

Banco Distrital de Programas y Proyectos Ficha EBI-D

Fecha: 2016

Estado:

Inscrito _____

Registrado _____

Actualizado _____

1. Identificación

BANCO:	Distrital de Programas y Proyectos
ENTIDAD:	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
PROYECTO:	SALUD PARA EL BUEN VIVIR

2. Clasificación

SECTOR:	SALUD
PLAN DE DESARROLLO:	BOGOTA HUMANA
EJE ESTRATEGICO:	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo
PROGRAMA:	Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad
SUBPROGRAMA:	
META PLAN	

3. Localización Geográfica

Localización:	El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento para las 20 localidades, las zonas urbana y rural y el 100% de la población de la ciudad.
Bogotá D.C.:	Población: 7.571.345 habitantes para 2012, 7.674.366 para 2013; 7.776.845 para 2014; 7.878.783, para 2015

4. Problema y su Justificación

Formato ID-01: Descripción del Problema o Necesidad.

Elevar las condiciones de bienestar de la ciudadanía y sentar las bases de un cambio de enfoque de la acción pública en salud en articulación con otros sectores, se requiere en primer lugar de la identificación, análisis y problematización de las realidades de las poblaciones en los territorios que permitan reconocer las condiciones, situaciones, exposiciones protectoras y deteriorantes como los daños y las consecuencias, y a través de procesos de problematización y de priorización abordar los factores prioritarios para la acción en sinergia la gestión pública, la comunidad y el sector privado.

Se busca a través de un modelo de atención integral en salud desde la estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque promocional de Equidad en Calidad de Vida incidir en las condiciones de segregación e inequidad relacionados con las capacidades de las personas, la persistencia de situaciones de exclusión y riesgos ambientales y la apuesta por el fortalecimiento de la gestión pública para orientar y apoyar las aspiraciones colectivas de las ciudadanías bogotanas.

Para detallar la magnitud de la situación de salud, calidad de vida y desarrollo humano en la ciudad de Bogotá se presenta a continuación los aspectos generales de la población y las desigualdades sociales injustas y evitables por localidad de la ciudad.

Desigualdades injustas y evitables en salud y calidad de vida en Bogotá

Reconocer el desarrollo humano para Bogotá y que sea sostenible requiere de manera indispensable que los procesos

de mejoramiento de la calidad de vida de la población no solo sea de la ciudad sino en una perspectiva ciudad- región, reconociendo la necesidad de este mejoramiento en los municipios cercanos a Bogotá.

Bogotá aporta el 22% de Producto Interno Bruto- PIB- del país, el gasto que hace la nación en esta ciudad es casi el triple del gasto distrital, es decir el bienestar de los bogotanos y bogotanas no sería posible sin el aporte del resto de los colombianos y colombianas, este reconocimiento implica una permanente disposición entre esta ciudad y el resto del país, que permita el logro de acciones favorables para todos los y las colombianos-as.

Es evidente por las distintas estadísticas nacionales que Bogotá tiene unas condiciones superiores de calidad de vida que el resto del país, y estos indicadores han mostrando importante mejora en los últimos ocho años, aún existen profundas desigualdades entre las localidades y la poblaciones de esta ciudad.

Sin embargo, ha aumentado el número de familias que no pueden pagar el costo creciente de esos servicios básicos, como tampoco logran acceder a otros servicios más complejos como los de salud y educación. En las localidades más pobres de Bogotá, cerca del 11,7% de los jefes de hogar o sus cónyuges informaron haber empeorado sus condiciones de alimentación, principalmente por razones que tienen que ver con el aumento de los precio, como lo muestra la Encuesta de Calidad de Vida (ECV-2007) Esto significa que se ha incrementado la pobreza, pero la medida de NBI no logra captar el fenómeno. Sólo si se mide por línea de pobreza (LP), es decir, por los ingresos familiares en contraste con el costo de la canasta básica de bienes y servicios.

Un marco de comprensión sobre el desarrollo humano en la ciudad se analiza desde los resultados del Índice de Desarrollo Humano en Bogotá del año 2007 entre las localidades se evidencian desigualdades importantes entre ellas. Se evidencia desigualdades de condiciones y oportunidades territoriales y poblacionales, manifestando la segregación socio-económica de la ciudad, a pesar de la mejora de indicadores sociales en la ciudad aún no se logra condiciones que favorezcan la igualdad y la equidad.

Se evidencia en la comparación de este Índice que la segregación social-económica de la ciudad se expresa en su periferia donde hay mayor concentración poblacional y menor dotación, equipamiento y bienes y servicios. El aumento de la precariedad ha sido desigual. La segmentación progresiva de la ciudad ha ubicado a los pobres en unas localidades.

Avanzar en el desarrollo humano debe estar acompañado de la reducción de la pobreza y una reducción de la desigualdad favoreciendo la equidad poblacional y territorial. Ello implica que la ciudad logre desarrollos equitativos en espacio público para su mejoramiento y usos, movilidad, cobertura de servicios públicos domiciliarios, en su dimensión social, se debe avanzar en la universalización de salud y la educación con mayor acceso y calidad de servicios de salud, provisión de condiciones de seguridad y transformación y fortalecimiento de la cultura política.

Las desigualdades socio-económicas descritas se expresa en severas inequidades en la situación de salud de la población bogotana. Si bien los indicadores de mortalidad evitable han mejorado, la velocidad de cambio es lenta y no ha sido igual para todos. A pesar de la disminución de estas tasas, la mayoría de los indicadores de salud muestran diferencias entre las localidades que resultan, a todas luces, injustas y evitables. En cuanto al perfil de morbilidad, Bogotá muestra una combinación compleja. Aparece cada vez más el peso de las enfermedades crónicas, relacionado con el acumulado de formas de vida deletéreas en una población que vive más tiempo.

En cuanto a la respuesta en salud en Bogotá el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud ha tenido un buen desarrollo, con una mayoritaria participación del Régimen Contributivo y menor del régimen subsidiado, pero aún se presenta un número importante de población no afiliada cercano al medio millón de habitantes que por razones de desplazamiento forzado por violencia, emergencia y desastres, desempleo, entre otros motivos no logran estar asegurados por su alta movilidad.

De otro lado la oferta de servicios ha aumentado, pero se concentra en las zonas de mayor densidad población y de menor demanda. Cerca del 80 % de esta oferta se ubica en la zona norte de la ciudad; esta distribución ha respondido a la dinámica del mercado de servicios, siguiendo las preferencias de los oferentes más que las necesidades de atención de la población, situación que hoy se reconoce como una seria barrera para el acceso a los servicios de los más pobres. Según la naturaleza jurídica, predomina el sector privado con el 76,60%, el 8,46% es de carácter público y 14,90% son fundaciones sin ánimo de lucro y hay una 0,05% mixta. (SDS-DSS, 2010).

A pesar de los avances del desarrollo del Sistema, existen serios problemas en la respuesta institucional y social a los problemas de salud en Bogotá. El más importante es la fragmentación. En diferentes escenarios y estudios se reconoce que el sistema de salud está fragmentado en varios sentidos: en la acción de los agentes involucrados, sean prestadores, aseguradores, moduladores o usuarios; en la disposición de los servicios, pues existen diferentes planes de beneficios según la capacidad de pago de las personas.

También está dividido en las competencias de los entes territoriales y la Nación, lo que dificulta el ejercicio de la rectoría territorial del sistema. En la actualidad, no es posible saber a ciencia cierta cuál es el perfil de morbilidad de la población bogotana. La Secretaría Distrital de Salud no obtiene información sobre la atención de la población en el régimen contributivo, parcialmente del régimen subsidiado. Esta situación se debe a la decisión de centralizar esta información en el Ministerio de Salud a través de varios mecanismos no unificados, sin que los entes territoriales puedan utilizarla para la toma de decisiones. De manera que no existe un sistema de información suficiente para ejercer la rectoría del sistema en los territorios concretos y ésta se reduce a las labores de inspección, vigilancia y control en los aspectos señalados por las normas.

El segundo problema grave es la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, de tipo geográfico, económico o administrativo, en especial para la población más pobre y vulnerable. Por ejemplo, cuando las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados o establecen trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos, se generan barreras inaceptables que ponen en peligro la vida de las personas. Las cuotas moderadoras se han convertido en obstáculo para resolver necesidades de los más pobres y más aún el copago y las cuotas de recuperación de los hospitales públicos. La atención de urgencias tiene restricciones económicas y trámites administrativos injustos que la reducen a las intervenciones mínimas e insuficientes. Hoy se calcula que cerca del 30% de la población no es suficientemente pobre para recibir el subsidio del Estado, pero tampoco tiene los ingresos suficientes para sostener su afiliación al régimen contributivo. Esta población va en aumento, si se tiene en cuenta la situación de desempleo, subempleo e informalización laboral creciente.

En el marco del aseguramiento y en un modo de atención centrado en la enfermedad, el énfasis se ha puesto en los servicios de atención curativa individual y se ha debilitado la capacidad preventiva. La inversión en acciones preventivas por parte de las aseguradoras no alcanza los montos establecidos en la ley. Esto se expresa en una capacidad muy limitada para prevenir e intervenir sobre los problemas prioritarios de salud pública de la ciudad.

Identificación de las principales causas del problema o necesidad:

Las causas de las inequidades en salud en Bogotá se han analizado desde la metodología de núcleos problemáticos a partir de Análisis de Situación de Salud y Calidad de vida de los Diagnósticos locales y Distrital de las vigencias 2009 y 2012 con participación social. Dado el desarrollo de la perspectiva poblacional estos núcleos problemáticos se presentan de la siguiente forma: Familias, Infancia, Juventud, Adultez, Vejez, desplazamiento, discapacidad, etnias.

Núcleos problemáticos de las Familias:

- La familia se comporta como un entorno natural donde se establece por primera vez el comportamiento y se originan condiciones, cultura, valores y normas que permiten a sus integrantes la toma de decisiones saludables; a su vez, se comporta como primer nodo socializador y movilizador, que facilita el fortalecimiento colectivo del trabajo por los derechos y la democracia participativa, en un contexto sociopolítico y cultural que le imprime determinaciones. En tal sentido, el no reconocimiento de las diferencias entre sus miembros en términos del ciclo vital, de las subjetividades y de los proyectos de vida, condicionan relaciones de poder asimétricas que limitan el ejercicio de la autonomía y la toma de decisiones de cada individuo en su núcleo familiar.
- El desconocimiento de la heterogeneidad y diversidad cultural de las familias, de sus identidades y la falta de oportunidades para construir ciudadanía, se constituye en una situación que se agudiza en aquellos territorios sin equipamientos que aumentan los riesgos ambientales y además permiten el desarrollo de procesos delictivos (Ej. venta de sustancias psicoactivas, atracos) y la configuración de escenarios de confrontación con la institucionalidad, profundizando las inequidades en las condiciones de vida.

- Modelo propuesto en el Sistema General de Seguridad Social, limita el acceso de las familias a los servicios por su pertenencia al sistema de aseguramiento, en este sentido persisten formas de vulneración del derecho a la salud. Adicionalmente, esta situación restringe las prácticas propuestas tanto por el enfoque familiar, así como de la estrategia de atención primaria de salud.
- Profundización de un modelo de individualización que afecta los lazos de solidaridad entre las familias y la búsqueda de alternativas a las necesidades comunes en una constante negación del otro.
- La dificultad en la continuidad de los esfuerzos y recursos (humanos, financieros) invertidos en el mejoramiento de las condiciones ambientales, así como la falta de seguimiento y veeduría desde las familias por el bajo empoderamiento desde la perspectiva de derechos, determinan el deterioro de la calidad de vida de las familias en sus micro territorios.

Núcleos problemáticos de la Niñez:

- Diversas y marcadas expresiones de violencia contra los niños, las niñas y los adolescentes que ponen en riesgo su salud física y emocional y determinan su desempeño en los diferentes ámbitos de vida cotidiana
- Condiciones socioeconómicas desfavorables que llevan a la falta de acceso, disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos afectando la seguridad alimentaria y nutricional de los niños, niñas y gestantes.
- Débil construcción y ejercicio de la autonomía relacionada con el cuidado de la vida y el uso de los servicios de salud y modelo de aseguramiento que genera exclusión e inequidad
- Imaginarios culturales y representaciones sociales que invisibilizan a la familia gestante, los niños y niñas como seres autónomos y sujetos de derecho
- Patrones culturales, condiciones socioeconómicas y escenarios físicos inseguros e inapropiados que limitan la inversión adecuada del tiempo libre y el desarrollo integral de los niños y niñas de Bogotá deteriorando su calidad de vida y salud.¹
- Inclusión laboral de niños y niñas por factores sociales, económicos y culturales de las familias vulnerando sus derechos y desdibujando el significado del ser niño/ser niña, y de la importancia de vivir una niñez feliz y protegida.
- Desconocimiento en la identificación y detección temprana de niños y niñas con limitaciones o en condición de discapacidad por parte de padres, cuidadores y personal del sector salud que dificulta la atención oportuna e integral, así como su inclusión dentro de los diferentes ámbitos de vida cotidiana.
- Condiciones medio ambientales inadecuadas que afectan la salud de los niños, niñas y gestantes generando la prevalencia de enfermedades como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA)

Núcleos problemáticos de las Vejez Núcleos Problemáticos:

¹ Secretaria Distrital de Salud. Hospital de Suba. Localidad de Suba. Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

Es importante determinar que a continuación se definen una serie de problemáticas y necesidades de las personas mayores las cuales han sido valoradas dentro de los diferentes diagnósticos locales al igual que el aporte de la Línea de base de la Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital 2.

El primero que se encuentra es el que está relacionado con las **barreras de acceso administrativas, físicas y culturales de servicios sociales (salud) causados por la normatividad y condiciones de infraestructura, genera en las personas mayores del régimen subsidiado y contributivo eventos de salud prevenibles, afectando su salud y vulnerando su derecho la salud**, frente a esto tenemos que dentro del análisis realizado en la Línea de base de la Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital, se encontró que la calidad de los servicios para quienes están afiliados-as: el tiempo promedio de espera entre la solicitud de cita médica y la atención efectiva es 7 días en promedio, pero para las personas mayores en situación de miseria el promedio de espera es 22 días. Esta problemática se incrementa en los servicios de consulta médica especializada, y es más significativa para las personas mayores ubicadas en territorios rurales.

De otra parte el acceso a los medicamentos es un problema que requiere especial atención en la vejez, en razón al esquema de mercado que subyace en el sistema de la seguridad social en salud y al costo de los medicamentos producidos la mayor parte de ellos por multinacionales con dominio de monopolio. En muchos casos, hay una cierta tendencia a crear barreras de acceso a esos bienes que por derecho corresponden a los usuarios-as de esos servicios. En Bogotá, sólo el 56.3% de las personas mayores reciben la totalidad de los medicamentos formulados.

El segundo núcleo problemático es **el que determina que el debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral afectan las condiciones biopsicosociales en la vejez, generando expresiones de violencias, como la discriminación, y el aislamiento y hasta el abandono de las Personas mayores por sus familias en hogares gerontológicos, o en procesos de atención en ESEs de segundo y tercer nivel.**

Frente a lo anterior la Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 20113, aborda el tema de la satisfacción de las personas mayores con su familia encontrando que existe un 71% de personas mayores que se encuentran satisfechos o muy satisfechos con sus familias, tal como lo manifiesta la encuesta, esto marca un porcentaje alto de familias funcionalmente buenas según la percepción de las personas mayores. Otro aspecto que nos revela las nuevas dinámicas de las familias con personas mayores, es el caso de los hogares en los cuales las mujeres cabeza de hogar trabajan, en estas situaciones, en el 36% de los hogares las personas mayores asumen el cuidado de los niños y niñas mientras la mujer trabaja, lo cual deja ver como dentro de la familia el cuidado y la crianza de los niños y las niñas ha pasado a ser una responsabilidad de los abuelos y las abuelas.

Estos diferentes datos nos dan cuenta de cómo el lugar de las personas mayores al interior de sus familias se ha transformado teniendo en cuenta las nuevas estructuras familiares así como las dinámicas sociales y económicas, lo cual marca la necesidad de reconocer estas nuevas dinámicas y su relación con las situaciones de violencia que se presentan contra o desde las personas mayores al interior de las familias.

Las personas mayores reconocen haber sufrido maltratos en el hogar, entre el 4% y el 6%⁴ en la mayoría de los casos se pone de manifiesto la violencia económica ya sea por parte del Estado o de los miembros del hogar, sostienen que con mucha frecuencia en la familia, el maltrato psicológico y se caracteriza por la indiferencia cotidiana y la falta de paciencia hacia ellos; detectándose que esta violencia es generada por los hijos-as y familiares genera un aumento de los índices de alcoholismo, de depresiones crónicas y de suicidio.

El tercer núcleo problemático hace referencia a la **falta ocupación laboral formal para las personas mayores, la cual contribuye al disminución de su desarrollo, ocasionándole un deterioro social, que lo conduce a altos niveles aislamiento social impidiéndole tener así un proceso de envejecimiento activo.** Lo anterior se confirma en

2 Línea de base para la formulación de la Política de Envejecimiento y Vejez en el Distrito Capital. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID. Convenio Secretaría Distrital de Integración Social SDIS – Fondo de Población de Naciones Unidas. Bogotá, D.C. Noviembre de 2009.

3 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, PROFAMILIA. 1ª Encuesta distrital de Demografía y Salud (EDDS) 2011 [en línea], [citado 2011-11-15]. Disponible en Internet: <http://www.demografiaysaludbogota.co/>

4 MORRISON, Andrew. La prevención de la violencia y el crimen. La experiencia del BID. Presentada en el Seminario Políticas de Prevención del Crimen y la Violencia en Ámbitos Urbanos Bogotá, Colombia 22 de Mayo 2003.

a encuesta de calidad de vida del 2007 indica que sólo el 18% del total de la población con más de 60 años estaba vinculada al mercado laboral, mayoritariamente en el sector informal, en el que cerca de tres cuartas partes de las personas mayores laboraban sin contrato de trabajo. Es importante destacar que unido a lo anterior se encuentra que el 30% de las personas mayores de la ciudad reciben una pensión, con mayor proporción los hombres y en forma creciente a mayor edad. El 7.8% de las personas mayores cotiza aún para cumplir los requisitos de Ley y acceder a ella. Más crítica es la situación del 62.3% de personas mayores que no cotizan al sistema de pensiones: en ese grupo de no cotizantes se encuentra la casi totalidad de personas mayores en miseria (99.5%) y también una buena proporción de pobres (74.8%) y de no pobres (61.6%). Encontrándose que las localidades con mayor proporción de personas mayores no pensionadas, que tampoco cotizan al sistema son: Sumapaz (97%), Ciudad Bolívar (78.9%), Usme (72%) y Santa Fe (71,6%), las localidades con más personas mayores pensionadas son Chapinero, Puente Aranda, Usaquén y Fontibón.

El cuarto núcleo problemático hace referencia a que **en Bogotá el 78% de los contaminantes provienen de automóviles y el 22 % por industrias, generando desechos de material particulado (hollín y polvo). Los niveles de partículas suspendidas en el aire deben ser de máximo 20 microgramos por metro cúbico a fin de evitar efectos nocivos para el ser humano, en nuestra ciudad registra 40 microgramos por metro cúbico. Esta mala calidad del aire podría generar en un período de 10 años (2010-2020), 19.000 muertes por enfermedades respiratorias causadas por la contaminación ambiental, impactando especialmente a los niños-as y las personas mayores.**

La exposición de la población de niños-ñas y las personas mayores a material particulado, producto de la combustión en actividades como: explotación minera, quema de carbón, fundiciones, entre otras, promueve la aparición de enfermedades respiratorias, agudas y crónicas. En el caso de la localidad de Ciudad Bolívar, la cercanía al relleno sanitario Doña Juana produce olores que afectan la calidad de vida de los niños y niñas. La presencia de vectores por cercanía al relleno sanitario son también transmisores de enfermedades.⁵

El quinto núcleo problemático es un indicador evidente de que **las personas mayores presentan unas condiciones específicas de salud relacionadas con el transcurrir de la vida, las cuales no están siendo cubiertas de forma adecuada por el sistema general de seguridad social en salud.**

El sexto núcleo problemático está relacionado con **la sexualidad y el ejercicio de la misma para las personas mayores, pero que por desconocimiento e invisibilización por parte de los jóvenes y adultos que los rodean.** La influencia sobre la sexualidad son las actitudes sobre los otros, especialmente con actitudes que definen actividades específicas como aceptables o inaceptables. En nuestra sociedad existe una actitud negativa hacia la expresión sexual de las personas mayores, no pareciendo apropiada la actividad sexual en personas mayores de 70 años y mucho menos sus expresiones.

Socialmente la conceptualización de sexualidad se pierde al momento de finalizar, el “proceso reproductivo”, conduciendo a las personas mayores a que se auto-valoren de manera negativa con respecto a su cuerpo, factor que condiciona su comportamiento sexual y mental, afectando de manera significativa su calidad de vida

Núcleos problemáticos de población en desplazamiento forzado:

- Debilitamiento de la calidad de vida familiar producto de las condiciones de desplazamiento que dificultan relaciones protectoras hacia niños y niñas;
- Dificultad de existencia de procesos pedagógicos diferenciales de educación a niños y niñas en situación de desplazamiento y condiciones de extra-edad en el sistema escolar urbano que dificultan procesos de adaptación y alta movilidad de familias que altera la permanencia escolar de los niños y niñas en condición de desplazamiento,
- Debilidad en el reconocimiento de expresiones y lenguajes en el marco de las relaciones interpersonales con pares, Inclusión en el sistema laboral que afecta la calidad de vida de niños y niñas en situación de desplazamiento,
- Modelo de salud y barreras institucionales que generan exclusión e inequidad para el acceso a servicios en salud para gestantes, niños y niñas en situación de desplazamiento,
- Indiferencia ante las condiciones de fragilidad social de los jóvenes en situación de desplazamiento en los territorios sociales, comunales, laborales, educativos y familiares que no promueven el ejercicio de autonomía,

⁵ Secretaria Distrital de Salud . Hospital de Vista Hermosa. Localidad de Ciudad Bolívar. Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

afirmación de su identidad y el disfrute de su tiempo libre,

- Características epidemiológicas inherentes al desplazamiento que configuran u perfil de morbilidad propio con prevalencia de enfermedad mental, desnutrición, violencia intrafamiliar enfermedades respiratorias EDA y dermatitis, inequidad de género en oportunidades de desarrollo integral que genera condiciones de salud diferenciales, condiciones de trabajo en la ciudad que difieren de sus conocimientos y habilidades propias afectando su calidad de vida y perspectiva de deterioro inevitable de la calidad de vida asociada al ciclo vital de personas mayores, que condiciona el goce de los derechos,
- Débil ejercicio de la ciudadanía y fragilidad organizativa por no reconocerse como sujeto de derechos: ven cercenada su libertad individual y colectiva y afectada su participación en las decisiones sobre su destino y el acceso a los servicios y bienes sociales,
- Debilitamiento de la calidad de vida producto de las condiciones del desplazamiento que dificultan el acceso a condiciones económicas que permitan el abastecimiento de alimentos, desestabilización de sus sistemas económicos y formas de autoabastecimiento, convivencia, respeto, dignidad y solidaridad familiar, comunitaria y social,
- Falta de reconocimiento de prácticas culturales para poblaciones de los grupos étnicos en desplazamiento
- Modelo de salud y barreras institucionales que generan exclusión e inequidad para el acceso a servicios a la población en desplazamiento, deficientes condiciones socio-sanitarias de las viviendas y sitios de habitación de la población en desplazamiento,
- Dificultad de acceso a una atención integral para personas con limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales y deficientes condiciones higiénico-sanitarias de los sitios de habitación; hacinamiento, servicios públicos costosos o discontinuos; contaminación con residuos y presencia de plagas y vectores en las viviendas y /o el entorno.

