

05
LOCALIDAD

Localidad
USME



***Diagnostico Local con
Participación Social
2009-2010***



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



***Diagnostico Local con
Participación Social
2009-2010***

CRÉDITOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Clara López Obregón

Alcaldesa(e) Mayor de Bogotá, D.C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Jorge Bernal Conde

Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Eugenio Varela Beltrán

Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá

Ana Zulema Jiménez Soto

Directora de Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO

Secretaría Distrital de Salud

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Clara Mercedes Suárez Rodríguez

Ana Patricia Villamizar

Patricia Rojas Méndez

Alex Ordóñez Argote

María del Carmen Morales

Meyra del Mar Fuentes

Nubia Noemí Hortua

Hospital Usme E.S.E

Ana Carolina Estupiñan Galindo

José Elías Delgado Barragán

Equipo técnico del Plan de Intervenciones Colectivas Secretaria Distrital de Salud y de la Empresa Social del Estado: Equipo base de Gestión local, Vigilancia en salud pública, Equipos de ámbitos, Etapas de ciclo vital, Transversalidades y Proyectos de desarrollo de autonomía, Equipo de Medio Ambiente, Equipo de trabajo en Gestión Social Integral.

AGRADECIMIENTOS

“A quienes aportaron su grano de arena, Gracias.”

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Andrés León N.

Oscar Sierra

FOTOGRAFÍA PORTADAS

Diego Bautista

TABLA DE CONTENIDO

CRÉDITOS	5		
AGRADECIMIENTOS	7		
INDICE DE TABLAS	12		
INDICE DE GRAFICAS	15		
INDICE DE MAPAS	16		
INTRODUCCIÓN	17		
MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO	19		
1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO – POBLACIÓN - AMBIENTE	23		
1.1 Características geográficas ambientales	24		
1.1.1 Reseña Histórica	24		
1.1.2. Geomorfología	25		
1.1.3. Hidrografía	26		
1.1.4. Comportamiento climático	31		
1.1.5. Páramo	31		
1.1.6. Río Tunjuelo	31		
1.1.7. Potencialidades ambientales de la localidad	32		
1.1.8. Deterioro ambiental	34		
1.1.9. Conflictos ambientales por el uso del suelo y su impacto en la salud	36		
1.1.10. Riesgos ambientales	41		
1.1.11. Relación salud – ambiente	46		
1.2. Características Político Administrativas	48		
1.2.1. Dinámica comunitaria	49		
1.2.2. Dinámica territorial	51		
1.3. Estructura y Dinámica Territorial	56		
1.3.1. Características socio demográficas	56		
1.3.2. Poblaciones especiales	62		
1.4. Perfil Epidemiológico	77		
1.4.1. Morbilidad	77		
1.4.3. Mortalidad específica por grupo de EdaD.	100		
1.4.4. Mortalidad Potencialmente Prevenible	106		
1.4.5. Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)	110		
1.4.6. Mortalidad por lesiones de causa externa	111		
2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN – CONSUMO – TERRITORIO - POBLACIÓN – AMBIENTE	117		
2.1 Organización Social y productiva del trabajo en el territorio	118		
2.2. Condiciones Concretas de Desarrollo de los Procesos de Trabajo y su Impacto en Salud	120		
2.2.1. Trabajo informal	120		
2.3 Trabajo infantil	121		
2.3 Condiciones Socioeconómicas	124		
2.4 Posición Ocupacional	128		
2.5 Condiciones y Calidad de Acceso o Restricción a Bienes y Servicios	129		
2.6 Ambiente y su relación con la producción y el consumo local	140		
2.6.1. Seguridad Alimentaria y Nutricional	140		
2.6.2. Industria y Ambiente	141		
2.6.3. Medicamentos seguros	141		
2.6.4. Movilidad	142		
2.6.5. Acueductos veredales	144		
2.6.6. Saneamiento Básico en la Zona Rural	145		
3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIO Y POBLACIÓN	149		
3.1 Territorio – población	151		

3.1.2	Consecuencias de la interrelación territorio – población	153	3.6.5	UPZ 60 Parque Entre nubes	260
3.1.3	Expresiones de la relación territorio – población	160	3.6.6	Núcleo problemático territorio Parque Entre nubes	263
3.1.4	Núcleos problemáticos territorio La Flora	162	3.7 Análisis de la Respuesta Social Institucional y Comunitaria	264	
Descripción del núcleo	162		3.7.1	Aseguramiento	264
Descripción del núcleo	164		3.7.2	Análisis de los servicios y el modelo de salud	265
Potencialidades del territorio	165		3.7.3	Análisis de la respuesta social y propuesta del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC	269
3.2 Territorio social Danubio (UPZ 56)	166		4.8 Propuestas en las Líneas de Intervención	315	
3.2.1	Territorio – población	166	Etapas del Ciclo Vital	316	
3.2.2	Consecuencias de la interrelación territorio – población	169	Transversalidad de Actividad Física.	316	
3.2.3	Expresiones de la relación territorio – población	176	Transversalidad de Ambiente	317	
3.2.4	Núcleos problemáticos territorio Danubio	177	Transversalidad de Desplazamiento	317	
3.3.1	Territorio – población	180	Transversalidad de Discapacidad	318	
3.3.2	Consecuencias de la interrelación territorio – población	183	4.9 Componente Gestión Local Integral de la Salud P ública para la Promoción de Calidad De Vida Y Salud	319	
3.3.3	Expresiones de la relación territorio – población	200	4.9.1	Vigilancia en Salud Pública	336
3.3.4	Núcleos problemáticos territorio Gran Yomasa	202	4.9.2	Déficit de respuesta	337
3.4.1	Territorio – población	206	4.9.3	Déficit de la respuesta desde el plan de intervenciones colectivas	339
3.4.2	Consecuencias de la interrelación territorio – población	209	4.9.4	PDA Salud Oral	340
3.4.3	Expresiones de la relación territorio – población	218	4.9.5	Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI	343
3.4.4	Núcleo problemático territorio Comuneros	219	GLOSARIO	370	
3.5 Territorio social Alfonso López (UPZ 59)	223				
3.5.1	Territorio – población	223			
3.5.2	Consecuencias de la interrelación territorio – población	225			
3.5.4	Núcleo problemático territorio Alfonso López	231			
3.6 Territorio social Usme Ancestral: Usme Centro, Veredas y Parque Entre nubes (UPZ 61, UPR 3 y UPZ 60)	234				
3.6.1	UPZ 61 Ciudad Usme	242			
3.6.2	Núcleo problemático Usme Centro	245			
3.6.3	UPR 3 – Tunjuelo – Zona Rural	246			

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Áreas de amenaza por remoción en masa</i>	43	<i>Tabla 25. Diagnósticos más frecuentes por hospitalización en el grupo de edad de 60 a 69 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	91
<i>Tabla 2. Áreas de amenaza por inundación, Bogotá D.C, 2007</i>	43	<i>Tabla 26. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de mayores de 70 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	92
<i>Tabla 3. Población canina en la localidad Usme, Bogotá D.C, 2007</i>	45	<i>Tabla 27. Distribución de los eventos de violencia intrafamiliar por ciclo vital año 2010</i>	93
<i>Tabla 4. Presupuesto plurianual Plan de Desarrollo Local Usme Sin Indiferencia, Bogotá D.C, 2008</i>	49	<i>Tabla 28. Proporción de discapacidad x 1000 habitantes según etapa de ciclo vital. Comparativo Usme - Bogotá 2009</i>	95
<i>Tabla 5. Instancias de Participación en la Localidad de Usme, Bogotá D.C, 2007</i>	50	<i>Tabla 29. Prevalencia por tipo de deficiencias Comparativo Usme - Bogotá 2009</i>	96
<i>Tabla 6. Clasificación de las UPZ de la localidad 5 Usme, Bogotá D.C, 2005</i>	53	<i>Tabla 30. Prevalencia por tipo de limitaciones Comparativo Usme - Bogotá 2009</i>	96
<i>Tabla 7. Densidad de población localidad Usme, Bogotá D.C, 2009</i>	58	<i>Tabla 31. Prevalencia de peso al nacer Usme – Bogotá años 2002 a 2010</i>	97
<i>Tabla 8. Diagnósticos más Frecuentes por Consulta Externa, Hospital de Usme, Bogotá D.C, 2008</i>	78	<i>Tabla 32. Comportamiento del estado nutricional de gestantes, localidad de Usme. 2003 - 2010</i>	98
<i>Tabla 9. Diagnósticos más Frecuentes por Hospitalización. Hospital de Usme, Bogotá D.C 2008</i>	79	<i>Tabla 33. Comportamiento de la Desnutrición crónica, aguda y global en menores de 7 años, Comparativo localidad Usme y Bogotá. 2000 - 2010</i>	98
<i>Tabla 10. Diagnósticos más Frecuentes en el Servicio de Urgencias. Hospital de Usme, Bogotá, D.C 2008</i>	80	<i>Tabla 35. Diez primeras causas de mortalidad en menores de un año. Localidad de Usme 2005 – 2007</i>	100
<i>Tabla 11. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad menores de un año por sexo, Hospital de Usme Bogotá D.C, 2008</i>	81	<i>Tabla 36. Diez primeras causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años localidad de Usme 2005 – 2007</i>	101
<i>Tabla 12. Diagnósticos más frecuentes por hospitalización en el grupo de edad de menores de un año por sexo, Hospital de Usme, Bogotá D.C, 2008</i>	81	<i>Tabla 37. Diez primeras causas de mortalidad en niños de 5 a 14 años, localidad de Usme 2005 – 2007</i>	102
<i>Tabla 13. Diagnósticos más frecuentes por urgencias en el grupo de edad de menores de un año por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	82	<i>Tabla 38. Diez primeras causas de mortalidad en personas de 15 a 44 años, localidad de Usme 2005 a 2007</i>	104
<i>Tabla 14. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 1 a 4 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	83	<i>Tabla 39. Diez primeras causas de mortalidad en personas de 45 a 59 años, localidad de Usme 2005 – 2007</i>	105
<i>Tabla 15. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 5 a 9 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	83	<i>Tabla 40. Diez primeras causas de mortalidad en personas mayores de 60 años, localidad de Usme 2005 – 2007</i>	106
<i>Tabla 16. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 10 a 14 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	84	<i>Tabla 41. Mortalidad Materna Usme - Bogotá 2000 – 2009</i>	107
<i>Tabla 17. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 15 a 24 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	85	<i>Tabla 42. Mortalidad perinatal Usme - Bogotá 2004 – 2009</i>	108
<i>Tabla 18. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 25 a 34 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	86	<i>Tabla 43. Mortalidad Infantil Usme - Bogotá 2000 – 2009</i>	108
<i>Tabla 19. Diagnósticos más frecuentes por urgencias en el grupo de edad de 25 a 34 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	86	<i>Tabla 44. Mortalidad por EDA en menores de 5 años Usme - Bogotá 2000 – 2009</i>	109
<i>Tabla 20. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 35 a 44 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	87	<i>Tabla 45. Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años Usme - Bogotá 2000 – 2009</i>	109
<i>Tabla 21. Diagnósticos más frecuentes por urgencias en el grupo de edad de 35 a 44 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	88	<i>Tabla 46. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años Usme - Bogotá 2005 – 2009</i>	110
<i>Tabla 22. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 45 a 54 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	88	<i>Tabla 47. Tasa de homicidios por cada 100000 habitantes 2005 – 2006</i>	111
<i>Tabla 23. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 55 a 59 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	89	<i>Tabla 48. Intento de Suicidio (2006 - 2008) y suicidio consumado (2005 - 2008) Localidad Usme y Bogotá</i>	112
<i>Tabla 24. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 60 a 69 años por sexo, Hospital de Usme año 2008</i>	90	<i>Tabla 49. Comparativo de la tasa de Muertes violentas en Bogotá y Usme 2007. Tasa x 100000 habitantes</i>	114
		<i>Tabla 50. Procesos de regulación de espacios públicos en zonas de aprovechamiento regulado (ZAR) entre enero y noviembre de 2008 Localidad de Usme</i>	119
		<i>Tabla 51. Comparativo posición ocupacional Usme - Bogotá 2003</i>	128
		<i>Tabla 52. Comparativo Tasa de ocupación por grupos de edad Usme y Bogotá 2007</i>	129
		<i>Tabla 53. Índice de Condiciones de Vida por Factores, Variables y Componentes en la Localidad de Usme 2007. Factor 1. Acceso y calidad de los servicios</i>	130
		<i>Tabla 54. Índice de Condiciones de Vida por Factores, Variables y Componentes en la Localidad de Usme 2007. Factor 2. Educación y capital humano</i>	132
		<i>Tabla 55. Índice de condiciones de vida por factores, variables y componentes en la localidad de Usme 2007. Factor 3. Tamaño y composición del hogar</i>	134

