seguridad alimentaria y nutricional, y Vida saludable y enfermedades transmisibles).

Posteriormente a la priorización, por medio de la matriz Hanlon se jerarquizó en grupo funcional de infancia y adolescencia las prioridades establecidas para primera infancia, pensando en la posibilidad de sesgo del ejercicio, se solicitó a los participantes, sólo calificar lo que conocían de primera infancia y el resultado fue el siguiente:

Tabla 5. Resultados método Hanlon, prioridades primera infancia, Puente Aranda, 2018

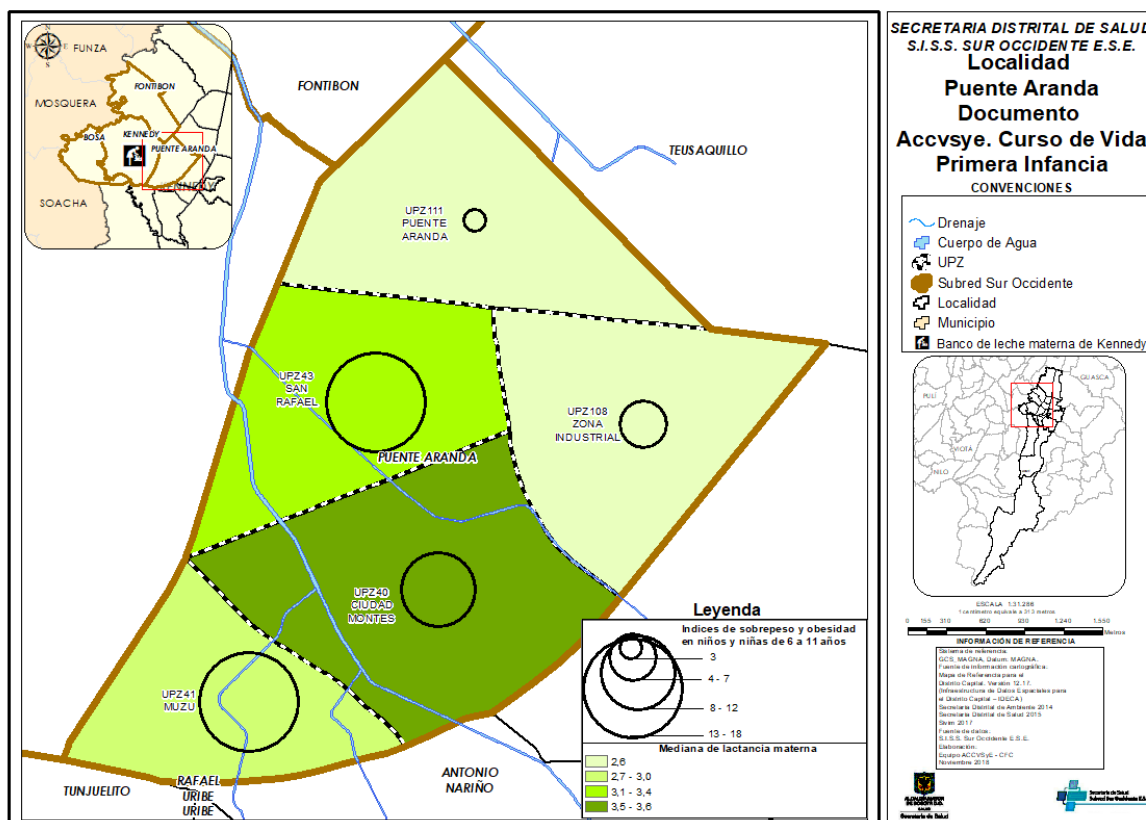
PRIMERA INFANCIA	MAGNITU D	SEVERIDA D	EFICACI A	FACTIBILIDA D	PUNTAJ E
Poca adherencia a lactancia materna exclusiva	8	8	2	4	120
Mortalidad infantil	8	5	2	3	88
Enfermedades Inmunoprevenibles (sarampión, tosferina, difteria, varicela)	4	2	3	5	83
Problemas en salud oral	9	10	2	2	76
Violencia intrafamiliar	8	6	2	3	72
Inadecuada tenencia de mascotas	5	1	3	4	71
Discapacidad	8	10	2	2	63
Contaminación del aire	8	5	1	3	49
Inadecuado manejo de basuras	9	9	1	1	21

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Puente Aranda, 2018

En concordancia con el ejercicio, se jerarquizó la dimensión de salud alimentaria y nutricional en primera infancia, evidenciada en la poca adherencia a lactancia materna exclusiva; según la OMS, el fortalecer la lactancia materna, aporta a los niños los nutrientes que necesitan para fortalecer su desarrollo y crecimiento, este alimento se recomienda de forma exclusiva los 6 primeros meses de vida y de forma complementaria 2 años o más.

Durante los años 2016 y 2017 el indicador de mediana de lactancia materna se encuentra por debajo 4 meses, aunque muestra un aumento en su tendencia pasando de 3 a 3,5 meses respectivamente; geo espacialmente según los datos de Sisvan 2017, el comportamiento de las madres residentes en las UPZ de la localidad de Puente Aranda, lactan exclusivamente a sus hijos: UPZ 40: 3,5 meses; UPZ 43: 3,4; UPZ 41: 3,0; UPZ 108: 2,6 y UPZ 111: 2,5 meses.

Mapa 3. Mediana de lactancia materna exclusiva y sobrepeso y obesidad en primera infancia, localidad de Puente Aranda, 2017



Las UPZ que presentan la mediana de lactancia materna exclusiva más baja de la localidad son Puente Aranda (UPZ 111) e Industrial (UPZ 108) con una mediana de 2,6. Esto no es ni el 50% de las semanas recomendadas por la OMS (6 meses) para que un infante adquiera todas las consecuencias positivas que contiene lactar por el tiempo ideal.

Para la realidad que presentan estas dos UPZ en esa situación de salud, es importante tener en cuenta que el uso del suelo residencial no predomina en esas zonas de la localidad, por esto, la población total de las mismas va a ser significativamente menor que las tres UPZ restantes que conforman Puente Aranda. En orden ascendente en valores más altos en cuanto a la mediana de la lactancia materna exclusiva se encuentran las UPZs Muzú (UPZ 41), San Rafael (UPZ 43) y el valor más alto corresponde a Ciudad Montes (UPZ 40). Entre estas UPZ se observa una relación inversamente proporcional con el índice de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 6 a 11 años, esto significa que entre menor es la mediana mayor es el índice de sobrepeso.

Otro factor importante para considerar es el índice de Espacio Público Efectivo (EPE)(zonas verdes, parques, plazas y plazoletas) por UPZ, en donde la UPZ Ciudad Montes, la cual presenta el mayor índice de EPE coincide con el índice de sobrepeso y obesidad más bajo de las tres entidades territoriales y las UPZ San Rafael y Muzú que tienen los índices de EPE más bajos de la localidad, también coinciden con los índices de sobrepeso y obesidad más altos de la localidad, lo que puede llevar a pensar en una disminución del índice, debido a la actividad física que se puede realizar en equipamientos destinados para tal fin. Es preciso aclarar que solo hay un banco de leche materna en la Subred Sur Occidente, a la cual está adscrita la localidad y se encuentra ubicada en Kennedy, factor que puede incidir en la mediana.

La leche materna es rica en nutrientes cubriendo las necesidades nutricionales de los menores de 6 meses, la mitad o más durante el segundo semestre y una tercera parte el segundo año de vida(5), se ha demostrado que periodos de lactancia materna exclusiva menores a los 4 meses se asocian significativamente a sobrepeso y obesidad en menores hasta los 14 años de vida(6).

Adicionalmente, contiene inmunoglobulinas de la madre que protegen al recién nacido con un sistema inmune inmaduro, ayudando al menor a sobrevivir en el mundo exterior, ya que una infección en el lactante aumenta la inmunidad de la madre(7)generando un factor protector contra las enfermedades infantiles, especialmente respiratorias y gastrointestinales(8). Esta protección natural, coadyuva a disminuir los casos de mortalidad infantil, que, para la localidad de Puente Aranda, aunque ha permanecido por debajo de la tasa distrital los últimos 7 años, presenta un aumento de 1,7 puntos entre el año 2010 y 2016. Para el 2017 se presentaron 19 casos, representados en una tasa de 7,9 por 10000 nacidos vivos, 10 (52,6%) se presentaron en la primera semana de vida, 7 (36,8%) casos entre el día 8 y 29 de vida y 2 (10,5%) entre el mes y el año de vida.

Es de importancia fortalecer la adherencia a la lactancia materna exclusiva y no exclusiva (hasta los 2 años), especialmente en población vulnerable como son los menores en condición de discapacidad, lo que les permitiría tener una mejor calidad de vida; la localidad de Puente Aranda presenta el 2,3% (16) menores de 6 años con discapacidad registrados en la base de discapacidad en el Distrito, la tasa específica de la localidad en este momento de curso de vida (10,1) se encuentra 0,6 puntos por encima de la tasa distrital, adicionalmente los hombres presentan una tasa local (11,0) 0,1 encima de la distrital y las mujeres tiene una tasa local de 9,2, mayor en 1,1 puntos por encima de la distrital.

Pensando en factores protectores como la nutrición de los niños e inmunidad, esta se fortalece por medio de las vacunas, que ayudan a prevenir la aparición de algunas enfermedades o las complicaciones de las mismas; según el Sivigila 2017, la localidad presentó 16 casos de rubeola y/o sarampión (5 menores de 1 año y 11 entre 1 y 5 años); 7 (1,4%) de Tosferina (5 menores de 1 años y 1 entre 1 y 5 años); 127 (2,8%) de Varicela (10 menores de 1 años y 117 entre 1 y 5 años). Estos eventos representan una tasa de 29,9 niños en primera infancia por cada 1000 habitantes de la localidad de Puente Aranda, mayor que la tasa específica distrital de 23,9.

Otro factor protector es la higiene oral adecuada, desde la lactancia haciendo limpieza de la encía de los bebés y posteriormente generando hábitos de higiene oral en los menores, que prevengan enfermedad de los tejidos blandos y duros de la boca evitando generar daño la dentadura permanente, según los datos Sisveso 2017, en la primera infancia la localidad de Puente Aranda notificó 154 reportes que presentaban problemas de salud oral como: gingivitis (75 casos) 0,34 niños por cada 1000 habitantes de la localidad, Caries cavitacional (70): tasa de 0,32; lesión de mancha blanca (18) tasa de 0,12; lesión de mancha café (25) tasa de 0,11 y Fluorosis (2): tasa de 0,01.

Entre los beneficios de la lactancia materna, se evidencia el vínculo madre e hijo, este instinto biológico que garantiza la supervivencia del niño y promueve la protección de los menores, ya que la madre responde intuitivamente a las necesidades del menor y establece conexiones neurológicas, este apego seguro, ha demostrado ser crucial para que en el futuro el niño y posterior adulto pueda establecer relaciones sanas, seguras con otras personas. Esta puede ser una de las explicaciones por la cual, la falta de estos lazos genere violencia en los menores de 5 años, como se evidencia en la base de SIVIM 2017, en donde se notificaron 115 (18,3%) casos de violencia intrafamiliar en primera infancia, representado por una tasa de 35,4 menores de 5 años por cada 100000 niños residentes de la localidad, la más alta en todos los momentos de curso de vida, las tasas específicas más altas por UPZ son: UPZ 43 tasa 15,8, UPZ 40 tasa 12,9 y UPZ 41 tasa 11,2.

La poca adherencia a la lactancia materna exclusiva, podría explicarse al presentarse alternativas como la leche de fórmula, recomendada por la industria farmacéutica en donde exaltan el valor nutricional en las diferentes etapas del crecimiento del niño; y los médicos que brindan la opción de estas leches, adicionalmente, al fenómeno laboral que según la ley 1822 de 2017 solo se cuenta con 18 semanas de licencia para la atención y cuidado del recién nacido.

Analizando los determinantes sociales de la baja adherencia a la lactancia materna se evidencia que la ausencia de esta se da por la falta de conocimiento de las familias sobre la importancia del consumo de la leche materna en los menores de 6 meses para evitar infecciones y enfermedades que pueden afectar el estado de salud del menor, a las creencias culturales que van en contra de la lactancia materna, a la situación económica del hogar que obliga a la madre a dejar a su bebé al cuidado de terceros y por falta de tiempo y desconocimiento, a la informalidad laboral que no brinda licencia de maternidad ni horas de lactancia en el retorno a las labores, a la falta de espacios adecuados e inocuos que permitan realizar la extracción y almacenamiento de la leche materna, al gran número de embarazos no deseados en los cuales la madre no desea practicar el amamantamiento, por la falta o deficiencia del vínculo afectivo con su bebé, al deficiente acompañamiento que se le brinda a la madre desde el momento del parto para el inicio de la práctica de amamantamiento y al seguimiento a las dificultades que puedan presentar a la mamá y bebé cuando salen de la unidad de servicio de salud al hogar y a la violación que ejercen los laboratorios al no cumplir las normas estipuladas en el código de sucedáneos de la leche materna, brindando beneficios a los pediatras que promuevan el consumo de la leche de fórmula por encima del consumo de la leche materna.

En pro de mejorar esta problemática el sector salud realiza acciones educativas, de comunicación e información para la promoción, fomento y apoyo a la lactancia materna, en las madres en el curso psicoprofiláctico, al momento de la atención del recién nacido, en el programa bebe canguro, consultas de crecimiento y desarrollo, nutrición, enfermería y pediatría.

Adicionalmente, desde salud pública, se realiza educación y consejería a las madres por medio del espacio vivienda y el componente de Vigilancia Alimentaria Nutricional - Sisvan. Además, fortalecimiento técnico a las IPS públicas y privadas en lactancia materna por parte de GPAISP y abordaje a los Hogares de Bienestar en donde se implementa el AIEPI comunitario y las 18 prácticas claves, el cual incluye alimentación saludable y lactancia materna.

Se realizan la jornada de la semana mundial de la lactancia materna en el espacio público y se establece agenda política con las alcaldías locales en todo lo relacionado con la lactancia materna; además de contar con un banco de leche humana ubicado en el UMHES Occidente de Kennedy, ya que la localidad de Puente Aranda no cuenta con uno, pero puede acceder a los servicios del banco de la localidad, este ofrece un servicio de recolección que se realiza a través de la donación que hacen las mamás que presentan sobreproducción y que obsequian sus excedentes para los bebés que están hospitalizados en la Unidad Neonatal.