Núcleos problemáticos de la población étnica en Bogotá

- Deterioro de las condiciones de vida y salud, aunado a la descalificación de sus elementos tecnológicos, médicos y sociales propios de su cosmovisión, ante las realidades urbanas y las tecnologías foráneas.
- Disminución progresiva de la autonomía económica de las comunidades y familias extendidas, reducción drástica de los recursos importantes para las actividades económicas (consumo, comercio e intercambio) que pueden provocar condiciones de pobreza extrema, migraciones forzadas fuera del territorio o hábitat tradicional.
- Ruptura de relaciones con el territorio de origen y cambio de las condiciones en que se desarrolla la medicina tradicional.
- Desconocimiento desde el sistema de salud de prácticas de salud de los pueblos étnicos.
- Modificación de prácticas alimentarias de las comunidades lo que conlleva a alteraciones nutricionales; pérdida de capacidades para garantizar la seguridad alimentaria al grupo familiar.
- Inexistencia de un Plan de Atención Básica para pueblos étnicos concertado con las instituciones.
- Distintas concepciones sobre saneamiento básico.
- Inexistencia de un Plan de Atención Básica para pueblos étnicos concertado con las instituciones.
- Inexistencia del enfoque diferencial para atención a la población.
- Inexistencia de espacios locales que reconozcan el componente étnico.
- Desconocimiento en derechos en salud sexual y reproductiva, discapacidad y nutrición.
- Inserción tardía al control prenatal y atención al parto.
- Desconocimiento de los signos de alarma para la detección precoz de alteraciones de la gestación, parto, puerperio y ETS.

- Iniciación temprana de la actividad sexual / desconocimiento de métodos que regulan la fecundidad

Identificación de las principales consecuencias del problema o necesidad:

La situación de salud y calidad de vida en Bogotá

Ya se ha evidenciado que Bogotá es una ciudad con índices de desarrollo social que revelan la enorme desigualdad entre los grupos de mayores ingresos y el resto de la población, en materia de acceso a la infraestructura urbana, los servicios educativos, de salud y la capacidad de pago en servicios públicos. Es reconocido que las situaciones de desigualdad son parte esencial del sustrato en el que se desarrollan las enfermedades que se miden en términos de morbilidad y mortalidad. La segregación progresiva de la ciudad se evidencia en grupos poblacionales con mayor exclusión social, económica, cultural y política en territorios sociales específicos de la ciudad. Estas desigualdades se expresan en severas inequidades en la situación de salud de la población bogotana. Si bien los indicadores de mortalidad evitable han mejorado, no ha sido igual para todos. Se presenta a continuación el comportamiento de los principales indicadores de morbi-mortalidad por localidad de la ciudad, donde se evidencian diferencias importantes:

Tabla 1. Principales Indicadores de Morbimortalidad en Bogotá. 2010

localidad	Tasa de mortalidad infantil por 1,000 NV ³	Tasa de mortalidad perinatal x 1,000 NV ³	Tasa de mortalidad en < de 5 años por 10,000 ³	Razón de mortalidad materna por 100.000 NV ³	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 hab. 2009 ³
1. Usaquén	7,1	14,5	17,4	15,8	4,9
2. Chapinero	3,7	10,8	17,9	0,0	4,0
3. Santa Fé	11,8	17,0	28,0	0,0	15,4
4. San Cristobal	11,5	19,5	25,2	40,7	12,9
5. usme	10,3	20,6	20,7	49,2	8,8
6. Tunjuelito	10,1	14,3	23,3	0,0	20,1
7. Bosa	12,2	16,9	26,2	47,0	15,6
8. Kennedy	10,9	15,7	21,3	44,6	10,0
9. Fontibon	11,4	22,8	22,5	64,5	10,2
10. Engativa	10,1	18,5	19,7	37,9	8,1
11. Suba	11,9	17,4	23,7	47,7	6,8
12. Barrios Unidos	14,9	24,4	23,2	0,0	11,1
13. Teusaquillo	7,3	17,0	18,6	0,0	5,5
14. Martires	16,7	25,4	38,2	79,4	19,3
15. Antonio Nariño	12,4	20,3	22,3	0,0	8,9
16. Puente Aranda	10,8	13,4	22,1	31,8	13,0
17. Candelaria	7,8	18,2	30,6	0,0	0,0
18. Rafael Uribe Uribe	12,4	17,1	27,8	16,1	12,6
19. Ciudad bolivar	11,9	14,9	23,0	26,9	15,4
20. Sumapaz	28,6	0,0	17,3	0,0	ND

Fuente: Diagnósticos Distrital 2010. Grupo Técnico ASIS. Dirección de Salud Pública

Tabla 2. Principales Indicadores de Morbimortalidad en Bogotá. 2010.

localidad	Tasa de suicidio por 100,000 hab, 2009 ⁴	Prevalencia consumo de alcohol ²	% personas consumo de OH de riesgo ²	% personas que abusan del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas ²	% personas consumen tabaco ultimo mes
1. Usaquén	2,6	41,03	10,69	2,49	20,58
2. Chapinero	4,6	38,03	8,05	1,49	25,84
3. Santa Fé	6,4	36,79	14,67	4,44	24,86
4. San Cristobal	3,9	33,95	12,54	1,57	25,80
5. usme	4,0	28,99	10,08	0,68	18,31
6. Tunjuelito	4,0	35,49	11,91	1,46	21,36
7. Bosa	3,1	38,30	11,33	1,31	20,41
8. Kennedy	2,5	38,30	11,33	1,31	20,41
9. Fontibon	4,2	34,49	11,40	1,41	24,26
10. Engativa	2,7	34,49	11,40	1,41	24,26
11. Suba	2,7	42,26	14,16	1,19	24,36
12. Barrios Unidos	2,2	38,03	8,05	1,49	25,84
13. Teusaquillo	3,5	38,03	8,05	1,49	25,84
14. Martires	2,1	36,79	14,67	4,44	24,86
15. Antonio Nariño	0,9	33,95	12,54	1,57	25,80
16. Puente Aranda	3,1	38,30	11,33	1,31	20,41
17. Candelaria	4,2	36,79	14,67	4,44	24,86
18. Rafael Uribe Uribe	4,8	33,95	12,54	1,57	25,80
19. Ciudad bolivar	4,4	31,16	11,78	1,01	21,20
20. Sumapaz	0,0	28,99	10,08	0,68	18,31

Fuente: Diagnósticos Distrital 2010. Grupo Técnico ASIS. Dirección de Salud Pública

Tabla 3. Principales Indicadores de Morbimortalidad en Bogotá. 2010

localidad	DN aguda (menores 5 años) ¹	DN global (menores 5 años) ¹	DN crónica (menores 5 años) ¹	sobrepeso y obesidad (menores 5 años) ¹	mediana de lactancia materna ¹ (meses)	% bajo peso al nacer ³
1. Usaquén	1,9	5,6	19,40	1,60	3,10	11,1
2. Chapinero	1,60	5,9	19,60	1,3	3,00	13,0
3. Santa Fé	1,2	6,5	25,40	1,5	3,3	12,9
4. San Cristobal	1,9	7,1	24,80	1,60	3,10	13,4
5. usme	1,4	5,9	23,10	1,70	3,20	13,5
6. Tunjuelito	1,8	5,3	17,70	1,80	2,50	12
7. Bosa	2,2	5	18,70	1,70	2,80	12,8
8. Kennedy	1,50	4,3	15,9	1,4	3,00	11,7
9. Fontibon	1,70	4,6	15	2,30	3,20	10,5
10. Engativa	1,50	4,6	15,6	1,4	2,60	11,7
11. Suba	1,70	4,7	17,80	1,60	2,70	11,5
12. Barrios Unidos	1,3	5	15,6	2,00	2,80	13,0
13. Teusaquillo	1,70	5,1	15,1	1,4	2,65	12,6
14. Martires	1,60	5,7	17,90	0,9	2,90	13,7
15. Antonio Nariño	1,3	5,4	18,10	1,80	2,60	11,2
16. Puente Aranda	1,2	3,7	14,1	1,5	2,90	11,4
17. Candelaria	1	5,6	18,6	1,2	2,50	13,9
18. Rafael Uribe Uribe	1,9	6,5	21,30	1,7	2,40	12,2
19. Ciudad bolivar	1,1	5,5	24,60	1,3	3,7	12
20. Sumapaz	2,1	4,7	22,20	3,00	2,30	13,3

Fuente: Diagnósticos Distrital 2010. Grupo Técnico ASIS. Dirección de Salud Pública

Se evidencia por estos indicadores que las zonas centro oriente, sur- occidente y sur tienen las localidades con la situación más crítica de salud, y coinciden con las condiciones socio- económicas de mayor brecha de inequidad de la ciudad.

Las familias

Bogotá es la ciudad de Colombia que concentra el 16.4% del total de la población de Colombia de los cuales el 53% son mujeres), que se encuentran distribuidos en 1'978.5286 hogares⁷; es decir que la densidad promedio por hogar es de 3.4 individuos. Del total de los hogares el 5% en Bogotá, se consideran pobres por cumplir con al menos uno de los indicadores del índice de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI-, la variable que más peso tiene en este caso es la de hogares con hacinamiento crítico (2.6%). Por su parte, el coeficiente de Gini, que normalmente se utiliza para medir desigualdad en los ingresos, tiene un valor de 0.59 para Bogotá, pero tiene valores más cercanos a 18, es decir mayor desigualdad, en las localidades de Santa Fé (0.6) y Usaquén (0.59)⁹. En términos de la clasificación de la población, con respecto a la encuesta del Sistema de Identificación para Potenciales Beneficiarios de los Programas Sociales –SISBEN-, el 16.2% de los habitantes de la ciudad se encuentra en nivel 1; el 24.4% se encuentran en el nivel 2 y en el nivel 3 se encuentra el 22.2% de la población. Es decir que 4.285.176 personas se encuentran entre el nivel 1 y 3 del SISBEN. Las localidades con mayor número de personas clasificadas en el nivel 1 son en su orden Ciudad Bolívar (304.200), Usme (143.861) y Rafael Uribe Uribe (90.843) y con menor población en este mismo nivel están La Candelaria (4.440), Sumapaz (1.181) y Teusaquillo (1.172)¹⁰.

Estas familias están en las zonas de condiciones de vida más vulnerables de las localidades de la ciudad y pertenecen a los niveles 1 y 2 del SISBEN. La caracterización del programa Hogar Salud- 2004-2007y Salud a su casa- 2008- evidenció que el 53% de sus integrantes son mujeres¹¹; 753 de las familias viven en condición de indigencia (42% en Suba, Bosa y Usme), 2573 familias están en proceso de reinserción del conflicto armado (50% de estos en Suba y Usme) y se encuentran 32.524 individuos en condición de desplazamiento (de ellos el 5% pertenece a alguna etnia), 434 personas son menores abandonados (siendo Engativá, Suba y Usme las localidades con el 50% de estos menores), el 0.7% pertenecen a algún grupo étnico y del total de los individuos caracterizados 3.5% son analfabetas totales. Respecto a la distribución etárea de los individuos de las familias caracterizadas, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 27 a 44 años, seguido del grupo de 19 a 26 años.

Problematización de la situación de la niñez

Las condiciones socioeconómicas que viven las familias en la ciudad en especial los bajos o nulos ingresos económicos hacen que no se pueda acceder y disponer de los alimentos necesarios para la nutrición alimentaria de niños, niñas y gestantes. Adicional a esto se encuentra el desbalance entre la oferta y la demanda (modelo neoliberal) y la falta de articulación de los actores que producen los alimentos y los que los compran para llegar a alimentos de calidad y pagados a precios justos; se encuentra igualmente que al interior de las familias en ocasiones la distribución u optimización del dinero no es la mejor y se gasta en otras cosas que no son prioritarias para sobrevivir como el licor o los juegos de azar.

Otra realidad que tiene que ver con la situación nutricional de niños y niñas es la configuración y relación con sus familias, en algunas ocasiones los padres tienen que trabajar largas jornadas y dejan sus hijos/as al cuidado de otros lo que puede generar que su alimentación no sea la más balanceada, esto es muy importante si se tiene en cuenta que los niños y niñas en el sentido nutricional dependen mucho de lo que sus padres y/o cuidadores les suministren. Igualmente sucede en el caso de las lactantes, sus largas jornadas de trabajo hacen que no lacten o lo hagan muy poco. Se encuentra también el desconocimiento por parte de las comunidades acerca de la conservación, preparación de los alimentos, condiciones higiénico sanitarias, en especial aquellos que son perecederos tanto para el consumo al interior del hogar como para el

⁶ Fuente: Departamento Nacional de Planeación DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007

⁷ Nótese que hace referencia a hogar y no a familias

⁸ 1= total desigualdad

⁹ Ídem 2

¹⁰ Secretaría Distrital de Planeación julio de 2007 E

¹¹ Cifra equiparable al porcentaje de mujeres de todo el distrito: 53%

consumo en establecimientos comerciales, o en ocasiones las mismas condiciones socioeconómicas no les permite acceder a aditamentos que les permitan su conservación (neveras).

La falta de reconocimiento de los niños y las niñas desde su gestación y a lo largo de su ciclo vital como sujetos de derechos hace que estos no tengan una real participación en la materialización de sus ideas y pensamientos, en donde históricamente las decisiones que son coyunturales han sido determinadas por la voz del adulto, de tal suerte que no corresponden en todos los sentidos a sus expectativas y sueños¹². Por lo general, la vulneración de los derechos de los niños y las niñas es realizada por los adultos encargados del cuidado y protección de los mismos, no solo en las esferas más cercanas al niño y la niña sino en todas las esferas de la vida cotidiana como son los escenarios en donde los niños y niñas viven y se desarrollan como la familia, la escuela, los espacios públicos, la comunidad en general que no ha construido los mecanismos requeridos para la protección de la niñez, a pesar que a nivel de las reglamentaciones requeridas se puede considerar que Colombia y en especial Bogotá presentan una serie de reglamentaciones a favor de la niñez, y con especial énfasis en la primera infancia¹³. Esta situación se vislumbra especialmente en la vulneración de los derechos a la salud, la autonomía y la participación de niños y niñas en el desarrollo de sus potencialidades y habilidades sociales.¹⁴

Así mismo, las condiciones socioeconómicas en que viven las familias de la ciudad se caracterizan por jornadas de trabajo largas y extenuantes, que obligan a los padres a delegar el cuidado de los menores a terceros (abuelos, familiares), quienes al carecer de figuras claras de autoridad pasan gran parte del tiempo junto al televisor, en Internet o video juegos; esta situación, sumada a la falta de espacios culturales o alternativos, acelera los problemas del sedentarismo, malos hábitos alimenticios, problemas de socialización, bajo rendimiento escolar y consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.¹⁵, debido a esta situación también se encuentra que algunos niños y niñas dedican su tiempo libre a realizar labores domésticas y acompañamiento a los padres a sus sitios de trabajo y no lo emplean en actividades recreodeportivas, esto debido a que por un lado, los padres no tienen conocimiento de algunos programas para el aprovechamiento del tiempo libre, ni la facilidad de que sus hijos accedan a los existentes ya que estos están programados en lugares alejados de sus hogares, en donde en muchas ocasiones son espacios utilizados para el consumo de sustancias psicoactivas o no se encuentran en condiciones adecuadas para su utilización y disfrute; una gran parte de esta población no cuenta con un empleo formal, y se facilita tener todo el tiempo a sus hijos en sus trabajos informales y los padres y madres de familia no tienen con quien dejar a sus hijos/as mientras no están estudiando.¹⁶

Muchas creencias e imaginarios culturales sobre el trabajo y sobre los propios niños, niñas y adolescentes propician su participación laboral. El valor que se le asigna al trabajo en el proceso de formación y autodisciplina, la transmisión generacional de oficios o el temor al ocio, son algunos ejemplos de las justificaciones culturales dadas al trabajo de niño y niñas. Otras variables de incidencia en esta situación tienen que ver con la cobertura y la calidad de la educación, la falta de alternativas para ocupar el tiempo libre y la situación de violencia y maltrato al interior de las familias.

Es importante resaltar que las condiciones de trabajo determinan una afectación de niños y niñas desde la etapa de gestación, pues las mujeres gestantes en algunas zonas de la ciudad desempeñan labores de alto riesgo. Existe una vulneración clara del derecho al trabajo y a la seguridad social, en donde las más vulneradas son las mujeres que están expuestas a continuos riesgos de su salud física y mental por la ausencia de cuidados adecuados y de reconocimiento de situación especial en su área laboral al momento de la gestación, factor que se agudiza con el nacimiento de los niños y las niñas en donde se convierten en acompañantes laborales. Los imaginarios social y culturalmente construidos han desdibujado el significado de ser niño y ser niña y la importancia de vivir feliz y protegido; en donde se reconoce a los niños y las niñas como adultos en formación, como propiedad de los padres y/o cuidadores y como personas sin voz ni voto dentro de sus contextos sociales básicos, principalmente en la familia. Estos imaginarios y

12 Secretaria Distrital de Salud. Hospital Vista Hermosa. Localidad Ciudad Bolívar Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

13 Constitución Política de Colombia, Decreto 2737 de 1989 – Código del Menor; Ley de Infancia y Adolescencia (1098 de 2006), Política de Infancia y Adolescencia - Política por la Calidad de Vida de los niños y niñas – Plan de Desarrollo Distrital y la Firma de tratados y convenios internacionales como la Convención Internacional de los Derechos del niño (Firmada desde 1989).

14 Secretaria Distrital de Salud. Hospital Chapinero. Localidad de Chapinero. Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

15 Secretaria Distrital de salud. Hospital del Sur. Localidad de Puente Aranda . Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

16 Secretaria Distrital de Salud. Hospital de San Cristóbal. Localidad de San Cristóbal Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

otras condiciones propias de la infancia han convertido a los niños y las niñas en víctimas silenciosas de vulneración de sus derechos prioritarios.¹⁷

En cuanto a la tasa de trabajo infantil para el Distrito, en datos oficiales reportados por el DANE sobre el módulo de trabajo infantil de la Gran Encuesta Colombiana de Hogares del 2009, es evidente el avance significativo que ha tenido la ciudad en la erradicación de este fenómeno social, presentando una disminución de la tasa del [3.4 en 2007 al 2.8], lo que significa que por cada 1000 niños y niñas trabajaban 3.4 en el 2007], en el 2009 se redujo su participación a 2.8.

Por otra parte, se evidencian barreras de acceso a los servicios de rehabilitación /habilitación para niños y niñas en condición de discapacidad, imaginarios acerca de ésta que contribuyen al desconocimiento tanto de la familia, el cuidador y la persona con discapacidad sobre la participación real en la comunidad reconociendo y aprovechando las potencialidades y fortalezas, empoderando sus derechos y deberes, su propia iniciativa y su desarrollo social, causando de esta manera múltiples barreras de acceso a los programas de promoción y prevención.¹⁸ Adicionalmente, en las instituciones educativas existen barreras de acceso para los niños y niñas en condición o situación de discapacidad, así como, la falta de reconocimiento de estos niños y niñas como sujetos de derechos, el sistema educativo actual no está diseñado para ofertar a este grupo poblacional la educación adecuada y no hay un nivel de investigación adecuado que permita avanzar en los procesos.¹⁹

En cuanto al origen de las deficiencias o alteraciones permanentes en la niñas, los niños, las y los adolescentes con discapacidad, se observa como las alteraciones genéticas – hereditarias se ubican en el primer lugar, seguidas de enfermedad general, condiciones de salud de la madre durante el embarazo, complicaciones en el parto, víctima de violencia, accidente, dificultades en la prestación de servicios de salud, consumo de psicoactivos, lesión autoinfligida, enfermedad profesional, conflicto armado y desastre natural. El hecho de que cerca del 40% de las deficiencias se originen por causas relacionadas con la salud materno e infantil, resalta la importancia de fortalecer los programas relacionados con la detección temprana de malformaciones congénitas, el cuidado de la familia gestante antes y durante el embarazo, la salud infantil con énfasis en la detección temprana de alteraciones y/o estimulación adecuada y la canalización oportuna a servicios de rehabilitación de los niños con dificultades o deficiencias generados desde las familias, la comunidad y/o los servicios de salud.

En algunos territorios de la ciudad se presentan barrios no legalizados, ubicados en zona de reserva forestal y ronda de quebradas, áreas en riesgo por remoción en masa; al ubicarse familias en estos sectores, sus viviendas no cuentan con agua potable, por lo que se ven obligados a surtirse directamente de la quebrada o de acueductos comunitarios, con agua que no cuenta con algún tratamiento y es transportada por medio de mangueras, la cual no es apta para el consumo humano. Es así como los niños y niñas que habitan estos territorios se encuentran en riesgo permanente de adquisición de enfermedades gastrointestinales relacionadas con el consumo de agua no potable evidenciado en las condiciones higiénicas de las quebradas, la falta de tratamiento en el acueducto comunitario, las condiciones de infraestructura y al interior del tanque de almacenamiento y la problemática de las maneras de distribución, a estos factores de riesgo, se les suma las condiciones de hacinamiento y estructura de las viviendas, lo que aumenta la incidencia de casos de Enfermedad Diarreica Aguda y de mortalidad infantil, teniendo en cuenta que esta agua no es utilizada sólo para el consumo, sino que también se usa para el aseo diario y la preparación de los alimentos.²⁰

Dentro de las causas que pueden explicar esta problemática se encuentra que la población que habita alrededor de las quebradas no tiene la educación adecuada, ni conciencia frente al manejo de los residuos y el cuidado de las fuentes hídricas por lo que estos son desechados en las fuentes de agua, que en los peores casos deben ser consumidas por las familias ubicadas en los territorios de invasión ya que no cuentan con este recurso potable, los barrios no legalizados no tienen la facilidad de adquirir los servicios básicos como energía, agua, alcantarillado, así mismo la inadecuada manipulación de alimentos en el hogar y/o establecimientos comerciales o ventas ambulantes.