INDICE DE GRAFICAS

Tabla 56. Índice de condiciones de vida por factores, variables y componentes en la localidad de Usme 2007. Factor 4. Calidad de la vivienda	135
Tabla 57. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ La Flora	153
Tabla 58. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Danubio 2009	168
Tabla 59. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Gran Yomasa 2009	183
Tabla 60. Organizaciones Y/O Grupos Abordados Por El Ámbito Comunitario Presentes En El Territorio Gran Yomasa 2010	188
Tabla 61. Principales Diagnósticos En Consulta Externa UPA Santa Martha Población General 2009	200
Tabla 62. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Comuneros 2009	208
Tabla 63. Principales Diagnósticos En Consulta Externa UBA Lorenzo Alcantuz Población General	218
Tabla 64. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Alfonso López 2009	225
Tabla 65. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Usme Centro, Veredas y Parque Entre Nubes 2009	236
Tabla 66. Distribución número de comedores por territorio y cobertura 2009	357

Grafico 1. Pirámide poblacional Usme 2010 y Grafico 2. Pirámide 2015	57
Grafico 3. Esperanza de vida al nacer Usme y Bogotá 2010-2015	58
Grafico 4. Tasa global de fecundidad Usme - Bogotá 2004 – 2007	59
Gráfico 5. Fecundidad según edad de la madre, Comparativo Usme-Bogotá D.C 2009	59
Gráfico 6. Tasa específica de Fecundidad localidad de Usme por grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años, 2004 - 2007. Tasa x 1000 mujeres	60
Grafico 7. Tasa de mortalidad general Usme 2005 – 2007	99
Grafico 8. Indicadores de Fuerza Laboral y población económicamente activa Usme. Año 2007	120
Grafico 9. Población por estrato socioeconómico Usme y Bogotá 2009	125
Grafico 10. Porcentaje de personas por indicadores de NBI Usme y Bogotá	126
Grafico 11. Distribución de los hogares según percepción sobre el poder adquisitivo del ingreso, localidad Usme, año 2007	126
Grafico 12. Índice de Condiciones de Vida por Factor. Localidad Usme respecto a Bogotá, año 2007	130
Grafico 13. Población en Edad Escolar Usme - Bogotá año 2008	133
Grafico 14. Índice de Riesgo de la Calidad de Agua Zona rural. Usme 2008	144
Gráfico 15. Pirámide Poblacional UPZ La Flora	151
Grafico 16. Pirámide Poblacional UPZ Danubio	168
Grafico 17. Pirámide Poblacional UPZ Gran Yomasa	183
Gráfico 18. Pirámide Poblacional UPZ Comuneros	209
Gráfico 19. Pirámide Poblacional UPZ Alfonso López	227
Grafico 20. Pirámide Poblacional UPZ Usme Centro, Veredas y Parque Entre Nubes	236

INDICE DE MAPAS

Mapa 1. Hidrografía De La Localidad De Usme, Bogotá D.C, 2005	27
Mapa 2. Estructura ecológica principal, Localidad de Usme. Bogotá D.C, Decreto 469 de 2003	28
Mapa 3. Macro Región Cuenca del Río Tunjuelo, Bogotá D.C, 2005	30
Mapa 4. Deterioro Ambiental, Bogotá D.C, 2003	35
Mapa 5. Perfil ambiental localidad Usme, BogotáD.C, 2009	40
Mapa 6. Riesgos y Amenazas Naturales De La Localidad De Usme, Bogotá D.C, 2006	42
Mapa 7. Mapa General de la Localidad de Usme, Bogotá D.C, 2010	52
Mapa 8. Veredas Localidad de Usme, Bogotá D.C, 2005	55
Mapa 9. Poblaciones Vulnerables Localidad de Usme, Bogotá D.C, 2009	64
Tabla 34. Diez primeras causas de mortalidad en todos los grupos de edad localidad de Usme 2005 – 2007	99
Mapa 10. Malla Vial Y Parques Localidad Usme, Bogotá D.C, 2005	143
Mapa 11. Territorios Sociales de la Localidad de Usme	150
Mapa 12. Territorio Social La Flora	152
Mapa 13. Núcleos Problemáticos Territorio La Flora	163
Mapa 14. Territorio Social Danubio	167
Mapa 15. Núcleos Problemáticos Territorio Social Danubio	178
Mapa 16. Territorio Social Gran Yomasa	182
Mapa 17. Núcleos Problemáticos Territorio Social Gran Yomasa	205
Mapa 18. Territorio Social Comuneros	207
Mapa 19. Núcleos Problemáticos Territorio Social Comuneros. Localidad de Usme	222
Mapa 20. Territorio Social Alfonso López	224
Mapa 21. Núcleos Problemáticos Territorio Social Alfonso López	233
Mapa 22. Territorio Social Usme Ancestral	235
Mapa 23. Centros de Atención del Hospital de Usme	268

INTRODUCCIÓN

La Secretaría Distrital de Salud, desde el año 1.997, ha venido liderando el proceso de actualización del Diagnóstico Local de Salud con participación social; en el año 1.998 se finaliza con el primer ejercicio de elaboración del diagnóstico local, que tenía un abordaje poblacional y territorial general. Posteriormente, hacia el año 2.004, se lleva a cabo la segunda actualización, teniendo varios retos: el primero era realizar una lectura integral de la salud, enfermedad desde los determinantes sociales; en segundo lugar, adelantar lecturas de necesidades diferenciadas que permitieran identificar los modos de vivir, enfermar y morir en los territorios sociales. Para el año 2.007 se planteó un nuevo ejercicio de actualización diagnóstica, cuyos objetivos eran evidenciar el desarrollo frente a las condiciones de calidad de vida y salud y propender por la respuesta integral donde se posicione la agenda social local como proceso de construcción colectiva con la comunidad y las instituciones frente a la búsqueda y diseño de respuestas sociales a través de los procesos de gestión y empoderamiento. En el 2.008, se realizó un ejercicio de actualización, que se tomó como herramienta para el diseño, la implementación y evaluación de los planes locales e institucionales¹.

Para el año 2009, se propone realizar el análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida de la población en los territorios, teniendo como principales ordenadores las etapas del ciclo vital respecto a lo poblacional y las Unidades de Planeamiento Zonal respecto al territorio. Lo anterior implica profundizar en las causalidades de las condiciones de vida y salud de la población, expresadas en su fragilidad o potencia social que a su vez permiten dar lectura integral de la realidad local. Este ejercicio permite plantear respuestas que afecten determinantes de calidad de vida y salud de los grupos y sujetos de nuestra sociedad.

Por lo anterior, el objetivo principal del actual proceso de análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida en lo local es comprender, en toda su dimensión, los factores protectores y deteriorantes como la complejidad de la salud y la calidad de vida en las 20 localidades del distrito, para avanzar en la reducción de brechas y situaciones intolerables e invertir con equidad los recursos sociales, contribuyendo a modificar las condiciones de vida de las poblaciones².

¹ Diagnóstico local con participación social Usme 2008

² En coherencia con los Lineamientos del PIC 2009, para el Componente de Gestión Local para la promoción de calidad de vida y salud.

Respecto a la metodología, este trabajo se desarrolló en cuatro fases: la primera se refiere al alistamiento y convocatoria en la cual se realizó el reconocimiento de los equipos locales y se concertaron acuerdos conceptuales, metodológicos y de análisis con referentes a nivel local y distrital para el desarrollo del proceso.

En la segunda fase, se llevó a cabo la recolección de la información donde se elaboró un inventario de la información de fuente primaria y secundaria existente, proveniente del Hospital de Usme y de otras instituciones de orden local. En la tercera, se da inicio a la realización del análisis descriptivo y explicativo de la determinación social de la relación territorio – ambiente – población, en la cual el ordenador son las personas en sus diferentes etapas del ciclo vital. Se hizo énfasis en aspectos que protegen o deterioran la calidad de vida y salud en sus dimensiones estructurales relacionada con las transversalidades de equidad y de acción; de igual manera, el análisis de las determinaciones territoriales, sociales, físicas, culturales, económicas que favorecen o deterioran el desarrollo de la autonomía de las personas y colectivos sociales relacionados con los Proyectos de Desarrollo de Autonomía. En la cuarta y última fase, se realizó el análisis crítico en el cual se profundizó en la problematización desde la mirada poblacional y territorial y un análisis de la respuesta social tanto institucional como comunitaria, identificando algunas brechas de inequidad y déficit de la respuesta. Teniendo como base lo anterior, se construyeron las propuestas de respuestas integrales para cubrir el déficit identificado.

De esta manera, los capítulos del presente documento van de la mano y son producto de cada una de las fases anteriormente enunciadas. Es así como en el primer capítulo encontrarán datos como una breve reseña histórica de la localidad quinta, características geográficas y ambientales, dinámica territorial, características político administrativas, dinámicas poblacionales, perfil epidemiológico y relación salud ambiente en la localidad de Usme. En el segundo capítulo, el lector podrá encontrarse con un análisis descriptivo, explicativo y crítico de las relaciones presentes entre las maneras y condiciones de producción y consumo de la población, así como aspectos sobre acceso o restricción a bienes y servicios como vivienda, seguridad alimentaria y nutricional, servicios públicos, transporte, movilidad, educación, entre otros.

En el capítulo tres se hace una profundización del análisis territorial y poblacional y para cada territorio, se presentan las condiciones de calidad de vida y salud por etapa de ciclo vital, con enfoque diferencial, visibilizando las exposiciones, factores protectores, deteriorantes, de los cuales emergen los núcleos problemáticos. En el cuarto capítulo se encuentra el análisis de la respuesta social en la cual se evidencian tópicos como el aseguramiento, la respuesta social desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el análisis de la respuesta comunitaria y los avances de la gestión social integral.

En el último capítulo se pueden observar las propuestas de respuesta desde el Plan de Intervenciones Colectivas de la ESE Hospital de Usme para el PIC 2010, frente a los hallazgos plasmados en este documento el cual, a lo largo de su elaboración, ha pretendido tener dos consideraciones especiales: la ruralidad y la territorialización de sus acciones. Se plantea la operacionalización de la respuesta por componentes y ámbitos.

Se espera que este ejercicio de análisis de la determinación social y calidad de vida en la localidad de Usme, sea un insumo para los equipos de toma de decisiones, tanto a nivel local como distrital que permita explorar el impacto para el redireccionamiento de recursos y acciones, lo cual posibilite la creación de un PIC basado en las necesidades locales más allá de las necesidades institucionales, en donde se evidencie un verdadero fortalecimiento de la respuesta en la zona rural.

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

Desde el año 2005 en la alcaldía de Bogotá, se comienza a crear la estrategia de trabajo con la comunidad desde una mirada territorial, es decir comprendiendo las dinámicas espaciales de cada localidad, entendiendo la necesidad de trabajar en camino de la solidaridad y desarrollo comunitario, avanzando en la construcción de respuestas sociales integrales, a las necesidades de las comunidades que hacen parte de esta inmensa ciudad. Brindando así las respuestas más acertadas a las necesidades locales, esto permitirá a las comunidades, empoderarse de su dinámica territorial y exigir sus derechos.

Para comprender la estructuración de este componente, citaré a la Doctora Elizabeth Cortez de la Secretaría de Integración Social, quien define que: “la Gestión Social Integral se logra, a partir de la comprensión del territorio, como un espacio pedagógico para la gestión y la acción social, a partir del reconocimiento de las capacidades y potencialidades del territorio y la de los seres humanos que la habitan, con el propósito de avanzar en las condiciones básicas para el ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos humanos, intención que sólo se logra cuando a la capacidad de actuar se le suma la gestión necesaria para potenciar las capacidades y activos en la inclusión de los más vulnerables”. Desde esta mirada, significa mejorar la gestión social, es decir, propender por la eficacia, eficiencia, inclusión participativa, continuidad a largo plazo, sostenibilidad institucional y sostenibilidad financiera.

El presente documento se elabora teniendo en cuenta los lineamientos emitidos por la Secretaría Distrital de Salud basada en el Análisis de la determinación Social de la Salud y la calidad de vida (ASIS) que propone un enfoque desde tres categorías importantes y relacionadas entre sí y que muestran dimensiones diferentes de una misma realidad: las categorías general, particular y singular, que nos dan la base para realizar un análisis profundo del Territorio, Población, Producción, Consumo y Respuesta Social Institucional y Comunitaria.