Desde Otros sectores se realizan acciones como:

La secretaría de integración social – ICBF, apoya la educación y promoción en cada una de las instituciones a su cargo, realiza acciones de IEC a su población beneficiaria, apoyando además el fomento de la donación al banco de leche humana, jornadas de celebración de la semana mundial de la lactancia materna, salas amigas de la familia lactantes (SAFL), entre otros.

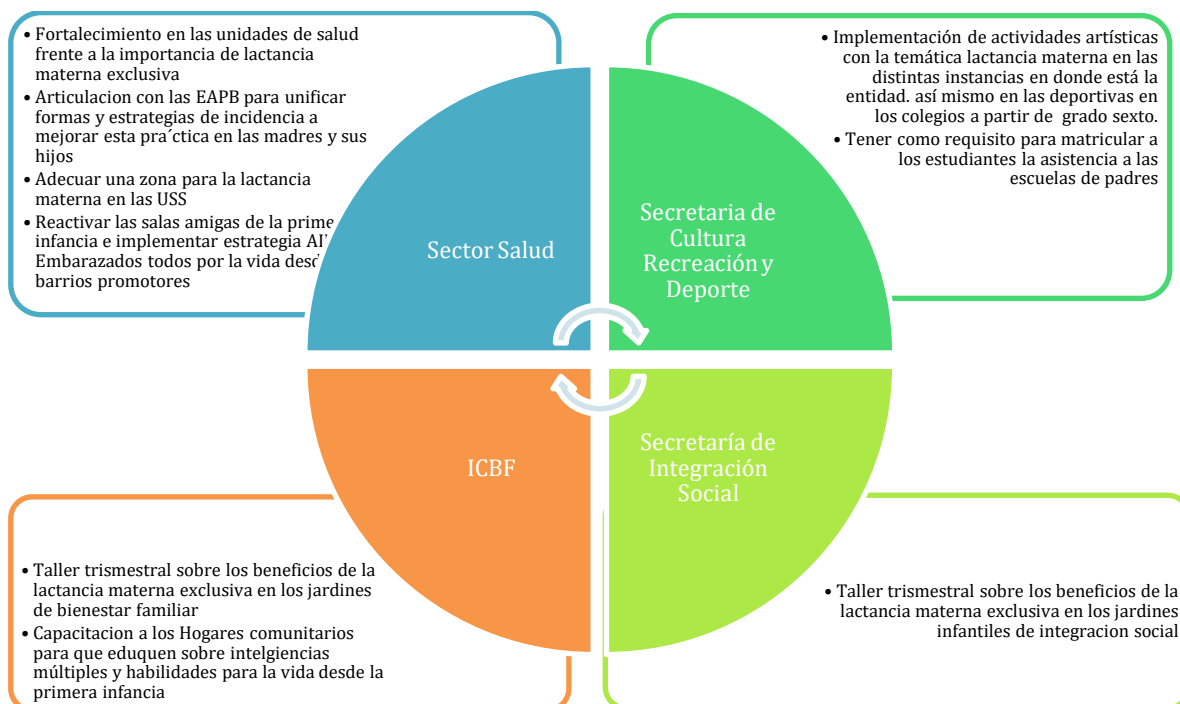
Frente al ingreso de los niños a programas de Integración Social, esta entidad siempre prioriza quienes se encuentran con desnutrición independientemente si en el hogar haya menores de 5 años que igual necesiten un cupo ya sea escolar en jardín o de canasta familiar, por lo que se solicita que SDIS amplíe la cobertura.

Es importante saber que Integración Social tiene en cuenta de manera más ágil los ingresos que se realizan desde salud, verifican los criterios avalados por los profesionales en el registro de la ficha llamada Sirve en la que se encuentran datos e información de todo el núcleo familiar, por lo que se identifica la situación nutricional de todos los integrantes de la familia para al mismo tiempo divulgar los programas de apoyo alimentario con los que se cuenta y que de acuerdo a los criterios se puede participar, si son menores saber exclusivamente el estado el estado del niño en lo educativo, pero también en salud para ingreso a jardines, aunque hay prioridad por el desnutrido no se olvida a quienes no lo están.

La secretaría de integración social – ICBF, apoya la educación y promoción en cada una de las instituciones a su cargo, realiza acciones de IEC a su población beneficiaria, apoyando además el fomento de la donación al banco de leche humana, jornadas de celebración de la semana mundial de la lactancia materna, salas amigas de la familia lactantes (SAFL), entre otros.

Como propuesta de respuesta en las mesas de análisis surgieron desde los diferentes sectores las siguientes:

Gráfica 6. Propuestas de respuesta para la prioridad poca adherencia en lactancia materna exclusiva en primera infancia Puente Aranda, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de las mesas de análisis para el documento, 2018

4.2. INFANCIA

El momento de curso de vida Infancia comprende desde los 6 años cumplidos del niño hasta antes de los 12 años. Para la localidad de Puente Aranda las proyecciones censoDANE 2005, estiman para el año 2017, un total de 16.870 niños y niñas en este momento de curso de vida (52,2% hombres, 47,8% mujeres) representando el 7,6% del total proyectado para la localidad; este porcentaje disminuyó con referencia al año anterior en 0,1 puntos porcentuales pasando de 17.406 a 16.870.

Los indicadores relacionados con la infancia desde el año 2005 muestran una disminución progresiva con respecto al año 2017, por ejemplo, el índice de infancia para el año 2005 reportaba 23 menores de 15 años por cada 100 habitantes de la localidad y para el 2017 esta razón disminuye hasta 19. Por otro lado, el índice demográfico de dependencia para el 2005 es de 33,2 menores de 15 y mayores de 65 años por cada 100 personas de 15 a 64 años y en 2017 es de

26,6 Específicamente el índice de dependencia infantil es de 33,3, revelando que de cada 100 personas de 15 a 64 años hay 33,3 menores de 15 años.

En la metodología aplicada para la jerarquización de las prioridades, luego al validar la información y revisar la magnitud, cronicidad, tendencia en el tiempo y disponibilidad de la información, se establecieron siete prioridades enmarcadas en cuatro dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (Salud ambiental, Convivencia social y salud mental, Seguridad alimentaria y nutricional, y Vida saludable y condiciones no transmisibles).

Para el caso de infancia la problemática jerarquizada en el grupo funcional de infancia y adolescencia, a través de los ejercicios se encuentra en la dimensión de convivencia social y salud mental, representada por la violencia intrafamiliar, este resultado se dio por el puntaje de su magnitud y severidad.

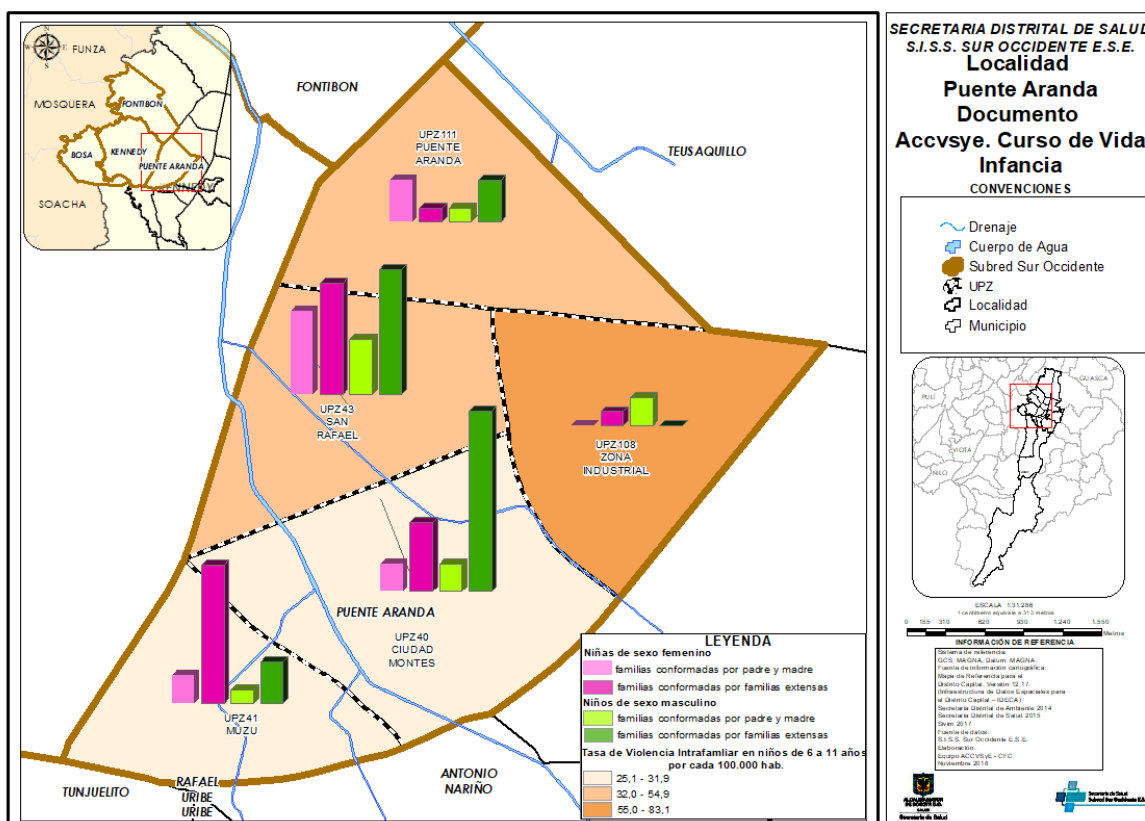
Tabla 6. Resultados método Hanlon, prioridades infancia, Puente Aranda, 2018

INFANCIA	MAGNITU D	SEVERIDA D	EFICACIA	FACTIBILIDA D	PUNTAJE
Violencia intrafamiliar	9	10	3	2	113
Problemas de salud oral	6	1	3	5	91
Inadecuada tenencia de mascotas	8	6	2	3	79
Inadecuado manejo de basuras	4	2	3	4	69
Discapacidad	8	10	2	2	60
Sobrepeso y obesidad	8	5	2	3	59
Contaminación del aire	7	5	1	3	40

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Puente Aranda, 2018

La violencia intrafamiliar se puede definir como una acción u omisión que un integrante de una familia ejerce contra otro integrante, produciéndole daño físico o psíquico, adicionalmente, en el maltrato infantil pueden evidenciarse los abusos, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que pueden causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño(9). Según SIVIM 2017, se notificaron 79 (12,4%) casos de violencia intrafamiliar en menores de 6 a 11 años representados con una tasa de 3,6 por cada 10.000 niños residentes de la localidad de Puente Aranda, las UPZ con mayor tasa de violencia son: UPZ 108 tasa 8,3; UPZ 111 tasa 5,5; UPZ 43 tasa 4,1; UPZ 41 tasa 3,2 y UPZ 40 tasa 2,5. las UPZ con mayor tasa de violencia son: UPZ 108 tasa 8,3; UPZ 111 tasa 5,5; UPZ 43 tasa 4,1; UPZ 41 tasa 3,2 y UPZ 40 tasa 2,5.

Mapa 4. Tasa de maltrato intrafamiliar tipo de conformación familiar por sexo del maltratado en infancia. Localidad Puente Aranda 2017



Uno de los primeros síntomas del maltrato infantil es el estrés, este se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano y en casos extremos altera el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. Además, es un potenciador a largo plazo de actos de violencia, problemas sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados y consumo indebido de alcohol y drogas.

Además, la violencia en la infancia puede expresarse por medio de problemas de seguridad alimentaria como son el sobrepeso y la obesidad, en algunos casos, la falta de alimentos balanceados o el consumo excesivo de alimentos puede ser una forma de compensar la carencia de afecto y la hostilidad en el ambiente del niño(10), este puede ser algunos de los casos reportados por Sisvan en 2017, para la localidad de Puente Aranda, donde 55 niños entre 6 y 11 años escolarizados tienen sobrepeso y obesidad. La tasa por cada 10.000 habitantes evidencia que las UPZ con mayores problemáticas son: UPZ 111: tasa 24,0; UPZ 108: tasa 19,4; UPZ 40: tasa 16,0; UPZ 41: tasa 3,0 y UPZ 43: tasa 2,9.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, el no llevar voluntariamente a control o seguimiento del tratamiento de salud oral por parte de padres o cuidadores, es denominada negligencia odontológica y por tanto maltrato infantil, eso puede afectar el desarrollo de una función oral adecuada y ocasionar dolor e infección orales y otras condiciones de la cavidad oral y estructuras de soporte que a su vez, causen una mala alimentación, retardo de crecimiento y desarrollo(11); en la localidad de Puente Aranda según Sisveso 2017, en la infancia se evidencian problemas de salud oral que son de interés en salud pública como gingivitis 4,5 niños por cada 1000 habitantes de la localidad, el cual es mayor que el Distrito (2,8); Caries cavitacional con una tasa específica de 4,2 mayor a la tasa distrital (3,1); lesión de mancha blanca con una tasa específica de 1,2 por encima de la tasa distrital (0,6); lesión de mancha café con una tasa específica de 1,4 mayor que la tasa distrital (1,0) y fluorosis con una tasa específica de 4,8 por encima de la tasa distrital (1,7).