Por otra parte, la exposición de la población infantil a material particulado, producto de la combustión en actividades como: explotación minera, quema de carbón, fundiciones, entre otras, promueve la aparición de enfermedades

17 Secretaria Distrital de Salud. Hospital de Tunjuelito. Localidad de Tunjuelito. Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

18 Secretaria Distrital de Salud. Hospital Vista Hermosa. Localidad de Ciudad Bolívar. Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

19 Secretaria Distrital de salud. Hospital de San Cristóbal. Localidad de San Cristóbal. Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

20 Secretaria Distrital de Salud. Hospital de San Cristóbal. Localidad de San Cristóbal Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá., 2009.

respiratorias, agudas y crónicas. En el caso de la localidad de Ciudad Bolívar, la cercanía al relleno sanitario Doña Juana produce olores que afectan la calidad de vida de los niños y niñas. La presencia de vectores por cercanía al relleno sanitario son también transmisores de enfermedades.²¹

Juventud

De los 7.467.804 habitantes de Bogotá en el año 2011, el 30% son niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años y el 15.4% son jóvenes entre 18 y 26 años. Según la información de la Encuesta de Calidad de Vida 2007, en Bogotá uno de cada cuatro personas son jóvenes, es decir que se encuentran en un rango de edad entre 14 y 26 años; la población total del distrito es de 7.035.155 habitantes para el año 2010, y de ella aproximadamente 1.635.102 personas son jóvenes. La mayor proporción de jóvenes de acuerdo al total de la población por localidad, se concentra en Usme con un 27,7%, le siguen las localidades de Ciudad Bolívar con un 24,5% de jóvenes en este mismo rango de edad. Por el contrario, las localidades con menor proporción de jóvenes con respecto a su población son: Usaquén con un 22,3% de jóvenes y Rafael Uribe con 22,4% jóvenes en este rango de edad.

Sin embargo, pese a la importancia de las y los jóvenes para la ciudad, la realidad social de los jóvenes hoy en Bogotá, muestra que quienes cumplen la mayoría de edad (18 años) no cuentan con las oportunidades para insertarse a procesos sociales como trabajo formal, educación superior y acceso a los servicios sanitarios, todas estas condiciones para lograr mejores procesos de desarrollo. Solo quienes tienen menos de 18 años cuentan con mayores oportunidades, amparadas no solo por la voluntad política, sino por la normatividad existente.

En el informe de desarrollo humano Bogotá 2008²², se especifica que los jóvenes se ven en la necesidad de entrar rápidamente al mercado laboral, porque carecen de acceso a la educación técnica y universitaria, y la poca oferta educativa existentes, no satisfacen las expectativas de este grupo poblacional, ni son coherentes con las necesidades laborales de la ciudad. De acuerdo a la [ECV] 2007 198.691 jóvenes no estudian, no trabajan y no buscaron empleo en la última semana; 457.958 jóvenes se encontraban solo trabajando y 46.442 jóvenes estudian y trabajan.

Frente al tema de aseguramiento en salud para poder acceder a los servicios sanitarios, es necesario resaltar que, del total de la población joven en Bogotá para el año 2010²³ solamente 1.116.244 jóvenes se encuentran afiliados al SGSSS en el régimen subsidiado y 337.521 jóvenes afiliados al régimen contributivo, para un total de 1.453.765 jóvenes vinculados al [SGSSS]. Esto evidencia que existe una proporción de jóvenes (181.337 jóvenes) que por distintas razones no hacen parte del sistema y que por ende sus oportunidades de acceder y disfrutar del derecho a la salud se ven obstaculizadas.

Adulthood

La población adulta en Bogotá, comprendida entre los 27 a 59 años suman alrededor de 3'250.000 personas, entre el 45% y el 47% del total de los habitantes de Bogotá, el 46% hombres y el 54% mujeres, como lo expresa la Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007²⁴.

La mayoría de las personas adultas en Bogotá viven en seis localidades: Alrededor de 600 mil en Suba, Kennedy y Engativá, y aproximadamente 300 mil más están repartidas entre Ciudad Bolívar, Usaquén y Bosa. Sumapaz es la localidad con la proporción de adultos y adultas más baja (35,30%) comparada con las otras 19 localidades, mientras que Chapinero concentra la más alta proporción, con 43,03%²⁵, adicionalmente es importante señalar que en todas las localidades el porcentaje de mujeres adultas es siempre mayor al de los hombres.

Se presenta un escaso reconocimiento de los adultos y adultas como sujetos y sujetas de derechos, por desconocimiento de esta etapa y por factores externos alienantes condicionados por el género, la orientación sexual, la etnia, el desplazamiento y la discapacidad que limitan su desarrollo integral y de su entorno, restringiendo las

21 Secretaria Distrital de Salud . Hospital de Vista Hermosa. Localidad de Ciudad Bolívar. Diagnostico Local para la construcción del PIC 2010. Bogotá. 2009.

22 Informe de Desarrollo Humano Bogotá 2008. Pág. 136

23 Datos proporcionados Dirección de aseguramiento en salud. Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 31 de Julio de 2011. Dirección de Aseguramiento, Secretaria Distrital de Salud.

24 Departamento Administrativo Nacional de estadística. Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007.

25 Departamento Administrativo Nacional de estadística. Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007

posibilidades de un envejecimiento activo.

Del mismo modo, la población adulta de Bogotá se asume de manera diversa desde la pluralidad étnica, de identidad de género, de orientación sexual, y de condiciones y situaciones en esta etapa de ciclo vital. En este sentido, la distribución por población étnica adulta está representada en el 51 % de la población indígena, el 50% de la ROM, el 37% de la Raizal, y 41% de la afrocolombianas²⁶.

La población adulta con discapacidad, que se registra en el periodo 2005-2007 en Bogotá, corresponde al 37,3 % (65.794 personas). Del total de esta población, el 63% son mujeres, es decir 41.280 personas, y el 37% son hombres, correspondientes a 24.514 personas, destacando que el mayor porcentaje corresponde a las mujeres, que son más afectadas por la discapacidad²⁷. Se destaca el hecho de que en su gran mayoría los cuidadores de personas con discapacidad, son adultos, que se ven afectados por confinar su proyecto²⁸.

Frente a la población en situación de desplazamiento, encontramos en las estadísticas de Acción Social con corte a septiembre de 2009, que se reportan 254.983 personas, en esta situación, donde un 34% que corresponde a 86.694 personas, son adultas. Al identificar el diferencial por sexo de esta población los hombres corresponden al 40 % de esta población (40.746 personas) y el 53% corresponde a mujeres (45.947 personas)²⁹.

De acuerdo con el V Censo de Habitante de Calle en Bogotá-200730, de un total de 8.385 personas censadas, se encuentra que un 70,81%, correspondientes a 5.938 personas, pertenecen a la etapa de adultez, de los cuales el 88,48% (5.254 adultos) son hombres, y el 11,51% (684 adultas), son mujeres. Dichas cifras, muestran los altos porcentajes de personas adultas, y especialmente hombres que han sido afectados por este fenómeno social de la habitabilidad de calle, multicausal y prueba evidente de la deuda social que tiene el Estado.

Vejez

En Bogotá al igual que las grandes ciudades del mundo, registró durante los últimos 15 años un crecimiento de 5.3% en la población de más de 60 años; casi el doble de la tasa de crecimiento de la población total en la ciudad 2.7%³¹.

Teniendo en cuenta la proyección para la población de personas mayores según el DANE³², en los años 2000 y 2010, se proyecta el número de 709.651 setecientos nueve mil, seiscientos cincuenta y un mil personas mayores en Bogotá.³³

Las localidades que en el conjunto de su población tienen mayor proporción de personas mayores son: Teusaquillo (14.9%); Barrios Unidos (14.5%); Chapinero (14%); La Candelaria (13%); Puente Aranda (11.9%) y Usaquén (11.6%). Las localidades con menos proporción de personas mayores son: Usme (5.6%); Ciudad Bolívar (5.7%) y Bosa (5.9%), localidades de más reciente consolidación urbana. En la distribución por sexo se evidencia en todos los quinquenios el predominio femenino, incrementándose a medida que aumenta la edad.

Con relación al estado civil el 39% de las personas mayores de 65 años están casados, el 31% son viudos, el 14,1% son solteros y el 7% están separados o divorciados. Aunque la pérdida del cónyuge es más frecuente en las mujeres,

²⁶ Secretaría Distrital de Salud. Documento de trabajo: Sistematización de Fuente Secundaria Adultez. Tatiana Eugenia Díaz, 2009.

²⁷ Caracterización de la población con Discapacidad en Bogotá 2005-2007", en "Registro para localización y caracterización de discapacidad". DANE, versión Febrero de 2010.

²⁸ Secretaría Distrital de Salud. Documento de trabajo: Sistematización de Fuente Secundaria Adultez. Tatiana Eugenia Díaz, 2009.

²⁹ Secretaría Distrital de Salud. Documento de trabajo: Sistematización de Fuente Secundaria Adultez. Tatiana Eugenia Díaz, 2009

³⁰ ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud, Y Secretaría Distrital de Integración Social. "V CENSO de Habitantes de la Calle en Bogotá, 2007" Noviembre de 2009.

³¹ **Línea de base para la formulación de la Política de Envejecimiento y Vejez en el Distrito Capital.** Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID. Convenio Secretaría Distrital de Integración Social SDIS – Fondo de Población de Naciones Unidas. Bogotá, D.C. Noviembre de 2009.

³² Fuente DANE proyección de población Bogotá, D,C 2000-2010.

³³ Op. Cit. Sobre este punto, en el documento se hace referencia a 71 indicadores, y que se utilizó -de modo preferente- la Encuesta de Calidad de Vida de 2007 como fuente de información. Los temas para el análisis de las condiciones de calidad de vida de las personas mayores de 60 años en Bogotá, fueron: características demográficas, socioeconómicas, vivienda, niveles de pobreza e indigencia, empleo y ocupación, seguridad social, salud, estado nutricional, ocio, recreación y vulnerabilidad.

es importante destacar la viudez como un factor de determinante social para los hombres debido a la dependencia vinculada a la condición masculina, generada por la necesidad de cuidado, especialmente en los aspectos domésticos; como también la obligación femenina de velar por los padres y madres ancianos aún en circunstancia de precariedad³⁴. El índice de viudez para los hombres es de 13%, en las mujeres es de 43%, es decir, hay cerca de tres veces más mujeres viudas. Por lo mismo tanto se deben plantear alternativas de respuestas con mayor énfasis en las áreas de salud y seguridad social, las cuales darán soluciones específicas para esta población.

De otra parte se establezcan nuevas formas de núcleos familiares en donde las personas mayores se mudan con los hijos-hijas, para ejercer funciones de cuidado de la vivienda y de los niños, niñas y adolescentes. En Bogotá, la mitad de las veces en que la crianza es delegada, esta recae en las abuelas – y en los abuelos (Mantilla 1996).

Frente al desplazamiento según la información estadística proporcionada de población desplazada por la oficina de acción social actualmente se encuentran 16.746 personas mayores residente en Bogotá³⁵.

Población en condición y situación de desplazamiento forzado

El 40% de los desplazados que llegan a Bogotá niños, niñas, adolescentes y jóvenes, el 53% son adultos, y el 4% son personas mayores, del 3% restante no se tiene información. (Acción Social-Presidencia de la República, 2010).

El 51% de las personas desplazadas que llegan a Bogotá son mujeres y el 49% son hombres, proporción que se mantiene relativamente estable en el conjunto de las localidades.

Del total de personas desplazadas en Bogotá, 30.141 han manifestado pertenecer a alguna etnia, esto equivale a un 11% de las personas que llegan a la ciudad. El 51% de estas son afrodescendientes, el 25% son gitanos, el 23% son indígenas y el 1% son raizales. Al respecto, cabe resaltar la alta proporción de población desplazada que manifestó pertenecer a la etnia ROM en una cifra superior a los indígenas, lo que puede constituirse en una excepción a la regla general del país donde los indígenas están muy por encima de los gitanos. Lo anterior puede explicarse en parte por el hecho de que en Bogotá se asienta la colonia ROM más grande del país, que bajo la lógica de redes de parentesco y compadrazgo, estaría sirviendo de factor protector para los desplazados de esta etnia que llegan del resto del país. Las cinco principales localidades en recepción de personas pertenecientes a etnias, son en su orden: Suba (12%), Bosa (9%), San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Kennedy cada una con el 8%.

La población desplazada tiene 1.6 veces más riesgo de percibir mala salud que la población receptora. La incidencia de mortalidad (infantil, materna, violenta) fue más alta en la población desplazada, 2.5%, que en los receptores, 0.5%. La enfermedad reportada en los 30 días anteriores a la encuesta fue de 10.4% en desplazados y 8.3% (1.3 más riesgo en desplazados) en receptores y la incapacidad por enfermedad fue también más alta en los primeros, 69% que en los segundos, 60%. La presencia de discapacidad de algún miembro del hogar fue más alta en los hogares de población receptora 13% que en los desplazados 10%.

El perfil de causas está caracterizado por problemas de salud mental, violencia intrafamiliar, desnutrición, embarazo en adolescentes, enfermedades respiratorias y enfermedades de la piel.

Un riesgo adicional es lo relacionado con la salud sexual y reproductiva en cuanto a enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Un estudio de Profamilia con mujeres desplazadas de zonas marginadas encontró que los patrones de fecundidad son muy elevados, mayores que para el conjunto del país, por lo cual es importante reforzar los programas de regulación de la fecundidad. Según pastoral social casi mil niñas y jóvenes entre 13 y 19 años tienen la responsabilidad de un hijo o una hija. El 55% de las mujeres en edad fértil y el 60% de las mujeres gestantes presentan anemia, situación considerada por OPS como un problema de salud pública.

Este perfil epidemiológico, o aparece con el desplazamiento, o se agrava por la exposición a factores de riesgo inherentes a éste en un contexto de mayor vulnerabilidad social por factores como su falta de conocimiento del contexto

34 Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los Derechos de las personas mayores en situación de desplazamiento forzado en Colombia. Ministerio de Protección Social Enero 2011. Acción Social noviembre 30 de 2011

35 Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los Derechos de las personas mayores en situación de desplazamiento forzado en Colombia. Ministerio de Protección Social Enero 2011. Acción Social noviembre 30 de 2011.

urbano capitalino, los estereotipos que tienen muchas instituciones y gentes sobre el desplazado, los cambios de climas y costumbres, las rupturas en la identidad, cotidianidad y en las interrelaciones que sufren como desterrados, y el tener que re-contextualizarse obligadamente en condiciones desfavorables en los cinturones de miseria de la ciudad afectando su calidad de vida y salud.

El riesgo de tener problemas con la afiliación fue también 1.4 veces mayor ($=R=1.4$ 1.1-1.8) en los desplazados siendo la principal razón los trámites (43% desplazados y 27% receptores). Las principales razones de no-afiliación referidas por las dos poblaciones fueron: la no aplicación de la encuesta SISBEN, la falta de inclusión en el sistema de registro oficial y problemas con los trámites e información. La inclusión en el sistema de registro oficial es factor promotor del aseguramiento. De hecho, la no afiliación es dos veces superior en la población no incluida en el sistema de registro (41%), frente a la población registrada (19%).

Un porcentaje alto de los desplazados declaró no conocer sus derechos en materia de atención en salud (59%), ni los requisitos para usar los servicios médicos (44%), ni los horarios de atención (40%).

Respecto al acceso a los servicios en ausencia de necesidad las principales razones de no uso de servicios fueron la falta de dinero (54% en receptores y 43% en desplazados), la falta de tiempo (23%) y el exceso de trámites o negación del servicio (20%). En cuanto a la atención, los principales problemas percibidos por las dos poblaciones fueron la demora en la atención y el trato deficiente por parte del profesional y se destaca en los desplazados como problema de la consulta el exceso de trámites en 23%. Además de las barreras financieras como razones de no uso, las poblaciones tienen mala percepción sobre aspectos relacionados con distancia, tiempo y calidad de los servicios que afectan el acceso.

La calidad de la atención fue considerada mala o muy mala por 19% de desplazados y 14% de receptores. Cerca de la mitad de ambas poblaciones considera que los servicios le quedan lejos o muy lejos. Alrededor de 40% considera excesivos los trámites para la afiliación y la atención y la percepción del tiempo para recibir los servicios fue calificado prolongado por cerca del 30% de los encuestados.

Este contexto permitió concluir que el desplazamiento acentúa la vulnerabilidad y la exclusión y profundiza las desigualdades en condiciones materiales de vida, resultados en salud y acceso a servicios sociales y de salud por lo que se resalta el componente sectorial e intersectorial mediante la formulación del lineamiento de Política en Salud hoy validado mediante Decreto 032 de 2011 en proceso de implementación.

Población étnica en Bogotá

Los grupos étnicos que habitan en Bogotá tienen diversos orígenes y se ubican en la ciudad desde distintos tiempos históricos.

Indígenas. La presencia de los pueblos indígenas en Bogotá, si bien no es de reciente data, se ubica en la historia de la conformación de la ciudad por ser pueblos originarios que sufrieron procesos de colonización que vienen desde la conquista hasta el momento actual, pasando por múltiples procesos sociales e históricos con los desplazamientos y reubicaciones de sus comunidades a lo largo y ancho del país.

Es así como Bogotá D.C. cuenta actualmente con varios grupos indígenas autóctonos, en los que encontramos a los descendientes de la cultura ancestral Muisca, ubicados en los antiguos municipios hoy localidades de Suba y Bosa.

Las comunidades indígenas que actualmente viven en la ciudad son aproximadamente 25.000 personas divididos en veintidós pueblos entre los cuales encontramos los Múscas, Yanaconas, Uitotos, Kichwas, Pijaos, Kankuamos, Paeces, Emberás, Kamsá, Guambianos, Nasas, Pastos entre otros. En Bogotá en la actualidad se reconocen cinco cabildos indígenas: Ambiká Pijaos, Muisca de Suba, Muisca de Bosa, Ingas y Kichwas; esto sin desconocer la existencia en la ciudad de otros procesos organizativos indígenas consolidados. Estas poblaciones, se encuentran dispersas en la ciudad en localidades como Kennedy, Rafael Uribe, Santa Fe, Mártires, Engativá, Ciudad Bolívar, Bosa, Usme, Suba, San Cristóbal, Fontibón

Pueblo Rom (Gitanos). Los gitanos son provenientes del norte de la India, se caracterizan por su tradición nómada, llegaron a Colombia desde los primeros años de la colonia aunque la mayor parte de los romaníes colombianos

pertenecen a la etnia Vlax y llegaron por voluntad propia desde 1880 hasta 1920. Han tenido que afrontar un proceso de asimilación al que se opusieron decidiendo replegarse sobre sí mismos. Así, han podido conservar su idioma y una organización tradicional propia de ellos. Empero, como en Europa, los falsos estereotipos sobre los romaníes colombianos son comunes, como el asimilarlos a "vagabundos", "ladrones" o "magos".

Según Gamboa et al, las principales características como grupo étnico de los gitanos en Colombia son las siguientes: "a) la idea de un origen común y de una historia compartida, b) la larga tradición nómada y su transformación en nuevas formas de itinerancia, c) el idioma propio, d) la valoración del grupo de edad y el sexo como principios ordenadores de estatus, e) cohesión interna y diferenciación frente al no gitano, f) organización social basada en la configuración de grupos de parentesco, g) articulación del sistema social con base en la existencia de linajes patrilineales dispersos, independientes y autónomos, h) funciones cotidianas de la familia extensa especialmente en lo que a actividades económicas se refiere, i) la vigencia de un conjunto de normas tradicionales así como de instituciones que regulan la aplicación de su derecho interno conocido como 'la ley gitana' o Kriss, j) el respeto a los muertos y la creencia en una posible intervención de éstos en la vida de sus descendientes, y k) respeto a un complejo sistema de valores, de los cuales hacen parte una fuerte solidaridad intergrupala, un intenso apego a la libertad individual y colectiva, un especial sentido de la estética tanto física como artística y una peculiar interpretación de los fenómenos naturales, entre otras" 36.

Actualmente se encuentran en su gran mayoría en la localidad de Kennedy, Puente Aranda y otros pocos en Barrios Unidos y son aproximadamente 500 personas.

Afrodescendientes. La llegada de los primeros esclavos a Santafé de Bogotá esta asociada a los viajes de Don Gonzalo Jiménez de Quezada, quien en su expedición se acompañó de un esclavo negro para su servicio personal en 1539, posteriormente Hernán Pérez en 1543, llegó con 20 esclavos a la ciudad.

La presencia de la población negra en Bogotá durante la primera mitad del siglo XX fue poca; ya para el año 1939 se estimuló su migración hacia la capital debido al desarrollo de las vías de comunicación, así mismo el servicio militar estimuló la llegada de gente negra a la ciudad, aumentando en especial a partir de migraciones provenientes del Chocó biogeográfico y de las llanuras del Caribe, ocurridas mayormente a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Los afrodescendientes, traídos a América por su fortaleza y adaptabilidad para el trabajo en la minería y en las plantaciones, llevaban muchos siglos de contacto con los Europeos, por lo cual tuvieron mayor inmunidad a las enfermedades contagiosas. Pero por haber sido desarraigados de sus territorios y mezclados con negros de otras lenguas y pueblos, perdieron gran parte de sus estructuras organizativas, sus ancestros, su memoria histórica, sus lenguas y demás tradiciones culturales, incluidas las tradiciones en salud.

Los esfuerzos emprendidos en nuestro país en la promoción de los derechos humanos de la población afrocolombiana han sido contrarrestados por la enorme brecha producto de la anquilosada discriminación de la que ha sido objeto y, en la actual coyuntura, por las consecuencias del conflicto interno colombiano sobre aquella. Su vulnerabilidad está agudizada por las amenazas, muertes y, en particular, por el desplazamiento del cual son un grupo social especialmente afectado. Todo esto define a la población afrodescendiente como un foco de la máxima atención en materia de derechos humanos.

Se encuentran dispersos por toda la ciudad, pero existen localidades como Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, Suba, Kennedy, Puente Aranda, Bosa y Usme en donde su presencia es mas visible.

Existen además dificultades para su identificación y caracterización debido a su dispersión, no aceptación a la pertenencia étnica y algunas divisiones internas de sus organizaciones; el censo del año 2005, arroja resultados del 1,72% del total de la población capitalina, o sea 102.000, lo que demuestra claramente un subregistro.

Raizales. Se definen como "Pueblo Indígena Afrodescendiente" el cual se fue configurando a lo largo de más de trescientos años, como descendientes de los puritanos británicos que llegaron a las islas en el siglo XVII, los esclavos africanos traídos por éstos y los indígenas que habitaban el archipiélago. La gran mayoría de los raizales son trilingües

36 . Gamboa, Juan Carlos; Gómez, Venecer; Paternina, Hugo. "Los Gitanos en Colombia". En: Zambrano, Vladimir, editor. ETNOPOLITICAS Y RACISMO. Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2002, pág. 269

en inglés, español y Creole, que es su lengua nativa.