Es así como se define el siguiente documento en cuatro capítulos: Análisis de la determinación social de las relaciones territorio – población – ambiente, Análisis de la determinación social de las relaciones producción – consumo – territorio – población – ambiente, Profundización del análisis territorial y poblacional y finalmente, Análisis de la respuesta social institucional y comunitaria y finalmente los Temas generadores y propuestas de respuesta 2011.

Con el objeto de realizar el análisis territorial y poblacional, el documento se organiza según los territorios sociales definidos durante el proceso de Gestión Social Integral (GSI). Esta propuesta, incluida en el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Positiva” y concretada en un convenio distrital que involucra los doce sectores de la administración distrital, se inició con el reconocimiento y conformación de territorios a partir de la directriz dada desde el nivel central.

En este sentido, en el Consejo Local de Gobierno realizado en el mes de mayo de 2009 en la localidad de Usme, se propusieron unos escenarios de trabajo para la caracterización del territorio y la conformación o agrupación de los mismos, teniendo en cuenta algunos criterios tales como capacidad operativa de las instituciones, características de cada territorio, lectura de necesidades y oferta institucional³.

Con base en estos, las cabezas de las instituciones locales lideradas por Alcaldía Local, Subdirección Local de Integración Social, Dirección Local de Educación y Hospital de Usme, decidieron conformar cuatro territorios, tomando como referencia las Unidades de Planeación Zonal: Flora-Danubio, Alfonso López-Comuneros, Gran Yomasa y por último Parque Entre Nubes-Usme Centro-Veredas.

En el mes de Junio de 2009, se realizó la socialización de las decisiones institucionales a la comunidad en el Consejo Local de Política Social (CLOPS). Allí los líderes participantes evidenciaron su inconformidad arguyendo que existe un funcionamiento histórico de las instituciones, en el cual discursivamente incluyen la participación de las comunidades en los diversos niveles que ella comprende, es decir, desde la planeación, pasando por la decisión y la acción hasta el seguimiento; sin embargo, en el campo de lo práctico, las comunidades continúan siendo convocadas para participar en un acto de legitimación de las decisiones institucionales, en este caso, respecto a la estrategia. Además se mencionó el desconocimiento de las dinámicas territoriales y los procesos sociales que en cada una de las unidades de planeación zonal (UPZ) por años han liderado y ejecutado las comunidades por parte de las instituciones⁴.

Bajo este contexto, los líderes de las diferentes mesas iniciaron un proceso de negociación con las instituciones locales con el fin de posicionar la validez de sus visiones de las dinámicas territoriales. De esta manera, se lograron consolidar en las diversas instancias de participación 6 mesas territoriales de calidad de vida (MTCV), las cuales coinciden con las UPZ de la localidad, con la excepción de la fusión de dos de ellas, a saber, MTCV La Flora – UPZ 52, MTCV Danubio – UPZ 56, MTCV Gran Yomasa – UPZ 57, MTCV Comuneros – UPZ 58, MTCV Alfonso López – UPZ 59 y MTCV Parque Entre Nubes, Usme Centro y Veredas – UPZ 60, 61 y UPR 3.

A continuación se encuentra una síntesis del análisis territorial y poblacional realizado con las fuentes primarias disponibles entre las cuales se tienen las lecturas de realidades construidas por la comunidad y los diferentes ámbitos de vida cotidiana que operan desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) del Hospital de Usme, incluyendo información de grupos focales realizados por algunas líneas de intervención, caracterizaciones de la población residente y de los territorios desde diversas perspectivas, así como el aporte de la comunidad en los espacios de análisis y discusión en las mesas territoriales transectoriales realizadas en los 6 territorios sociales enumerados anteriormente.

Como fuentes secundarias se tomaron en cuenta las siguientes: Encuesta de calidad de vida y salud 2007, Censo DANE 2005 con sus respectivas proyecciones poblacionales, diagnósticos locales de años anteriores, documento de caracterización de la zona rural realizado por la ULATA, diferentes bases de datos generadas en el PIC, el área de estadística y sistemas de la ESE, Boletín

Epidemiológico N° 7 del 2007 publicado por la Secretaría Distrital de Salud, Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos publicado por la Secretaría Distrital de Planeación año 2009, entre otras.

De igual manera desde el mes de marzo del presente año al interior del PIC, se comenzó el desarrollo de las unidades de análisis poblacionales, cuyo objetivo era generar un espacio de encuentro, discusión y construcción, en torno a las principales problemáticas y potencialidades identificadas en las cuatro etapas del ciclo vital que habitan en la localidad de Usme, fortaleciendo el trabajo realizado durante el año 2009 en el espacio de los grupos funcionales y cuyo resultado fueron los núcleos problemáticos por etapa del ciclo vital. En estas reuniones participaron coordinadores y delegados de los ámbitos laboral, comunitario, Instituciones Saludables y Amigables (ISA), escolar y familiar, componente de vigilancia sanitaria, programa ampliado de inmunizaciones y referentes de los proyectos de desarrollo de autonomía de salud mental, salud sexual y reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles y salud oral, así como referentes de las transversalidades de ambiente, seguridad alimentaria y nutricional, red de salud de los trabajadores, actividad física, desplazados, género, etnias y discapacidad, siempre contando con el gran apoyo de las coordinaciones PIC y de Salud Pública. El liderazgo de estos espacios estuvo en cabeza de las referentes de etapas del ciclo vital y la epidemióloga referente del proceso de análisis del componente de Gestión Local.

Posteriormente, y según directriz de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), se realiza la maratónica labor de la construcción de núcleos problemáticos integradores, para cada uno de los territorios sociales conformados en la localidad, labor especialmente difícil en la medida que muy pocas intervenciones del hospital tienen información con estas características.

En cuanto a otras instituciones que hacen presencia en lo local también presentaron serias dificultades dada la escasa territorialización y sistematización de las acciones, además de la deficiente socialización o aportes de información a otros sectores pues simplemente no está dentro de sus prioridades la realización de diagnósticos. A pesar de estas barreras encontradas en el camino de construcción del diagnóstico, a continuación se presenta la síntesis del trabajo anteriormente descrito.

Es importante resaltar que el presente documento es el resultado de la articulación de muchos sectores de la localidad de Usme, que compartieron información muy valiosa para su debido análisis en pro de mejorar la calidad de vida de esta comunidad. A esto se puede abordar casi todas las problemáticas en salud de la localidad y generar respuestas más pertinentes para la población.

3 Hospital de Usme I nivel ESE. Documento mesas territoriales de calidad de vida y salud 2009

– Localidad de Usme 2009. Disponible en magnético

4 *Ibid.*

1.

**1. ANÁLISIS DE LA
DETERMINACIÓN SOCIAL
DE LAS RELACIONES
TERRITORIO – POBLACIÓN
- AMBIENTE**

1.1 Características geográficas ambientales

1.1.1 Reseña Histórica

La historia de la localidad de Usme se remonta a la época prehispánica cuando era un territorio ocupado por indígenas que, buscando sitios con abundantes fuentes de agua y lagunas apropiados para la fundación de lugares sagrados de culto y peregrinación, poblaron la apartada y montañosa región del páramo de Sumapaz y del alto del valle del río Tunjuelo. Esta gran cantidad de poblados indígenas a lo largo y ancho de la Sabana de Bogotá despertó la admiración de los conquistadores españoles que, creyendo que hallarían territorios en su mayoría deshabitados, se encontraron con una región altamente poblada⁵.

Algunas leyendas muiscas sobre el poblado de Usme han llegado hasta nosotros gracias a la tradición oral, aunque no hay registros escritos que las corroboren. Un ejemplo de estas leyendas es la que cuenta que hacia el año 1480, se enfrentó Saguanmachica, el Cacique del poblado de Usme, con el Cacique de Ubaque y el Zaque de Tunja, quienes invadieron el pueblo, raptando a Usminia, la hija de Saguanmachica. Finalmente y pese a que el cacique de Usme recuperó el control del pueblo y se convirtió en el primer Zipa de Bacatá, nunca pudo recuperar a su hija.

Tiempo después la colonización, de la mano con las nuevas instituciones implantadas por los españoles en los siglos XVII y XVIII, permitió tanto el desarrollo económico agrícola y artesanal de la región como su desarrollo urbano, pero a la vez provocó que los indígenas fueran sometidos progresivamente a formas institucionales de explotación servil como la encomienda, la mita y la esclavitud.

Hacia el año 1650 se fundó la población de San Pedro de Usme como poblado de carácter rural, y en 1711 se erigió como parroquia.

En 1911 se convirtió en municipio con el nombre de Usme y fue eminentemente agrícola, de acuerdo con el proceso de modernización institucional que vivía en ese momento la República con la expedición, en 1913, del Código de Régimen Político Municipal, principio del funcionamiento para la mayoría de municipios del país.

En 1954, bajo el marco de la organización del Distrito Especial, el municipio de Usme desapareció como entidad político-administrativa separada de Bogotá y pasó a ser parte integrante de su jurisdicción. El decreto 3640 del mismo año incluyó a la zona de nomenclatura como la Alcaldía número 5 de Bogotá.

En 1975, la Localidad de Usme fue incluida en el perímetro urbano y pasó a pertenecer a la circunscripción electoral y al circuito de registro y notariado de Bogotá. A partir de ese momento se inició un proceso de invasión y de colonización que lleva 50 años, gracias al acuerdo 8 de 1977 se reorganizaron las alcaldías menores y el territorio de la localidad se incrementó en dos territorios rurales. Los nombres de las veredas provienen de los nombres de las haciendas de mayor extensión territorial entre las que se encuentran El Destino, El Hato y Olarte; pero en general la comunidad desconoce su origen y raíces. Se consigna en documentos anteriores, que la vereda más antigua es El Hato y las dos más recientes Corinto y Pedregal⁶.

La comunidad nativa afirma que la anexión del municipio al Distrito lo convirtió en una posición estratégica para el control de los actores del conflicto armado asentados en el páramo de Sumapaz. Es por eso que después de 40 años de hacer parte de Bogotá, Usme es una de las localidades con mayor déficit en el cubrimiento de sus necesidades básicas insatisfechas⁷.

⁵ Recorriendo Usme – Diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá D.C., 2.004

⁶ Recorriendo Usme, Diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá D.C., 2.004

⁷ Diagnóstico local en salud con participación social localidad de Usme, 2.003.

Hacia mediados de los años 80, Usme sufre las consecuencias del conflicto social vivido en la nación y se convierte en una de las localidades receptoras de población desplazada proveniente de distintos lugares del país, en especial de Boyacá, Santanderes y el interior del país, lo cual ha generado problemas que se traducen en la expansión de la población y la construcción de viviendas y por lo tanto, la aparición de nuevos barrios con problemas de legalización.

La Constitución Política de 1.991 transformó el Distrito Especial de Bogotá en Distrito Capital, con base en esta disposición se dictaron la Ley 1 de 1.992 y el Decreto Ley 1421 de 1.993 o Estatuto del Distrito Capital. En dichas normas se adoptó el régimen político, administrativo y fiscal de todas las localidades de Bogotá, en este contexto fueron creadas las alcaldías locales, y entre ellas la Alcaldía Local de Usme y su Junta Administradora Local⁸.

A partir del año 2.000 Usme se reconoce como una localidad diversa en su población y en sus problemáticas sociales, destacándose también por la multiculturalidad en sus habitantes y la diversidad en las características de los territorios sociales, siendo una de las localidades distritales con componente de suelo urbano y rural.

1.1.2. Geomorfología

Las distintas unidades de paisaje son el resultado de un largo proceso de evolución de elementos naturales o biofísicos, geológicos, geo-morfológicos, climáticos, edáficos, florísticos y faunísticos, y de una permanente dinámica de ocupación y transformación del territorio por parte del hombre.

Las colinas bajas y montañas urbanizadas comprenden dos zonas urbanas separadas por una franja considerada de transición urbano-rural. La primera se localiza en el extremo norte de la localidad y se evidencia como consecuencia del proceso de expansión de Bogotá hacia la cabecera municipal del antiguo municipio de Usme, el cual corresponde a la segunda zona urbana.

El relieve en esta unidad es ondulado y permite el establecimiento de obras de infraestructura y zonas urbanas en lugares muy localizados. Se presentan suelos moderadamente fértiles y otros con disponibilidad de materiales para la construcción gracias a las características del material parental. Sus principales usos son la urbanización intensiva, los cultivos restringidos y la explotación de canteras, gravilleras y receberas. Los elementos antrópicos se imponen sobre los bióticos y abióticos, lo que muestra el grado de intervención y alteración de esta unidad.