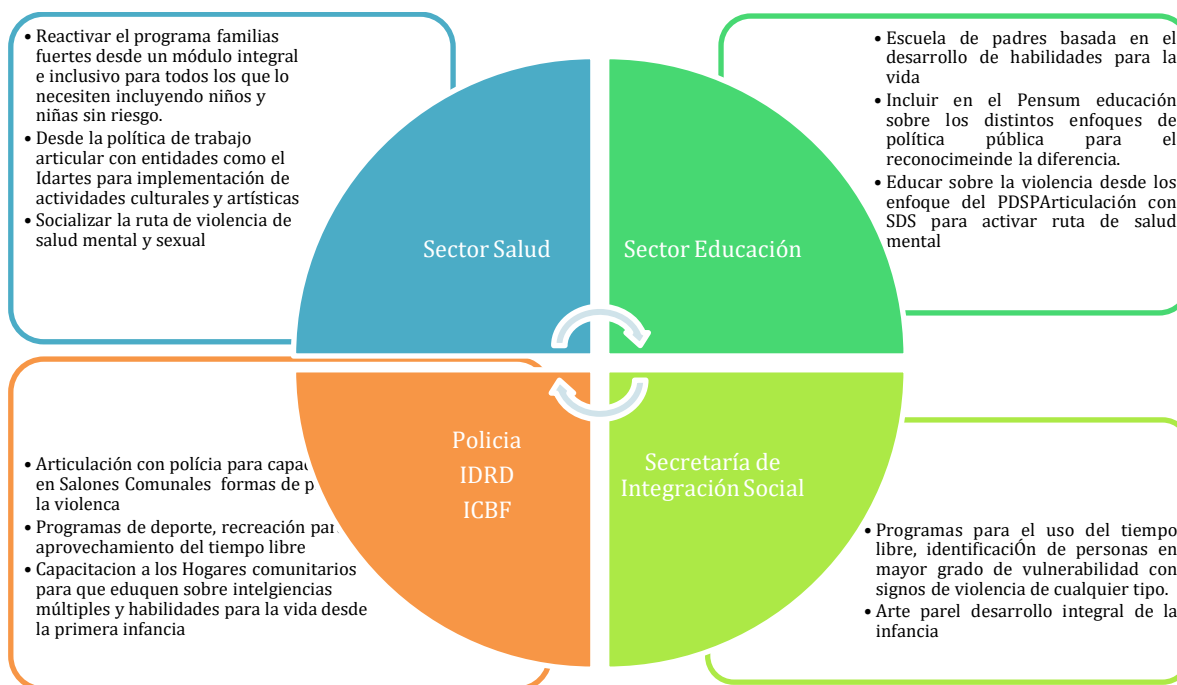
A lo largo de la historia, son más vulnerables a la violencia los niños en condición de discapacidad(12), es prioridad cuidar y preservar la integridad de los niños con alguna discapacidad, en la localidad el 2,6% (25) niños y niñas entre 6 y 11 años se encuentran registrados en la base de discapacidad Distrital, la tasa específica de la localidad en este momento de curso de vida (14,6) se encuentra 1,6 puntos por encima de la tasa distrital, adicionalmente los hombres presentan una tasa local (17,0) 1,4 encima de la distrital y las mujeres tiene una tasa local de 12,4, mayor en 1,4 puntos por encima de la distrital.

Como respuesta a la prioridad otros sectores diferentes a salud realizan:

- Secretaría de Integración Social, realizan atención a nivel individual o familiar y de acuerdo a la identificación realizada se hace gestión y activación de rutas.
- Estrategia Entre Pares, donde atiende integralmente a niñas, niños, con discapacidad y alteraciones en el desarrollo de primera infancia en los jardines infantiles con procesos de inclusión, para involucrarlos en actividades lúdico-pedagógicas ajustadas a sus necesidades de aprendizaje, acompañados de equipo interdisciplinario.
- IDRDR se enfoca en fomentar condiciones de vida saludable desde la actividad física y el ejercicio, contando con una amplia oferta institucional para la población en general.

Como propuesta de respuesta en las mesas de análisis surgieron desde los diferentes sectores las siguientes:

Gráfica 7. Propuestas de respuesta para la prioridad violencia intrafamiliar en infancia Puente Aranda, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de las mesas de análisis para el documento, 2018

4.3. ADOLESCENCIA

El momento de curso de vida adolescencia se encuentra entre los 12 años cumplidos hasta antes de los 18 años. Para la localidad de Puente Aranda las proyecciones censo DANE 2005, estiman para el año 2017, un total de 18.064 personas en momento de curso de vida (52,9% hombres, 47,1% mujeres), representando el 8,1% del total proyectado para la localidad; este porcentaje disminuyó con referencia al año anterior en 0,1 puntos porcentuales pasando de 18.554 a 18.064.

Entre los años 2012 y 2017 la tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 14 años en la localidad muestra una reducción de 0,4 puntos en su tasa, mientras para el Distrito fue de 0,6 puntos y en el grupo de 15 a 19 años la reducción en la tasa local fue de 9,5 puntos, en el Distrito fue de 20,7 puntos.

Tabla 7. Tasa de fecundidad adolescentes, localidad Puente Aranda – Bogotá, 2012– 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10 a 14 años						
Puente Aranda	0,7	0,5	0,7	0,5	0,6	0,3
Bogotá	1,6	1,4	1,4	1,2	1,1	1,0
15 a 19 años						
Puente Aranda	37,7	43,2	40,2	32,4	34,5	28,3
Bogotá	59,2	56,0	52,3	48,6	43,8	38,5

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

En la metodología aplicada para la jerarquización de las prioridades en adolescentes, luego de validar la información y revisar la magnitud, cronicidad, tendencia en el tiempo y disponibilidad de la información, se establecieron ocho prioridades enmarcadas en cuatro dimensiones del plan decenal de salud pública (Salud ambiental, Convivencia social y salud mental, Seguridad alimentaria y nutricional, y Vida saludable y condiciones no transmisibles).

En el grupo funcional de juventud de la Subred se analizaron los momentos de curso de vida adolescencia y juventud, por cada una de las dimensiones y cada una de las localidades. Luego de que el equipo Accvsye expusiera los hallazgos en la matriz de alistamiento, la afectación en territorios magnitud y gravedad, cada asistente procedió a semaforizar los criterios expuestos en la metodología, de acuerdo a la localidad y dimensión del PDSP que tenía conocimiento, primero se exponían las prioridades de la dimensión por momento de curso de vida luego se procedía a valorarlos criterios.

Para esta sesión se presentaron inconvenientes debido a que el espacio del grupo sólo es de cuatro horas, en los que se habían asignado dos para realizar la sesión de la mesa uno, sin embargo, por ser los momentos de curso de vida que más prioridades tienen y al analizarlo a su vez por localidad, el ejercicio se hizo más denso. Aun así, se logró el ejercicio con un agregado y es que, por el número reducido de asistentes, se pudo profundizar en los determinantes de las prioridades para estos momentos de curso de vida.

La prioridad jerarquizada es consumo de sustancias psicoactivas, la cual se encuentra en la dimensión del plan de cenal de salud pública convivencia social y salud mental.

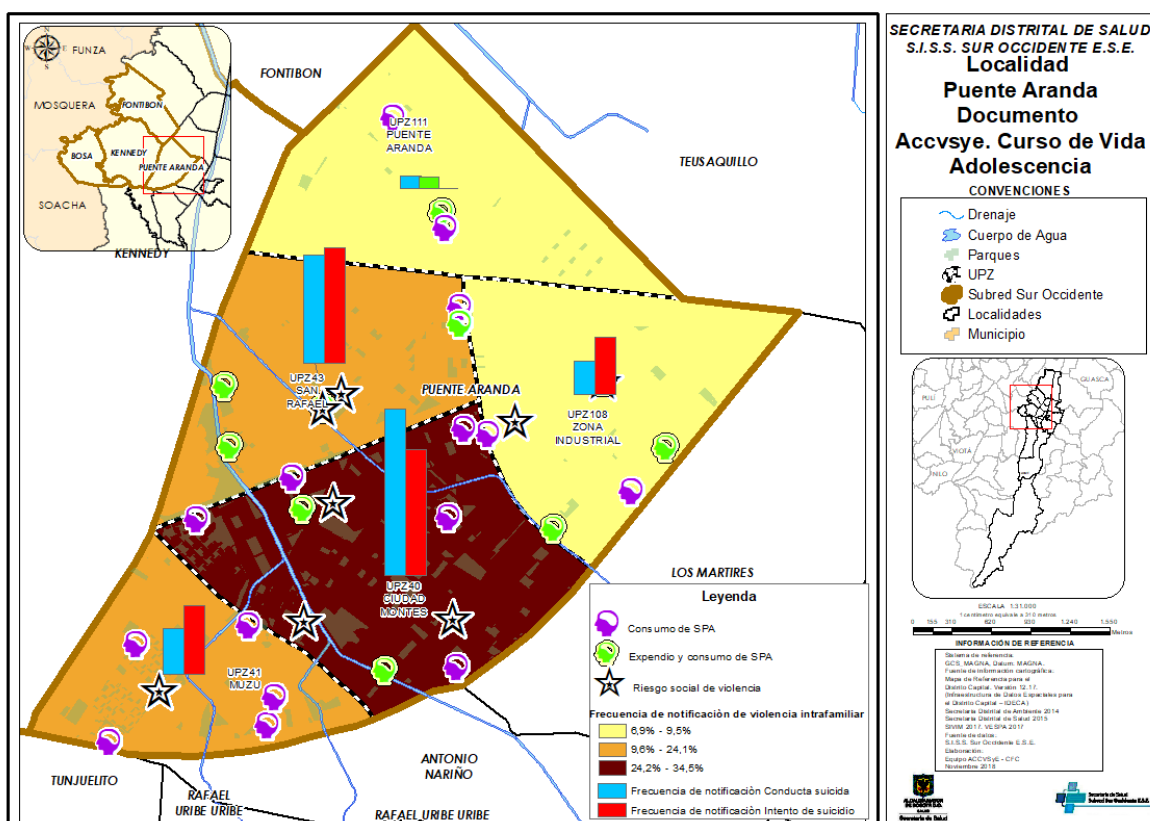
Tabla 8. Resultados método Hanlon, prioridades Adolescencia, Puente Aranda, 2018

ADOLESCENCIA	MAGNITU D	SEVERIDA D	EFICACIA	FACTIBILIDA D	PUNTAJE
Consumo de SPA	10	9	2	3	114
Conducta suicida	8	7	2	3	88
Problemas de salud oral	9	5	2	3	87
Inadecuada tenencia de mascotas	9	6	2	3	80
Bajo peso gestacional	9	6	2	3	74
Sobrepeso y obesidad	9	7	2	2	59
Contaminación del aire	9	10	1	2	46
Inadecuado manejo de basuras	9	8	1	2	46

Fuente: Equipo ACCVSYE, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Puente Aranda, 2018

Según la OMS, la depresión es la tercera causa principal de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes y el suicidio es la tercera causa de defunción entre adolescentes entre 15 y 19 años(13), esta situación, no es ajena en la adolescencia de la localidad y promueve la problemática de consumo de sustancias psicoactivas SPA (incluye el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas, cocaína, heroína, entre otros) que generan alteraciones de los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento; ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas, comportamientos peligrosos en las calles, violencia y muertes prematuras(13). Según base de datos VESPA 2016, el 16,3% de los adolescentes de la localidad son consumidores de SPA, lo que representa una tasa de 54,6 por cada 100.000 habitantes de la localidad; la distribución espacial con mayor consumo por UPZ son: UPZ 108: 51 casos - tasa de 1390,4, UPZ 41: 17 casos - tasa 33,4, y UPZ 40: 29 casos - tasa 32,6.

Mapa 5. Frecuencia de Violencia intrafamiliar, conducta suicida e intento de suicidio articulado con el consumo en adolescentes y sitios de expendio de SPA, localidad Puente Aranda 2017



En el mapa se observa una relación espacial entre las frecuencias más altas de notificaciones de violencia intrafamiliar, las frecuencias de notificaciones de conducta e intento de suicidio, el expendio de sustancias psicoactivas, la concentración y cantidad de parques y la situación de salud jerarquizada para la localidad en este curso de vida (consumo de SPA).

Según SIVIM 2017, la UPZ en donde más se presentan casos de consumo de SPA es Ciudad Montes (UPZ 40), La cual presenta la frecuencia de notificación más alta de la localidad en conducta suicida y la segunda más alta en intento de suicidio, seguido de las UPZs San Rafael (UPZ 43) en proporciones similares y Muzu (UPZ 41) en proporciones mucho más bajas.

En cuanto a la concentración de los parques, las UPZ en las que más se evidencian, en orden descendente son: Ciudad Montes (UPZ 40), San Rafael (UPZ 43) y Muzu (UPZ 41). Llama la atención que este mismo orden tienen las frecuencias de notificaciones de conducta suicida e intento de suicidio, teniendo en cuenta que son las mismas UPZ en donde se están concentrando los casos de

expendio y consumo de SPA. En el mapa también es evidente la ubicación de los casos muy cerca a los parques y cuerpos de agua de la localidad.

Finalmente se pudo analizar con los datos disponibles y los resultados de la cartografía, que podría existir algún vínculo espacial entre la distribución de la violencia intrafamiliar, la ubicación de puntos consumo de SPA y la conducta suicida en los adolescentes de la localidad

Existe evidencia de la asociación entre el consumo de SPA y la conducta suicida, desde la nicotina, consumo de alcohol, o sustancias ilegales, esta conducta es más asociada a las sustancias puras como la cocaína(14). Aunque no todos los casos se encuentran asociados al consumo de SPA, puede ser un determinante de los datos para adolescentes de la localidad de Puente Aranda, según Sisvecos en 2017, fueron notificados 88 casos de conducta suicida (3,7% de los casos distritales) con una tasa de 3,9 por cada 10000 habitantes de la localidad; y 32 intentos de suicidio el (3,7% de los casos distritales) con una tasa de 7,3 por cada 10.000 habitantes.

Por otro lado, en este momento de curso de vida, por la búsqueda psicosocial de aceptación los adolescentes pueden llegar a consumir SPA, el cual permea los tejidos bucales blandos causando problemas de salud oral; según Sisveso 2017, 6,5 adolescentes por cada 1000 habitantes de la localidad presentan gingivitis, por encima de la tasa distrital (3,6) y otros problemas como caries cavitacional con una tasa de 4,7 mayor a la tasa distrital (2,8), lesión de mancha blanca con una tasa de 0,7 por encima de la tasa distrital (0,6), lesión de mancha café con una tasa de 1,6 mayor que la tasa distrital (1,1) y fluorosis con tasa de 6,4 por encima de la tasa distrital (1,1).