“Los primeros contingentes de Raizales llegan a Bogotá, D.C., hacia 1953, año en que fue construido en la isla de San Andrés el aeropuerto, que al acortar las distancias entre el Archipiélago y el continente, sin duda alguna favoreció la llegada de Raizales a la ciudad. Estos primeros Raizales que llegaron fueron traídos por compañías multinacionales petroleras que los enganchaban tanto por sus conocimientos de inglés, como por su alto nivel educativo, alcanzado ya sea en los colegios regentados por la Iglesia Bautista en el Archipiélago o por los estudios superiores conseguidos en diferentes universidades principalmente de los E.E.U.U.”

“En las décadas de los sesenta y setenta del siglo pasado llegan a Bogotá, D.C., varios Raizales con el propósito de estudiar, sin perder los vínculos con su territorio ancestral, fijan su residencia en la ciudad estableciéndose con sus familias. En su gran mayoría los Raizales que viven actualmente en el Distrito Capital son profesionales que por falta de oportunidades en el Archipiélago han tenido que buscar nuevos horizontes en la ciudad. Pese a que muchos llevan varios años de estar radicados en Bogotá, D.C., siempre tienen latente el deseo de retornar definitivamente a su territorio ancestral”.³⁷

En esa época también empezó la invasión de colombianos y comerciantes de otras naciones al archipiélago, perdiendo los raizales muchas de sus tierras y autonomía, pasando a ser prácticamente una minoría en su propio territorio. Según el censo de 2005 la población raizal en Bogotá es de 1.500 personas aproximadamente, de la cual el 67% son estudiantes; habitan generalmente en las localidades de Chapinero y Teusaquillo.

Población en condición de discapacidad en Bogotá

En la ciudad, se cuenta con datos preliminares del registro de caracterización y localización de la población con discapacidad. A febrero de 2011 existen 186.594 personas con discapacidad que residen en las 20 localidades del Distrito Capital registradas. Las localidades que presentan mayor número de personas registradas son en su orden: Kennedy, Rafael Uribe, Bosa y San Cristóbal³⁸.

La población con discapacidad en Bogotá D.C.,³⁹ en su mayoría se encuentra en las etapas de ciclo de vida de vejez representando el 45% y adultez con el 40%. Esta población es de predominio femenino, representando el 60% del total de la población registrada; comportamiento que se invierte con la edad, pues durante la infancia y la adolescencia es mayor el número de hombres con discapacidad, mientras que en la adultez y la vejez son más las mujeres que reportan esta condición. El grupo de edad donde se concentra la mayoría de esta población es el de los 65 a 69 años, en ambos sexos. Lo anterior sugiere que el aumento en la edad se puede constituir como un posible factor de riesgo asociado con la presentación de la discapacidad y que por ende es necesario establecer acciones que desde la niñez favorezcan la individualidad y fortalezcan la autonomía con proyección hacia una vida adulta.

Las localidades de Kennedy, Rafael Uribe y Bosa, en su orden son las que presentan más personas con discapacidad registradas; no obstante y de acuerdo con la población total de cada localidad esta condición es más representativa en las localidades de Sumapaz, Rafael Uribe y Candelaria.

En la condición de discapacidad como tal, se presentan como principales alteraciones o deficiencias a las relacionadas con el movimiento del cuerpo y el sistema nervioso y de forma correspondiente las principales limitaciones en las actividades de la vida diaria son el caminar, correr, saltar, pensar y memorizar. No obstante, cabe notar que estas características mantienen un patrón diferencial entre las etapas de ciclo de vital; el cual es similar entre las etapas jóvenes (infancia, adolescencia y juventud) y entre las etapas mayores (adultez y vejez). Esto nos podría sugerir que la discapacidad en la adultez y la vejez se relaciona con enfermedades crónicas y condiciones físicas, mientras que en las etapas jóvenes la relación es con problemas cognitivos, tal y como se evidencia según el origen o causa, que la discapacidad principalmente se encuentra asociada a la enfermedad general y en segundo lugar a alteraciones genéticas o hereditarias.

³⁷ Alianza Entrepueblos. “Hacia una ciudad intercultural: visión panorámica de los pueblos indígenas, afrodescendientes, raizal y rom que habitan en el distrito Capital”. Bogotá, 2004, pág. 12.

³⁸ Secretaría distrital de Salud. Vigilancia en Salud Pública. Actualización de la caracterización de la población con discapacidad; en Bogotá. 2005-2011. resultados preliminares 2005-2011.2011.

³⁹ Tomado del documento de “Actualización de la caracterización socio demográfica de la población con discapacidad en Bogotá: 2005-2010”

Desde la prestación de servicios de salud y rehabilitación, entendiendo estos últimos; terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia respiratoria y medicina física y rehabilitación, Bogotá cuenta con más de 2.094 servicios habilitados entre públicos y privados. De estos, 146 son públicos y 1.948 privados. De la misma forma, los servicios de fisioterapia equivalen al mayor número, le sigue terapia del lenguaje o fonoaudiología, seguidos por terapia ocupacional y terapia respiratoria. El menor número de servicios corresponde a medicina física y rehabilitación

Desde el aseguramiento en salud y específicamente en lo que respecta al programa de gratuidad, se han identificado en promedio 22.000 personas en la categoría de requerimiento de ayuda permanente (Discapacidad severa), de niveles 1 y 2 del SISBEN afiliados a régimen subsidiado, que han recibido en corte 2008 a junio 2011, 86.032 atenciones en salud.

Las causas de las inequidades en salud en Bogotá se han analizado desde la metodología de núcleos problemáticos a partir de Análisis de Situación de Salud y Calidad de vida de los Diagnósticos locales y Distrital de las vigencias 2009 y 2012 con participación social. Dado el desarrollo de la perspectiva poblacional estos núcleos problemáticos se presentan de la siguiente forma: Familias, Infancia, Juventud, Adulterez, Vejez, desplazamiento, discapacidad, etnias

5. DESCRIPCIÓN

LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA Y PROGRAMÁTICA ASUMIDA

En primer lugar, leer e interpretar el proceso salud enfermedad y de calidad de vida en la ciudad desde el **enfoque de los determinantes sociales** de la salud; en segundo lugar fortalecer desde la acción del Estado el **enfoque de derechos** como medio para avanzar en el mejoramiento de la calidad de vida de la población y facilitar el acceso efectivo a las redes de servicios de salud y bienestar social, a través de un ejercicio de corresponsabilidad entre el Estado y los/las ciudadanas; la Secretaría Distrital de Salud propone la **Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y la Estrategia de Atención Primaria en Salud**, como marco de acción estratégico de la política de salud con énfasis en los procesos que el Plan de Intervenciones Colectivas, lo cual dispone para responder a las necesidades sociales de la población, reconociendo el **territorio** como el espacio en que se reproducen las condiciones de vida que precisan la salud, la enfermedad o la muerte.

El marco explicativo de los determinantes sociales de la salud recalca la relación entre las desiguales condiciones materiales de vida de una población y sus formas de vivir, enfermar y morir. Esta relación no puede ser interpretada exclusivamente como un fenómeno puramente causal, en el cual las condiciones de vida son vistas como factores de riesgo que tienen un efecto mecánico en el proceso salud enfermedad, que puede ser modificado mediante acciones de prevención o de gestión del riesgo. La perspectiva de determinantes sociales y la determinación social se origina en un análisis de los procesos y modos históricos, en los cuales se demuestra el papel que la clase social tiene en las condiciones de vida de la población y, en consecuencia, se plantea que el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) debe centrarse en minimizar las brechas de inequidad en salud, partiendo de definir la salud desde una perspectiva compleja: Como producción histórico social, más allá de la enfermedad; las enfermedades como resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales, históricas y políticas de los individuos y colectividades, por esta razón es indispensable mirar cómo es que se produce socialmente la patología y la salud.

El reconocimiento de los determinantes sociales de la salud como base de interpretación del proceso salud enfermedad, debe conducir hacia la identificación de los factores que definen la calidad de vida y salud de las poblaciones y hacia la construcción de respuestas integrales sectoriales e intersectoriales para promover la salud de las comunidades y no solo para la resolución de servicios asistenciales de salud exclusivamente. Existe una jerarquía de DSS: Determinantes Estructurales (modo de vida: conjunto de la sociedad), Intermedios (condiciones de vida: grupos poblacionales) y Proximales (estilo de vida: individual).

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con sus libertades y su dignidad humana. Identifica a los ciudadanos como sujetos de derechos (titulares de derechos) y aquello a lo que pueden acceder a través de la legislación. De tal forma que promueve la capacidad de los sujetos de derechos para reivindicar éstos, y subraya la obligación del Estado para

cumplirlos a través de acciones dirigidas a su promoción, protección, garantía y restitución.

Por tanto el propósito de la política de salud es analizar y actuar sobre las desigualdades y las inequidades sociales en salud que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo, a partir de la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas y programas.

Se reconoce entonces que el derecho a la salud está en conexión con el derecho a vida y se relaciona con una serie de condiciones que la hacen digna del ser humano y fomenta su bienestar y la calidad de vida. Por tanto las **Promocional de Calidad de Vida y Salud y Atención Primaria en Salud**, son el medio y la forma a través del que la SDS materializa su intención de desarrollar los procesos de salud en el Distrito Capital.

La **Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud** es en esencia una estrategia de integración de procesos que rompe con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social y desarrolla un enfoque continuo de la vida y de sus determinaciones sociales en todas sus etapas, procesos y contextos. Propone formas de construcción de respuestas colectivas que trascienden las políticas centradas en la prestación de servicios y, articula las políticas económicas y sociales alrededor de objetivos y metas públicas dirigidas a impactar en la transformación de las condiciones de vida de la gente. La construcción es estratégica porque requiere de un reordenamiento de todos los procesos de atención y de gestión, tanto sectoriales como transectoriales, tanto institucionales como sociales o comunitarios, tanto curativos como preventivos, educativos, protectores o de rehabilitación, tanto individuales como colectivos, buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el ejercicio de la autonomía. Esta perspectiva reconoce la necesidad de la interacción permanente entre el sector salud y otros sectores del Estado, tanto como el papel de las personas y las organizaciones sociales en la producción de la salud. Dicha interacción se materializa en los territorios sociales en donde las personas habitan atendiendo a las particularidades del territorio.

La **Estrategia de Atención Primaria en Salud** es una estrategia reconocida internacionalmente como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.”

Esta propuesta renovada, descarta la idea de que la APS sea un conjunto estipulado de servicios de salud, ya que éstos deben ser congruentes con las necesidades locales en materia de salud. De igual modo, descarta que la APS se defina por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben determinarse de acuerdo con los recursos disponibles, las preferencias culturales y la evidencia disponible.

Para el caso del Distrito Capital, se ha definido la APS como una manera de integrar los servicios individuales y colectivos dirigidos a las poblaciones en territorios específicos, según las necesidades sociales y con la participación de las comunidades, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), constituido por relaciones contractuales entre usuarios, aseguradores y prestadores, públicos y privados⁴⁰. Se acepta que la APS entendida de esa manera requiere una reorganización del trabajo en salud. No se trata de un primer nivel de atención con escasa capacidad resolutoria y acciones aisladas de prevención y educación sanitaria; se trata de la puerta de entrada al sistema de salud y un potenciador de la organización de respuestas a fin de garantizar el derecho a la salud a toda la población.

Bogotá Humana Ya en salud

La apuesta política del plan de gobierno "Bogotá Humana Ya", se propone terminar con la segregación social, construir una ciudad que no deprede la naturaleza, que sea revitalizada con espacios públicos y amplia movilidad, profundizando en la democracia dando poder real a los ciudadanos para decidir sobre el futuro de la ciudad y volver incluyente el proceso de crecimiento económico. Estos propósitos requiere de crear las condiciones propicias para que las personas y los colectivos puedan escoger el tipo de vida que ellas consideran valioso, donde el desarrollo humano debe ser el abanico de opciones de las personas para que estructurar su proyecto de vida y en el cual las políticas públicas de la ciudad deben permitir crear las condiciones, opciones y acciones de superación de los obstáculos y barreras que crean situaciones de exclusión que afectan la capacidad para realizar efectivamente esos proyecto de vida individuales y colectivos y donde la dinámica urbana contribuye a mejorar la calidad de vida de todos y todas, en especial de quienes

sufren condiciones particulares de exclusión.

En este sentido la propuesta política de BOGOTA HUMANA YA, buscará crear las condiciones propicias para que las personas puedan escoger el tipo de vida que ellas consideran valioso y el desarrollo de la seguridad humana, entendida como seguridad integral (protección de la vida, protección social, refuerzo de la confianza en las posibilidades de construir un proyecto de vida), es requisito clave para tener derecho a la ciudad, el cual implica superar la segregación social, política económica, cultural y ambiental para construir una ciudad incluyente que tiene que abrir las puertas a todos, sin ningún tipo de discriminación.

En esta perspectiva la garantía del derecho a la salud es un eje central de desarrollo para la ciudad, reconociendo que la salud no se relaciona solamente con asuntos de enfermedades sino se involucra con el concepto de desarrollo, bienestar y el disfrute de todos los derechos humanos por parte de las personas y las comunidades, y se relaciona con la interdependencia de la salud con otros derechos fundamentales como con la vida, la libertad, el trabajo, el medio ambiente sano, la educación, la alimentación, el libre desarrollo de la personalidad, entre otros, hace parte de la perspectiva de desarrollo humano.

Reconociendo estas profundas desigualdades e inequidades que se expresan en la segregación social de la ciudad en materia del derecho a la salud, se plantea implementar un modelo de atención integral en salud en la ciudad basado en las estrategias: promocional de Calidad de Vida y Salud y de Atención Primaria en Salud.

Este modelo de atención tiene como base principal la gestión y operación integral de la salud pública en los territorios, articulado con la prestación de servicios de salud intra-murales y con servicios y gestión social de acuerdo a las necesidades de la población. Esto implica el abordaje de las poblaciones en los ámbitos de vida cotidiana desde el enfoque promocional de salud familiar y salud comunitaria con fuertes acciones promocionales en salud con énfasis en procesos de educación y comunicación en salud, salud comunitaria y organización social para la salud, acciones preventivas y la gestión del acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud y sociales.

Dicho lo anterior, una de las metas más relevantes en salud, con la cual se ha comprometido el gobierno distrital, desarrollar una estrategia de gestión integral del territorio a través de equipos integrados de salud familiar y comunitaria con capacidad resolutoria en el plano promocional y preventivo como con una expedita vinculación en la prestación de servicios de salud y sociales de los territorios, los cuales deben permitir un abordaje integral para las familias y las comunidades, constituyéndose en una puerta de entrada para la población al Sistema de Seguridad Social en Salud-SGSSS- y de Protecciones Sociales en la ciudad.

Para el caso del SGSSS el equipo integrado deberá articular los servicios del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas (PIC), el Plan Obligatorio de salud (POS) y fortalecimiento del trabajo intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) busca desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y salud de las personas, facilitar el acceso a los servicios de atención sanitaria según lo establecido en el plan obligatorio de salud, promover la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables.

Con la operación de los equipos integrados de salud familiar y comunitaria, se buscará implementar estrategias operativas transversales de carácter transdisciplinario que permitan reconocer y analizar críticamente la realidad social en el contexto territorial, promover procesos de participación social, diseñar e implementar acciones integradas de carácter promocional de la salud y de prevención de las enfermedades en las poblaciones en sus contextos territoriales e implementar herramientas de gestión integral de la salud e intersectorial que permitan el desarrollo de procesos institucionales e intersectoriales.

Para ello se organizan como ejes de acciones de la implementación de la salud pública en los territorios los siguientes procesos centrales:

PROCESOS CENTRALES DE LA SALUD PUBLICA EN LOS TERRITORIOS

Proceso central de Planificación territorial de la salud publica

La planificación como concepto se reconoce como un proceso de toma de decisiones anticipada que requiere tener en cuenta las siguientes preguntas orientadoras: ¿Qué hacer?, ¿Dónde hacerlo?, ¿Cómo hacerlo?, ¿Cuándo hacerlo?, ¿Quién ha de hacerlo?, ¿Con qué ha de hacerlo? Y para qué hacerlo?.

La planificación en salud recoge como insumo principal el diagnóstico de la situación de salud y calidad de vida de la población en los diferentes territorios y define el direccionamiento de políticas públicas en salud a través de planes, programas y proyectos. Existen diferentes niveles de planificación de la salud en Bogotá, el plano distrital como ente rector responsable de la formulación, seguimiento y evaluación de la política pública en salud de la ciudad; el plano local como instancia de gestión y coordinación operativa local de esta política y el nivel territorial como instancia de operación, seguimiento y evaluación, este define la línea de base de situación de salud y calidad de vida de la población en los territorios, los objetivos de los territorios y la ruta de acción de la salud pública a implementar en el marco del modelo de atención en salud de la ciudad.

El proceso central en los territorios es diseñar un futuro deseado que constituya una guía para la operación de la salud en los espacios de vida; en este proceso, las acciones actuales se relacionan con los resultados esperados y facilitan la toma de decisiones como proceso fundamental para la organización, direccionamiento, evaluación y control en la implementación de la salud pública en las localidades.

Se abordan de manera transversal tres niveles de planificación¹: a. el normativo o de planificación de políticas, para el cual los análisis de situación de salud constituyen un insumo para el diseño, seguimiento y evaluación de políticas públicas; b. el nivel estratégico para el que esta ficha constituye un insumo para el diseño de planes territoriales de salud y por último c. el nivel táctico o de operación donde se definirá la forma de identificar, caracterizar y priorizar el accionar de la salud. Esta planificación en el territorio comprende una serie de escalas articuladas que van desde la localidad hasta el microterritorio, que responden tanto a escalas geográficas como de planificación y operación.

Este proceso consta de cuatro subprocesos:

- Identificación, caracterización, territorialización y priorización
- Análisis de situación de Calidad de Vida y Salud de la población y de sus determinantes sociales.
- Planes en Intervenciones Colectiva a nivel local territorializado

Proceso central Respuesta integradas en salud publica en los territorios

Este proceso consta de cuatro subprocesos:

- Acceso equitativo a servicios sociales y de salud
- Acciones de organización social por la salud en los territorios
- Acciones promocionales y preventivas
- Vigilancia en salud pública

Proceso central Gestión integral en salud publica en los territorios

Este proceso de la salud pública en los territorios se recoge dos dimensiones de la gestión integral, en primer lugar la gestión de políticas públicas con participación social para que los individuos y las poblaciones se realicen en lo social y se redimensionen la relación Estado- sociedad en la perspectiva de profundización de la democracia. Y en segundo lugar el proceso debe permitir una organización y administración del Estado y sus instituciones, en este caso las ESE y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Localidad que permitan la garantía efectiva de los derechos humanos de manera particular, el derecho a la salud. En este sentido este proceso consta de cinco subprocesos:

- Gestión integral de políticas públicas y de respuestas intersectoriales en la salud y la calidad de vida en lo local y territorial.
- Gestión operativa y administrativa de los equipos territoriales
- Gestión de la información del Territorio
- Fortalecimiento de Habilidades de y capacidades en salud pública en los territorios

- Análisis y evaluación de la salud pública en los territorios

Estos procesos centrales de planificación, respuesta integrada y gestión integral de la salud pública en los territorios recogerán los siguientes componentes de acción:

COMPONENTE DE LA SALUD PUBLICA EN LOS TERRITORIOS COMPONENTE TERRITORIAL

El territorio trasciende las características físicas del espacio geográfico. Es producto de una construcción donde interactúan actores sociales, factores económicos, históricos, culturales, ambientales y geográficos. Se caracteriza por dinámicas propias derivadas de las relaciones sociales de poder, de identidad, de afecto, de gestión y de dominio entre diferentes actores o grupos que responden a diferentes percepciones, valoraciones, actitudes e intereses. El territorio se reconoce como intrínsecamente social en la medida que está definido por la territorialidad (ejercicio de poder) que ejerce un actor (individual y/o colectivo) sobre una porción de un espacio geográfico.

En consecuencia la planificación y las acciones concretas que desarrollan las políticas públicas tienen incidencia directa en el territorio y en la vida de sus habitantes, partiendo del reconocimiento de las necesidades que los habitantes del territorio viven en los espacios de vida cotidiana, por lo tanto, deben reconocer el papel central de la cooperación entre todos los actores del territorio, el trabajo intersectorial y el papel del Estado en la garantía de los derechos. Reconocer al ser humano individual y colectivo desde su integralidad y diversidad en el territorio visibiliza potencialidades o limitaciones del territorio que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales⁴¹, los transforma y les permite generar o no, condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades.

El proceso central en los territorios es diseñar un futuro deseado que constituya una guía para la operación de la salud en los espacios de vida; en este proceso, las acciones actuales se relacionan con los resultados esperados y facilitan la toma de decisiones como proceso fundamental para la organización, direccionamiento, evaluación y control en la implementación de la salud pública en las localidades.

De manera particular se reconoce el concepto de ámbitos de vida cotidiana como un desarrollo conceptual y metodológico de la Secretaría Distrital de Salud desde la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud desde la comprensión teórica de territorios sociales como una construcción social que trasciende el espacio físico. El territorio social se organiza a partir del reconocimiento de sujetos con características específicas, que definen su naturaleza biológica, económica, social y política y establecen relaciones entre ellos, en este sentido el ámbito de vida cotidiana es donde se desarrollan procesos que organizan la vida social, por lo tanto se construye histórica y socialmente. Se reconoce que a partir de la interacción entre los sujetos, las relaciones y los procesos en los ámbitos de vida cotidiana surgen las necesidades sociales, entendidas éstas como la insatisfacción de los derechos sociales.

Ya que en los territorios sociales convergen en forma simultánea diferentes ámbitos de la vida cotidiana como la familia, los centros educativos, los escenarios de trabajo, los procesos comunitarios, y distintos tipos de instituciones, se constituyen los ámbitos como expresión de las características y relaciones particulares que según la función y el contexto social desarrollan los sujetos.

- El ámbito familiar se identifica como una representación de un territorio social, el cual se define como un espacio social donde transcurre la vida cotidiana de personas de diferente o del mismo sexo, con hijos o sin ellos, unidas por una relación de consanguinidad, parentesco, adopción o afecto. También en este espacio social se establecen vínculos de apoyo emocional, económico, de cuidado o de afecto comparten domicilio o residencia o lugar de habitación de manera habitual. Y debe reconocerse la diversidad de estructuras, arreglos, formas, relaciones, roles y subjetividades el interior del ámbito.
- El ámbito escolar se ubica como un ámbito institucional de carácter educativo que poseen una organización y dinámica propia y que tienen la función social de educar a los ciudadanos en las diferentes etapas del ciclo vital. Es un espacio social donde confluyen familias, redes de servicios, necesidades sociales y propuestas de desarrollo integral para la infancia y la juventud, en tres escenarios: jardines en sus distintas modalidades,

⁴¹. Cada una de las etapas del ciclo de vida – la generación a la que pertenece, los procesos de identidad – diversidad (etnia, sexo, orientación sexual, género y diversidad de género) y las condiciones y situaciones particulares (discapacidad, desplazamiento).

escuelas/colegios, e instituciones de educación superior.