La geomorfología corresponde al cuaternario al que pertenecen dos sectores: el primero con materiales poco sólidos que erosionan fácilmente cuando se altera su cobertura vegetal y el segundo, perteneciente a las formaciones El Cacho, La Regadera y Usme, conformado por montañas con pendientes pronunciadas constituidas por areniscas que se desintegran con facilidad.

Esta unidad está bañada por una gran cantidad de quebradas, el río Chisacá y la parte alta del río Tunjuelito; allí se localizan los embalses de Chisacá y La Regadera. Posee una gran riqueza en flora representada en especies vegetales de todos los hábitos de vida a los cuales se hallan asociadas una gran variedad de especies de la fauna. Estos bosques se pueden considerar como verdaderos bancos de germoplasma que permitirán iniciar procesos de recuperación de especies nativas. Allí se desarrolla predominantemente la actividad agropecuaria de la localidad. En algunos sitios muy localizados se pretende adelantar actividades de conservación, como es el caso del proyecto Parque Entre nubes.

Las montañas altas de modelado glacial y peri glacial corresponden a las zonas más altas de la localidad, comprendidas entre los 3.350 y los 3.800 msnm y abarca las zonas de vida correspondientes al páramo, subpáramo y al límite superior del Bosque Alto Andino. Sus características generales

⁸ Diagnóstico de la Localidad de Usme, Veeduría Distrital, 2.005.

incluyen una alta riqueza hidrológica, siendo la mayor parte del área la cuenca de captación de los ríos Chisacá y Tunjuelito. Allí existen gran cantidad de nacimientos y corrientes de agua: esta unidad, además tiene un potencial pedagógico y recreativo que valdría la pena comenzar a utilizar.

Por las anteriores características de oferta, debería ser dedicada a la preservación; sin embargo, el área de páramo está siendo utilizada para ganadería extensiva, mientras que el subpáramo se emplea para prácticas agrícolas y ganaderas intensivas.

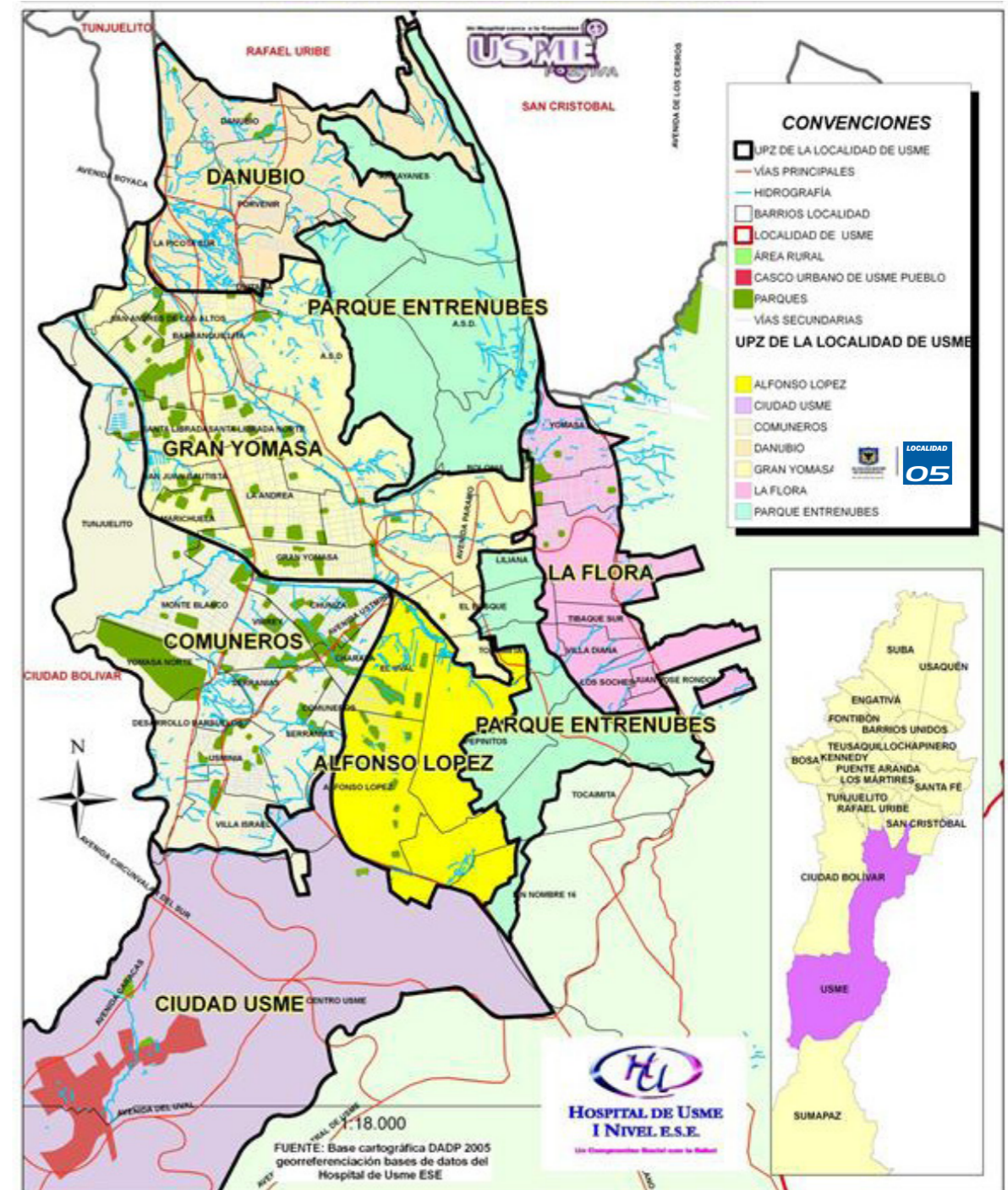
Los suelos localizados en la zona de influencia glacial por encima de los 3.500 msnm son conformados por arcillas, areniscas y cenizas volcánicas. En general, son superficiales y de baja fertilidad y están dedicados a ganadería extensiva. Los suelos localizados en la zona peri glacial, entre 3.000 y 3.500 msnm, se desarrollan principalmente a partir de cenizas volcánicas y su fertilidad es diferencial.

1.1.3. Hidrografía

Como lo muestra el Mapa 1, la localidad V se encuentra ubicada dentro de la cuenca alta del río Tunjuelito y las subcuencas de los ríos Curubital, Chisacá, Lechoso y Mugroso. Los principales ríos y quebradas de la Localidad dentro del área urbana y rural son: el río Tunjuelo, que con sus aguas riega toda la parte occidental de la localidad, hasta llegar a Tunjuelito. Algunas de las quebradas que atraviesan la localidad en el área urbana son Chiguacita, La Taza, Fucha - Santa Helena, El Carraco de Agua Dulce, La Requilina, El Amoladero, El Piojo, Chuniza, Yomasa, Bolonia, Resaca, Los Cerritos, Curí o Santa Isabel, Santa Librada, El Ramo, Seca, La Chiguaza, Verejones, Morales, de Melo, Zuque.

En la parte rural se encuentran los siguientes cuerpos de agua: ríos Aguacilito, del Aguacil, Los Balcones, La Esmeralda, Calavera, La Mistela, Puente Piedra, Tunjuelito, Curubital, Chisacá. Las quebradas La Chiguaza, de Olarte, de Guanga, de Suate, La Aguadita, La Regadera, Piedragorda, Cacique, Los Salitres, La Regadera del Curubital, Seca, Blanca, Bocagrande, Jamaica, Curubital, Piedra Gorda, Los Alisos, La Lajita, La Mistela, Piedragrande, La Leona, Hoya Honda, Caliche Negra, del Oso, Los Tablones y Lechoso o Mugroso⁹.

Mapa 1. Hidrografía De La Localidad De Usme, Bogotá D.C, 2005

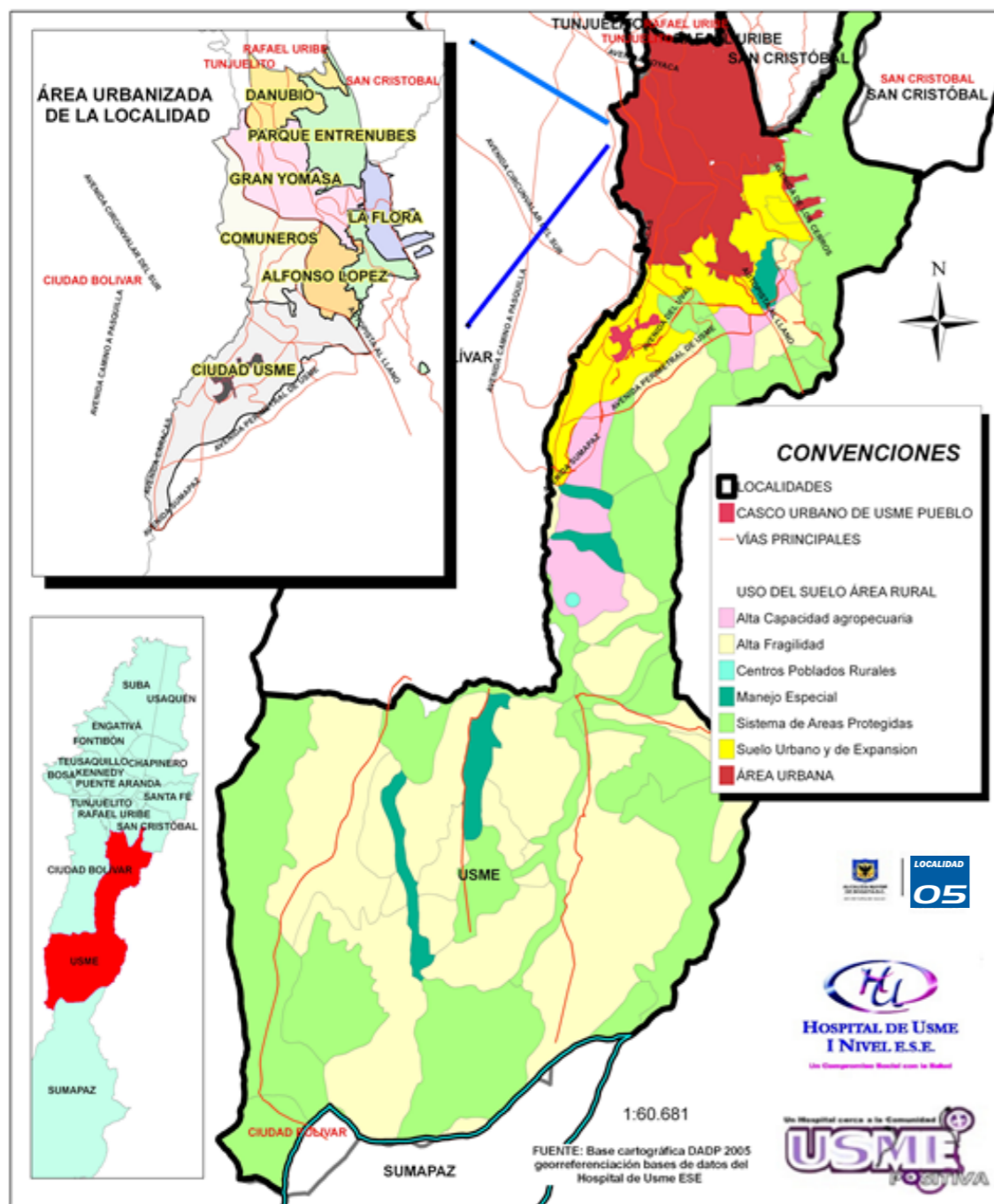


Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

Entre otros cuerpos de agua figuran las represas de La Regadera que proviene de la laguna Los Tunjos, lugar sagrado para los moradores del sector, Chisacá, y las lagunas de Bocagrande, El Alar y laguna Larga. Adicionalmente, la localidad cuenta con fuentes de agua subterránea que se han

explotado por parte de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, sobre todo en los sectores del barrio La Fiscala, la vereda Mochuelo (Ciudad Bolívar) y la zona rural de las veredas los Soches y El Uval. A continuación en el mapa 2 se presenta la estructura ecológica principal de la localidad quinta Usme.

Mapa 2. Estructura ecológica principal, Localidad de Usme. Bogotá D.C, Decreto 469 de 2003



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005.