Como determinantes del consumo de sustancias psicoactivas se identificó que no hay presencia ni voluntad del Estado para atender problemas de salud mental que son causales de otros problemas significativos en la sociedad, tampoco garantiza la educación superior gratuita, ni el aprovechamiento del tiempo libre con programas que estén orientados a desarrollar habilidades, por lo que se hace mal uso del tiempo libre. el microtráfico hace que sea más fácil acceder a las SPA, incluso se vuelve una oportunidad para tener ganancias debido a la falta de oportunidades para los y las adolescentes, a su vez se crean bandas organizadas que llevan las sustancias hasta los lugares donde permanecen la mayor parte del tiempo (parques, colegios) incluso les permiten acceder gratuitamente tratando de

generar adicciones., la estigmatización al consumo de SPA ilícitas, por la doble moral que se maneja.

También se encuentra la violencia intrafamiliar y las débiles redes de apoyosituaciones que ponen en riesgo a los y las adolescentes, siendo agravado por la ausencia de las pautas de crianza adecuadas para la toma de decisiones y la conciencia frente al daño del consumo. Los ciclos repetitivos del consumo, las redes sociales e influencia de pares que promueven el consumo, la situación socioeconómica de las familias que obliga a los padres a dejar el cuidado de los menores en manos de terceros y la ausencia de proyectos de vida son factores que también predisponen a los y las adolescentes a consumir.

Es importante resaltar que el consumo de SPA puede ser tanto una causa como una consecuencia de problemáticas como la conducta suicida, la violencia en todas sus formas, afectaciones en salud mental severas, disfunción familiar, entre otras.

Frente a la prioridad para este momento de curso de vida, el sector salud interviene realizando atención psicosocial, atención médica, línea 106, acciones en salud pública como los centros de acogida, Servicios de Orientación a Jóvenes (SOJU), barras futboleras, desde el espacio público y grupos prioritarios desde el espacio educativo, entre otras acciones. Aunque desde el sector se trabaja desde la promoción y prevención de consumo de SPA, focalizadas a población en riesgo, los esfuerzos no son suficientes ni para la prevención ni para el tratamiento de esta problemática

En el IDIPRON se trabaja por un lado con habitante de calle y están los centros de acogida que son estrategias de reducción, se realiza un trabajo territorial que consiste en ir al territorio o lugares de asentamiento de habitante de calle o jóvenes en riesgo de habitar calle y hacer actividades didácticas para captarlos a través de la institución. Se cuentan con internados, pero es el joven si decide seguir el proceso e internarse, en cualquier momento se puede ir, de las 22 casas que tiene el IDIPRON, 6 son internados de niños de 8 a 10 y de 11 a 17 y el de habitantes de calle.

Desde el Ministerio de Protección Social salió la ruta nacional para la atención al consumo de drogas y se realiza la reducción del daño que está basada en la pedagogía mas no en la rehabilitación porque por la ley 518 los tratamientos los tiene que asumir el POS. Desde el Distrito la ruta lo que está tratando es de mirar cómo se articula IDIPRON, Integración Social, porque el ICBF no tiene rehabilitación sino hogares de protección.

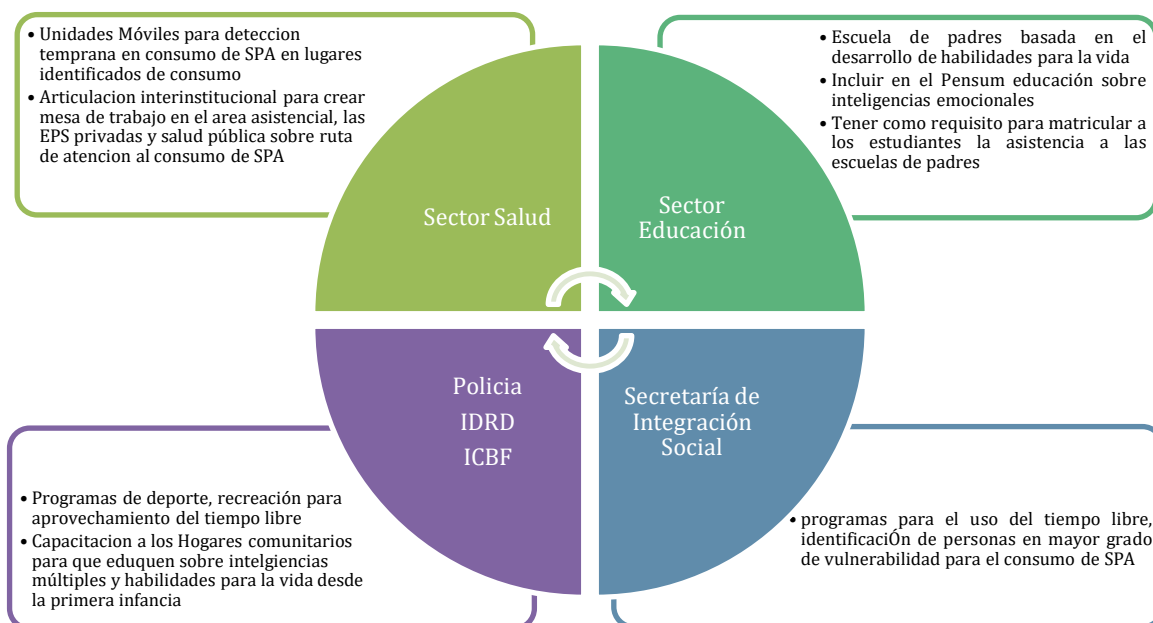
El sector salud no tiene la capacidad instalada para realizar una atención desde lo público, porque desde lo privado las EPS están obligadas a garantizar la atención y hacer las contrataciones necesarias para prestar el servicio, pero ese deber se queda en la asignación de la cita sin importar la continuidad y necesidad del tratamiento. Desde el sector salud en lo público existe el CAD delicias y el CAD Santa Clara que atiende a toda la ciudad y ofrece tratamientos ambulatorios e internados, pero la capacidad instalada no es la necesaria.

Desde la Subdirección de juventud de la Secretaria de Integración Social se está construyendo la línea de prevención para el consumo de SPA, pero el fortalecimiento y aporte de la SLIS es en la prevención, mas no en el tratamiento o rehabilitación y se hace a través de la ruta de oportunidades motivando a los jóvenes a que utilicen su tiempo de una forma productiva. Desde la Subdirección de adultez se tiene el programa 1108 que hace atención en los territorios de Bogotá a los habitantes de calle, muchos de ellos con consumo de SPA social.

Institucionalmente se tiene la concepción de que instituciones como el IDIPRONo la SLIS son lugares de rehabilitación, cuando su función es pedagógica frente al consumo, los únicos que están habilitados para este tipo de intervención son la Secretaria de Salud, muchas veces los adolescentes o jóvenes son remitidos a estas instituciones con la intención de que se desintoxique, pero no tienen la competencia para prestar tal servicio.

Como propuesta de respuesta en las mesas de análisis surgieron desde los diferentes sectores las siguientes:

Gráfica 8. Propuestas de respuesta para la prioridad consumo de SPA Puente Aranda, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de las mesas de análisis para el documento, 2018

4.4. JUVENTUD

El momento de curso de vida juventud corresponde desde los 18 años cumplidos hasta antes de los 29 años, para la localidad de Puente Aranda las proyecciones censo DANE 2005, estiman para el año 2017, un total de 37.357 personas en este momento de curso de vida (52,5% hombres, 47,5% mujeres), representando el 16,8% del total proyectado para la localidad; este porcentaje disminuyó con referencia al año anterior en 0,2 puntos porcentuales pasando de 38.348 a 37.357.

El índice de juventud, muestra una disminución entre los años 2005 y 2017 pasando de 27 a 23 personas entre 15 y 29 años por cada 100 personas de la localidad.

En el grupo funcional de juventud de la Subred, se analizaron las problemáticas de adolescencia y juventud de todas las localidades, como se describió en el aparte anterior. Se validaron once prioridades enmarcadas en cinco dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (Salud ambiental, Convivencia social y salud mental, Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, Seguridad alimentaria y nutricional, y Vida saludable y condiciones no trasmisibles). Finalmente, la prioridad

jerarquizada para juventud se encuentra en la dimensión de salud sexual y reproductiva con el tema de infección por VIH.

Tabla 9. Resultados método Hanlon, prioridades Juventud, Puente Aranda, 2018

JUVENTUD	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Infección por VIH	9	7	2	3	105
Violencia intrafamiliar	9	8	2	3	104
Sobrepeso y obesidad	9	6	2	3	96
Infección por sífilis	9	8	2	3	96
Habitabilidad en calle	9	9	2	3	93
Problemas de salud oral	9	7	2	2	85
Inadecuada tenencia de mascotas	9	6	2	3	80
Exceso de peso gestacional	9	8	2	2	72
Consumo de SPA	9	7	2	2	68
Contaminación del aire	9	10	1	2	46
Inadecuado manejo de basuras	9	8	1	2	46

Fuente: Equipo ACCVSYE, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Puente Aranda, 2018

Fuente: Equipo Accvsye, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Puente Aranda, 2018

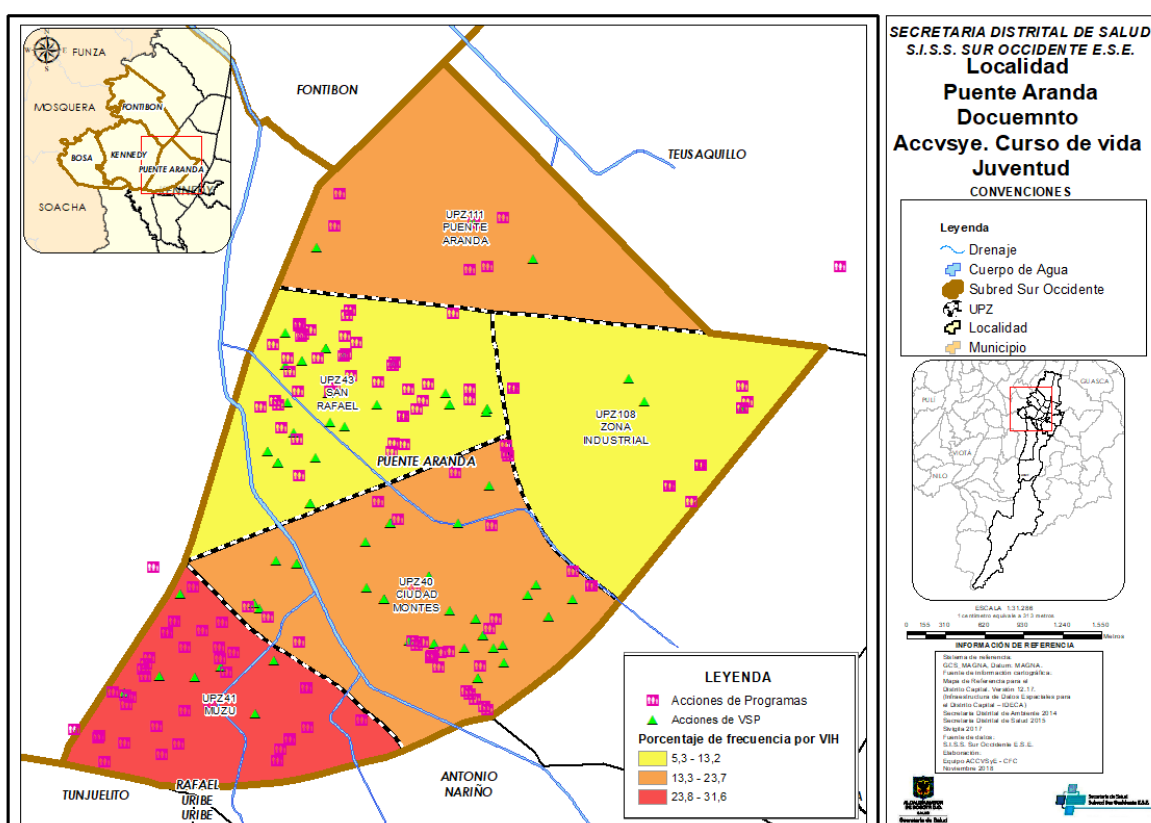
Según los reportes Sivigila 2017, para el momento de curso de vida juventud, la localidad de Puente Aranda se encuentra en el lugar 11 con notificación de casos de VIH, con una tasa de 17,6 por cada 100.000 habitantes de la localidad, encontrándose 5,7 puntos por encima de la tasa distrital; allí, se identifican 39 (59%) jóvenes con VIH/sida/mortalidad por sida en la localidad de Puente Aranda de los cuales 37 son hombres y 2 mujeres. La localización de los casos notificados es:

- UPZ 40: 5 casos, tasa 5,7 por cada 100.000 habitantes de la UPZ.
- UPZ 41: 5 casos, tasa 10,0 por cada 100.000 habitantes de la UPZ.
- UPZ 43: 5 casos- tasa 7,6 por cada 100.000 habitantes de la UPZ.
- UPZ 108: 2 casos - tasa 55,4 por cada 100.000 habitantes de la UPZ.
- UPZ111: 5 casos- tasa 34,3 por cada 100.000 habitantes de la UPZ.

De los casos notificados a Sivigila 2017 correspondientes a jóvenes, tres terminaron en mortalidad por el evento VIH/SIDA; la tasa de mortalidad por VIH/SIDA es de 1,4 por cada 100.000 habitantes.

Aunque la localidad no se encuentra entre los primeros lugares para infección por VIH, según el reporte de “situación actual del VIH en el distrito capital primer trimestre 2017” se evidencia que el 49.6% de la incidencia de infecciones por VIH se encuentra entre los 20 y 29 años de edad y mayor proporción en hombres 88.1%(15), la localidad de Puente Aranda cuenta con población vulnerable, en donde es importante realizar acciones de prevención y evitar la propagación de dicha enfermedad, como lo son las personas en condición de habitabilidad en calle.

Mapa 6. Frecuencia de la notificación de VIH en jóvenes con las acciones realizadas en Salud pública, localidad Puente Aranda 2017



Observando las estadísticas de VIH en la localidad, San Rafael (UPZ 43) y Zona Industrial (UPZ 108) se encuentran en el porcentaje de notificación más bajo. Es importante resaltar que las acciones extramurales de salud pública se están desarrollando más en las UPZs San Rafael (UPZ 43), Ciudad Montes (UPZ 40), y Muzú (UPZ 41). Aunque estas UPZs concentran más las acciones, en la primera mencionada están los porcentajes de notificaciones más bajos y en otra los más altos de la localidad. Analizando algunos factores importantes que podrían incidir en este contraste, se encuentra que en la UPZ San Rafael se cuantifican más IPS

privadas y además cuenta con la presencia del CAPS Trinidad Galán, la USS de mayor nivel en la localidad.