- El ámbito laboral es el territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos tanto en la economía informal como formal. En el se expresan relaciones con características particulares, que lo determinan y que son comunes a todos los actores que lo habitan.
- El ámbito comunitario: es aquel que se circunscribe en los territorios sociales comunitarios que aluden a un tipo de relación social basada en nexos subjetivos fuertes como los sentimientos, la proximidad territorial, las creencias y las tradiciones comunes; es el caso de los vínculos de parentesco, de vecindad y de amistad.
- El ámbito del espacio público es un escenario social donde encontramos colegios, lugares de culto y oración, familias, espacios laborales, espacios públicos e íntimos como hogares, en cada uno de los cuales se generan vínculos de pertenencia territorial
- El ámbito institucional de protección social: se define como los entornos donde se desarrolla la vida cotidiana, de los niños, niñas, adolescentes en las Instituciones de Protección y Centros de Atención Especializada que están bajo la rectoría del ICBF, los adultos, adultas, personas mayores privadas de la libertad que se encuentran en los centros de reclusión, y las personas mayores institucionalizadas, habitante de calle institucionalizado que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad psicosocial y económica

Para el abordaje territorial en las localidades se tendrá como criterio de conformación en primer lugar la cobertura de caracterización de familias, en la cual cada 800 familias conformará un microterritorios y la agrupación de entre 9600 y 1500 familias conformara un territorio de salud. En esto territorios de salud convergerán los ámbitos familiar, escolar, institucional de protección, comunitario y de espacio público.

La proyección del abordaje territorial es el siguiente:

LOCALIDAD	TOTAL MICROTERRIT ORIOS	2012	2013	2014	2015	2016
Usaquén	20	14	20	20	20	20
Chapinero	8	6	8	8	8	8
Santa Fe	25	18	25	25	25	25
San Cristóbal	110	77	110	110	110	110
Usme	110	77	110	110	110	110
Tunjuelito	36	25	36	36	36	36
Bosa	168	118	168	168	168	168
Kennedy	90	63	90	90	90	90
Fontibón	25	17	24	24	24	24
Engativá	60	42	60	60	60	60
Suba	110	77	110	110	110	110
Barrios Unidos	2	1	2	2	2	2
Teusaquillo	1	1	1	1	1	1
Los Mártires	3	2	3	3	3	3
Antonio Nariño	2	1	2	2	2	2
Puente Aranda	2	1	2	2	2	2
La Candelaria	5	4	5	5	5	5
Rafael Uribe Uribe	60	42	60	60	60	60
Ciudad Bolívar	160	112	160	160	160	160
Sumapaz	4	3	4	4	4	4
Total Bogotá D.C.	1000	700	1000	1000	1000	1000

COMPONENTE POBLACIONAL

La perspectiva poblacional es una orientación de análisis y de intervención, que reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad en la interrelación territorio-población, visibilizando potencialidades o limitaciones del territorio que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y le permite generar o no condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades.

Al comprender el enfoque poblacional se identifican características de la población, que son incluyentes, interactivas y están relacionadas entre sí. Estas son:

- Las familias
- Cada una de sus etapas del ciclo de vida - generación (niñez, juventud, adultez, vejez).
- Procesos de identidad - diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado),
- Condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado por violencia, la habitabilidad de

calle, la discapacidad, la privación de la libertad).

- El género como una categoría transversal. En el contexto social, cultural, económico y político de los grupos e individuos.

La perspectiva poblacional implica el reconocimiento de los conceptos:

- **DIFERENCIAL** que se entiende como el reconocimiento de las condiciones de desigualdad social, económica y cultural de grupos de población que históricamente han sido vulnerados, excluidos, marginados y desprotegidos en términos del ejercicio, reconocimiento y garantía de sus derechos. Estas poblaciones son las personas que se encuentran en situación de desplazamiento forzado por la violencia, los habitantes de calle, las poblaciones étnicas y LGTB, la cuales deben ser abordadas a la luz de éste enfoque con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de sus derechos; analizando realidades, diferencias, diversidad y características del contexto hacia el disfrute de una vida digna hacia la equidad y goce efectivo de sus derechos.
- **PERSPECTIVA INTERSECCIONAL** que significa trascender la mirada segmentada de las poblaciones que surgen desde el énfasis por una característica, hacia una comprensión de las relaciones que existen entre estas características y los distintos grupos de poblaciones; etnias, discapacidad, desplazamiento, género, ciclo vital, entre otros. En este contexto se debe tener en cuenta que las interseccionalidades no son iguales entre sí, tienen orígenes diferentes y el reconocimiento de las diferencias y fragilidades que se dan en distintos niveles.
- **GENERO:** que es una categoría de análisis transversal, que apuesta por ser una perspectiva que permiten reconocer las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los diferentes grupos poblacionales y como se posicionan en el mundo en lugares e historias diferentes que facilitan o dificultan determinadas acciones y valoraciones de sus capacidades, derechos y deberes. Busca contribuir a la igualdad de género frente al estado de salud especializando la atención diferencial acorde a factores determinantes que promuevan la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres⁴².
- **IDENTIDAD – DIVERSIDAD:** Esta categoría refiere a la construcción individual y la pertenencia y autodeterminación que realiza un individuo a partir de elementos subjetivos colectivos que apropia relacionados con la etnia, clase social, orientación sexual, género e identidad de género, etapa ciclo vital, culturas urbanas, condiciones o situaciones por las transita o en las que se encuentra, etc. Además esta ligada a “grupos a los que las personas consideran pertenecer, o a los que los demás estiman que pertenecen”. También se constituye en el núcleo de conformación del “yo” que permite al ser humano la interacción con los otros, esta se forma otorgándonos una imagen compleja sobre nosotros mismos, la que nos permite actuar en forma coherente según lo que pensamos. La diversidad lleva implícito el reconocimiento de lo particular dentro de lo universal y se manifiesta en la pluralidad de identidades que caracterizan los grupos y comunidades que componen la humanidad y hace referencia a la diferencia, debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras.
- **CONDICIÓN – SITUACIÓN:** Esta categoría hace referencia a las características que surgen a partir del contexto social, cultural, geográfico e histórico que impactan en los individuos y colectivos generando particularidades transitorias o permanentes, relacionadas con su cosmovisión, conceptos propios de salud, usos y costumbres, capacidades, habilidades y en algunos casos con una fragilidad social manifiesta a su condición.

Las familias

La familia es una forma de asociación humana, voluntaria o necesaria, con funciones sociales, políticas y económicas, de la cual resulta la unidad doméstica, que implica compartir vivienda, alimento, intimidad, sexualidad, afecto y cuidado mutuo; representa el espacio inicial de aprendizaje y construcción de la vida social de las personas, es una instancia fundamental de socialización de las personas, por lo cual, todo lo que en ella ocurra define de una manera importante el destino de sus miembros y el carácter de la sociedad en su conjunto, pueden también reproducir la solidaridad y las

⁴² Organización Panamericana de la Salud. “Política de Igualdad de Género”. 2005.

relaciones afectivas de libre elección o las injusticias y formas de dominación, tanto como contribuir al cambio social para la construcción de una sociedad justa y democrática.

Esta concepción de familia, tiene en cuenta que ésta es un escenario de relaciones de afecto, jerarquía y poder entre otras, pero también es un escenario de vínculos en donde ocurre una inevitable convivencia intergeneracional, que supone la importancia de reconocer y atender no solo las necesidades diferenciadas de los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo vital, sino también reconocer la complejidad y multiplicidad de estructuras y configuraciones familiares habitualmente identificadas, como aquellas de carácter emergente.

Mejorar la calidad de vida implica, dentro de las opciones de cada persona o de la familia, tener las oportunidades necesarias para ampliar libertades y para poder desarrollarse libre y razonablemente, no sólo desde el punto de vista de obtener un mínimo de condiciones de vida para superar las enfermedades, la desnutrición, el analfabetismo, la pobreza, la inseguridad, sino también en la garantía de derechos como la educación, el empleo formal, la vivienda digna, el ambiente sostenible y saludable y entre otros que permitan dentro de las esferas de protección de la dignidad humana, vivir con bienestar, vivir como se desea y vivir sin humillaciones.

Desde la perspectiva integral e interdependiente de los derechos humanos la construcción de los proyectos de vida no depende únicamente de los ingresos, de las capacidades materiales y del crecimiento económico reportado en cifras; las opciones de vida como máxima representación de las libertades políticas, sociales y culturales de los individuos y de las familias, se constituyen también como aspectos determinantes para garantizar la construcción de autonomías, a partir del reconocimiento y la aceptación del otro sin dar lugar a discriminaciones por diferencias de religión, cultura, sexo, raza, género o condición social.

Contemplar derechos de las familias, supone identificar determinantes sociales que afectan sus dinámicas, que las colocan en situaciones de desprotección y que a la postre afectan su función social. Este reconocimiento, debe permitir reconocer el derecho de las personas de conformar su familia de acuerdo al desarrollo de sus autonomías y libertades como también, identificar en la familia los procesos de constitución de subjetividades y el reconocimiento de las diferentes formas de expresión y desarrollo de la persona.

Asumir este enfoque implica acoger sus tres principios esenciales: diversidad, igualdad y Equidad; principios que buscan el reconocimiento y la garantía de derechos a través del diseño, formulación e implementación de políticas públicas y la creación de estrategias para su restablecimiento.

Para efectos de este lineamiento se asume el concepto de familia propuesto en la política pública de las familias del Distrito Capital: organizaciones sociales, construidas históricamente, constituidas por personas que se reconocen y son reconocidas en la diversidad de sus estructuras, arreglos, formas, relaciones, roles y subjetividades; están conformadas por grupos de dos o más personas de diferente o del mismo sexo, con hijos o sin ellos, unidas por una relación de consanguinidad o parentesco, adopción o afecto. Establecen vínculos de apoyo emocional, económico, de cuidado o de afecto, y comparten domicilio o residencia o lugar de habitación de manera habitual y son sujetos colectivos de derechos.

las formas de organización familiar es importante reconocer que entendidas las familias como una de las organizaciones sociales fundamentales en la sociedad, responden a un devenir histórico y cultural que marca sus dinámicas y transformaciones, como constructoras de lo público, conlleva la necesidad del reconocimiento de su diversidad, lo que implica una lectura heterogénea de su estructura y composición, por ello hay que tener en cuenta, desde los procesos de estructuración e implementación de políticas públicas, no enmarcar a las familias en una variedad de concepciones idealizadas e ideologizadas, que responden a un único tipo o forma familiar que sustenta ciertos roles y que en muchos casos responden a vínculos tradicionales y hegemónicos como por ejemplo el orden patriarcal establecido. Por ello es necesario evidenciar los cambios y transformaciones, que permitan visibilizar la heterogeneidad de las familias y la riqueza de su complejidad.

De otro lado desde el enfoque de derechos humanos se reconocen como características de las familias las siguientes:

- Ente colectivo: titular de derechos colectivos
- Conjunto de sujetos titulares de derechos individuales
- Diversidad en su composición y naturaleza de los vínculos
- Pluralismo intergeneracional, ideológico, religioso y político

- Libertada, igualdad, autonomía de la familia de sus integrante
- Escenario de construcción e identidad de genero

Tradicionalmente se les ha asignado a las familias, funciones de socialización, asistencia y protección de sus miembros; desde otros discursos, se les asigna un valor importante a la afectividad, pero en una perspectiva integradora y en el marco de los derechos humanos se les asigna las siguientes funciones:

- Desarrollo de la capacidad de agencia individual y colectiva.
- La construcción, percepción y necesidad de los afectos.
- Formación y promoción de la titularidad de los derechos de sus integrantes
- Ejercicio de la autoridad democrática
- Formación de las vivencias de la democracia

Etapas del ciclo de vida - generación (niñez, juventud, adultez, vejez).

Infancia

La niñez desde el marco del enfoque poblacional se constituye como la etapa del ciclo vital que inicia desde la gestación y va hasta los 12 años de edad, que se caracteriza por ser crucial dentro del desarrollo del ser humano, y en donde se presenta el desarrollo pleno en aspectos psicológicos, biológicos, culturales y sociales.

Está conformada por dos subetapas:

- La primera infancia (comprende el desarrollo de los niños y niñas desde su gestación hasta los 5 años de edad), aquí se enfatiza en el cuidado y protección de los niños y niñas en periodo de gestación, además de que se asientan las bases de estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social
- La infancia (comprende desde los 6 hasta los 12 años), en donde el niño continua aprendiendo a observar, a actuar, a utilizar su cuerpo, a prever el resultado de su acción, a modificar sus movimientos y sus actos, a registrar y tener en cuenta sus propios límites, aprende la prudencia y el cuidado de sí, aprende a aprender. En una palabra, desarrolla su competencia ejerciéndola y ejercitándola. Pero aprende al mismo tiempo la confianza en sí mismo, en sus propias percepciones, en sus propios intereses, en sus cuestionamientos, en sus conclusiones, en sus propios encadenamientos lógicos y en sus propias maneras de resolver sus situaciones problemáticas.
- Así mismo la adolescencia como proceso de desarrollo transcurre entre los 13 y 18 años y se caracteriza porque en esta se amplían, revisan y ponen a prueba la visión de la vida y de los valores acerca de si mismo-a, de la familia y de la sociedad, razón por la cual, las personas que se encuentran en este momento de la vida, son las más duras cuestionadoras en el hogar y en la escuela. Es más marcado el distanciamiento afectivo y la mala comunicación con los padres y madres sintiéndose casi siempre incomprendidas en sus argumentos y en los planteamientos que revelan sus diferencias de opinión cuya presentación tiene el valor de una afirmación personal mucho más que en otras épocas de la vida. En esta se exploran diferentes imágenes para expresarse y para ser reconocido en la sociedad, se socializa con pares de diferente sexo y se inicia actividad sexual con quien se identifica como pareja sexual, se da la fascinación por la capacidad de pensar diferente y descubrir la abstracción de nuevos conceptos y allí surge la posibilidad e interés de vinculación a actividades colectivas que dan reconocimiento social y cultural, legitimando la diferencia de pensamiento.

Juventud.

La juventud de hoy debe ser concebida como una generación cuyas características son fruto de construcciones y significaciones sociales a través del tiempo en contextos históricos y sociedades determinadas, en un proceso de permanentes cambios y resignificaciones; como construcción social, se hace necesario hablar de juventudes en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre unos y otros jóvenes. Los procesos de la sociedad moderna ha permitido a los jóvenes asumir roles distintos, como son el de ser estudiantes. Distinta a la generación de los adultos de hoy, cuando estos eran jóvenes, tuvieron que asumir a edades muy tempranas roles de trabajadores y los niveles educativos no superaban la básica primaria. De igual forma, los procesos de transformación

de las sociedades, han ocasionado que las transformaciones en la identidad de las etapas de ciclo vital, actualmente no permite plantear una única forma de ser jóvenes, adulto, niño o persona mayor, las expresiones que en cada etapa se da, específicamente en la juventud, son heterogéneas, manifiestas en diversas formas de vestir, diversas estéticas, lenguajes, roles etc. Esto ha significado que se debe hablar no de juventud sino de juventudes.

En este sentido, los jóvenes perciben la vida de una determinada manera y la expresan mediante simbologías, manifiestas en la forma de vestir, de actuar, en los gustos musicales, en la manera de sentir y de pensar; esta generación de jóvenes tiene claro que deben poder elegir y construir un presente y un futuro, por ello construyen una visión de grupo social capaz de crearse a sí mismo, en relación con los otros, con la naturaleza, con la sociedad, con sus espacios de desarrollo cotidiano y que puede construir signos y símbolos y toda una visión del mundo. Esto implica que en la juventud no solo se presentan cambios biológicos y psicológicos sino, condiciones propias del desarrollo y del contexto que hacen diferente la asunción e roles y comportamientos.

De igual forma, los jóvenes en la actualidad, promueve la configuración de imágenes traducidas en miradas e imaginarios colectivos que se construyen socialmente con respecto a la representación que se haga de lo juvenil, donde cobran particular importancia: las industrias culturales, los medios masivos de comunicación y los ámbitos educativos, religiosos y familiares, entre otros; de manera que las y los jóvenes se van haciendo de esas imágenes, las cuales van cambiando de tonalidades y ritmos de acuerdo con la generación a la que pertenecen. Se consideran con la posibilidad de ejercer un rol protagónico a través de la familia, la escuela, el barrio, las instituciones y el estado, y reclaman a gritos el reconocimiento de su diversidad y el ejercicio de sus derechos.

Muchos jóvenes en nuestra ciudad, han adoptado formas de expresión y de organización que actúan hacia el exterior, es decir, en su relación con los otros y que les permite interactuar con grupos de pares; han venido operando en espacios de pertenencia y adscripción identitaria, a partir de estos han construido un mundo en común, que en cierta medida se convierte en una salida ante los fenómenos de exclusión y falta de oportunidades que les afecta directamente, se construyen a sí mismo, en su relación con el entorno y con los demás jóvenes.

Desde el punto de vista etareo, también son múltiples las definiciones que frente a la categoría de juventud se realizan: En la Política Pública de Juventud: joven es toda persona entre 14 y 26 años; desde la Organización Mundial de la Salud- OMS- que considera como población juvenil las personas entre 10 y 24 años. Sin embargo, para efectos de las acciones que desde el sector salud se realizan con los y las jóvenes, estos se definen desde el grupo etareo de 14 a 26 años.

Adultez

La adultez es una de las etapas más extensas del ciclo vital, cubre las edades comprendidas entre los 27 y 59 años de edad, donde su construcción tiene connotaciones sociales, alude a un proceso que tiene lugar en la mitad de la vida y que forma parte del proceso de envejecimiento, es una etapa de transición y preparación para la vejez.

La etapa de adultez se define en el marco de acontecimientos sociales (en los ámbitos de vida profesional y familiar), por el cambio en la estructura de los roles, por demandas y exigencias que se originan de asumir importantes tareas sociales, más que en términos de edad o de maduración física. Estos cambios sociales llevan a que se apropien roles requeridos para la ejecución de tareas con elección en el aprendizaje, y en la adaptación a las mismas. Es aquella etapa de la vida caracterizada por la ampliación de las responsabilidades, la autonomía y las realizaciones, producto de un proceso de construcción histórico, social y cultural, en la que se espera que los sujetos a través de sus aprendizajes, experiencias y desarrollo de potencialidades, logren la capacidad de agencia para sostener, mantener o transformar realidades individuales y colectivas.

De este modo, para la sociedad occidental, la adultez es la etapa de aceptación plena de responsabilidades: procreación y cuidado de la familia, educación y transmisión de las pautas normativas de la sociedad, trabajo y producción, dirección y gestión de la sociedad política y búsqueda de elementos trascendentes que aporten sentido a la existencia⁴³.

Vejez

43 R. Zapata Garcí, A Canno Prous, J, Moya Querejeta. Tareas del desarrollo de la edad adulta. Psiquis, 2002; 23 (5):185-197.

Los y las especialistas en el tema demográfico plantean que el envejecimiento demográfico o envejecimiento de la población, es un proceso en el cual se presenta un aumento progresivo de la proporción de personas mayores de 60 años en relación con la población total. Se considera como uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (descenso de la fecundidad y mortalidad), lo cual incide tanto en el crecimiento de la población, como en su composición por edades: el descenso del ritmo de crecimiento medio anual de la población, y el incremento mucho más acelerado en el tramos de 60 años de edad.

Envejecimiento activo fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de «envejecimiento saludable» y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, lo cual reafirma que a medida que cambien las condiciones de vida y existan mayores oportunidades para las personas, al tiempo que transcurre su edad y disfruta su bienestar físico, mental y social tendrán mayor probabilidad de participar en todos los espacios de la vida social y comunitaria.

Procesos de identidad - diversidad (etnia, identidad de género, orientación sexual).

Etnias

La etnia se define como aquel conglomerado social capaz de reproducirse biológicamente a sí mismo, que reconoce un origen común, cuyos miembros se identifican entre sí como parte de un “nosotros” distinto de los “otros” e interactúan a partir del reconocimiento recíproco de la diferencia, compartiendo ciertos elementos y rasgos culturales entre los que tiene especial importancia la lengua. “Son grupos sociales formados históricamente, que desarrollan y mantienen una identidad social común, es decir que forman un “nosotros” social que perdura por tiempos históricos normalmente muy largos, a partir de una historia común, de una convivencia que hace posible la reproducción del grupo y su permanencia a lo largo del tiempo.

El grupo étnico es un nosotros, es formación social histórica, tiene un patrimonio cultural tangible e intangible y una matriz cultural que le da identidad colectiva”. [1]

La definición étnica está en constante transformación, en una suerte de juego de espejos entre la complejidad de la sociedad y las diferentes formas de apropiación del discurso dominante por parte de la acción social a través de prácticas urbanas específicas. Se trata de una relación mutua entre la ciudad y las identidades, entre factores objetivos y subjetivos, entre lo material y lo inmaterial.

Al hablar de construcciones de identidad, en lo étnico se quiere cuestionar las ideas sobre la etnicidad que intenta homogeneizar los grupos sociales, imponiéndoles fronteras autoritarias y abstractas. En ese sentido, podemos ver que la etnicidad se ve fortalecida y constantemente renovada en una sociedad que de entrada es difusa; esto es posible en la medida en que la ciudad es un espacio en donde son esenciales los pasos, las transgresiones, las idas y regresos entre las fronteras sociales y simbólicas.

El proceso con las poblaciones étnicas, se ha diseñado para facilitar el abordaje de estas comunidades dentro del Plan de Intervenciones Colectivas en la ciudad de Bogotá y en su desarrollo parte de un referente conceptual, que nos da cuenta de la problemática, de sus efectos en la situación de salud de esta población, de los factores protectores y deteriorantes que influyen en su condición de poblaciones étnicas y del análisis de sus carencia y potencialidades; además de convocar la inclusión del enfoque diferencial en la atención integral en salud en el marco de los derechos fundamentales.

Identidad de género y orientación sexual

El género como una categoría transversal. En el contexto social, cultural, económico y político de los grupos e individuos. El género es una categoría de análisis útil para entender las desigualdades y las inequidades entre mujeres y hombres, producto de relaciones desiguales de poder, por lo cual se requiere avanzar en la transformación de la condición y posición de las mujeres, así como en el empoderamiento de las mismas.

El género como hecho social y cultural no es estático, por el contrario, es dinámico, éste se transforma acorde a los valores, las representaciones, las normas, las instituciones y las organizaciones que se estructuran en la sociedad. Entonces el género es una categoría histórica que se fundamenta en la cultura y la sociedad, por lo cual pueden modificarse y transformarse los símbolos, las normas, las estructuras y las organizaciones que se erigen para fundamentarlo.