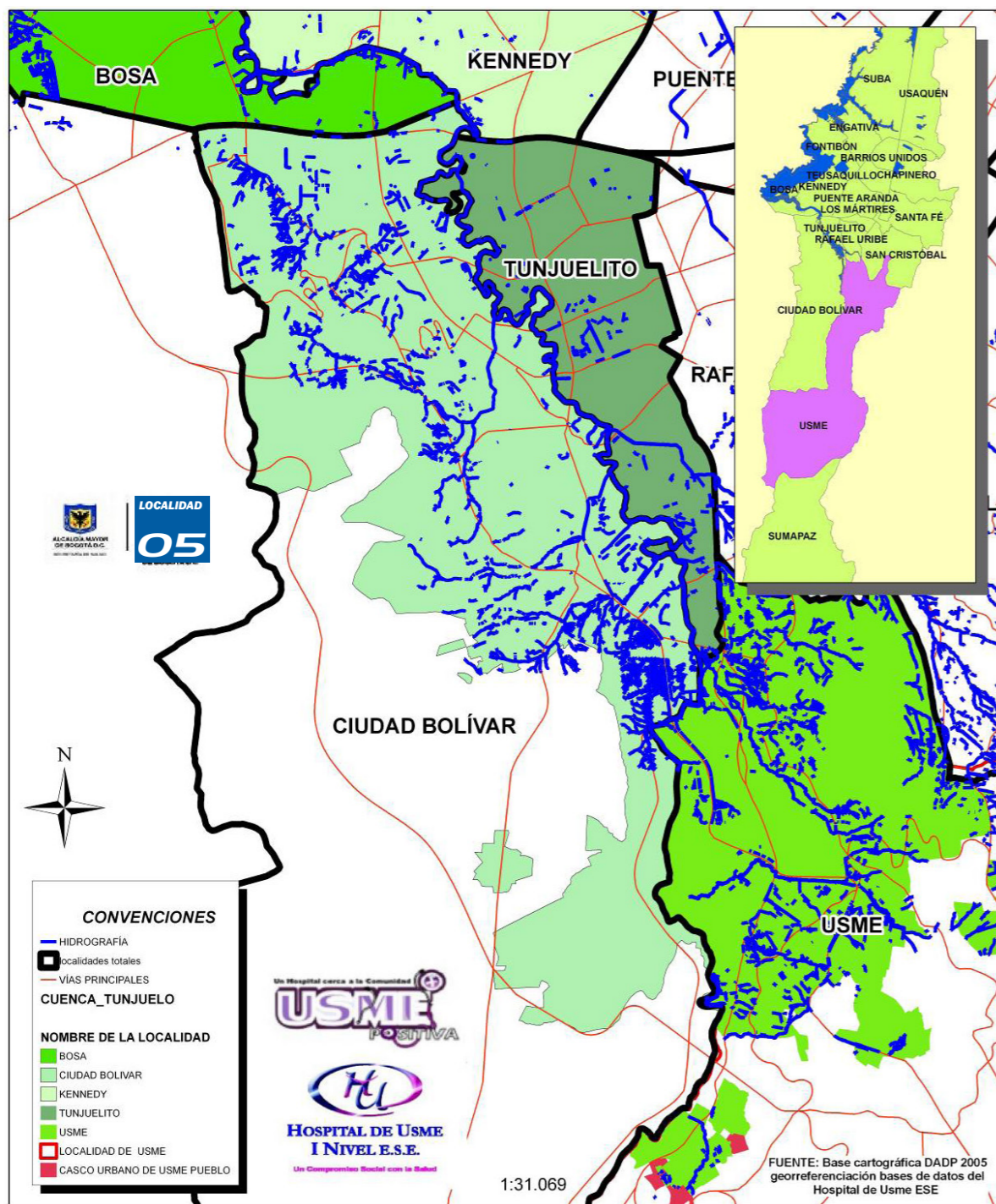
Si bien toda esta riqueza hídrica resalta la importancia de la localidad como reserva hídrica de la ciudad y realza la necesidad de la preservación de las mismas, en contraste encontramos que el río Tunjuelo representa riesgos de inundación para Usme y las localidades vecinas, frente a lo cual se reporta que en el año 2.002, se presentó una inundación que afectó a las áreas circundantes, se causaron daños humanos y económicos.

La recuperación del río Tunjuelo busca incrementar la capacidad de drenaje en la cuenca del río Tunjuelo, mitigar el problema de inundaciones y controlar la probabilidad de desbordamientos, mitigar los problemas ambientales y de saneamiento, evitando riesgos en la salud de la población en especial en época de invierno, posibilitando la apertura de esta zona al desarrollo urbano ordenado y habilitar extensas áreas para proyectos urbanísticos, proteger contra inundaciones la infraestructura pública, las viviendas, negocios e industria privada y las vidas de los habitantes, evitando así los daños a bienes muebles e inmuebles causados por inundaciones.

La construcción del embalse seco denominado Cantarrana, entregado en Abril de 2007, con 38 metros de altura, regula la creciente de la cuenca alta del río. El embalse está en capacidad de retener lluvias con período de retorno hasta de 100 años y evita que se desborde en las partes media y baja del Tunjuelo e inunde los barrios vecinos, beneficiando a más de un millón de personas al sur de la ciudad, en las localidades de Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa y Usme. Esta obra está localizada en la parte alta del río cerca de la desembocadura de la quebrada Yomasa, donde funciona el embalse seco, pues sólo se llenará en la temporada invernal. Este proyecto hace parte del Plan General de Manejo y Recuperación de la cuenca del Tunjuelo; además, la Empresa de Acueducto ha creado el programa “Los Amigos de Cantarrana”, quienes hacen trabajos de reforestación, trabajos de manejo ambiental dentro de la presa, talleres educativos ambientales y visitas de reconocimiento y apropiación de la obra. De igual forma se ha venido trabajando en la restauración de la capa vegetal que se encontraba en el lugar, adelantos en los que también se ha vinculado la comunidad.

En congruencia, desde la Secretaria Distrital de Salud, dando una respuesta a los problemas ambientales identificados en el río Tunjuelo, se crearon las Macro Regiones, para realizar intervenciones conjuntas entre la comunidad y las instituciones. Estas se definieron de acuerdo al reconocimiento de la diferencia, diversidad, cultura etnográfica, ambientes físicos y sociales presentes y determinantes de las condiciones de vida y salud de la población. Como producto de lo anterior, se definen para el Distrito Capital cuatro (cuatro macroregiones, según aspectos socio-ambientales: Continuidad territorial, Predominio de factores protectores ó deteriorantes, Grado de marginación social de bordes y Procesos de asentamiento. La localidad de Usme hace parte de la Macro Región del Río Tunjuelo como puede apreciarse en el mapa 3.

Mapa 3. Macro Región Cuenca del Río Tunjuelo, Bogotá D.C, 2005



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005.

1.1.4. Comportamiento climático

Por su ubicación geográfica, la localidad de Usme se caracteriza por tener variabilidad de pisos térmicos, de suelos y de formaciones vegetales. La diferencia altitudinal, de aproximadamente 1.200 metros entre su punto más bajo y el más alto, hace que la temperatura en los distintos puntos de la localidad no sea la misma. En la antigua cabecera municipal de Usme, localizada a 2.600 metros sobre el nivel del mar, el promedio anual de temperatura es de 12 grados centígrados aproximadamente, mientras que en La Regadera, localizada a 3.150 metros sobre el nivel del mar, es de 7 grados centígrados.

Esta diferencia altitudinal genera un escalonamiento o gradiente de los distintos elementos ambientales, que mediante su interacción, contribuyen a la formación y al desarrollo de los suelos y vegetación variada. Al igual que la sabana, presenta un período más lluvioso entre Marzo y Junio y uno menos lluvioso entre Diciembre y Marzo, siendo Enero el mes de sequía más crítico.

1.1.5. Páramo

Las zonas de páramo son áreas de reserva natural de agua, en las cuales, las condiciones físicas, biológicas, geográficas y climatológicas se conjugan para crear paisajes inhóspitos, de bajas temperaturas y gran riqueza hídrica. Los páramos El salitre y subpáramo Olarte, ubicados en la localidad de Usme, son parte del páramo de Sumapaz, considerado el páramo más grande del mundo, el cual tiene 154 mil hectáreas de extensión. Sus picos se elevan por encima de 4.300 metros sobre el nivel del mar. De esta reserva hídrica nacen los ríos que surten a miles de habitantes en los departamentos de Cundinamarca, Huila, Meta y Bogotá D.C.

1.1.6. Río Tunjuelo

La Cuenca del río Tunjuelo es muy importante para los habitantes del Distrito Capital, por su posición geoestratégica en la región, su extensión y sus valores paisajísticos y ambientales. También por el abastecimiento de agua para el territorio sur de Bogotá, la extracción de materiales de construcción, la oferta formal e informal de suelo para vivienda y el Relleno Sanitario de Doña Juana, básico y fundamental para el funcionamiento de la ciudad.¹⁰

La Cuenca se ubica al sur del Distrito Capital y forma parte del sistema hidrográfico del río Bogotá. Nace en la laguna de los Tunjos o Chisacá y desemboca en el río Bogotá, para una longitud de 53 km., un descenso de 1.340 m (entre las cotas 3.850 y 2.510) y un área afluente de 36.280 hectáreas.

La Cuenca está dividida tres zonas: la parte alta y la media, territorios rurales de páramo, ricos en agua y biodiversidad, lo que los hace zona de preservación y protección ambiental. Con una superficie de área de 29.523 hectáreas, forman parte del sistema hidrográfico del río Bogotá. Finalmente se encuentra Cuenca Baja, conformada por suelo urbano.

Cuenca alta: es la parte más escarpada de la Cuenca y comprende el área localizada entre la Laguna de los Tunjos, lugar donde nace el río Tunjuelo, y el Embalse de la Regadera. Del páramo de Sumapaz y de la Laguna de Los Tunjos descienden los ríos Chisacá y Mugroso, cuya confluencia procede el río Tunjuelo. Dichos afluentes alimentan la represa de Chisacá. Los embalses Chisacá y La Regadera, componentes del sistema sur de abastecimiento de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, permiten el suministro de agua potable para 250.000 personas que habitan en la localidad de Usme, abastecidos así por la captación de agua que realiza la cuenca. La planta El Dorado, que potabiliza el agua de estos embalses, opera actualmente a un cuarto de su capacidad, lo que indica que podría suministrar agua a un millón de habitantes.

10 Tomado de Territorio Río Tunjuelo 2008.

Cuenca media: hace parte del área rural del Distrito y va desde el embalse La Regadera hasta el área denominada Zona de Canteras. Los parques minero industriales del Tunjuelo, del Mochuelo y de Usme, son la fuente principal de extracción de arenas, gravas, areniscas y arcillas, materiales de construcción para infraestructura, actividad urbanizadora y edificadora de la ciudad. Dentro de esta área se encuentra ubicado el Relleno Sanitario Doña Juana, en la localidad de Ciudad Bolívar, y que comprende con una extensión de 450 has. Éste constituye un servicio urbano básico para la disposición final de residuos sólidos generados por Bogotá.

Cuenca baja: es el área de la Cuenca del río Tunjuelo que abarca el perímetro urbano. Comprende desde la llamada Zona de Canteras hasta la desembocadura del río Tunjuelo, en el río Bogotá. La mayor proporción de esta Cuenca se encuentra poblada y aún dispone de áreas para la oferta de suelo urbanizado, permitiendo atender la demanda de vivienda de interés social.

Corredor de restauración Bolonia - Santa Librada

El Corredor Ambiental de Bolonia – Santa Librada se encuentra localizado al oriente del Parque Entre Nubes, en la UPZ la Flora. Actualmente el suelo está destinado a actividades agropecuarias no planificadas. El corredor tiene una gran importancia en cuanto se ha planteado, desde el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá, como un conector entre las dinámicas ambientales de los Cerros Orientales de Usme y el Parque Entre Nubes.

Además, éste hace parte de la vertiente oriental del río Tunjuelo y está compuesto por las quebradas Santa Librada, Raque y Bolonia (estas dos últimas afluentes de la quebrada Yomasa).

Corredores de restauración la Requilina, Yomasa Alta, Piedra Gorda y Aguadita – La Regadera.

Los corredores ecológicos de ronda son zonas verdes que siguen el recorrido de los principales ríos del Distrito y que por ser elementos tan importantes para el medio ambiente, cuentan con un plan de manejo ambiental y de preservación especial. En la localidad de Usme, varias rondas de quebrada son corredores ecológicos: la Requilina, Yomasa Alta, Piedra Gorda y Aguadita – La Regadera.