Las personas que viven en la UPZ San Rafael tienen mayor accesibilidad física (en cuanto a tiempos de desplazamientos) y mayor oferta en cuanto a infraestructuras de IPS. La oferta de transporte público como el SITP, Transmilenio y buses provisionales también es más evidente en la UPZ ya que pasan las vías AK 50, AV de las Américas, AC 3 y KR 54 y 56, que son vías articuladoras de la localidad.

La UPZ Muzú que presenta el porcentaje de notificación más alto y la UPZ Ciudad Montes que está en el segundo rango según la clasificación del mapa, limitan con la localidad de Antonio Nariño, la cual tiene una proporción de incidencia de VIH a considerar en comparación del distrito. Adicionalmente, Ciudad Montes es una UPZ receptora de población habitante de calle y la falta de concienciación por parte de la población, control y aplicación de métodos preventivos hacen que en esta población se eleve los casos de VIH en la localidad

Se evidencia que la infección por Sífilis en coinfección por VIH es más frecuente(16), debido a que comparten una fuente de transmisión, no es claro los datos para esta coinfección en la localidad de Puente Aranda, pero se evidencia en las gestantes notificadas al Sivigila 2017 con Sífilis una notificación de 9 (1,3%) casos,6 de estos se encuentran en el momento de vida juventud, la localización espacial los ubica en la UPZ 41: 2 casos y UPZ 43: 2 casos y 2 casos sin caracterización de UPZ, posiblemente por ciudadanos habitantes de calle.

Aunque no se evidencia una asociación de la infección por VIH u otra enfermedad en las bases de SIVIM con la violencia Intrafamiliar, en las notificaciones e intervenciones realizadas por el subsistema para 2017, según organización Mundial de la Salud, dentro de la violencia intrafamiliar se encuentra el sexo forzado, el abuso sexual en la infancia lo que es un factor de riesgo para la adquisición de virus de VIH(17); se notificaron 153 (24,4%) casos de violencia, aunque el porcentaje de notificación es mayor que en los otros momentos de curso de vida, su tasa se encuentra después de primera infancia con 10,53 por cada 10.000 jóvenes; la tasa específica más altas por UPZ 108 tasa 22,2; UPZ 111 tasa 8,9; UPZ 43 tasa5,4, UPZ 40 tasa5,0 y UPZ 41 tasa4,4.

Una de las formas de consumo de sustancias psicoactivas incluye la inyección intravenosa de dichas sustancias, el hábito de compartir las agujas, genera un riesgo de infección por VIH, especialmente en población vulnerable como los ciudadanos habitantes de calle, según base de datos VESPA 2017, el 52% (364)

de las notificaciones de la localidad de Puente Aranda son jóvenes, de estos 77,2% (146) tiene como lugar de residencia la calle.

Según el censo de habitante de calle 2017, en las encuestas por entrevista directa se establece por rango de edad que de 17 a 27 años habitan en calle 70 jóvenes (14.8% de los habitantes en calle de la localidad de Puente Aranda). Para toda la población de Puente Aranda, se evidencia que la razón por la que iniciaron su vida en la calle fue por consumo de sustancias psicoactivas en 45,6%, Conflictos o dificultades familiares 34,7%, por gusto personal 6,9%, entre otros.

Según estudio realizado en la Universidad de Antioquia, evidencia que la mayoría de los pacientes con VIH/SIDA bajo estudio poseen escasos conocimientos sobre nutrición y alimentación saludables, y presentan comportamientos alimentarios inapropiados que pueden conducir a la aparición de alteraciones antropométricas y metabólicas(18).

Entre 40 y 50% de personas con VIH positivas desarrolla algún tipo de lesión bacteriana, micótica o viral en la boca durante el curso de la infección por VIH(19), aunque los odontólogos centinelas que reportan a Sisveso, toman la población general, para los jóvenes captadas se evidencian problemas de salud oral que son de interés en salud pública como: gingivitis 4,0 jóvenes por cada 1.000 habitantes de la localidad de Puente Aranda el cual es mayor que el distrito (2,9), caries cavitacional, tasa específica de 2,8 mayor a la tasa distrital (2,2), lesión de mancha blanca, tasa específica de 0,4 igual a la tasa distrital, lesión de mancha café, tasa específica de 0,9 igual a la tasa distrital y fluorosis tasa específica de 1,1 por encima de la tasa distrital (0,2).

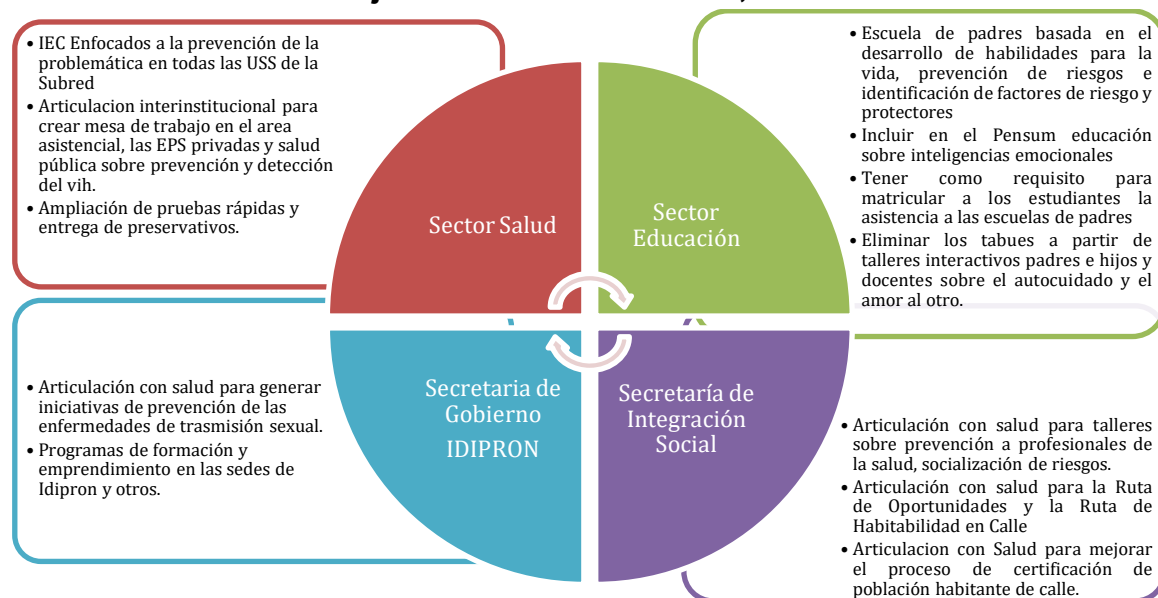
Adicional, en este curso de vida aparecen factores de riesgo como es el consumo de Sustancias psicoactivas, el alcohol, el uso del piercing y a pesar de ello, la salud oral impacta de alguna manera con la consulta al ortodoncista el uso de carilla estética o de brackets, porque crece el interés al cuidado bucal en cuanto está relacionado a la autoestima, las relaciones interpersonales, la estética y no a la salud y enfermedad, no obstante, desde la infancia nunca ha existido una formación ni en el hogar ni en la escuela que incluya la salud oral como prioridad, por tanto siempre se desconocen los riesgos frente a la relación de la salud oral con otras enfermedades y con otros problemas sociales o culturales; en mujeres gestantes ocurre falta de adherencia al cuidado bucal cuando no hay redes de apoyo que les permita acatar la importancia del autocuidado. Como estrategia se concientiza a través de talleres en el espacio educativo, en vivienda se relaciona con el acceso al campo laboral para que se inicie el cuidado bucal.

La infección por VIH en los jóvenes de la localidad deja en evidencia la responsabilidad de cada persona frente a los cuidados que se deben tener en las relaciones sexuales, las prácticas de higiene al utilizar elementos que puedan transmitir la enfermedad y la conciencia frente al deterioro de la salud cuando se es infectado. Fenómenos como la habitabilidad en calle, donde las prácticas sexuales no se hacen de manera irresponsable, se tiene presente el factor del consumo de SPA, deja en un grado de vulnerabilidad de contagio a esta población por lo que se hace necesario enfocar esfuerzos a reducir los casos por VIH.

Para controlar este fenómeno el sector salud, realiza tamizajes a las gestantes que ingresan al programa de control prenatal y en jornadas de espacio público se realiza tamizaje por medio de pruebas rápidas de VIH a toda la población, se realizan jornadas adicionales ciudadanos en condición de habitante de calle. Se garantiza el tratamiento a la gestante y a su pareja evitando la infección en el menor y sus posibles consecuencias, sin embargo, se siguen presentando barreras de acceso al tratamiento. Como respuesta también está la implementación y ejecución del Proyecto 1108 Prevención y atención integral de habitabilidad en calle de Secretaria Distrital de Integración Social y el Proyecto prevención y atención en calle de Idipron.

Como propuesta de respuesta en las mesas de análisis surgieron desde los diferentes sectores las siguientes:

Gráfica 9. Propuestas de respuesta para la prioridad infección por VIH en juventud Puente Aranda, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de las mesas de análisis para el documento, 2018

4.5. ADULTEZ

El momento de curso de vida Adultez corresponde desde los 29 años cumplidos hasta antes de los 60 años, para la localidad de Puente Aranda las proyecciones censo DANE 2005, estiman para el año 2017, un total de 98.439 personas en este momento de curso de vida (49,3% hombres, 50,7% mujeres), representando el 44,4% del total proyectado para la localidad; este porcentaje se mantuvo con respecto al año anterior, aunque la población varió de 100.005 a 98.439.

Para la adultez se identificaron trece prioridades enmarcadas en cinco dimensiones del plan decenal de salud pública (Salud ambiental, Convivencia social y salud mental, Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, Seguridad alimentaria y nutricional, y Vida saludable y condiciones no trasmisibles).

En el grupo funcional Adultez, se realizó la puntuación por criterio de la Hanlon, como el análisis de determinantes, se valoraron los criterios de magnitud, cronicidad, tendencia en el tiempo y disponibilidad de la información, dando como resultado de jerarquización la habitabilidad en calle que se enmarca en la dimensión de convivencia social y salud mental.

Tabla 10. Resultados método Hanlon, prioridades Adultez, Puente Aranda, 2018

ADULTEZ	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Habitabilidad en calle	9	9	2	3	124
Inadecuado manejo de basuras	10	9	2	3	117
Condiciones crónicas	8	4	2	4	110
Exceso de peso gestacional	7	4	2	4	108
Inadecuada tenencia de mascotas	8	8	2	3	97
Infección por VIH	10	9	2	3	89
Contaminación del aire	9	8	2	3	87
Infección por sífilis	9	8	2	3	84
Problemas de salud oral	7	6	2	3	77
Discapacidad	8	6	2	3	66
Violencia social	10	6	2	2	52
Violencia intrafamiliar	9	8	1	2	36
Consumo de SPA	9	8	1	1	23

Fuente: Equipo ACCVSYE, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Puente Aranda, 2018

Según el DANE en Censo de habitante de calle 2017, en la localidad de Puente Aranda reside el 3% de las personas en esta condición del Distrito y el 24,9% de

esta población en la Subred; de las 248 personas habitantes de calle, el 89,9% son hombres.

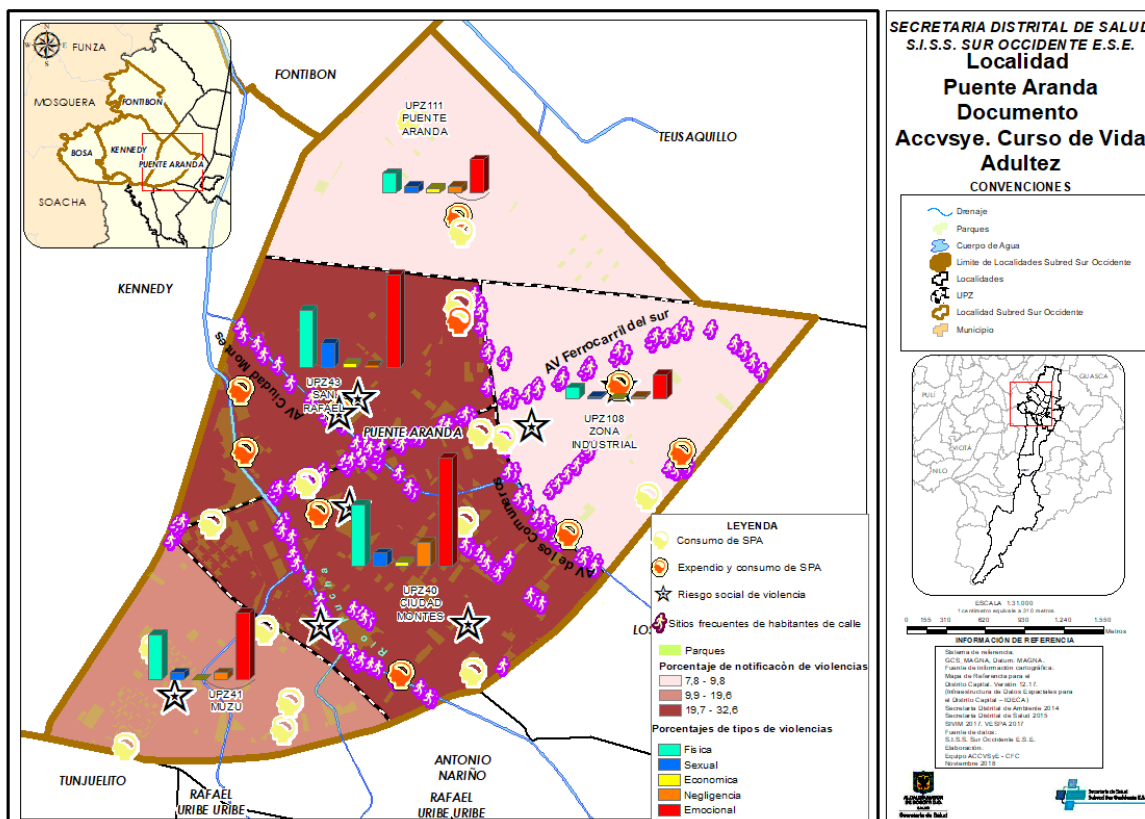
Según la Ley 1641 de 2013, una persona en habitabilidad de calle se define como la “Persona sin distinción de sexo, raza o edad que hace de la calle su lugar de habitación ya sea de forma permanente o transitoria”. Según el DANE en el censo de habitante de calle 2017, la localidad de Puente Aranda, es la 4 localidad con más personas en esta condición de habitabilidad de calle.