Asimismo, el género contribuye a explicar las desigualdades sociales que se presentan entre mujeres y hombres, debido a las relaciones asimétricas de poder que construyen unas y otros, ya que en la mayoría de sociedades las mujeres no acceden y controlan en igualdad de condiciones los recursos, bienes, decisiones, oportunidades y retribuciones, lo que incide en que no puedan ejercer plena y efectivamente sus derechos.

Las desigualdades de género entre mujeres y hombres no sólo se presentan en el orden social, económico, cultural y político, también en el ámbito institucional debido a que las organizaciones, y en ellas las y los servidores públicos, igualmente reproducen imaginarios, estereotipos y prácticas sexistas.

Condiciones y situaciones (discapacidad, ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado por violencia, la habitabilidad de calle, la privación de la libertad)

Discapacidad

Teniendo en cuenta que la discapacidad es un hecho social, complejo y multicausal es estudiado para ser comprendido desde diversas orientaciones teóricas y conceptuales. Por esto, se integra y articula la explicación de la discapacidad con base en los fundamentos conceptuales de: la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) (2001); la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) (2004), el modelo de diversidad funcional de Palacios, y Romanach (2006) y la convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad (2006), entre otros, como la construcción teórica propia dada por la experiencia (2000-2009 y 2011).

Dichas aproximaciones se enriquecen con las posturas filosóficas de los trabajos de Amartya Senn (2000) y Martha Nussbaun 2006; el desarrollo humano con los postulados de Max Neef y la justicia social con Rawls (1997). De manera importante los desarrollos de Turnbull, HR & Stowe, MJ. (2001) con los estudios de las capacidades humanas, públicos, antropológicos, tecnológicos y ético filosóficos.

El concepto de discapacidad se ha modificado de la mano de los cambios dados en la concepción de desarrollo humano, derechos y desarrollo social. Así mismo, su estudio y abordaje han venido evolucionando hacia acciones que se expanden al nivel de las representaciones y relaciones sociales; los procesos de atención y el acceso a servicios; la participación y representatividad social de esta población; el papel de los actores sociales en los cambios y la distribución de recursos encaminados a la satisfacción de las necesidades inherentes a esta condición de vida.

En la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, se presenta como un “concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Así mismo, la convención establece que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo.

Si bien es cierto la discapacidad es una categoría que permite entender la vida de las personas a partir de esta condición, el mundo actual invita a entender a las personas con discapacidad con múltiples interseccionalidades. Una primera intersección es comprender la situación de las personas con discapacidad a partir de las etapas del ciclo de vida y la generación que cada uno vive, las etnias, la población en condición de desplazamiento, el género y la diversidad sexual, entre otras.

Desplazamiento forzado y víctimas de conflicto armado interno

Situación de desplazamiento es toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de

cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

Los acontecimientos que llevan al desplazamiento forzado principalmente son: pérdida de posesión territorial de las comunidades rurales y la disgregación de grupos familiares; atentados contra el derecho a la vida y privaciones de la libertad de familias y comunidades (desajuste de redes personales, familiares, comunitarias y de tejido social; imposibilidad de libre circulación y elección de lugar de residencia, bloqueos económicos (bienes y servicios). Se estrangulan los circuitos económicos y simbólicos de las comunidades; masacres y otras formas de eliminación y agresión a la población civil (selectiva o indiscriminada); bloqueos, confinamientos, amenazas, torturas, tratos y penas crueles, inhumanos y degradantes, uso de comunidades como escudos humanos y reclutamiento forzado de menores y adultos.

Habitante de Calle

La Habitabilidad en la Calle es un fenómeno producido entre otros, por la marginalidad social, debido a la falta de oportunidades y que el problema de la drogadicción pesa en el proceso de asentamiento de las personas en la vida en situación de calle. Todo esto en su mayoría producto de la pobreza y la falta de oportunidades que genera la exclusión social.

Las personas que viven en la calle, son excluidas socialmente, entendiéndose exclusión como el término que procede del verbo latino “excludere” que significa echar a una persona fuera de un sistema cerrado o fuera del lugar que ocupa.

A este sector de la población cada quien lo llama a su manera de acuerdo con el grado de conocimiento y acercamiento que tenga quien los observa. Para algunos son: gaminos, ñeros, caminantes, desechables, drogadictos, mendigos, indigentes y habitantes de la calle. Lo cierto es que el estilo de vida del habitante de calle se califica como disfuncional, carente de muchas condiciones para una vida digna, pues presenta niveles elevados de alcoholismo y drogadicción, así como de prostitución, maltrato y explotación infantil.

El ser habitante de calle es una condición que genera alta vulnerabilidad, ruptura de las redes sociales, familiares y afectivas, además de convertirse en una población excluida de los servicios sociales básicos dado que la equiparación de oportunidades es poca, en ámbitos como salud, educación, vivienda, trabajo y participación ciudadana y, como consecuencia, dedicada en la mayoría de casos, a actividades informales de subsistencia que muchas veces tocan el terreno de lo ilegal y lo ilícito. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, es importante resaltar que el desarrollo integral de esta población se ve afectado en cuanto al desequilibrio que presenta su desempeño ocupacional y por ende el deterioro de su calidad de vida.

A la calle se le atribuye por excelencia la categoría de espacio público, con usos, significaciones y apropiaciones propias como lugar de tránsito y movilidad social. No obstante, en ella, encontramos grupos humanos que han hecho del asfalto, los andenes y los puentes, entre otros lugares públicos, su espacio de vida y socialización, son los llamados pobladores de calle, “ñeros”, indigentes o “ciudadanos ó ciudadanas de calle”; esta última denominación producto de discursos y estamentos gubernamentales.

COMPONENTE DE PRIORIDADES EN SALUD PUBLICA

Este componente tendrá los siguientes subcomponente:

Transversalidad de Calidad de Vida: Ambiente énfasis de Habitat y entornos saludables

La promoción y protección del entorno, el hábitat y la salud ambiental a nivel territorial, se orienta desde la Promoción de Entornos Ambientalmente Saludables como herramientas para el abordaje territorial y de contribución a la seguridad humana, el desarrollo humano sustentable y la equidad en salud, mediante acciones que influyan sobre los determinantes de la salud bajo esquemas operativos, participativos y organizados, alrededor de entornos específicos, como la vivienda, la escuela y lugares de trabajo, y bajo enfoques que privilegian a la familia y la comunidad, que para el caso del nivel distrital se complementa con otros espacios de vida alrededor de las organizaciones sociales o de base comunitaria y las instituciones de protección. Además en este subcomponente se desarrollará la implementación de

acciones sobre conocimiento y recuperación en el manejo agronómico, ambiental y fitoterapéutico relacionada con plantas alimenticias, aromáticas y de uso medicinal.

Transversalidad de Calidad de Vida: Trabajo

El mundo del trabajo ha sufrido profundos cambios en los últimos años y ha redefinido las dinámicas sociales e individuales para enfrentarse a estas nuevas realidades que se transforman aceleradamente. Aun así, hay que reconocer la importancia que continua teniendo el trabajo en la vida cotidiana de las personas. En la población trabajadora, el trabajo o el desempleo, define sus relaciones, necesidades, intereses, el acceso a bienes y servicios. Es decir que, aunque el trabajo y sus condiciones sean cada vez más difíciles, no significa que este escenario desaparezca de la vida de las personas (Castel, 2010), por lo cual, se considera que el trabajo sigue siendo una “centralidad”, un eje ordenador de la vida de las personas y la sociedad.

En el marco de la garantía y progresividad de la materialización de los derechos, asume como principio orientador el concepto de trabajo decente y digno de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, definido como una “*noción en la que se estructuran las siguientes dimensiones: trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son respetados y cuenta con remuneración adecuada y protección social*” (Somavía, 2002) (Somavía, 2002). La Organización Internacional del Trabajo – OIT, lo plantea como un recurso para llamar la atención sobre la situación que viven trabajadores y trabajadoras en el mundo, quienes tienen condiciones precarias en su trabajo, muchas de ellas como resultado de la globalización de la economía de mercado, afectando directamente su calidad de vida.

Los postulados del trabajo digno y decente toman en cuenta temas fundamentales como la calidad de vida, la igualdad de género y el ciclo vital. En este sentido, retomamos el concepto de la Procuraduría General de la Nación en donde se plantea que: “**Trabajo digno** hace referencia a las garantías constitucionales como la igualdad de oportunidades, la remuneración mínima, la estabilidad, la irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en las normas laborales, la garantía a la seguridad social, la protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad” (Procuraduría General de la Nación, 2011); “Mientras tanto, el **trabajo decente** corresponde a una definición de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). El concepto está relacionado con las aspiraciones de los individuos frente a su vida laboral y el deseo de obtener un trabajo productivo con una remuneración justa, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias” (Procuraduría General de la Nación, 2011).

Dando coherencia a los planteamientos conceptuales el abordaje de salud y trabajo en los territorios sociales se realiza desde la estrategia operativa de Entornos de trabajo saludables, reconocido como el proceso en el que los trabajadores (y trabajadoras) y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo” (Organización Mundial de la Salud, 2010 pág. 16), para lo cual propone los siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad, relacionadas con el espacio físico de trabajo.
- La salud, la seguridad y el bienestar, vinculados al entorno psicosocial del trabajo que incluye la organización y la cultura organizacional del mismo.
- Los recursos de salud personales en el espacio de trabajo, descritos como ambientes de trabajo que promueven la salud, el acceso a los servicios de salud, información, el apoyo de las empresas para que los trabajadores puedan mantener o mejorar la salud, entre otros.
- La participación de la empresa en la comunidad en la que está inserta, a partir del reconocimiento de “cómo afecta y son afectadas las comunidades” vecinas de las empresas.

Las acciones centrales que se proponen son:

- *Entorno Físico del Trabajo*: es el componente que desarrolla el Programa de Salud Ocupacional, tal y como lo establece la Resolución 1016 de 1989, el cual contempla todos los riesgos menos el psicosocial.
- *Entorno Psicosocial del Trabajo*: se relaciona con el abordaje al riesgo psicosocial de los programas de salud ocupacional, como lo establece la Resolución 2646 (Ministerio de la Protección Social, 2008). Sin embargo, para efectos de enfatizar este riesgo y darle un mayor desarrollo, el riesgo psicosocial, en esta Estrategia, se considera como un componente independiente.

- *Bienestar y Estilos de Trabajo Saludables*: en el marco de este componente se propone articular y armonizar las actividades que buscan el bienestar de sus trabajadores y trabajadoras y los programas de salud ocupacional.
- *Empresa - comunidad y medio ambiente*: son las acciones que se puedan desarrollar a partir de la relación de las entidades con las comunidades más cercanas a sus instalaciones, para establecer acuerdos entre los vecinos y la entidad, que beneficien las relaciones de convivencia y mutuo bienestar. También es una posibilidad de ampliar la comprensión y trabajo de los entornos saludables al tema medio ambiental.

Transversalidad de calidad de vida: Seguridad Alimentaria y Nutricional

Se concibe entonces a la transversalidad como la orientación analítica y operativa que le permite al sector salud aportar a nivel Distrital y Local al logro de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población del D.C.; condición necesaria para el mejoramiento de la situación de salud, lo anterior mediante el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de acciones costo efectivas de competencia sectorial en el marco de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá 2007-2015, el Plan Distrital de Salud y Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas para Bogotá Distrito Capital ; reconociendo e incorporando el enfoque de determinantes sociales, de derechos y poblacional.

La Seguridad Alimentaria y Nutricional, comprende la disponibilidad suficiente y estable de los suministros de alimentos a nivel local, el acceso oportuno y permanente por parte de todas las personas a los alimentos que se precisan, en cantidad y calidad, el adecuado consumo y utilización biológica de los mismos, para lo cual es indispensable el acceso a los servicios básicos de saneamiento y la atención de salud, y más que todo, la decisión política de los gobiernos para lograrla.⁴⁴

Las anteriores definiciones permiten identificar una serie de factores o componente que determinan la Seguridad Alimentaria y Nutricional; bien sea de un individuo, de una familia, de una comunidad, de una región o de un país; estos factores son la disponibilidad de alimentos, acceso, consumo, aprovechamiento o uso biológico de los alimentos.

Un elemento que es transversal a todas y cada una de las dimensiones es la calidad e inocuidad de los alimentos; que se refiere al conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, que exigen el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta el consumo y el aprovechamiento de los mismos, asegurando que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud. No se puede prescindir de la inocuidad de un alimento al examinar la calidad, dado que la inocuidad es un atributo de la calidad. Sus determinantes básicos son: la normatividad (elaboración, promoción, aplicación, seguimiento); la inspección, vigilancia y control; los riesgos biológicos, físicos y químicos, y la manipulación, conservación y preparación de los alimentos.

Transversalidad de Actividad Física

La actividad física es un satisfactor de múltiples necesidades sociales para el mejoramiento de la calidad de vida, por lo que potencia el desarrollo humano y social y contribuye a contextos urbanos sustentables. Esta idea es el referente cualitativo para entender la actividad física desde una visión compleja que acoge perspectivas múltiples de la interrelación entre sociedad, cultura, ambiente y movimiento, las cuales permiten transformar el quehacer convencional que se ha dado al respecto de su promoción y ampliarlo para que apunte al bienestar de la población y por ende a la salud.

El movimiento conlleva un gasto energético mayor al presentado durante el reposo y la actividad física, es cualquier movimiento humano intencional del sujeto que como unidad existencial busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto histórico determinado. La actividad física entendida así es indivisible en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y en los vínculos con el ambiente.

La promoción de la práctica de la actividad física para beneficios en calidad de vida implica trascender hacia perspectivas que traen al debate, por un lado, argumentos sobre las similitudes y diferencias entre grupos de identidad

⁴⁴Definición adoptada como marco referencial en la Política Pública de SAN para Bogotá D.C. Conferencia de Organizaciones de la Sociedad Civil Latinoamericana y del Caribe en julio de 1996

en la relación con la concepción del cuerpo y el movimiento que se van construyendo a través del tiempo y por otro, el reconocimiento que las condiciones que se deben generar para favorecer su práctica en un contexto urbano, tanto a nivel ambiental como sociocultural complejizan la respuesta social porque incluye aquellas acciones necesarias para mantener o modificar condiciones ambientales que la favorecen o limitan y que se relacionan con el ordenamiento del territorio, las modalidades de transporte, el equipamiento urbano, los espacios ecológicos, los espacios construidos recreativos y los espacios cotidianos de la vivienda, la escuela, la empresa, el barrio, etc.

La forma como se entienden las relaciones entre la actividad física y la salud llevan tras de sí una larga historia, y aglutinan un conjunto muy amplio y complejo de factores biológicos, personales y socioculturales que, dependiendo del énfasis y la manera de entenderlos, permiten establecer diferentes concepciones de las relaciones entre la actividad física y la salud.

Cuando se evalúa la promoción de la actividad física desde una perspectiva de resultado, se realiza énfasis en los beneficios que la actividad física brinda a sistemas corporales específicos, por lo que su práctica se valora en la medida en que mejora o mantiene la condición física relacionada con la salud. En este contexto, la actividad física se “prescribe” como un “medicamento” para el tratamiento de las enfermedades, o para la mejora de la aptitud física, por lo que se hace énfasis en las modalidades de ejercicio y deporte.

En esta perspectiva se realiza énfasis en la medición de la frecuencia, duración intensidad y tipo de actividad que se realiza y en el logro de indicadores específicos de mejora de la condición física tales como fuerza, resistencia y elasticidad o de medidas biológicas del estado de salud, tales como peso, valores de hipertensión, glicemia etc.

Cuando se realiza la evaluación de la promoción de la actividad física desde una perspectiva de proceso, los beneficios de la actividad física para la salud se relacionan fundamentalmente con aspectos cualitativos vinculados con la práctica en sí misma y el bienestar que genera. Se considera entonces como una experiencia personal y una práctica sociocultural”. La relación con la salud se establece a través del concepto de calidad de vida, al enfatizar el potencial beneficio de la práctica de actividad física en el bienestar de las personas, las comunidades y el medio ambiente y en la percepción de oportunidades de desarrollo integral.

En esta perspectiva, se reconocen otros enfoques como los existencialistas, sociológicos y ecológicos, en los cuales la práctica de la actividad física trasciende más allá de lo biológico para satisfacer necesidades inherentes al ser humano en el reencuentro espiritual, en el reconocimiento con la corporeidad y en el disfrute del “placer” que genera el cuerpo en movimiento, así como una práctica motivadora y socializadora de los sujetos y las redes sociales. Así, la práctica de actividad física es un factor protector para el bienestar físico, mental y social, y como un mediador para que las personas y los grupos desarrollen sus potencialidades, es decir, mejoren su calidad de vida y las propuestas concretas que se generan comprenden y se orientan hacia cómo lograr la práctica en diferentes modalidades y favorecer los contextos. Esto permite que se puedan considerar también otras modalidades de la actividad física como el juego, entre muchas otras actividades que impliquen movimiento y que contribuyan al desarrollo integral de las personas.

Elementos que deben considerarse para comprender la relevancia de la promoción de la actividad física desde una visión compleja que permita incorporar elementos para la acción:

El movimiento corporal como instrumento cognitivo es inherente al desarrollo de los seres humanos

- La actividad física y su aporte a la identidad en general y de género
- La actividad física y sus aportes a la afectividad, la sexualidad y la socialización
- La actividad física como elemento de sociabilidad, integración e interculturalidad
- La actividad física y la salud

Proyecto de Desarrollo de Autonomía: Salud mental y Convivencia

La salud mental se comprende e interpreta la salud mental como un estado de bienestar físico, psicológico y social de la persona en el cual no sólo se reconocen los factores biológicos, sino además, las condiciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas donde esa persona desarrolla su vida.

De esta manera, se señala que la salud mental: implica no sólo la ausencia de la enfermedad y el trastorno, sino que además trasciende el concepto de la enfermedad y se acerca a la vida relacional, emocional y social de las personas, integrando el desarrollo humano como proceso orientado hacia el ejercicio de la autonomía y realización del proyecto vital a nivel individual y colectivo, que propende por una vida con calidad. La salud mental es un derecho y por tanto debe ser garantizado.

Teniendo en cuenta estas comprensiones, es vital reconocer el carácter colectivo e integral de la salud mental sin establecer fraccionamientos entre salud “mental” y física; convocando la corresponsabilidad de diferentes actores y sectores para la construcción de respuestas en las que las personas sean el centro de la actuación pública, garantizando el derecho a la salud, el acceso a servicios y generando oportunidades viables dentro de su contexto.

Dado lo anterior y teniendo en cuenta los eventos que afecten la calidad de vida y salud mental se realizan las siguientes aproximaciones conceptuales:

Violencia intrafamiliar:, se entiende todo acto que violenta la integridad física, psicológica y emocional de alguno de los individuos que componen el ámbito doméstico; se refiere a las violencias que afectan la libertad, la autonomía, la dignidad y la integridad corporal, sexual, mental, espiritual y psicológica de una persona por parte de otra o varias con quienes se haya establecido una relación de tipo familiar, afectivo o de convivencia.

Violencia sexual: se define como todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por parte de otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo⁴⁵.

El Plan Distrital para la Atención Integral a los niños y las niñas víctimas de abuso y explotación sexual considera la violencia sexual como una de las manifestaciones de desigualdad más severas entre hombres, mujeres, niñas y niños, que utiliza las relaciones de poder existentes por edad, jerarquía, posición económica, social o laboral creando condiciones de discriminación, irrespeto y sometimiento.

Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes: se define como toda práctica por la cual se abusa sexualmente de la persona vulnerando sus derechos humanos a la dignidad, a la igualdad, a la autonomía y al bienestar físico y mental para obtener gratificación sexual, ganancias financieras o logros personales.

Conducta Suicida: contempla la ideación suicida y su riesgo leve, moderado o severo; la amenaza suicida y su riesgo severo; el intento de suicidio que se divide en tentativa de suicidio o suicidio fallido y finalmente el suicidio consumado. No es considerada como un trastorno mental y obedece a otro tipo de acontecimientos asociados a la pobreza, el desempleo, las pérdidas, las discusiones familiares o amigos, la ruptura de las relaciones y problemas legales o laborales que pueden aumentar el riesgo, especialmente en personas vulnerables emocionalmente, donde la persona se autolesiona queriendo hacerse daño o propiciar su muerte como un mecanismo para solucionar de una problemática de su vida.

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Los trastornos de la conducta alimenticia (TCA), entre los cuales está la anorexia y la bulimia nerviosas, constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad. La problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención y actuación que incluya los aspectos clínicos, familiares, pero también culturales, sociales y especialmente, educativos.

Sustancias Psicoactivas: se refieren a aquellas capaces de <<modificar>> (Activar) la capacidad de sentir, pensar y actuar de las personas (Psico); bien sea para relajar, contraer o distorsionar sus funciones y como consecuencia sus relaciones con el entorno inmediato. Gamella y Álvarez, (1997), definen estas como el conjunto de sustancias extraídas de plantas o fabricadas en laboratorios que ejercen grandes efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) afectando la percepción, cognición, el estado de ánimo y la conducta. Más recientemente La Organización Mundial de La salud (2004) sintetiza la conceptualización de estas sustancias como “todas aquellas sustancias que tienen la capacidad de cambiar la conciencia, el humor y el pensamiento”.

Proyecto de Desarrollo de Autonomía Salud sexual y reproductiva

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002.

Los conceptos de sexualidad son múltiples, e incluso podría hablarse de las sexualidades, debido a las formas como se construye a partir de las diversas maneras de experimentarla y construirla; podemos definirla como un concepto que no es acabado y definitivo, sino que de acuerdo con José Antonio Marina, es una construcción en la cual confluyen todas las dimensiones del ser humano, desde sus expresiones afectivas, psicológicas, sociales, económicas, políticas, jurídicas, construidas sobre el hecho biológico del sexo,⁴⁶ es decir, es una construcción que también puede interpretarse a partir de las tensiones y dinámicas generadas en la relación corporal con los diferentes mecanismos “biopolíticos” en los cuales el poder-saber en torno a lo sexual se convierten en agentes transformadores de la vida humana, según se encuentra en la teoría de Michel Foucault.⁴⁷

La sexualidad como construcción simbólica comprende dimensiones que se caracterizan por establecer relaciones dinámicas de independencia e interdependencia. Estas dimensiones son: el sexo, el género, la identidad de género, la orientación sexual, y los comportamientos culturales de género que, constituidos en sistema, juegan un papel rector en los procesos de inducción, orientación y regulación psíquica de las funciones de la sexualidad (reproductiva, erótica, afectiva y comunicativa-relacional). Dichas funciones se manifiestan en diversos contextos de los seres humanos, en los que se destacan los planos individual, familiar, de pareja y social⁴⁸.