Reserva Forestal Protectora Bosque Oriental de Bogotá

La Reserva Forestal, considerada área protegida a nivel regional y nacional, se localiza sobre los cerros orientales de la ciudad de Bogotá D.C., siendo éstos parte del sistema orográfico y de la Estructura Ecológica Principal Distrital. En la Localidad de Usme se cuenta con parte de esta reserva que limita al sur con el Boquerón de Chipaque (Cundinamarca), y por su ubicación, facilita la conexión regional con el Parque Natural Sumapaz. En el área de la reserva nacen diversas fuentes hídricas superficiales y existe un gradiente altitudinal (entre 2575 m.s.n.m. y 3575 m.s.n.m.) que favorece la diversidad de ambientes y ecosistemas. Las reservas forestales distritales son espacios geográficos con valor estratégico en la regulación hídrica, la prevención de riesgos naturales y la conectividad de los ecosistemas o la conservación paisajística.

1.1.7. Potencialidades ambientales de la localidad

Gracias a su ubicación estratégica, la localidad de Usme se enmarca en variados escenarios de riqueza natural y paisajística, que la dotan de grandes potencialidades ambientales y que son factor de protección para el Distrito.

En primer lugar, se encuentran las áreas de páramo en zona rural, que hacen parte del páramo de Sumapaz, considerado el más grande del mundo, y que por sus características biofísicas, geográficas y climatológicas, es reserva natural de agua no solamente para Bogotá, sino también para los departamentos del Meta y Huila.

En segundo lugar tenemos al río Tunjuelo y todas sus vertientes que, por su ubicación y características, es eje del desarrollo de las localidades ubicadas en su cuenca. En el caso de Usme, la cuenca del río ofrece actualmente aguas de riego para todo el sector agrícola, áreas aptas para la urbanización, riquezas paisajísticas y naturales, abastecimiento de agua al sur de la ciudad (y recepción de sus aguas servidas), materiales para construcción de óptima calidad además de conformar parte de la Estructura Ecológica del Distrito, como vertiente del río Bogotá.

En tercer lugar, por el costado oriental de la localidad, se ubican los cerros orientales y el Parque Ecológico Distrital Entre Nubes, los cuales hacen parte de la Estructura Ecológica del Distrito que son considerados zonas de reserva forestal, es decir, son proveedores de oxígeno y además albergan el nacimiento de varias de las quebradas que cruzan la localidad y que hacen parte de la cuenca del río Tunjuelo. Finalmente es necesario mencionar la zona rural, que es la segunda más grande del Distrito, y que ofrece una alta oferta de productos para el abastecimiento de la ciudad, además de ser patrimonio histórico, prehistórico y cultural.

Como se puede observar, Usme es una localidad con una condición privilegiada por su ubicación, y, por lo tanto, responsable de conservar y preservar estos escenarios, que son factores protectores directamente tanto de las comunidades que la habitan, como del resto del Distrito.

Cerros orientales

Parque Ecológico Distrital Entre Nubes, Cuchilla del Gavilán y Cerro de Juan Rey.

Localizado en el extremo suroriental de Bogotá, forma parte del grupo de cerros y montes que le dan una característica propia al paisaje de la ciudad. Está conformado por los cerros de Guacamayas, Juan Rey y Cuchilla del Gavilán, de las localidades de Rafael Uribe, San Cristóbal y Usme con una extensión de 626 hectáreas y un perímetro de 30 Kms.

En su territorio se encuentran 17 quebradas asociadas al parque por lo que se reconoce como área productora de agua. Su paisaje corresponde a flora perteneciente al Bosque Alto Andino.

A pesar de que en la localidad de Usme, el parque no cuenta con una administración directa de la Secretaría Distrital de Ambiente, y varios de los predios declarados como área del parque aún son de propiedad privada, el parque ofrece a la localidad innumerables beneficios relacionados con sus características naturales, albergando reservas hídricas, reserva forestal y gran riqueza paisajística; además, ofrece espacios de recreación para la comunidad de los barrios aledaños.

UPR 3 río Tunjuelo – zona rural de Usme

La zona rural de Usme, de acuerdo al Decreto 190 de 2004 Plan de Ordenamiento Territorial (POT), pertenece a la unidad de planeación rural UPR 3, Río Tunjuelo, de la cual hacen parte también las localidades Sumapaz y Ciudad Bolívar.

Limita al sur con la Localidad 20 Sumapaz, al sur oriente con los municipios de Uñe y Chipaque (Cundinamarca), al occidente con la Localidad 19 Ciudad Bolívar y al norte con la UPZ 61 Ciudad de Usme y los Cerros Orientales. Hacen parte de la ruralidad 15 veredas: Aguilinda-Chiguaza, Chisacá, Corinto Cerro Redondo, Curubital, El Destino, El Hato, El Uval, La Requilina, La Unión, Las Margaritas, Los Andes, Los Arrayanes, Los Soches y Olarte.

Con respecto a las fuentes hídricas, la zona rural de la localidad está ubicada en la cuenca alta del río Tunjuelo, que a su vez cuenta con varias sub cuencas: ríos Lechoso, Mugroso, Chisacá y Curubital, Esmeralda, Calavera, La Mistela, Puente Piedra, y las quebradas Chiguaza, Olarte, Guanga, Guate, La Regadera, Piedra Gorda, Cacique, Los Salitres, La Leona y Hoya Onda. Igualmente se observan

los Embalses La Regadera, Chisacá y Lagunas de Bocagrande y explotación de aguas subterráneas en las veredas Soches y Uval.

Dentro de las actividades agropecuarias desarrolladas en la zona se encuentra la cría de ganado vacuno para producción de leche y multipropósito, y el cultivo de papa y arveja. Según datos de la Unidad Local de Atención Técnico Agropecuaria (Alcaldía Local), la producción anual de papa se acerca al 84% de las áreas cultivadas de la localidad, un 16% del área corresponde a cultivos de arveja, y un 1% corresponde a otros cultivos.

Agroparque Los Soches

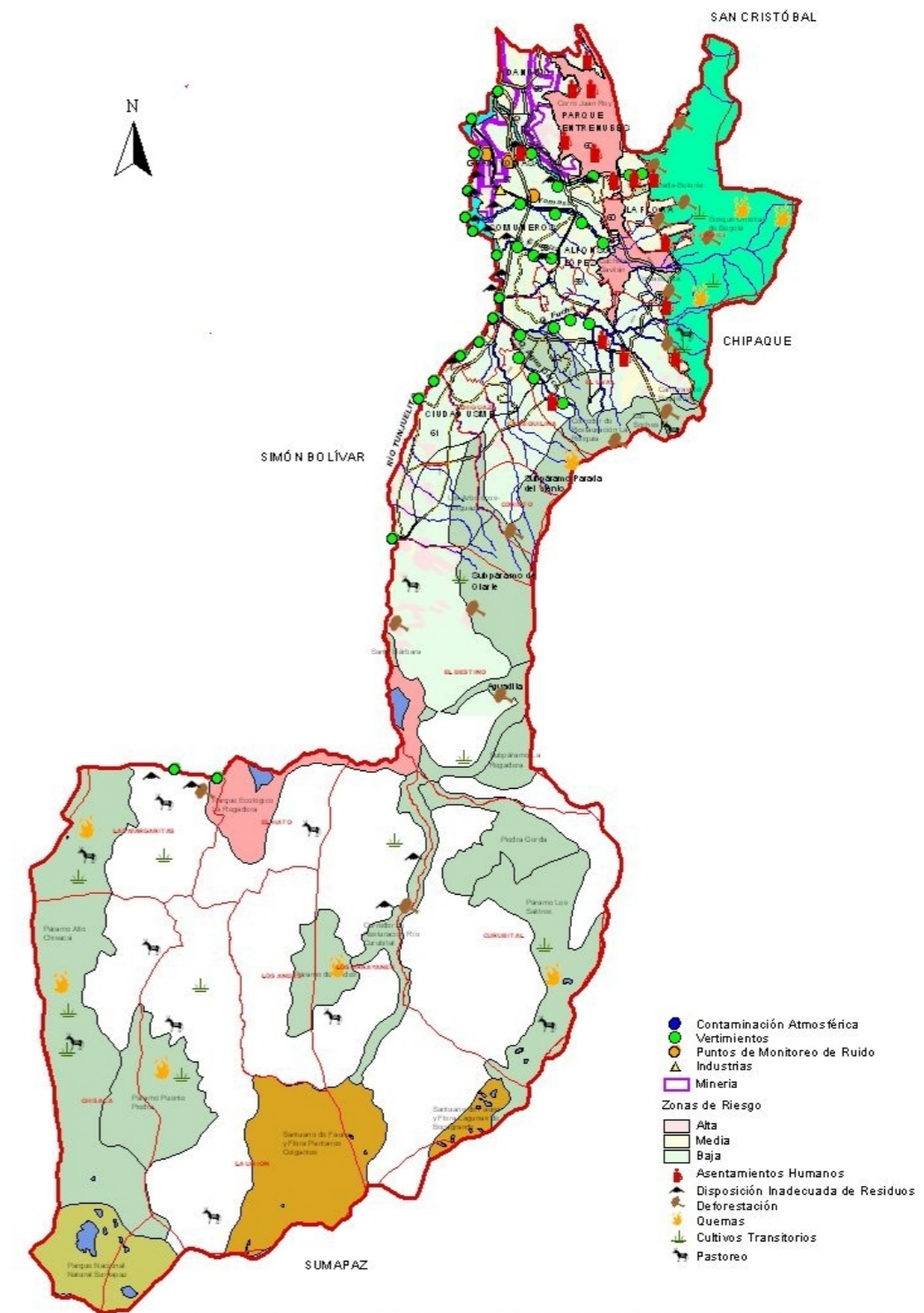
Ubicado en el páramo de Cruz Verde, Limita al Norte con la Quebrada Yomasa, al Oriente con la vía antigua al Llano, al Sur con la reserva Los Soches, por el Sur Occidente con la vía a Villavicencio, y por el Occidente con el Cerro Cuchilla del Gavilán. Cuenta con una extensión de 328.29 hectáreas se encuentra entre los 2800 y los 3200 msnm.

Este atractivo de la zona rural es producto del trabajo de la comunidad y de su interés por conservar su identidad campesina y sus recursos naturales. En el Agroparque se desarrollan actividades de agroturismo, educación ambiental con instituciones educativas de la localidad, intercambio de experiencias, caminata por sendero ecológico y de ciclo montaña.

1.1.8. Deterioro ambiental

Respecto al deterioro ambiental de acuerdo a lo observado en el mapa 4, encontramos que los factores que afectan el medio ambiente son la disposición inadecuada de residuos a lo largo de toda la localidad, en la parte sur y nororiental las quemas, en la parte sur, que corresponde a la zona rural de la localidad el pastoreo, la deforestación y los cultivos transitorios. Finalmente en la parte norte, que corresponde a la zona más urbanizada, encontramos vertimientos y asentamientos urbanos; todo ello es coherente con la lectura que hace la comunidad de las problemáticas.

Mapa 4. Deterioro Ambiental, Bogotá D.C, 2003



Fuente: Departamento técnico administrativo del medio ambiente- DAMA, 2003

1.1.9 Conflictos ambientales por el uso del suelo y su impacto en la salud

La zona rural tiene un área total de 18200.8 Ha (hectáreas), consideradas en su totalidad como áreas protegidas de suelo rural, de las cuales contiene suelos dentro del sistema de áreas protegidas, constituidas por terrenos de expansión que tienen restringida la posibilidad de urbanizarse, suelos de alta capacidad, que por su capacidad agropecuaria y su tradición productora.

Son áreas donde se debe fomentar la productividad y a la vez, la rentabilidad de los procesos y suelos de alta fragilidad, en los cuales por su baja aptitud agrológica y su alta fragilidad ambiental, el aprovechamiento productivo está condicionado a una intensa incorporación de prácticas de conservación de suelos, agua y biodiversidad.¹¹

Según datos obtenidos de la Agenda Ambiental Local, el total de área denominada como de Alta Capacidad para la localidad Usme corresponde al 4.2% del área total, el área de uso alta fragilidad es de 42.3%, mientras que en el sistema de áreas protegidas se encuentran 48.7%, y para el área de expansión está destinado un 4.6%.

De acuerdo al informe final del año 2006 para el proyecto de AGROREDES en la Localidad de Usme, el 22% del área total de la zona rural es utilizada para actividades agrícolas y 26% para actividades ganaderas. Estos porcentajes, incluyen zonas de alta capacidad y de alta fragilidad.