En las encuestas por entrevista directa se establece por rango de edad que 28 a 39 años hay 213 adultos (45,12%) en la localidad. Además, se evidencia que la razón por la que iniciaron su vida en la calle fue por consumo de sustancias psicoactivas en 45,6%, Conflictos o dificultades familiares 34,7%, por gusto personal 6,9%, entre otros.

Del total de personas encuestadas en el distrito se evidencia que el 29,8% de las personas encuestadas en el censo de habitante de calle 2017, presentaron algún problema de salud en los últimos 30 días; los problemas se central en molestias dentales (35,1%), lesión intencional por terceros (16,2%), intoxicación o envenenamiento (14,9%), otros problemas respiratorios (13,5%).

Asímismo, se ha identificado la condición de soltería como factor de vulnerabilidad que aumenta el desarraigo y los riesgos frente al consumo de sustancias psicoactivas y los comportamientos sexuales(20).

Mapa 7. Ubicación de ciudadanos habitante de calle, localidad Puente Aranda 2017



Ciudad Montes se ha convertido en un hábitat ideal para las personas habitantes de calle, ya que por ahí pasan el Río Fucha, canal de los Comuneros y la continuidad de la Avenida Ferrocarril del sur, las cuales conforman un sistema de espacios públicos (rondas de protección de cuerpos aguas, zona de influencia de la vía férrea, parques y algunas vías) que no se intervienen o protegen adecuadamente y terminan siendo sitios improvisados de concentración de esta población.

Existen otros factores que podrían haber influido en la distribución espacial de los habitantes de calle en la localidad, la intervención del Bronx, la cercanía a la localidad de Mártires, Santa Fe y Bosa, ya que fueron zonas expulsoras de esta población por diferentes dinámicas sociales y políticas.

La violencia intrafamiliar y el consumo de SPA pueden ser factores sumatorios por los que una persona que tenga diferentes cargas y presiones sociales, termine en condiciones de habitabilidad en calle. Las UPZ Ciudad Montes y San Rafael que concentran la mayor parte de los habitantes de calle de la localidad, también

tienen los mayores índices de violencias y la presencia de sitios de expendio y consumo.

La exposición de diferentes formas de transmisión al virus del VIH, como a diferentes infecciones de transmisión sexual (sífilis), sobredosis, desnutrición, abuso físico y sexual y discapacidad, entre otras, hacen que los habitantes de calle tengan tres veces más probabilidad de morir en comparación con la población general(21).

En el censo de habitante del calle 2017, el 34,7% de los ciudadanos habitantes de calle en Bogotá comienzan su situación debido a conflictos familiares, en donde hay carencia de apoyo en el núcleo familiar y posiblemente impedimento de sostenibilidad económica, lo que impulsa a la persona a salir de su hogar (22). Según SIVIM 2017 en la localidad de Puente Aranda, se notificaron 42 (6,7%) casos que corresponden a una tasa de 1,2 por cada 10000 adultos, este es el momento de curso de vida priorizado con la tasa más baja; la medición específica por UPZ es UPZ 40 tasa 20,8, UPZ 43 tasa 17,5, UPZ 41 tasa 12,5, UPZ 108 tasa 5,0 y UPZ 111 tasa 6,2.

Es posible, que la vida tan hostil en la calle, incentive a la violencia social, ya que este tipo de violencia es un comportamiento que genera daños físicos o psíquicos a otras personas a través de amenazas, ofensas o el uso de la fuerza. Para la medición de esta prioridad se tomó la base de datos del subsistema de vigilancia de causas externas –Sivelce 2017, específicamente para el momento de curso de vida Adultez, en donde se evidencia notificación de 3 eventos de violencia común en Bares, tabernas o discotecas(UPZ40: 1 caso y UPZ111: 2 casos); 3 en establecimientos públicos(UPZ 40, UPZ 41 y UPZ111); 89 en parques o vías públicas (UPZ 40: 28 casos, UPZ41: 20 casos, UPZ43: 27 casos, UPZ 108: 7 casos, UPZ 111: 6 casos) y 10 en otros espacios diferentes a la vivienda, esta fuente no permite identificar si los eventos fueron ocasionados por habitantes de calle.

La relación entre consumo de sustancias psicoactivas y el hecho de ser habitante de calle es compleja y controvertida y existe una relación de doble vía, pues la pobreza y el consumo de sustancias son factores de riesgo para llegar a ser habitante de calle, por tanto es muy factible llegar a caer en esta condición. El consumo de sustancias pasa a ser parte de su subcultura, con diversos factores que caracterizan el problema, como son la aceptación en el grupo, pues la persona tiene que consumir sustancias como una especie de acto de hermandad con los demás miembros del grupo(23).

El consumo de sustancias psicoactivas incluye el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas, cocaína, heroína, entre otros; Según Bebersí en 2012, reveló que la mayoría de los habitantes de calle eran consumidores de sustancias psicoactivas, como marihuana (90,2%), el bazuco (84,6%), el cigarrillo (77,6%) y las bebidas alcohólicas (75,6%)(23);que generan alteraciones de los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento; lo que puede ayudar a olvidar el hambre, frío y miedo; de día, cumple una función de pasatiempo, pues consumir drogas hace pensar que el tiempo pasa rápido; y de noche, ayuda a conciliar el sueño en la calle (24).

Según base de datos VESPA 2016, la notificación de adultos residentes de la localidad de Puente Aranda, es del 40,5% al igual que los jóvenes, con una tasa de 135,4 por cada 100000 habitantes de la localidad; las UPZ con mayor consumo son: UPZ 108: 47 casos - tasa de 1281,4; UPZ 111: 3 casos - tasa 20,7 y UPZ 40: 6 casos - tasa 6,7.

La habitabilidad en calle, se presenta desde hace varios años, pero no se cuenta con documentos oficiales que evidencien la problemática. La problemática afecta a todos los momentos de curso de vida, pero prevalece en la juventud y la adultez. Entre las principales causas está la disfuncionalidad de las familias, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades mentales no tratadas, desempleo, estilos de vida poco saludable, deserción escolar, desplazamiento forzado, entre otras.

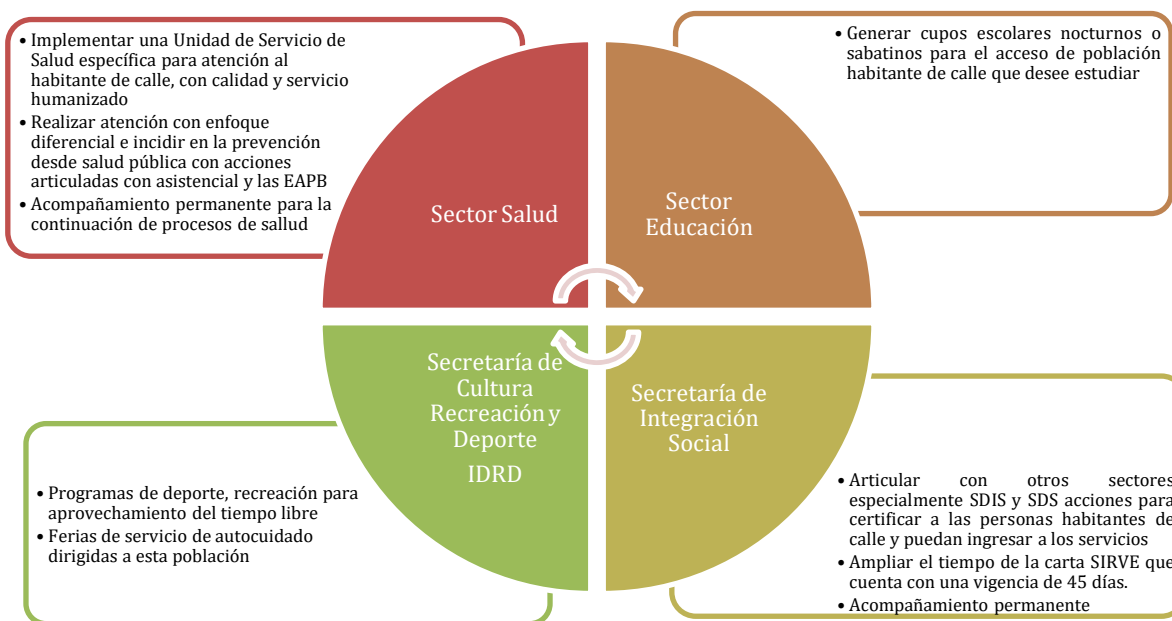
El evento se ve reforzado con la ubicación de los Centros de Acogida que funcionan en la localidad para todos los ciudadanos habitantes de calle del Distrito, la infraestructura de los canales y el asistencialismo estatal. Este evento afecta tanto a la comunidad como a la población ciudadana habitante de calle ya que se observa como una situación de corresponsabilidad. La inexistencia de la política pública para población ciudadana habitante de calle en el Distrito dificulta su atención.

Este evento se ve relacionado con actividades delictivas, hurtos y microtráfico, trabajos informales como recolección de basura, reciclaje donde el dinero que adquieren es para suplir sus necesidades básicas como alimentación, vivienda y consumo de SPA. Entre las implicaciones se consideran la inseguridad, pérdida de población económicamente productiva, retraso económico social y económico, sumado al aumento de las enfermedades de salud pública.

La respuesta del sector salud se encuentra desde el Plan de intervenciones colectivas y desde la Secretaría de Integración Social por medio del Idipron - UPI unidades de protección integral y los hogares de atención integral.

Como propuesta de respuesta en las mesas de análisis surgieron desde los diferentes sectores las siguientes:

Gráfica 10. Propuestas de respuesta para la prioridad habitante de calle en adultez Puente Aranda, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de las mesas de análisis para el documento, 2018

4.6. VEJEZ

El momento de curso de vida vejez corresponde desde los 60 años cumplidos en adelante, para la localidad de Puente Aranda las proyecciones CENSO DANE 2005, estiman para el año 2017, un total de 35,357 (44,6% hombres, 55,4% mujeres) personas adultas mayores, representando el 15,9% del total proyectado para la localidad; este porcentaje aumentó con respecto al año anterior en 0,6 puntos porcentuales pasando de 34.569 a 35.357.

El índice demográfico de dependencia mayores muestra un aumentó, evidenciando que, por cada 100 personas entre 15 y 64 años residentes en la localidad, en 2005 había 11,25 personas mayores de 65 años y para 2017 son

15,72. El índice de vejez ha aumentado desde el 2005 con 8 mayores de 65 años por cada 100 habitantes a 11 en el 2017.

En la localidad de Puente Aranda en particular, se debe dar mayor atención a los momentos de curso de vida adultez y vejez, sin desconocer los demás cursos, ya que su mayor población recae en estos momentos de curso de vida y pone a los sectores a repensar las intervenciones en la población debido a que las dinámicas con el territorio cambian cuando éste tiene una población, en el caso de Puente Aranda y comparadas con las demás localidades, cada vez más envejecida.

Para las prioridades se validó la información en el grupo funcional vejez dando como resultado once prioridades enmarcadas en cinco dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (Seguridad Alimentaria y nutricional, Salud ambiental, Condiciones no transmisibles, enfermedades trasmisibles, convivencia social y salud mental), Luego se procedió a valorar las prioridades a través de la metodología Hanlon, dando como resultado enfermedades por Mycobacterias en marcada en la dimensión del plan decenal de salud pública enfermedades trasmisibles .

Tabla 11. Resultados método Hanlon, prioridades Vejez, Puente Aranda, 2018

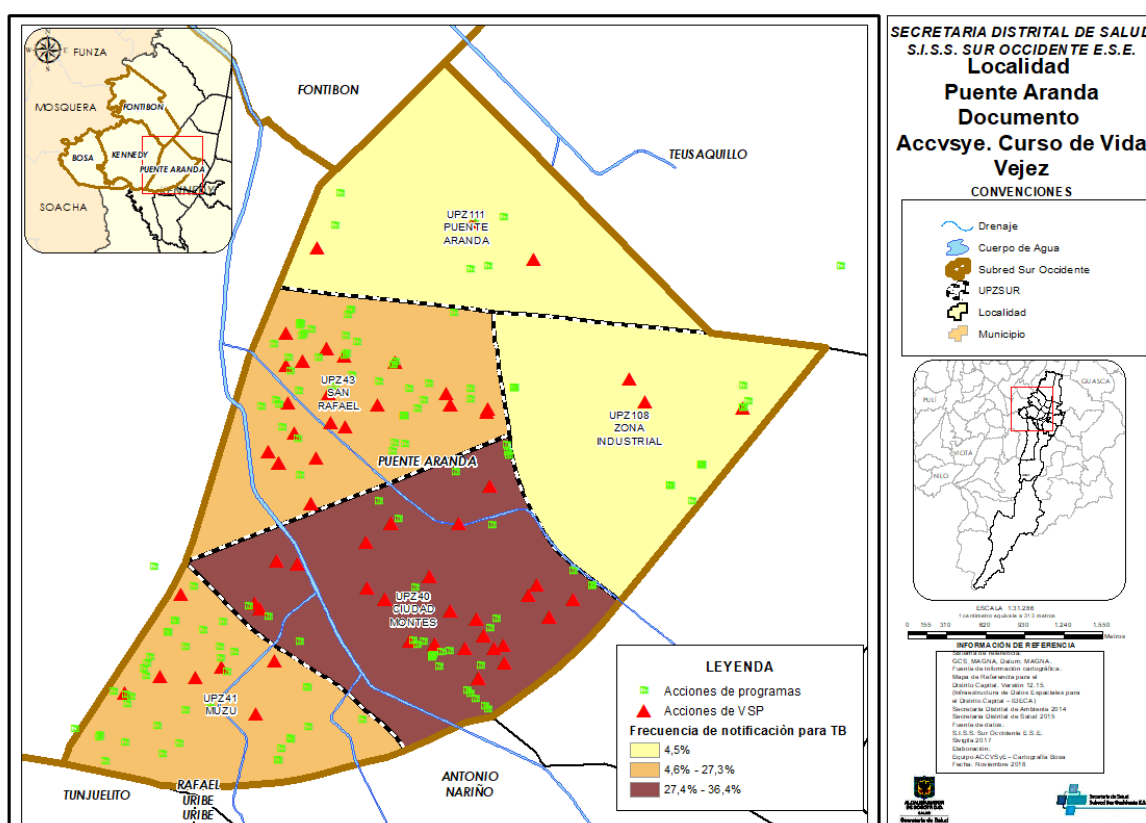
VEJEZ	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	PUNTAJE
Enfermedades por mycobacterias	10	8	2	3	107
Discapacidad	9	8	2	3	106
Cáncer	9	8	2	3	104
Condiciones crónicas	10	10	2	3	94
Contaminación del aire	9	9	2	3	94
Habitabilidad en calle	10	10	2	2	83
Sobrepeso y obesidad	8	5	2	3	83
Violencia intrafamiliar	10	9	2	2	73
Inadecuada tenencia de mascotas	10	5	2	3	67
Problemas en salud oral	9	8	2	2	62
Inadecuado manejo de basuras	8	6	1	2	41

Fuente: Equipo ACCVSYE, sistematización jerarquización prioridades método Hanlon, Puente Aranda, 2018

El protocolo de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud, define la tuberculosis como: “Infección bacteriana crónica, infectocontagiosa, multicausal y con diversas manifestaciones clínicas... produciendo secuelas en ocasiones irreversibles o incluso la muerte”, y relaciona como condición susceptible “niños, adultos mayores y personas infección por VIH, diabetes, silicosis, uso de inmunosupresores y alcoholismo, entre otros”.