De acuerdo a la necesidad de resolver la problemática que se evidencia dentro del componente de la salud sexual y reproductiva, es imperante que se desarrollen acciones o líneas de intervención. Dentro de la implementación de la política con la participación de los diferentes actores dentro del SGSSS es fundamental el desarrollo de las líneas de acción como son:

- Maternidad Segura.
- Planificación Familiar.
- Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Cánceres del aparato reproductor masculino y femenino componente que se desarrollara desde el PDA de crónicas.
- ITS- VIH/SIDA
- Violencia domestica y sexual. Componente que se desarrollada de manera articulada con el PDA de salud mental.
- Eventos negativos en SSR

Líneas que determinan un eje de acciones y articulaciones que permiten dentro de su desarrollo y ejecución poder lograr un impacto significativo sobre algunos factores de inequidad y subdesarrollo y transformaciones importantes en términos de bienestar y calidad de vida de los individuos y colectividad.

Proyecto de Desarrollo de Autonomía: Salud oral

Dentro de este marco es importante retomar la definición de salud oral planteado en la política de salud oral de Bogotá D.C, entendida como el producto de la interacción de las diversas condiciones de los individuos y colectividades con el territorio que habitan, que pasan por lo político, económico, social y cultural; por tanto se reconoce la necesidad de actuar en todas estas esferas para incidir de manera significativa en el complejo proceso salud-enfermedad y avanzar en la promoción, prevención, protección, recuperación y mantenimiento de la salud oral

Se reconoce en la salud oral tres dimensiones:

- La salud oral como un estado orgánico con funciones optimas sin evidencia de enfermedad o anormalidad, que determinan en gran medida la valoración de una vida de calidad, que valga la pena ser vivida.
- La salud oral como noción de equilibrio dinámico constitutivo.

46 MARINA, José Antonio. Rompecabezas de la sexualidad. Anagrama. Barcelona 2006

47 FOUCAULT, Michel. Historia de la sexualidad: La voluntad de Saber. FCE. 1995

48 GARCIA, Carlos Iván. Diversidad Sexual en la Escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia. Bogotá. 2007. p. 16.

- La salud oral como elemento sustantivo de una condición caracterizada por la integridad anatómica, fisiológica y psicológica; que ayuda a que los individuos puedan desempeñar los roles familiares, de trabajo y comunitarios y que favorezcan su capacidad para tratar con las tensiones físicas, psicológicas, biológicas y sociales; la salud oral como parte constituyente de una sensación de bienestar y seguridad en la experiencia de vivir.

La definición y el reconocimiento de las dimensiones de la salud oral son la base para operar el proyecto de desarrollo de autonomía de salud oral en los territorios, pues reconoce al ser humano en lo individual y en lo colectivo integralmente y centra la atención en las personas con sus características relacionadas en cada una de sus etapas del ciclo de vida- generación (niñez, juventud, adultez, vejez), de procesos de identidad - diversidad (etnia, sexo, orientación sexual), de las condiciones y situaciones (desplazamiento forzado, la habitabilidad de calle, discapacidad) y el género como una categoría transversal.

Desde la experiencia de acción en salud pública en Bogotá en los últimos ocho años, se reconocen los beneficios del enfoque basado en escenarios para la realización de las actividades de promoción de la salud oral, entre los escenarios se cuentan los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, hogares y otros escenarios comunitarios. En términos de educación para la salud, se propone incorporarla en las rutinas y prácticas de la vida cotidiana y que sea desarrollada por actores de la comunidad como profesores (as), trabajadores(as) sociales, entre otros(as).

En el 2003 la Organización Mundial de la Salud pública en su informe mundial⁴ acopia los planteamientos del Programa Mundial de Salud Oral. En esta propuesta se hace evidente la incorporación del enfoque de promoción de la salud con un importante énfasis en la concepción de la salud oral como un factor determinante de la calidad de vida y la necesidad de integración de la salud oral a la salud general."El mayor riesgo para la salud oral está en los determinantes socioculturales: condiciones de vida en pobreza, bajo nivel educativo, creencias, tradiciones y cultura de salud oral".

Adicionalmente al trabajo desarrollado en este nivel de determinación social de la salud oral es necesario desde esta propuesta, modificar los "comportamientos de riesgos", específicamente los relacionados con prácticas de higiene, consumo alimentario, consumo de tabaco y alcohol. En cuanto a los servicios de atención se propone enfocarlos hacia la atención primaria en salud y la prevención para lograr el impacto esperado en términos de reducción de patologías orales, una de las principales preocupaciones mundiales gira en torno a las inequidades en salud oral, por esta razón el informe llama la atención sobre la necesidad de trabajar en este sentido por medio del desarrollo de programas de promoción de la salud oral.

Finalmente, la experiencia cubana, con un modelo de atención en salud, con enfoque familiar y comunitario ha mostrado resultados importantes, en términos de reducción de patologías orales, y acceso a los servicios de atención, educación e información en salud. En términos de educación se destacan el desarrollo de técnicas afectivo-participativas y la utilización de estrategias como la carpeta escolar y las consejerías en salud bucal. Se adopta el trabajo por etapas de ciclo vital con un énfasis importante en los procesos de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo.

Dentro del contexto anterior se enmarca la política pública de salud oral para el Distrito Capital la cual mediante su implementación con la participación de los actores relacionados con el tema, pretende superar la fragmentación que el sistema de aseguramiento ha generado en prestación de servicios de salud oral y construir para la población bogotana unas mejores condiciones de salud oral, priorizando la atención a las gestantes y menores de cinco años, con miras avanzar en la garantía del derecho a la salud .

Proyecto de Desarrollo de Autonomía: Condición Crónica

La gestión para la prevención y control de las personas con condiciones crónicas en el Distrito Capital incluye el conjunto de estrategias y acciones orientadas hacia la detección temprana de alteraciones, la prevención, el modo de atención a la población y el fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica e investigación relacionadas para el control de las condiciones crónicas de interés en Salud Pública en el Distrito Capital,

Proyecto de Desarrollo de Autonomía: Transmisibles.

Las enfermedades transmisibles, continúan siendo un problema de salud pública, se asocian a la pobreza y afectan a las poblaciones mas vulnerables con escaso acceso a bienes y servicios, situación que se agrava por el conflicto armado y situación de orden publico que genera desplazamiento del campo a las ciudades en donde los cordones de miseria se engrosan en un ciclo interminable de inequidad. A esta situación se suma el incumplimiento de la normatividad por parte de los actores para la identificación de posibles casos, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguro, seguimiento y acciones de vigilancia en salud pública de los pacientes con eventos como la tuberculosis, lepra y las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Ejes de acción:

- Asesoría y asistencia técnica a IPS
- Gestión y administración de la acciones de transmisibles en los territorios
- Respuestas integradas con énfasis en prevención y control de enfermedades transmisibles en los territorios

Plan Ampliado de Inmunizaciones

Al adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en el año 2000, tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a los temas de salud: reducción de la morbi - mortalidad en la niñez, mejorar la salud materna, controlar enfermedades de importancia global y forjar alianzas estratégicas en salud. Dentro de las diferentes estrategias para alcanzar dichos objetivos se encuentra la vacunación.

Para Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del programa Ampliado de Inmunizaciones PAI por encima del 95% en niños y niñas menores de un año y de un año se hace necesario realizar un mayor esfuerzo nacional y distrital que apunte a la meta propuesta, además de la búsqueda de susceptibles entre 2 a 5 años, mujeres en edad fértil de 10 a 49 años y adultos mayores de 60 años para la aplicación de las vacunas correspondiente.

Vigilancia en Salud Pública

Siendo la Vigilancia en Salud Publica una función esencial en Salud pública que cuenta con la capacidad para hacer investigación y vigilancia de brotes epidémicos y patrones de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales dañinos para la salud; que además cuenta con la infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de tamizajes poblacionales, pesquisa de casos e investigación epidemiológica en general; así como con el apoyo de laboratorio de salud pública capaz de conducir tamizajes rápidos y de procesar un alto volumen de exámenes necesarios para la identificación y el control de amenazas emergentes para la salud y el desarrollo de diversos subsistemas de vigilancia en salud pública, así como la capacidad de conectarse con redes en los diferentes territorios donde se identifican los problemas de salud de interés, y se generan las intervenciones para dar respuesta rápida a situaciones de urgencias y emergencias en salud pública, igualmente el control de problemas de salud o riesgos específicos. En ese sentido la vigilancia de la salud pública propicia espacios para el análisis y el debate buscando tener un efecto sobre la administración pública, la ciudadanía en general y los grupos de expertos e investigadores que trabajan en pro de la calidad de vida en la ciudad.

La vigilancia de la salud pública parte de una evolución intencionada de la vigilancia epidemiológica y de la epidemiología en general, pero no solo de ellas. Esta evolución surgió del enriquecimiento de sus fundamentos con diversos paradigmas epistemológicos del proceso salud-enfermedad, que ha sabido recoger y de los cuales hace uso para resolver con efectividad los retos a los que se enfrenta. En el Distrito Capital, más que generar una competencia de posturas filosóficas y políticas en relación con estos paradigmas, los usa con pragmatismo y efectividad para lograr las metas en la resolución de los problemas y necesidades inmediatas de la población y las relacionadas con los cambios estructurales y profundos que se requiere para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población. En ese sentido se incorporan al proceso de la vigilancia un enfoque de determinantes sociales, un enfoque histórico social, éste con dos categorías fundamentales: "proceso de trabajo" y "clase Social" y un enfoque poblacional, pues aborda la población como un conjunto de individuos que tienen una dimensión temporal y que está asentado en un territorio social.

En relación con esta apuesta, la vigilancia de la salud pública en el Distrito Capital ha venido ampliando su campo de

acción pasando del ejercicio de la vigilancia tradicional que incluye los llamados eventos de notificación obligatoria, al que se le da continuidad cumpliendo con los compromisos nacionales e internacionales que conlleva, y complementándose con objetivos más amplios que confluyen en subsistemas especiales de vigilancia que sumados al SIVIGILA Nacional constituyen el Sistema Integrado de vigilancia de la salud pública del Distrito Capital. A fin de establecer una forma de organización que dé respuesta a las necesidades de la población se definieron las siguientes respuestas integradoras:

- Gestión de la Información para la VSP
- Consolidación de la Red de Vigilancia de la Salud Pública
- Atención de Urgencias y Emergencias en Salud Pública

6. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Afectar los determinantes y necesidades sociales en salud de la población en los territorios desde el desarrollo de procesos centrales de la salud pública que reconozcan las perspectivas territorial y poblacional con énfasis en las prioridades de salud pública en el marco del modelo de atención en salud para la garantía del derecho a la salud en el Distrito Capital.

1. Incidir desde la gestión sectorial e intersectorial en las condiciones de calidad y salud de la población del Distrito Capital con el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad definidas en el plan de Salud del Distrito Capital.
2. Mejorar la calidad de vida de las familias y los grupos poblacionales en los territorios mediante el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos.

7. METAS

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Reducir la mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.	Tasa de mortalidad perinatal	2.399 casos Tasa: 22,5	14.6 datos preliminares del RUAF, para el año 2013	1.528 casos de mortalidad perinatal acumulado de enero a diciembre de 2014, dato preliminar-RUAF (Enero 19 de 2015)	1447 casos de mortalidad perinatal para una tasa de 14,0 por 1000 Nacidos Vivos, dato preliminar-Fuente: bases preliminares SDS y RUAF-ND.	15	15
Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.	Razón de mortalidad materna	39,2	23.5 preliminar- (Fuente: bases de datos SDS- RUAF.- preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Actualizado y Ajuste 13-12-2013).	31 casos de mortalidad materna temprana acumulado de enero a diciembre de 2014, dato preliminar-RUAF-SIVIGILA (enero de 2015)	Se han presentado 36 casos de mortalidad materna acumulado de enero a diciembre de 2015, lo que corresponde a una razón de 35,2 por 100.000 nacidos vivos, dato preliminar-Fuente: bases preliminares SDS y RUAF-ND.	31	31
Ajustar, implementar y seguir el 100% de las políticas de salud pública, con enfoque poblacional, diferencial y de género, desde la diversidad, mediante procesos	Porcentaje de ajuste, implementación y seguimiento a políticas de salud pública	64,14%	100%	100%	98%	100%	100%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
participativos, al 2016.							
Garantizar la atención integral en salud al 100% de la población víctima del conflicto armado interno, determinada en la ley 1448 de 2011, en el marco de la reparación y restitución de los derechos en salud, al 2016.	Porcentaje de población atendida	22%	40%	57%	80%	100%	100%
Garantizar el acceso a los servicios de salud, bajo un modelo de atención con enfoque poblacional desde las diversidades al 100% de los grupos étnicos: raizales, gitanos, indígenas, afro descendientes, al 2016.	Cobertura de atención	10%	47,51 %	54,94%	74,56%	100%	100%
Garantizar la atención en salud y atención integral al 100% a personas en condición de discapacidad al 2016.	Porcentaje de atención integral en salud	21%	33%	9,0%	9,2%	4,0%	76,20%
Garantizar atención con enfoque diferencial a la población LGBTI, en el 100% de los servicios de salud del Distrito, al 2016.	Cobertura de atención	No se ha levantado línea de base.	100,00%	964 personas identificadas dato preliminar-	100% (1.431 personas LGBTI con asesorías individuales, colectivas y canalizaciones a servicios sociales y de salud. Se da respuesta al 100% de las canalizaciones logradas)	100%	100%
Incrementar a 100.000 personas en situación de discapacidad en procesos de inclusión social por medio de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad, al 2016.	Personas en condición de discapacidad	4.483	19.660	30.029	24.628	7.517	86.317
Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil, en coordinación con los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	Tasa de mortalidad infantil	1.136 Tasa del 10,9	9.6	968 muertes en niños y niñas menores de 1 año de edad acumulado de enero a diciembre de 2014. (Fuente: Certificado de defunción – Bases de datos SDS y RUAF – Actualizado al 19 de enero de 2015, datos preliminares).	892 muertes en niños y niñas menores de 1 año de edad acumulado a Diciembre de 2015, con una tasa de 8,7 por 1.000 nacidos vivos . Fuente: bases preliminares SDS y RUAF-ND (Corte 18-01-2016)	8	8
Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación con los sectores de la Administración Distrital, al 2016.	Tasa de mortalidad menores de 5 años	1.284 casos Tasa del 21,5.	19.0	1.135 muertes en niñez menor de 5 años acumulado de enero a diciembre de 2014. (Fuente: Certificado de defunción – Bases de datos SDS y RUAF – Actualizado al 19 de enero de 2015, datos	1037 muertes en niños y niñas menores de 5 años de edad acumulado a diciembre de 2015, lo que corresponde a una tasa de 17,2 por 10.000 Menores de 5 años. Fuente: bases preliminares SDS y RUAF-ND (Corte 18-	15,7	15,7

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Reducir la mortalidad por neumonía a menos de 9 por 100.000 menores de 5 años, en el Distrito capital, al 2016.	Tasa de mortalidad en por neumonía en menores de 5 años	62 casos Tasa de 10,36	10.9	preliminares). Acumulado de enero a diciembre de 44 muertes en niñez menor de 5 años. (Fuente: Certificado de defunción – Bases de datos SDS y RUAF – Actualizado al 19 de enero de 2015, datos preliminares).	01-2016). Acumulado de enero a diciembre 40 muertes en niños menores de 5 años, con una tasa de 6,6 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: bases preliminares SDS y RUAF-ND (Corte 18-01-2016)	9	8,6
Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital, al 2016.	Tasa de suicidio	242 suicidios consumados tasa para 2012 3,2 X 100.000 habitantes	3,2 casos por 100.000 habitantes para el 2012	2,3 suicidios por 100.000 habitantes para el 2014 con corte a agosto eso equivale a 179 casos* (* Ultimo dato reportado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	3,5 casos por 100.000 habitantes para el 2014 con corte a diciembre eso equivale a 273 casos* (* Ultimo dato reportado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	3,3	3,3
Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica, al 2016.	tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda	5 casos .tasa del 0,8	0.3	3 muertes por diarrea en niñez menor de 5 años acumulado de enero a diciembre de 2014. (Fuente: Certificado de defunción – Bases de datos SDS y RUAF – Actualizado al 19 de enero de 2015, datos preliminares).	1 muerte en niños y niñas menores de 5 años de edad por EDA, tasa de 0,2 por 100.000 menores de 5 años, acumulado de enero a diciembre de 2015. Fuente: bases preliminares SDS y RUAF-ND (Corte 18-01-2016)	1	1
Garantizar la atención en salud al 100% de niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas del maltrato o violencia, notificadas al sector salud en coordinación con los demás sectores de la administración distrital, y de manera transversal la denuncia, garantía y restablecimiento de derechos, al 2016.	Cobertura de atención en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato y violencia sexual con cobertura de atención en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato y violencia sexual	65,4%(N=6,005) casos de NNA. 68,2%(N=2201) en mujeres	Inicio cierre de casos: 95,2% (N=17.302) de NNA y 95,2% (N=7.826) de mujeres	Al mes de Diciembre se tiene el 97,4% (n=19.426) en canalización y seguimiento a víctimas de NNA. Y en mujeres es del 97,7% (n=10.456)	Al mes de Diciembre de 2015 se tiene el 96,6% (n=20136) en canalización y seguimiento a víctimas de NNA. Y en mujeres es del 96,2% (n=11242)	NNA 100% Mujeres 100%	100%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada

Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Lograr 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a 2016.	Coberturas de vacunación	1) Niños vacunados con Polio: 104.087, % Cumplim:86,4 2) Niños vacunados con BCG:115.382, % Cumplim: 95,8 3) Niños vacunados con DPT: 103.997, % Cumplim:86,3 4) Niños vacunados con Hepatitis B: 103.785, % Cumplim: 86,1 5) Niños vacunados con Hib: 103.997 % Cumplim: 86,3 6) Niños vacunados con Triple Viral: 106.857, % Cumplim: 89,0 7) Niños vacunados con Fiebre Amarilla: 99.442 % Cumplim: 82,8 8) Niños vacunados con HA: 110.865, % Cumplim:92,3 9) Niños vacunados con Neumococo: 107.630, % Cumplim:89,6 10) Niños vacunados contara el Rotavirus: 103.258, % Cumplim: 85,7	1) Niños vacunados con Polio 116272 % Cumplim: 102.9 2) Niños vacunados con BCG:113698 % Cumplim: 100.6 3) Niños vacunados con DPT: 116229% Cumplim:102.9 4) Niños vacunados con Hepatitis B: 116024 % Cumplim: 102.7 5) Niños vacunados con Hib:116229% Cumplim: 102.9 6) Niños vacunados con Triple Viral: 104137% Cumplim:92.7 7) Niños vacunados con Fiebre Amarilla: 107674 % Cumplim:95.9 8) Niños vacunados con HA: 107279 % Cumplim:95.5 9) Niños vacunados con Neumococo: 104630 % Cumplim: 93.1 10) Niños vacunados contara el Rotavirus: 111139 % Cumplim:98.4	COBERTURA LOGRADA DICIEMBRE DE 2014: 1) Niños vacunados con Polio 98218 % Cumplim:88,1 2) Niños vacunados con BCG: 114799 % Cumplim:103,0 3) Niños vacunados con DPT: 98246 % Cumplim: 88,1 4) Niños vacunados con Hepatitis B: 98156 % Cumplim:88,0 5) Niños vacunados con Hib: 98216 % Cumplim: 88,1 6) Niños vacunados con Triple Viral: 101463 % Cumplim:90,3 7) Niños vacunados con Fiebre Amarilla: 101117% Cumplim 90,0 8) Niños vacunados con HA: 101588 % Cumplim:90,4 9) Niños vacunados con Neumococo:101212 % Cumplim 90,0 10.) Niños vacunados contara el Rotavirus: 96240 % Cumplim: 86,3 11 Gestantes con DTPa DOSIS 73181.	COBERTURA LOGRADA EN DICIEMBRE DE 2015: 1) Niños vacunados con Polio 98255 % Cumplim:90,6 2) Niños vacunados con BCG:116484 % Cumplim107,4 3) Niños vacunados con DPT 98331 % Cumplim: 90,7 4) Niños vacunados con Hepatitis B: 97829 % Cumplim: 90,2 5) Niños vacunados con Hib: 98292 % Cumplim:90,7 6) Niños vacunados con Triple Viral:103138 % Cumplim: 98,0 7) Niños vacunados con varicela:48277 % Cumpli 45,8 (varicela ingreso al esquema de 1 año apartir del 1 de julio de 2015 y la vacuna de Fiebre amarilla para al refuerzo de 18 meses. 8) Niños vacunados con HA: 103075 % Cumplim: 97,9 9) Niños vacunados con Neumococo: 101969 % Cumplim 96,8 10) Niños vacunados contara el Rotavirus : 101763 % Cumplim: 93,9 11) Gestantes con DTPa DOSIS 96661 administradas. 12) Niños de 6 a 11 meses vacunados con influenza 1 era dosis 74075 Y 2das dosis 52509. 13) Niños de 12 a 23 meses vacunados coninfluenza 1 era dosis 37031, 2 das dosis 31153. 14) Niños de 12 a 23 meses vacunados con influenza unica dosis 41719. 15) Adultos mayores de 50 años y población de riesgo vacunados con Influenza Unica	95%	95%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
					dosis 436443. 16) Gestantes vacunadas con unica dosis de influenza 60240.		
Disminuir en 5%, las muertes evitables por condiciones crónicas en personas menores de setenta años, a 2016.	Porcentaje de disminución	0% 100 muertes evitables se presentaron a 31 de Diciembre de 2012, información preliminar.	17%	Para 1.493 muertes con una tasa 20,8 por 100.000 hab menores 70 años que es la línea de base de 2011, 1.541 (tasa 21.2) del 2012, 1.356 (tasa 18.5) del 2013 y 1.348 (tasa 18.1) del 2014, dato preliminar, para una reducción del 2,14%	1.264 (tasa 16.3) del 2014 "preliminar", para una reducción del 2,1% Ajuste Informe preliminar estadísticas vitales	5%	5%
Alcanzar coberturas de vacunación al 95%, contra el Virus del Papiloma Humano, en las veinte localidades del Distrito Capital, al 2016.	Coberturas de vacunación	40,8%	VACUNACION CON VPH SDS: NIÑAS ESCOLARIZADAS QUINTO GRADO DE PRIMARIA DE 10 AÑOS: Primeras dosis aplicadas 2.669, con un cumplimiento del 44% Segundas dosis: 3239, con un cumplimiento del 52,2% Terceras dosis :1875 con un cumplimiento del 31,1% NOTA: HASTA EL DÍA 30 DE SEPTIEMBRE SE APLICÓ LA VACUNA BIVALENTE LA CUAL FUE COMPRADA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD VACUNACION UNIVERSAL CON VPH MSPS: NIÑAS ESCOLARIZADAS DESDE EL GRADO CUARTO A ONCE DE 9 A 20 AÑOS Y NO ESCOLARIZADAS DE 9 A 17 AÑOS: Total dosis aplicadas	DE SALUD VACUNACION UNIVERSAL CON VPH MSPS: NIÑAS ESCOLARIZADAS CUARTO GRADO DE PRIMARIA DE 9 A 17 AÑOS: Total dosis aplicadas acumuladas a Noviembre FASE 2: Primeras dosis aplicadas: 351.481 CON % CUMPLIMIENTO 90,1 Segundas dosis aplicadas: 280.038 CON % CUMPLIMIENTO DE 71,8 Terceras dosis aplicadas: 458 CON UN % CUMPLIMIENTO DE 0,1. VACUNACION UNIVERSAL CON VPH MSPS: NIÑAS ESCOLARIZADAS CUARTO GRADO DE PRIMARIA DE 9 A 17 AÑOS: Continua la misma población e incluyen las no escolarizadas de 9 a 17 años. Total dosis aplicadas acumuladas a	VACUNACION UNIVERSAL CON VPH MSPS 2014: Continuó la misma población e incluyen las niñas escolarizada y no escolarizadas de 9 a 17 años. Primeras dosis aplicadas :58.034, de las cuales 48.504 se aplicaron durante el primer semestre. Segundas dosis aplicadas: 46932 con relacion a las primeras del primer semestre, para un cumplimiento del 96.7%. VACUNACION UNIVERSAL CON VPH MSPS 2015: Continua con la misma población e incluyen las niñas escolarizada y no escolarizadas de 9 a 17 años LA META PARA PERIODO 2015 SON 45281 DOSIS. Primeras dosis aplicadas : 28978 dosis cumpliendo con 63.9 %. Segundas dosis aplicadas:24329 dosis aplicadas correspondiente a las 1eras administradas el mes de enero a Junio 2015 cumpliendo con 57,7 %. Desde el día 28 de	95%	95%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
			<p>acumuladas a Diciembre: Primeras dosis aplicadas: 330.777 cumplimiento: 86.7% Segundas dosis aplicadas: 205.419 cumplimiento: 62.1% Terceras dosis:39597 cumplimiento: 74,4%. [(estas dosis corresponden a la población que inicio el esquema en 2012). Con relación a la población que inicio en el 2013 se continuan segundas dosis en el 2014 y terceras corresponden a los 60 meses de la primera (2018-2019)</p>	<p>diciembre FASE 3: Primeras dosis aplicadas: 58.034 con % de cumplimiento 100, de las cuales 48.504 se aplicaron durante el primer semestre del 2014. Segundas dosis aplicadas: 225.178 con relacion a las primeras del primer semestre de 2014, para un cumplimiento del 52,0%. Terceras dosis aplicadas: 187 dosis con % de cumplimiento de 0,4.</p>	<p>Agosto de 2015. El Minsterio amplio rango de edad de 18 a 26 años de edad para la administración de la vacuna contra Virus de Papiloma Humano con esquema 0-2-6 de las cuales 1 eras dosis se han administrado 33827 y segundas dosis 4520 dosis en estas no se tiene meta definida ya que este a libre demanda y se termino esta jornada el 31 de octubre de 2015.</p>		
Reducir en 20% la transmisión materno perinatal del VIH, al 2016	Tasa de trasmisión materno perinatal de VIH	11 gestantes positivas para VIH durante el periodo de julio a diciembre de 2012	0,02 x 1000 nacidos vivos dato preliminar	2 casos (Fuente: SIVIGILA, enero-Diciembre de 2014 preliminar)	2 casos de enero a diciembre 2015 que representan una tasa de 0,02 por 1.000 nacidos vivos . (Fuente: Sivigila 2015 datos preliminares).	2%	20%
Evaluar y optimizar el protocolo en salud para la detección y la atención del virus VIH en los centros de prestación de servicios de salud del Distrito Capital, al 2016.	Instituciones con protocolo evaluado	1	3	4	27 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Protocolo Evaluado. acumulado enero-diciembre 2015.	4	4
Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016.	Porcentaje de pruebas de tamizaje	1,5%	7,6%	10,6% (tener en cuenta la observacion) Ver nuevo acumulado para sacar porcentaje enero-Diciembre 27.765 lo que significa 10.6%	14.007 tamizajes acumulado enero - diciembre (Fuente: Laboratorio centralizado - Estrategia Ponte a Prueba) 5.3% de pruebas	10,0%	35,0%
Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016.	Estrategia	-	0,4%	0,6 en ejecución programática de la estrategia-	1	1	1
Reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de	Prevalencia de desnutrición global	5,1	4,9	5,00%	4,8	3	3