Se muestra de esta manera que en la zona rural una de las problemáticas más preocupantes se da por usos del suelo, y tiene que ver con las zonas calificadas como de alta fragilidad, en las cuales se desarrollan actividades de producción, la mayoría de los casos sin aplicar estrategias y planes de conservación de suelos, agua y biodiversidad. Por el contrario se identifican prácticas como manejo inadecuado de residuos sólidos generados en las actividades agrícolas y su disposición en zonas de ronda y quebradas, y uso excesivo de agroquímicos, alterando la composición del suelo y contaminando fuentes hídricas.

Estas falencias en las actividades agrícolas pueden deberse entre otras causas a la falta de asesoría técnica apropiada y la falta de capacitación; así mismo, la inestabilidad en los precios de los productos generados en la zona, que promueve el uso indiscriminado de químicos para retrasar o adelantar las cosechas. Además, la presencia de agricultores en calidad de arrendatarios venidos de otros lugares (municipios cercanos como Une o Chipaque), carecen de sentido de pertenencia y hacen que las prácticas agropecuarias se desarrollen de forma irracional, sin lineamientos ambientales y de conservación.

La segunda problemática, relacionada también con usos del suelo, según el estudio mencionado, se refiere a que se encuentran en conflicto alrededor de 2053 Ha, en las cuales se ha dedicado suelos de protección y reserva a actividades agropecuarias, destacando zonas como los límites con el municipio de Chipaque en las veredas Uval, Requilina y Corinto Cerro Redondo, y las áreas pertenecientes a los Cerros Orientales; zonas en las cuales se evidencian prácticas de quema y desmonte de vegetación nativa, por las condiciones de la cobertura vegetal, predominantemente pastizales, y la demarcación de potreros. Especies nativas de la zona se observan de manera aislada en las rondas de quebradas y en las cercas que dividen los predios.

Como problemática relacionada con las condiciones de la flora de la región, es necesario mencionar la existencia de plantaciones de especies foráneas como el pino y el eucalipto y la infestación de retamo espinoso, especie originaria del centro de Europa, introducida al territorio por la EAAB en los predios del embalse La Regadera, y que gracias a su fácil diseminación actualmente invade muchos predios y rondas de quebrada. El retamo espinoso. Por su condición de especie foránea, representa una amenaza al ecosistema debido a que impide el desarrollo de especies nativas por su rápida proliferación, su alta capacidad de regeneración y sus hojas transformadas en

11 Aporte transversalidad Ambiente Hospital de Usme I Nivel ESE. Octubre 2009

espinas, que conforman grandes masas de espinos secos, ahogando toda otra clase de vegetación y favoreciendo la ocurrencia y expansión de fuegos que eliminan a sus competidoras.

Con respecto a la lectura de necesidades que hace la comunidad en el territorio, se reconocen como problemáticas, el uso indiscriminado de agroquímicos y el manejo inadecuado de sus desechos, la invasión de nacimientos, rondas de quebrada y zonas de páramo para el desarrollo de actividades agropecuarias, la carencia de agua potable, invasión de grandes extensiones de suelo por especies foráneas introducidas y carencia de sistemas de manejo de aguas residuales¹².

Aunque según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) en el año 2003, el suelo rural de la localidad de Usme está constituido por terrenos no aptos para el uso urbano por razones de oportunidad o por su destinación a usos agrícolas, ganaderos, forestales, áreas de protección, de explotación de recursos naturales o actividades semejantes; el decreto 469 de 2003, en la revisión del POT en materia urbanística, establece destinar aproximadamente 860 Ha de las veredas Uval, Olarte y Los Soches como suelo de expansión urbana, con el objetivo de implementar un desarrollo ordenado que compita contra la urbanización informal y el desarrollo desordenado y extraordinario que ha tenido el suroriente de Bogotá; generando al mismo tiempo áreas de servicios, de instalaciones productivas especializadas, de vivienda y recreación¹³.

Los grandes proyectos de vivienda que podrán atender parte de la demanda de vivienda del Distrito según la Secretaria de Planeación Distrital son los siguientes¹⁴:

- Ciudadela Nuevo Usme – Metrovivienda: 6000 viviendas y 24.000 habitantes
- Ciudad Nuevo Milenio – Colsubsidio: 7495 viviendas y 30.000 habitantes
- Operación Nuevo Usme (Objeto del Plan de Ordenamiento Zonal): 57.000 viviendas y 250.000 habitantes.

El proceso de expansión urbana es para los habitantes de la zona rural de la localidad un factor de deterioro de su calidad de vida, en tanto que el imaginario de la comunidad es que, además de la compra de predios a precios por debajo del valor comercial, el arribo de población foránea al territorio generará problemáticas de inseguridad y pérdida de la identidad agrícola.

Relleno Sanitario Doña Juana

En la ciudad de Bogotá, el único método utilizado para la disposición final de los residuos sólidos es el relleno sanitario, el cual es un espacio destinado para la disposición y la degradación de los residuos, proceso en el que se generan varios tipos de emisiones contaminantes, como lo son las emisiones gaseosas (CH₄, CO₂, H₂S, entre otros) y las emisiones líquidas, (lixiviados generados por la descomposición de la materia orgánica).

Debido a la generación de dichos contaminantes, este tipo de espacios deben estar ubicados en zonas alejadas del espacio habitacional de las ciudades; sin embargo, en Bogotá, el crecimiento desmesurado y sin planeación de la ciudad, ha generado asentamientos humanos cerca al perímetro destinado para la ubicación del relleno sanitario, ocasionando varios problemas a nivel de salud ambiente en la Comunidad aledaña al relleno.

12 Estas problemáticas han sido tomadas por entrevistas orales a los diferentes miembros de las comunidades en las veredas de la localidad, a partir del mes de Marzo a Septiembre de 2009, por parte del Ámbito Comunitario del Hospital de Usme ESE I Nivel.

13 Agenda Ambiental local. Secretaría Distrital de Ambiente 2008

14 Documento técnico de soporte: operación estratégica Nuevo Usme – eje de integración llanos. 2006.

La problemática ambiental que genera el relleno sanitario se evidencia en la descarga de lixiviados en el río Tunjuelo, aún en suelo de Usme. Igualmente se puede presumir que la generación de gases por la descomposición de los desechos, afecta a la población de una manera directa, específicamente entre los periodos comprendidos entre las 6 y 11 horas de la mañana, en las cuales de acuerdo al flujo de los vientos que se deriva del producto vectorial entre las velocidades y direcciones del viento (análisis del comportamiento de la rosa de vientos), y revisando antecedentes históricos de éste comportamiento entre los años 2004 y 2008, se observa una tendencia o predominancia de la dirección de los vientos del Sur-Occidente hacia el Nor-occidente, atravesando parte de los terrenos donde se ubica el relleno sanitario, para posteriormente pasar por la localidad de Usme, afectando la parte occidental de la misma, debido a que se puede generar un arrastre de gases contaminantes, principalmente hacia la UPZ Comuneros, y en forma secundaria las UPZ de Gran Yomasa y Danubio.

En investigación desarrollada por la Universidad del Valle en la Localidad de Ciudad Bolívar, se logró determinar que las personas que habitan cerca al Relleno Sanitario Doña Juana, en relación con una población control presentaron síntomas como somnolencia, infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda y cefalea; así mismo la comunidad infantil de la población estudio presentó menor peso que la población control pese a sus similitudes socio-económicas.

Parque Minero Industrial

En la cuenca media del río Tunjuelo, entre las localidades de Usme, Rafael Uribe, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, se encuentra ubicado el Parque Minero Industrial del Tunjuelo. Las actividades del parque minero, corresponden a la extracción, por parte de compañías multinacionales como CEMEX, HOLCIM y la Fundación San Antonio, de materiales –grava y arena- utilizados en la construcción de gran parte de las obras de infraestructura de la ciudad.

Este gran potencial minero del sur de Bogotá, se ha convertido en un factor de deterioro de la calidad de vida de la comunidad de Usme, específicamente en las UPZ Danubio y Gran Yomasa, debido a la conformación de focos de olores ofensivos y de vectores (Zancudos o mosquitos) por el apozamiento de millones de metros cúbicos de aguas residuales en las canteras de la cuenca media del río Tunjuelo, secundarios a la intensa explotación minera. Esta situación se hizo evidente a partir del año 2002, cuando se desbordó el río Tunjuelo e inundó estas excavaciones con aguas contaminadas por procesos productivos de la ruralidad, por vertimientos de aguas residuales domésticas y por los lixiviados que alcanza a entregar el relleno sanitario al río.

Actividad extractiva ilegal

Debido a la ubicación estratégica de la localidad de Usme en una región provista de calidad de suelo apta para la extracción de materiales óptimos para la construcción, el desarrollo de la actividad minera se ha llevado a cabo tanto de manera formal, como informal en el territorio, siendo ésta última muy frecuente en los sectores que colindan con los cerros orientales y el parque Entre Nubes.

La extracción de materiales a manera informal, carece generalmente de la aplicación de medidas de prevención, mitigación y contingencia de los impactos que se generan a nivel ambiental. Por lo tanto, es muy frecuente ver alteraciones paisajísticas, modificación de la topografía, cambios de la dinámica hidrológica e hidrogeológica, descendimiento o agotamiento de los torrentes y cañadas que se desvían o se secan, y creación de reservas de agua superficiales que pueden volverse puntos de recarga subterránea, incorporando al flujo subterráneo aguas contaminadas. Estas alteraciones ocasionan vulnerabilidad a las comunidades que se asientan en estos terrenos, ya que la exponen a riesgos de remoción en masa, situación común en algunas zonas de la localidad.

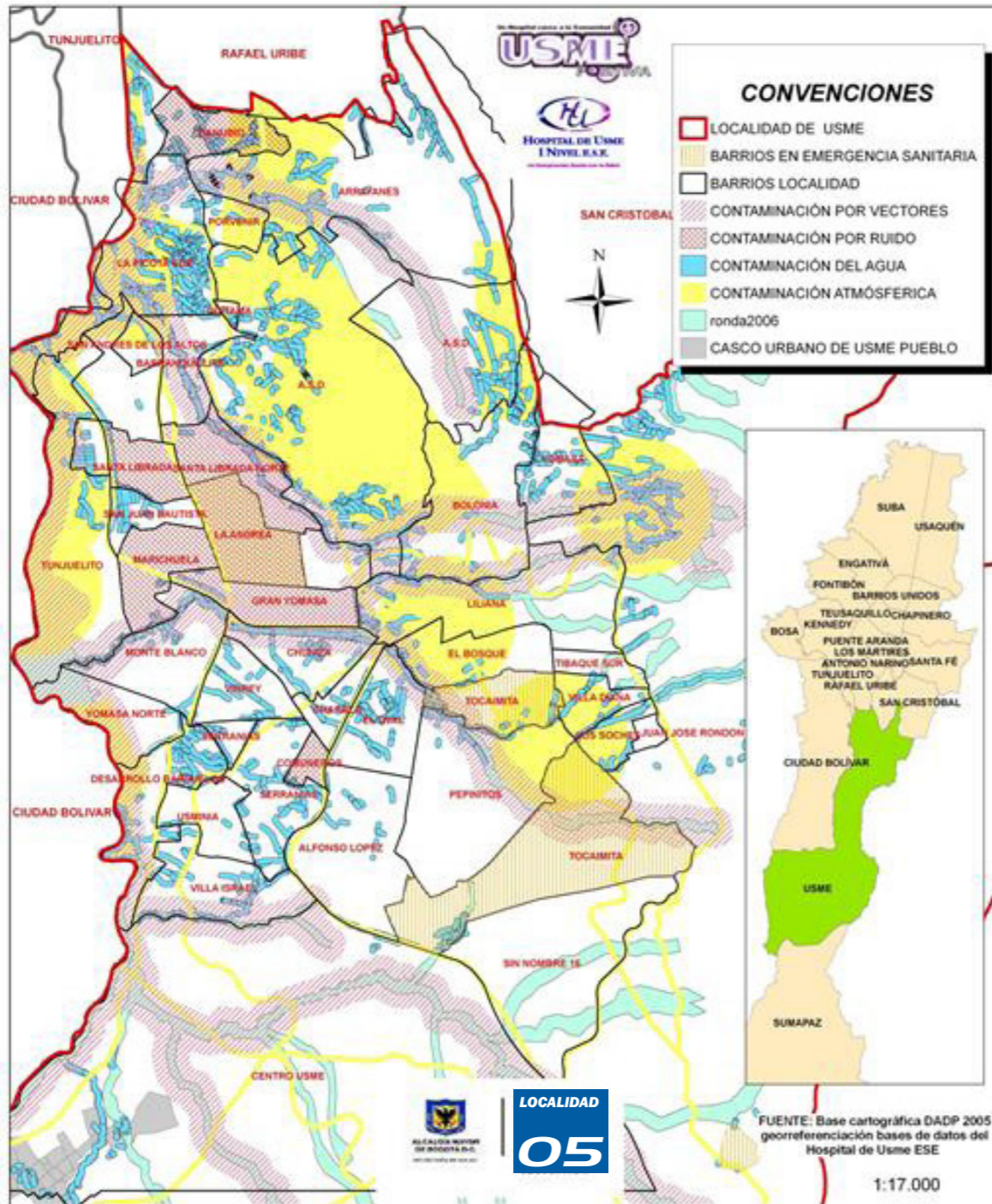
Igualmente, la actividad extractiva y sus actividades relacionadas, se convierten en fuente de contaminación atmosférica. De hecho, en Usme la principal causa de contaminación del aire se debe a la presencia de partículas en suspensión generadas en las industrias extractivas a cielo abierto y a la falta de control de chimeneas de fábricas de ladrillos y centrales de mezcla.