Para el momento de curso de vida vejez, en la localidad de Puente Aranda, la enfermedad por *Mycobacterias*–Tuberculosis en el año 2017, presentó 22 casos notificados al Sivigila población residente mayor de 60 años en la localidad de Puente Aranda, la mortalidad por tuberculosis presentó 4 casos, de estos el 50% son hombres mayores de 60 años. La tasa de mortalidad por tuberculosis en la población mayor de 60 años residente de la localidad de Puente Aranda es de 0,9 por cada 100000 habitantes.

Mapa 8. Frecuencia de notificación de tuberculosis en adultos mayores, localidad Puente Aranda 2017



Los barrios: Galán, Colón, Primavera Norte – San Francisco, El Jazmín I y II sector, Remanso Sur, Villa del Rosario y Ospina Pérez; tienen las características en común, concentran población mayor de 60 años y quedan en las UPZ Ciudad Montes (UPZ 40), San Rafael (UPZ 43) y Muzú (UPZ 41); las cuales presentan los mayores índices de frecuencias de notificación por TB de la localidad.

Hay factores ambientales en la localidad, que, en el caso de los adultos mayores habitantes de calle, pueden agudizar o favorecer la reincidencia de la TB.

Condiciones de insalubridad en los lugares frecuentes de concentración de esta población en la localidad y el no acceso a una vivienda digna.

Para los adultos mayores con TB que no son habitantes de calle, el material particulado que generan las fuentes fijas y móviles de contaminación en la localidad (troncales de Transmilenio, rutas de SITP provisionales que ya cumplieron el ciclo de vida, industrias y tráfico de carga pesada) podrían incidir en que se desmejore el desarrollo de la enfermedad en las personas que ya la tienen latente. En la UPZ Ciudad Montes, la dirección de los vientos trae concentración de material particulado de localidades vecinas como Rafael Uribe y Antonio Nariño, lo cual podría ser un factor agravante para la condición de estas personas.

Según el censo de habitante de calle 2017, en las encuestas por entrevista directa se establece por rango de edad 189 mayores de 40 años (40%). Además, se evidencia que la razón por la que iniciaron su vida en la calle fue por consumo de sustancias psicoactivas en 45,6%, Conflictos o dificultades familiares 34,7%, por gusto personal 6,9%, entre otros. Según estudio realizado, la tuberculosis se encuentra asociada a los ciudadanos habitantes de calle por su estilo de vida y las condiciones de pobreza (exclusión y marginalidad)(25).

Las siguientes asociaciones se encuentran de las *Mycobacterias* con las enfermedades no transmisibles, como las condiciones crónicas, el cancer y la discapacidad. La aparición de estas y el deterioro propio de las personas adultas mayores, agudizan la respuesta inmunológica y permite un desarrollo y exacerbación de los síntomas de la tuberculosis.

Para los adultos mayores que habitanen la localidad de Puente Aranda, según lo reportado por SDS con base RUAF, en 2016 se informaron 688 muertes de adultos mayores que tenían como enfermedad de base Diabetes, EPOC, HTA, problemas circulatorios e infartos, El 88,8% de la mortalidad se presenta en personas de este momento de vida. La tasa de mortalidad en vejez por 100000 habitantes de la localidad de Puente Aranda para los eventos es de: EPOC 34,7; Diabetes 11,7; Enfermedades Crónicas 172,6; Infartos 82,5 e Hipertensión arterial 8,6. Las condiciones crónicas, al igual que la enfermedad por *Mycobacterias*, son de difícil tratamiento y seguimiento debido a las barreras de acceso a los servicios de salud; es importante mencionar que en los habitantes de calles con estas enfermedades las barreras son más marcadas adenas de la falta de interés de estos ciudadanos.

El cáncer se encuentra Según RUAF, Las mortalidades por Cáncer en la localidad de Puente Aranda, para el año 2015 se presentaron 211 de las cuales el 73,1%

(211) correspondían a personas mayores de 60 años; en el año 2016 se presentaron 306 (mayor número que el año anterior) sin embargo, el porcentaje disminuyó en 1,3 puntos porcentuales con referencia al año anterior por la vejez. Según RUAF 2016, las mortalidades por cáncer en el momento de vida vejez de la localidad de Puente Aranda, fueron 221, que corresponden 72,2% de las mortalidades por cáncer de residentes de la localidad; la tasa de mortalidad por cáncer es de 99,6 por 100000 habitantes de la localidad.

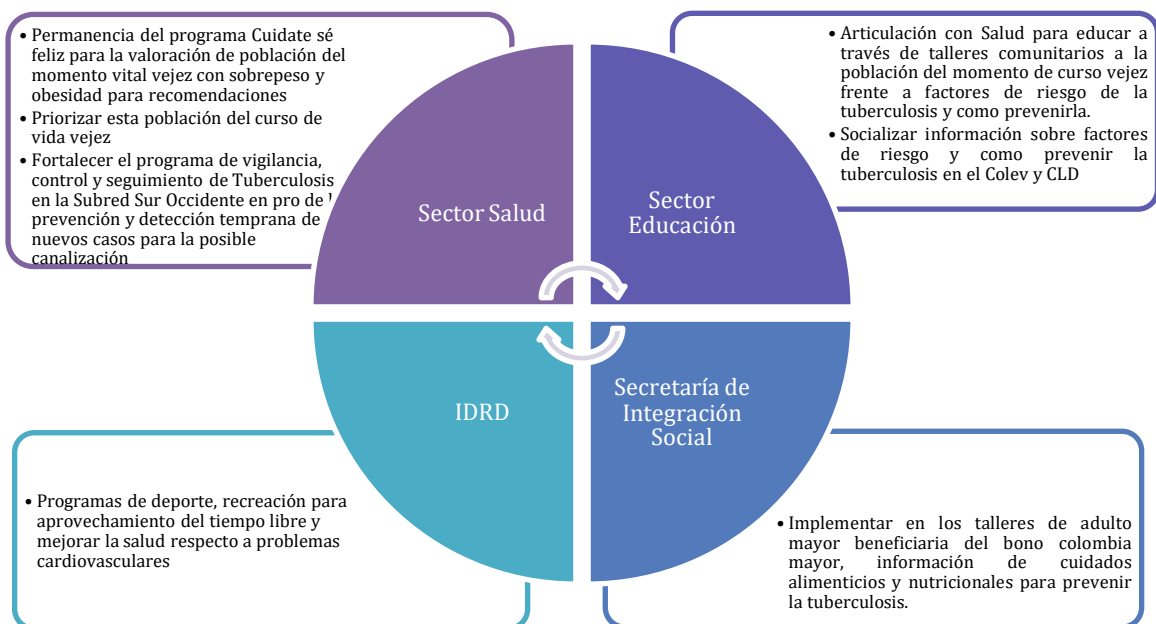
Con respecto patologías específicas en el 2016, para los residentes de Puente Aranda, para cáncer de cuello uterino, presento 2 casos, 6 casos en cáncer de mama, 19 cáncer de estómago, 15 cáncer de próstata y 19 casos de cáncer de tráquea-pulmón.

Las personas con condición de discapacidad, son más propensas a sufrir enfermedades respiratorias, según la base de discapacidad 2017, Bogotá cuenta con 9498 adultos mayores con discapacidad, de los cuales 373 (3,9%) residen en la localidad de Puente Aranda, comparando las tasas específicas la localidad (105,5) se encuentra 10 puntos por encima de la tasa distrital, adicionalmente los hombres presentan una tasa local (87,5) 2,2 encima de la distrital y las mujeres tienen una tasa local de 120,0, mayor en 16,9 puntos por encima de la distrital.

La respuesta del sector salud frente a las prioridades se enfatizan en detección y tratamiento de las personas diagnosticadas con *Mycobacterias*, en el Plan de Intervenciones Colectivas se realizan jornadas desde el espacio público sobre alimentación saludable, prevención de enfermedades crónicas, hábitos y estilos de vida saludables, uso de la bicicleta, buen manejo de alimentos.

Como propuesta de respuesta en las mesas de análisis surgieron desde los diferentes sectores las siguientes:

Gráfica 11. Propuestas de respuesta para la prioridad tuberculosis en vejez Puente Aranda, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de las mesas de análisis para el documento, 2018

5. CONCLUSIONES

Las diferentes etapas de la vida del ser humano se encuentran ligadas ya que el individuo es un ser dinámico y su vida no está fragmentada, sus experiencias y actitudes y las de los que los rodean, cuidan y protegen, al igual que su entorno pueden coadyuvar al desarrollo de enfermedades o problemáticas de salud, para la localidad de Puente Aranda se realizó una jerarquización de las problemáticas por momento de curso de vida enmarcado en las metas del plan decenal de salud pública, destacando los problemas de convivencia social y salud mental.

Desde el momento del nacimiento se muestra que en la localidad de Puente Aranda que la adherencia a la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses de vida no se alcanza en esta población, según los datos Sisvan en los años 2016 y 2017 no cumple con la meta distrital de lactancia materna exclusiva (mediana de 3 y 3,5 meses respectivamente), para el año 2017 las UPZ con menor adherencia fueron 111 Puente Aranda 2.5 meses y 108 Zona Industrial 2.6 meses.

En la etapa de primera infancia 0 a los 5 años de vida, es primordial fortalecer la inmunidad del menor, mantener la nutrición, generar buenos hábitos de vida y crear lazos de afecto, que le permitan al menor crecer en un ambiente de salud física y mental adecuado para afrontar todas las etapas de la vida.

La poca adherencia a la lactancia materna impide que los anticuerpos de la madre fortalezcan el sistema inmune de los menores coadyuvando a la aparición de enfermedades agudas o enfermedades transmisibles que pueden ser inmunoprevenibles, que pueden causar complicaciones y llegar hasta la muerte antes de primer año de vida. La leche de fórmula, recomendada por la industria farmacéutica y algunos los médicos como alternativa para aumentar el peso del menor y fortalecer con micronutrientes el desarrollo de los menores (creada para menores con deficiencias), va en contravía, debido que la lactancia materna brinda una nutrición adecuada al menor que permite un crecimiento y peso normal y ayuda al desarrollo adecuada de la actividad gastrointestinal; adicionalmente, el lazo emocional entre la madre y el hijo que genera la acción de amamantar y abrazar al bebé, fortalece el instinto de protección de la madre evitando la violencia intrafamiliar y genera seguridad en el menor permitiendo un mejor desarrollo emocional y afectivo.

Es posible que al romper este lazo afectivo de la relación entre la madre al hijo se fomente la violencia intrafamiliar, que en etapa de la infancia de los 6 a 11 años,

se define como desde la OMS como maltrato infantil y se evidencia por medio de abusos, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que pueden causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño; en la localidad de Puente Aranda por cada 10000 niños residente 3,6 son violentados, UPZ 108 tasa 8,3; UPZ 111 tasa 5,5; UPZ 43 tasa 4,1; UPZ 41 tasa 3,2 y UPZ 40 tasa 2,5 y se evidencia que en un porcentaje significativo esta violencia ocurre en el hogar, especialmente por los padres. las consecuencias en salud mental generadas en este momento de curso de vida son vitales en el desarrollo y actuar del individuo.

La negligencia en los menores, se muestra por medio de las cifras de malnutrición donde se presenta un aumento de sobrepeso y obesidad, además los índices de enfermedades bucales por falta de acompañamiento en la higiene y generación de hábitos adecuados. Quienes son vulnerables a sufrir esta problemática son los niños con alguna clase de discapacidad, quienes requieren más atención, cuidado y afecto. Algunos de las consecuencias de la violencia en los niños y niñas es el estrés, el cual se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano y en casos extremos puede el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario.

Estas violencias en conjunto con factores sociales y por la presión social y la necesidad del adolescente a integrarse y sentirse aceptado por un grupo que viven los adolescentes (12 a 17 años) de la localidad de Puente Aranda pueden desencadenar el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) legales e ilegales, según los datos de VESPA 2016 la tasa de consumo de adolescentes residentes de la localidad de Puente Aranda es de 54,6 por cada 100000 habitantes.

Los cambios comportamentales que surgen al momento de consumir de SPA sumado a factores, pueden conllevar a conductas suicidas (ideación e intento), violencias de género, habitabilidad en calle y el inicio de relaciones sexuales a temprana edad muchas veces sin protección.