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.							
Reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	Prevalencia de desnutrición crónica	18,2	17,5	17,9%	17,0%	12	12
Reducir a 1.5 por 100.000 la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.	Tasa de mortalidad por desnutrición	4 casos de muerte asociada a desnutrición. Fuente Estadísticas Vitales	0,0	2,0	1 Durante el año 2015 se presentó un caso de mortalidad por desnutrición, lo que corresponde a una tasa de 0,2 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: bases preliminares SDS y RUAF-ND (Corte 18-01-2016)	1,5	1,5
Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	Prevalencia de bajo peso al nacer NN	12,8	12,8	12,3	12,4	10	10
Incrementar a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los niños y niñas menores de 6 meses, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	mediana - meses	3	2,9	3,0	3,1	4	4
Identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años, generando la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, en el marco de la Cero Tolerancia.	Número de niñas menores de 15 años embarazadas	486 nacimientos en adolescentes de 10-14 años (Enero-Diciembre 2012, Fuente: Estadísticas Vitales Aplicativo RUAF - Preliminar)	422 dato preliminar	414 nacimientos, en madres adolescentes de 10 - 14 años. Fuente: Base de datos Aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES.	364 nacimientos en mujeres menores de 15 años; acumulado durante el periodo enero-diciembre 2015 dato preliminar	0	0
Reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.	Porcentaje de reducción	19.123 acumulado Con un aumento del 0,57 %	5.41 %	12%, Para el cuatrenio, con respecto al 30% de la meta	Durante el periodo Enero-Diciembre 2015 se registra un acumulado de 15.308 embarazos en este grupo de edad, lo cual corresponde al 19,4% frente a la línea de base.	30%	30%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1.000 nacidos vivos, al 2016.	Tasa de Incidencia	232 casos	2,1 x 1000 nacidos vivos dato preliminar	205 casos de sífilis congénita (Fuente: SIVIGILA, enero - diciembre de 2014 dato preliminar)	107 casos sífilis congénita de enero a diciembre de 2015 que representa una tasa de incidencia 1,0 por 1.000 nacidos vivos. Se ajusta dato de meses anteriores (Fuente sivigila datos preliminares).	0,5	0,5
Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016.	Tasa de curación	45%	73%	63%	68%	85%	85%
Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70%, al 2016.	Porcentaje de Personas-	67%	67%	70%	54%	70%	70%
Atender el 100% de las personas con lepra remitidos o diagnosticados en el Distrito Capital, al 2016.	Personas- Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Desarrollar estrategias integradas de promoción de la salud en actividad física, Seguridad Alimentaria y Nutricional, trabajo saludable y prácticas saludables en el 100% de los territorios de salud, con coordinación intersectorial, a 2016.	Territorios con estrategias integradas	66	85	85	85	85	85
Poner en marcha estrategias para detección, tratamiento y reducción de la obesidad en niños, niñas y adolescentes.	Prevalencia	26%	26.7	27%	27,6	18	18,00%
Identificar, caracterizar, medir y atender los casos de bulimia y anorexia en la red de salud mental del régimen subsidiado, al 2016.	Número de Casos de población con bulimia y anorexia captados canalizados y con seguimiento para la atención.	0	0	0	De acuerdo a la información de los RIPS 2012-2015 (corte a Dic 13 para regimen subsidiado y vinculado y Jun 30 para contributivo) se registraron 377 casos tipificados como anorexia nerviosa, anorexia atípica y 45 de bulimia nerviosa y bulimia nerviosa atípica en población vinculada, subsidiada y contributiva.	Casos captados a través de las alertas, canalizados y con seguimiento	Casos captados a través de las alertas, canalizados y con seguimiento
Generar un programa de detección temprana del trastorno por déficit de atención e hiperactividad que permita la identificación, diagnóstico, atención y tratamiento de los niños, niñas y adolescentes que lo padecen, 2016.	Programa detección temprana e intervención del trastorno por déficit de atención e hiperactividad	0	0	1	1	1	1

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Incrementar a 110.000 la cobertura de las intervenciones de la Línea 106 en promoción de salud mental y protección frente a eventos adversos en niños, niñas y adolescentes, al 2016.	Número de intervenciones de niños y niñas.	23.214	44.832	Acumulado 2012-2014: 61.981 Acumulado 2014: 16.582	Acumulado 2012-2015: 91.096 Acumulado 2015: 29.115	110.000	110.000
Reducir en un 4% la mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, en menores de cinco años en el Distrito Capital, a 2016.	Tasa por 100.000	311 Casos	44 x 100.000 menores de cinco años	245 casos de mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas Dato preliminar con corte a Diciembre 31 de 2014	288 casos de mortalidad en menores de cinco años por malformaciones congénitas en el periodo, con una tasa de 47,7 por 100.000 Menores de 5 Años, logrando una reducción del 9,8%. Fuente: bases preliminares SDS y RUAF-ND (Corte 18-01-2016).	47,7	47,7
Cubrir a 1.563.093 niños, niñas y adolescentes matriculados en Instituciones Educativas Distritales, con acciones de promoción de la salud y prevención, en un trabajo coordinado de la Secretaría Distrital de Educación y la Secretaría Distrital de Salud, al 2016.	Niños, niñas y adolescentes	449.183	404.779	Magnitud acumulada de 2012 al 2014: 809.726 Dato preliminar con corte a Diciembre 31 de 2014	Magnitud acumulada de 2012 al 2015: 1.167.314 Dato preliminar con corte a Diciembre 31 de 2015	1.563.093	1.563.851
Disminuir las prevalencias de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de veinticinco años, en coordinación con las instituciones que hacen parte del Consejo Distrital de Estupefacientes, al 2016.	Porcentaje de disminución	Seguimiento es anual.	Sin Dato	Alcohol, 39,5% Tabaco 16,89% Sustancias psicoactivas ilícitas 3,12% Estudios nacionales sobre consumo de sustancias psicoactivas, a corte 2013	Comparando los estudios nacionales 2008 – 2013, Bogotá registró una disminución significativa en el consumo de tabaco, es la mayor disminución registrada en el país (reducción de 5,79 puntos). Respecto al consumo de alcohol, en el nivel nacional se presenta un leve aumento y Bogotá registro cerca del 2% de incremento en el consumo reciente de dicha sustancia. La ciudad de Bogotá aunque tuvo un incremento en el consumo de sustancias ilícitas para el mismo periodo, fue inferior al Nacional.	Alcohol 46,5% (18 a 24 años) y 19,5% (12 a 17 años). Tabaco 28,5 % (18 a 24 años) y 17,5 % (12 a 17 años). Sustancias psicoactivas ilícitas 6,5 % (18 a 24 años) y 3 % (12 a 17 años).	Alcohol 46,5% (18 a 24 años) y 19,5% (12 a 17 años). Tabaco 28,5 % (18 a 24 años) y 17,5 % (12 a 17 años). Sustancias psicoactivas ilícitas 6,5 % (18 a 24 años) y 3 % (12 a 17 años).

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Diseñar, implementar y evaluar un programa de salud mental comunitaria, coherente con el modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud en el Distrito Capital, al 2016.	Programa de salud mental-	0	0	1	1	1	1
Implementar la estrategia de entornos saludables en las 20 localidades del Distrito Capital, al 2016.	Porcentaje de estrategia implementada	50%	99%	100%	100%	100%	100%
Implementar un modelo de atención integral a través de redes integradas de servicios de salud, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, al 2016.	Porcentaje de redes de servicios de salud	25%	25%	25%	100%	100%	100%
Cubrir a 800.000 familias con actividades de promoción y prevención en los centros de salud y desarrollo humano con enfoque diferencial, a través de 1000 equipos territoriales que incluyen el ámbito familiar, escolar, trabajo informal, institucional y comunitario, al 2016.	Familias en microterritorios.	770.672	941.630 familias	894.166	944.072 familias activas, dato preliminar	800.000	800.000
Canalizar a los servicios de salud preventivos y curativos, el 100% las personas detectadas en los territorios de salud, con necesidades en salud oral	Población canalizada de manera efectiva	100% 5.573 personas canalizadas	100% 76.843 personas canalizadas	413806 dato preliminar	95.788	100%	100%
Desarrollar el sistema de vigilancia en salud pública poblacional, comunitaria y de la totalidad de los eventos, que de respuesta oportuna y efectiva a las necesidades en salud pública del Distrito y los territorios, al 2016.	Porcentaje	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Implementar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, integrado al Reglamento Sanitario Internacional, en el sector y otros sectores, al 2016.	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ejecutar el 100% de las acciones del Laboratorio de Salud Pública, como centro de referencia, en apoyo a la vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, control de calidad y gestión del conocimiento, a 2016.	Porcentaje de acciones ejecutadas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Disminuir el trabajo infantil a menos del 1,5% en el Distrito Capital, en coordinación y apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.	Niños, niñas (de 5 a 14 años) y Adolescentes (de 15 a 17 años) trabajadores desvinculados laboralmente	0	1	7 Dato preliminar según reporte Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Junio, 2014)	7,5%	1,5	1,5

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Identificar y canalizar a servicios de salud y a servicios sociales a 20.000 niños y niñas trabajadoras para su desvinculación del trabajo, al 2016.	Niños y niñas entre 5 a 14 años identificados como trabajadores y canalizados a programas y servicios sociales o de salud	1652	4.649	6.107 (111%)	5.556	2.036	20000
Cubrir con la estrategia de trabajo protegido a 9.000 jóvenes trabajadores, entre los 15 y 17 años, al 2016.	Adolescentes de 15 a 17 años identificados como trabajadores con implementación de la estrategia de trabajo protegido	482	1.987	2.703 (101%)	2734	1094	9000
Mantener en operación el sistema de registro de enfermedad profesional y accidentes de trabajo del sector informal, al 2016.	Subsistema en operación	1	1	1	1 Sistema en operación en 4 ESES (1 por red)	1	1
Implementar la estrategia de entornos de trabajo saludables en 50.000 unidades de trabajo del sector informal de la economía, al 2016.	Número de Unidades de trabajo informal	3.759	6.090	16.673 (119%)	19.374	4104	50000
2.000 Trabajadores y trabajadoras en la economía informal formados en salud y seguridad social	Trabajadores y trabajadoras formados en salud y seguridad social	0	259	928 (143%)	932	250	2369
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de las mujeres que participan en las acciones colectivas, al 2016.	Porcentaje de mujeres canalizadas	No se ha levantado línea de base.	100,00%	717.007 Canalizaciones de mujeres, dato preliminar	100% (559.023 canalizaciones a mujeres, dato preliminar)	100%	100%
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del 100% de las personas de 60 años y más que participan en las acciones colectivas, al 2016.	Porcentaje de las personas de 60 años y más canalizadas	No se ha levantado línea de base	100,00%	198.274 personas, dato preliminar	100% (113.884 personas mayores, dato correspondiente al 1 de enero a diciembre 30 del 2015, dato preliminar)	100%	100%
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del 100% de los jóvenes que participan en las acciones colectivas, al 2016.	Porcentaje de los jóvenes canalizadas	No se ha levantado línea de base	100,00%	245.337 adolescentes y jóvenes canalizados, dato preliminar	100% (214.700 canalizaciones de jóvenes, dato preliminar)	100%	100%

Id 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
Detalle de la Meta	Unidad de Medida	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de los habitantes de calle que participan en las acciones colectivas, al 2016.	Porcentaje de los habitantes de calle canalizadas	No se ha levantado línea de base	100,00%	1.675 personas canalizadas, dato preliminar	100% (1.480 ciudadanos y ciudadanas en situación de habitabilidad en calle canalizados, dato preliminar)	100%	100%
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, , al 2016.	Porcentaje de las personas en ejercicio de trabajo sexual canalizadas	No se ha levantado línea de base	100,00%	264 personas canalizadas, dato preliminar Hospitales de la Red. Dato por base territorios saludables canalizaciones 95 y 19 canalizaciones Proyecto énfasis Total acumulado de 378 canalizaciones enero-Diciembre.	100% (965 personas canalizadas, dato preliminar)	100%	100%

8. GRUPO OBJETIVO:

Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	01	02	03	04
	2012	2013	2014	2015	2016
Total población de Bogotá	7.571.345	7.674.366	7.776.845	7.878.783	7.980.001
Total familias priorizadas	770.672	800.000	800.000	800.000	800.000
Total individuos priorizados	1.350.000	2.100.000	2.400.000	2.400.000	2.400.000

Características del grupo objetivo

Cuantificación de la población	2.550.000 familias
Identificación de la población priorizada	1.050.000 familias
Identificación de la población Atendida	450.000 familias
Identificación de la población por atender	800.000 familias

9. ESTUDIOS QUE RESPALDAN EL PROYECTO

Cód.	Nombre	Entidad	Fecha
	1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011	Alcaldía Mayor de Bogotá, Profamilia.	2011
	Hernández A y otros, 2004. "Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2005 - 2007".	Convenio PUJ – SDS – Famig/IDRC – OPS.	2008
	La Renovación de la Atención Primaria de Salud e las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)	OPS/OMS	2.007
	Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales	Ministerio de la Protección Social	2007

Cód.	Nombre	Entidad	Fecha
	1ª Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011	Alcaldía Mayor de Bogotá, Profamilia.	2011
	Compromiso de Colombia con la DECLARACIÓN BUENOS AIRES 30-15 "Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria"	Conferencia Internacional de Salud con la asistencia de Ministros de Salud y representantes de Ministros de Salud, junto a la Directora General de la OMS y sus Directores Regionales	Agosto 2.007
	Investigación "Revitalizando Salud para Todos: Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral en Salud", Fase I	Convenio 650/07. SDS- U. Javeriana- Hospital de Suba, ESE.	2.007
	Consultoría para evaluar la estrategia de Atención Primaria en salud APS adoptada para Bogotá D.C., en el marco general del SGSSS en observancia con lo preceptuado en el Plan de Desarrollo 2004 – 2008 "Bogotá sin Indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión social"	Centro de Estudios e Investigación en salud_ Fundación Santa Fe de Bogotá _ U. de la Sabana.	Abril de 2.008
	CASALLAS, A, MOLINA, M. DE NEGRI, A. y otros. La ruta para la estrategia promocional de Calida de Vida y Salud. Cuadernillo Conociendo y apropiando la Estrategia Promocional de Calida de Vida y Salud.. Bogotá.	Secretaria Distrital de Salud- Hospital de Suba ESE II nivel	2007
	La Salud Escolar en Bogotá en la Perspectiva de la Política Social 2004 - 2008. Reflexiones a propósito de la lectura de tres estudios sobre salud escolar en Bogotá D.C	TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar. Volumen 2, Número 1	Disponible en: http://www.tipica.org/pdf/la_salud_escolar_en_bogota.pdf
	Informe de Enfermedad Profesional 2003 - 2005	Ministerio de la Protección Social	Febrero de 2007
	Análisis serial y de contrastación de los resultados de las Encuestas de Trabajo Infantil 2001 2003 y 2005	Ministerio de la Protección Social - DANE	Marzo de 2007
	Informalidad: Escape y exclusión. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe.	Banco Mundial.	2007.
	La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2004 – 2005.	Revista Investigaciones en Seguridad Social y Salud. Número 8	Enero - Diciembre de 2006. Bogotá.
	Tres Estudios de Análisis de las Actividades de Salud Escolar y de las Condiciones Organizacionales Asociadas en Escuelas Distritales de Bogotá.	TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar. Volumen 2, Número 1	2006. Disponible en: http://www.tipica.org/indic_e_articulo.htm
	Panorama Laboral 2006 América Latina y el Caribe.	Organización Internacional del Trabajo.	2006.
	De Negri F.A. <i>Construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2004- 2005.</i>	Investigaciones en seguridad social y salud Secretaria Distrital de Salud	2006
	Estudio sobre ocupaciones y condiciones de trabajo riesgosas para la salud y el desarrollo de los menores trabajadores en Colombia	Universidad del Rosario – Ministerio de la Protección Social.	2005
	Pedro Cortés Lombana. Etnicidad y salud. Extensión de la Protección Social en salud para grupos étnicos.	Organización Panamericana de la Salud. Bogotá	2004
	De Negri Filho, A. "Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas". En: Girotti Sperandio, A.M. O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo,	IPES, Unicamp, OPS/OMS	2004
	D'elia Y.; De Negri F.A.; y otros. Estrategia Promocional de la Calidad de Vida. La construcción de Políticas Públicas por la calidad de vida desde la perspectiva del derecho y la equidad.	Ministerio de Salud y Desarrollo Social Republica de Velezuela . Agencia de Cooperación Alemana GTZ.	2002

10. FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO [millones de \$]

EJECUTADO	HORIZONTE REAL DEL PROYECTO (años)					
	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
TOTAL PROYECTO	119.980.688.450	276.646.535.939	214.462.210.252	304.881.371.769	291.965.943.000	1.207.936.749.410

10. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

Años Calendario	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Sistema General de Participaciones	42.200.626.388	53.605.471.585	60.261.131.825	59.174.304.620	60.087.617.000	275.329.151.418
Otras transferencias de la Nación	1.266.193.291	939.467.847	206.912.306	1.260.003.100	3.500.000.000	7.172.576.544
Otros Ingresos	1.304.006.536	270.373.344	20.212.457.068	4.638.312.448	13.096.326.000	39.521.475.396
Rentas Contractuales	0	0	0	0	2.000.000	2.000.000
Aporte Ordinario del Distrito	75.209.862.235	221.831.223.163	133.781.709.053	239.808.751.601	215.280.000.000	885.911.546.052
Total Financiación	119.980.688.450	276.646.535.939	214.462.210.252	304.881.371.769	291.965.943.000	1.207.936.749.410

11. OBSERVACIONES

Para el año 2016 cuenta con un presupuesto de \$291.965.943.000.

12. Diligenciamiento:

Nombre: Diana Castillo
Cargo profesional especializada
Teléfono 3649090 extensión 9084
Fecha: Febrero de 2016

14. Concepto de Viabilidad

Aspectos Revisar:

- Cumple con los lineamientos para la elaboración del documento de "Formulación y Evaluación de Proyectos"?
- Es coherente la solución que plantea el proyecto con el problema o situación que se pretende solucionar?
- Es competencia de la entidad ejecutar este tipo de proyectos?
- Es concordante el proyecto con los lineamientos y políticas del Plan de Desarrollo?

S/N

15. Concepto y Sustentación

¿El concepto es favorable?

S/N

Aprobó: Luz Adriana Zuluaga Salazar – Libia Esperanza Forero Garcia- Libia Janet Ramirez Garzon – Luz Mery Vargas Gomez – Ricardo Rojas Higuera

Responsable Dra. Patricia Arce Guzmán

Cargo profesional / Subsecretaría de Salud Publica (E)

Entidad SDS

Fecha: Febrero de 2016