Uno de los problemas de los jóvenes (18 a 28 años) en su forma de transmisión por intercambio de fluidos corporales por relaciones sexual o por intercambio de elementos cortopunzante sobre todo en el consumo de SPA, hace a la población joven un blanco para la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana, causante del deterioro progresivo de las células sanguíneas encargadas de proteger al individuo de los agentes patógenos; la localidad de Puente Aranda se encuentra en el puesto 11 a nivel distrital en la notificación de casos de VIH, se evidencia que el 59% de la notificación por Sivigila para el año 2017 era en jóvenes, prevaleciendo en el sexo masculino. Al adquirir el virus de VIH existe mayor probabilidad de contagio de otras infecciones de transmisión sexual como sífilis y enfermarse por agentes patógenos oportunistas (bacterianos o micóticos)

que comienzan por afectar la salud oral de los individuos y posteriormente otros órganos.

En el curso de vida juventud, se favorece el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, que son predisponentes a la transmisión del virus y aumenta la probabilidad de violencia intrafamiliar y social, además desfavorece el autocuidado y autoestima; estos dos factores, son las principales razones según el censo de habitante de calle 2017, por la cual los ciudadanos terminan en esta condición, que favorece la transmisión del virus y es una problemática en esta localidad.

En el momento de curso de vida adultez (29 a 59 años) en la localidad de Puente Aranda se muestra ser la cuarta en el distrito con presencia de población habitante de calle según el censo de habitabilidad en calle de 2017, las principales causas para llegar a esta condición son el consumo de SPA y los conflictos familiares problemáticas que hemos desarrollado en los momentos de vida anteriores. Adicionalmente, las condiciones de pobreza y vulnerabilidad que se presenta en esta población, los conduce a defenderse de forma violenta con otros individuos y con la sociedad en general.

Además, en los habitantes de calle tiene una relación estrecha con el consumo de SPA y en ciertas oportunidades por conseguir sus dosis y aplicarlas, se exponen al contagio de enfermedades de transmisión sexual (VIH y Sífilis). Otra de las enfermedades que tiene relación con esta condición es la enfermedad por *Mycobacterias* – tuberculosis (problemática en el momento de curso de vida vejez – mayores de 60 años), asociada mundialmente a las condiciones de vida de los sectores vulnerables, aunque la localidad de Puente Aranda cuente con el 77,7% de la población en estrato 2 y 3 teniendo en cuenta que solo el 42% del uso de su suelo es residencial; esta localidad cuenta con el cuarto lugar en población habitante de calle.

La tuberculosis es una enfermedad principalmente de transmisión aérea, altamente transmisible de crecimiento muy lento y progresivo; los adultos mayores por su condición natural de inmunodepresión favorecen la aparición de la enfermedad que puede llegar a ser mortal; adicionalmente, las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, enfermedades coronarias, diabetes, EPOC, cáncer e incluso la malnutrición y discapacidad, se sugiere que aumenta la susceptibilidad del individuo a desarrollar la tuberculosis. En la localidad de Puente Aranda presenta una tasa de notificación por esta enfermedad al SIVIGILA en 2017 de 9,9 adultos mayores por cada 100000 habitantes de la localidad y de su mortalidad 0,9.

En la localidad de Puente Aranda a lo largo de la vida se evidencia una fuerte deficiencia en la salud mental de la población que conlleva a las principales problemáticas jerarquizadas, además, las condiciones sociales y los factores ambientales de esta localidad favorecen el desarrollo de lo mencionado en este documento.

6. RECOMENDACIONES

- **Primera infancia - Poca adherencia a la lactancia materna exclusiva**

Las acciones desde el sector salud para favorecer la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de vida, se encuentran enfocadas a reforzar en los profesionales que valoran a las madres y a los menores de las diferentes EAPB para que concienticen a las madres de los beneficios de la lactancia materna y fortalezcan la educación de las madres en cómo realizar la lactancia, así mismo, reactivar en las instituciones las salas amigas de la primera infancia (IAMI), especialmente en los servicios médicos de maternidad y de atención al recién nacido.

Adicionalmente, implementar en la estrategia de barrios promotores dos estrategias de AIEPI y embarazados todos por la vida; realizar talleres educativos de promoción de la lactancia materna articulado el espacio público y educativo con actores como ICBF, integración social y secretaría de educación, para el fomento de la lactancia materna dirigido cuidadores, madres a gestantes y madres lactantes (padres de familia o estudiantes), en jardines y colegios públicos y privados; e incluir desde el espacio laboral la educación promoción de lactancia materna desde la óptica de la enfermería , además de incentivar el desarrollo de las salas amigables para la lactancia materna, reglamentadas en la ley 1823 de 2017.

- **Infancia - Violencia intrafamiliar**

Reactivar el programa familias fuertes, lo cual considera importante mejorar la salud y el desarrollo de la infancia, permite prevenir conductas de riesgo frente a la violencia intrafamiliar y al consumo de SPA desde la promoción activa de la comunicación y vínculo afectivo entre padres e hijos. Igualmente, ayuda a generar

capacidades y habilidades familiares que fortalezca la comunicación, propenda por la salud mental de las familias y al manejo de emociones.

Esto es un insumo para transformar el modelo de atención a la infancia, pues lo hace preventivo y no solo de rehabilitación, a través de un diagnóstico exhaustivo para encontrar hallazgos que identifiquen causas y consecuencias que puedan estar afectando a los niños y niñas.

En caso de la evidencia de VIF se debe usar esta estrategia para el trabajo con la familia y activar la ruta adjudicando un profesional, referente que garantice la efectividad de la misma para que el objetivo se cumpla, en beneficio de la integralidad de los niños y niñas. Así mismo, tener en cuenta el enfoque diferencial para la atención en casos de población con discapacidad o perteneciente a cualquier otro grupo de población diferencial.

- **Adolescencia - Consumo de SPA**

Fortalecer la estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas SOJU, para revertir los factores de riesgo en factores protectores, desde la promoción de hábitos saludables, el autocuidado, vínculos afectivos y la activación de las habilidades y capacidades de los adolescentes de la localidad de Puente Aranda. De igual forma, dar continuidad y fortalecer el proyecto de barras futboleras; la cual debe ser integral y dar respuesta a las necesidades de los adolescentes y jóvenes.

Activar la ruta y mejorar la atención de los adolescentes y jóvenes de acuerdo al proceso en el que se encuentra frente al SPA, es decir, modalidad de intervención en el tratamiento de adicciones cuando sea el caso (consumo inicial o incipiente, experimental, recreativo, problemático) igual, de acuerdo a la sustancia tabaco, alcohol. Generar una mejor relación entre los procesos familiares, educativos y de salud pública, en el sentido que exista corresponsabilidad en los esfuerzos realizados desde salud hacia el espacio educativo, espacio público y vivienda.

Promover y dar continuidad a los programas cuyo objeto sea el buen uso del tiempo libre como los programas culturales desde las artes, la danza, la música, el teatro y deportivas. Así mismo habilitar espacios físicos propios para la realización de estas actividades teniendo en cuenta que se debe dar continuidad ya que generalmente dependen de las vigencias de gobierno.

En las acciones que se realizan desde el espacio educativo aumentar el personal

especializado para el trabajo y abordaje del consumo de SPA con los estudiantes; solo se tiene un psicólogo especialista para las cuatro localidades, esto para dar respuesta a la demanda de la problemática al igual que el perfil de trabajo social. El perfil de orientación debe ser más integral para poder abordar efectivamente las problemáticas que se presentan en las instituciones educativas; se sugiere que sea profesional en psicología.

- **Juventud - Infección por VIH**

Los esfuerzos frente a la infección por VIH deben estar enfocados al fortalecimiento de la prevención frente a la transmisión del virus, sugiriendo la socialización de los riesgos y como prevenirla articulando la Ruta de Oportunidades Juveniles con la Ruta de Habitabilidad en Calle, para garantizar a los adolescentes y jóvenes entre 14 y 28 años (diagnosticados y no) una capacidad de respuesta unificada, coordinada, diferencial en temas de identificación, salud, educación, empleo, emprendimiento, cultura, arte, deporte, recreación, rutas inmediatas en caso de vulneración de uno o más derechos.

Igualmente, ampliar la cobertura de toma rápida de VIH para los jóvenes que se acercan a los servicios, al igual que para la población joven habitante de calle fortaleciendo por estrategia de IEC a través de una pieza comunicativa con información de la enfermedad, puntos de atención y servicios en salud. Articular con otros sectores especialmente SDIS y SDS acciones para certificar a las personas habitantes de calle y puedan ingresar a los servicios, sobrepasar el tiempo de la carta SIRVE que cuenta con una vigencia de 45 días.

La SDS en articulación con las secretarías de gobierno en pro de generar campañas dirigidas a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y uso del preservativo; incluyendo en ellas la realización de pruebas rápidas a la población general como screening poblacional.

- **Adulthood - habitabilidad en calle**

Desde el sector salud la SDS debe implementar una Unidad de Servicio de Salud específica para atención al habitante de calle, con calidad y servicio humanizado. Esto en la medida de generar una acción resolutoria y no paliativa, reconociendo la atención a esta población en la Unidad del Samper Mendoza en la localidad de Mártires, pero debe haber una en Puente Aranda, que realice atención con enfoque diferencial e incidir en la prevención desde salud pública con acciones articuladas con asistencial y las EAPB.

La atención a esta población debe realizarse de manera más integral, además de la existencia de seguimiento con más profesionales para que las acciones sean resolutivas para las personas HC ya que si no hay acompañamiento durante el proceso médico, este se pierde.

- **Vejez - enfermedad por *Mycobacterias***

Priorizar el momento de curso de vida vejez, para fortalecer la educación frente a la tuberculosis y hacer acompañamiento a los pacientes diagnosticados residentes de la localidad de Puente Aranda y a sus familiares y/o cuidadores no sólo frente a la enfermedad sino a procesos nutricionales y de salud mental.

Enfocar en el sector salud, la implementación de estrategias de IEC en las USS para fortalecer el conocimiento del personal asistencial y población general frente a la identificación de síntomas respiratorios compatibles con tuberculosis, con el fin de captar los usuarios para la toma de la baciloscopia y posterior tratamiento en caso de requerir, de forma gratuito indiferente al régimen de afiliación.

Fortalecer el programa de vigilancia, control y seguimiento de Tuberculosis en la Subred Sur Occidente en pro de la prevención y detección temprana de nuevos casos para la posible canalización. Atención integral médica y de calidad en cualquiera de las unidades de servicios de salud a todas las personas que presenten tos y flemas por más de 15 días y otros síntomas para la toma de la baciloscopia, de manera que existan acciones preventivas y socializar esta información en el COLEV y el CLD. El diagnóstico y el tratamiento debe ser gratuito para la población no importa el régimen de afiliación.

Acompañamiento permanente a los pacientes con TB y a sus familiares y/o cuidadores no sólo frente a la enfermedad sino a procesos nutricionales y de salud mental.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Bogotá A mayor de, Salud SD de, Social I. Caja de Herramientas Gestión Social Integral. 2009.
2. Bogotá AMDE, Francisco G, Urrego P, Enrique A, Rojas C, Fergusson G. Avances y Retos de Bogotá en la Gestión Social de Políticas Públicas.
3. Focal G. ¿Que Es Un Grupo Focal? Available from: <https://avdiaz.files.wordpress.com/2009/08/que20es20grupo20focal.pdf>
4. Ministerio de Salud S de salud ambiental. Vacunación perros y gatos 2017 [Internet]. 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/nacional-municipio-2017.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna Exclusiva [Internet]. Nutrición. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
6. Chivers P, Hands B, Parker H, Bulsara M, Beilin LJ, Kendall GE et al. Body mass index, adiposity rebound and early feeding in a longitudinal cohort (Raine Study). *Int J Obes.* 2010;34(7):1169–76.
7. Riskin A, Almog M, Peri R, Halasz K, Srugo I KA. Changes in immunomodulatory constituents of human milk in response to active infection in the nursing infant. *Pediatr Res.* 2012;71(2):220–5.
8. Breakey AA, Hinde K, Vallengia CR, Sinofsky A EP. Illness in breastfeeding infants relates to concentration of lactoferrin and secretory Immunoglobulin A in mother's milk. *Evol Med Public Heal.* 2015;1:21–31.
9. oms. Maltrato infantil [Internet]. 2018. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
10. López-Navarrete GE, Perea-Martínez A L-AA. Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. *Acta Pediatr Mex.* 2008;29(6):342–6.
11. Requena Mendoza, A; Robles Bermeo, N; Lara Carrillo E. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso. *Int J Odontostomat.* 2014;8(1):167–73.
12. Berástegui Pedro-Viejo Ana G-BB. Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Psychosoc Interv.* 2006;15(3):293–306.
13. oms. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. 2018. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
14. Evans E, Hawton K RK. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev.* 2014;24(8):957–79.
15. Secretaria Distrital de Salud. Situación actual del VIH en el distrito capital primer trimestre 2017. 2017;
16. Gabriel Mosquera, Isabel Cuéllar, Margarita Tamayo LC. Secundarismo sifilítico en infección por VIH, con fenómeno de Prozona. *Acta Med Colomb.* 2014;39(1).
17. OMS. Violencia contra la mujer y riesgo de contraer VIH.

18. Galindo J, Tello-Bolívar IC, Montaña-Agudelo D M-MH. conocimientos, actitudes y practicas frente a la alimentación de las personas con VIH/SIDA y su relación con síndrome metabólico , Cali-Colombia. *Perspect Nutr Humana*. 2015;17:20–35.
19. Tamí-Maury I, Agüero M E-DS. Estudio piloto sobre políticas de salud bucal y VIH. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(6):536–40.
20. Correa M. *La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle*. 2007.
21. Health SE. Clinical Services Policy and Planning Unit. *Homelessness and Human Services - a Health Service Response*. 2000.
22. Carolina Gómez Urueta. *EL HABITANTE DE LA CALLE EN COLOMBIA: Presentación desde una perspectiva social-preventiva*. 2013.
23. Berbesi D, Martínez A, Segura A ML. VIH en habitantes de calle de Medellín. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2012;30(3):310–5.
24. Colallition N of the homeless. *Why Are People Homeless?* 2009.
25. Vendramini, Silvia; Scatena, Tereza; Geraldés, Lourdes y Gazetta C. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estrategia DOTS no controle da dolencia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;1–3.