Algunas partículas que se observan en el aire son las partículas provenientes de excavaciones y extracción de material y las partículas de hollín generadas en los hornos de las ladrilleras. Se ha determinado que esta contaminación se debe a factores como la obsolescencia tecnológica de las industrias (es el caso del 70% de las ladrilleras de la localidad de Usme), que en su mayoría son pequeñas industrias y funcionan de acuerdo a la demanda del producto.

Urbanización no planificada

Los procesos de urbanización no planificada que se han desarrollado en la localidad de Usme durante los últimos decenios, han generado en la zona urbana, problemáticas como invasión de rondas de quebradas, carencia de servicios públicos, entre ellos alcantarillado, lo que ocasiona contaminación de fuentes hídricas con vertimientos de origen doméstico e industrial, proliferación de vectores, generación de olores ofensivos; carencia de agua potable, dificultades de acceso, construcción de viviendas sin aplicación de normas técnicas, entre otros. Teniendo en cuenta toda la información de tipo ambiental recopilada hasta el momento a continuación se presenta el mapa del perfil ambiental de la localidad de Usme: (ver mapa 5).

Mapa 5. Perfil ambiental localidad Usme, BogotáD.C, 2009



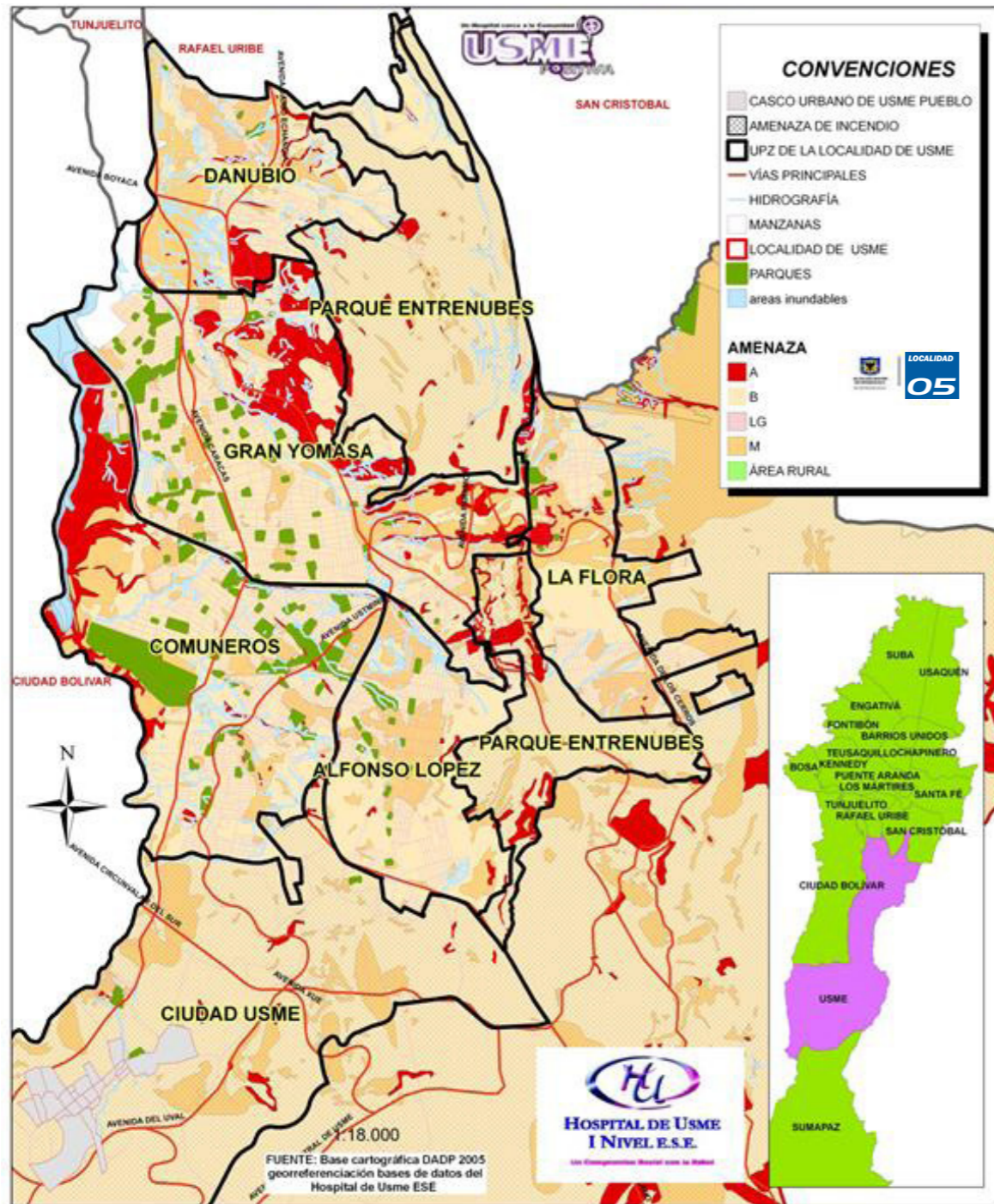
Fuente: Hospital de Usme I Nivel ESE, Transversalidad ambiente, 2009.

1.1.10. Riesgos ambientales

La erosión de suelos se concentra en la unidad de colinas bajas y montañas urbanizadas, como consecuencia de la alta inestabilidad del material parental. Al alterar la cobertura natural vegetal protectora para establecer zonas urbanas, canteras, receberas y gravilleras, el material parental queda al descubierto y por acción del viento, las corrientes de agua y las lluvias, se generan fuertes procesos erosivos que determinan zonas de medio y alto riesgo. En las zonas de medio riesgo se presentan constantes deslizamientos de tierra, carcavamientos y hundimientos. Las zonas de alto riesgo están asociadas a fallas tectónicas, cuyos efectos se ven intensificados por la alteración de la vegetación.

En la UPZ 56 Danubio en los Barrios Alaska, Santa Marta, El Porvenir, Duitama y Barranquillita II, se presentan desprendimientos de roca y hundimiento de suelos, asociados a los procesos erosivos del suelo en las canteras, receberas y gravilleras. La erosión de los suelos en la zona rural, es generada por la alteración de la cobertura vegetal protectora y por los largos periodos de uso a los que esta es sometida, la consecuencia de ello es la pérdida de fertilidad de los suelos todo esto se observa en el mapa 6.

Mapa 6. Riesgos y Amenazas Naturales De La Localidad De Usme, Bogotá D.C, 2006



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

Remoción en Masa

Corresponde a movimientos del terreno, suelo o roca que se desplazan sobre pendientes debido a factores naturales o acciones humanas. Entre las zonas de alto riesgo no mitigable de la localidad se encuentran 16 manzanas en la UPZ Danubio con un área de 15225 m² y 10 manzanas en la UPZ Gran Yomasa con un área de 741.88 m². Así mismo se encuentran dentro de las zonas de amenaza por remoción en masa las áreas presentadas en la tabla 1.

Tabla 1. Áreas de amenaza por remoción en masa

UPZ	Amenaza Alta Manzanas	Amenaza Me- dia Manzanas	Amenaza Baja Manzanas
La Flora (52)	23	140	186
Danubio (56)	26	116	241
Gran Yomasa (57)	104	138	809
Los comuneros (58)	12	129	691
Alfonso López (59)	6	177	287
Parque Entre Nubes (60)	16	16	43
Ciudad Usme (61)	1	12	60
Tota	188	728	2.317

Fuente: DPAE. 2007

Inundaciones

Las inundaciones son caudales o niveles de agua por encima de lo normal, los cuales cubren superficies de terreno que de otra forma permanecerían secos y son causadas por aguaceros prolongados, desbordamiento de ríos, construcción de edificaciones en ronda de ríos y quebradas por debajo de la cota del río, deforestación, ausencia de adecuados sistemas de alcantarillado, taponamiento de drenajes, ausencia de obras de mitigación como diques, represas y canales o construcción en humedales. Con base en la definición de áreas de amenaza en la localidad se encuentran las siguientes zonas de amenaza por inundación, como lo muestra la tabla 2.

Tabla 2. Áreas de amenaza por inundación, Bogotá D.C, 2007

UPZ	Amenaza Alta	Amenaza Media	Amenaza Baja	Área Total zona de amenaza (ha)	Área Total UPZ (ha)	%*
Gran Yomasa	0.50	0.43	3.17	4.10	530.24	0.77
Comuneros	9.80	8.82	5.40	24.02	483.22	4.97
Parque Entre Nubes	0.04	0.03	0.07	0.14	535.13	0.03
Total	9.84	8.85	5.47	24.16	1.548.59	1.56

Fuente: DPAE. 2007*Área total de amenaza sobre área total de UPZ

Incendio

Este problema se concentra en la zona rural de intervención antrópica, como consecuencia de quemadas intencionadas debida a prácticas de adecuación de terrenos para uso agrícola y ganadero. Además se presentan quemadas naturales debido a las condiciones extremas del clima generando sequias, habitualmente en los periodos de diciembre a marzo Esto conlleva a la pérdida de grandes áreas de paramo y bosques submontano bajo y alto.

Posterior a los incendios se presentan como consecuencias graves daños en la biodiversidad del ecosistema y alteraciones en el ciclo hidrológico de la cuenca generando un impacto en la economía de la población rural por degradación del suelo.

Riesgo sísmico

De acuerdo con la Microzonificación Sísmica de Bogotá, la localidad de Usme está en su mayor parte ubicada sobre la zona 1 Cerros, más exactamente en la sub-zona 1ª, Cerros Sur Orientales, la cual se caracteriza por la presencia de formaciones rocosas y presentar amplificaciones locales de aceleración sísmica por efectos topográficos.

En cuanto a instrumentación sísmica, la localidad de Usme cuenta con dos estaciones de acelerógrafos ubicadas en campo libre, ambas del tipo digital con sensores triaxiales en superficie, ubicadas en la escuela de Caballería y en la Estación de Bomberos de La Marichuela¹⁵.

Riesgo biológico

Las enfermedades zoonóticas se transmiten de los animales al hombre y viceversa, han alcanzado en los últimos años una mayor importancia, debido a que son causa a nivel mundial de muertes a personas, especialmente las más pobres y susceptibles.

Para la línea de enfermedades compartidas entre el hombre y los animales se ejecutan diferentes acciones en distintos ámbitos de los territorios de la localidad, en algunos casos se hace a través de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control tradicionales y en otros se realizan intervenciones relacionadas con la atención primaria ambiental y el desarrollo de la estrategia de salud a su hogar, buscando desarrollar acciones grupales enmarcadas en el nuevo enfoque de derecho de salud, propuesto por la SDS.

En la localidad se han desarrollado dos estrategias de capacitación una para comunidad en general y para grupos específicos de población tratando de empoderar a la población acerca de los aspectos preventivos y resolutivos de las enfermedades transmitidas entre hombres y animales.

Las acciones orientadas a realizar un manejo integral del control de la rabia, se han dirigido al fortalecimiento de la coordinación entre atención al ambiente (observación animal mordedor), epidemiología y atención a las personas (intervención individual a la persona mordida). Con el fin de unificar criterios y estandarizar los diferentes procesos epidemiológicos correspondientes a esta intervención indicativa. En la tabla 3 se puede observar la población canina para el 2007 en la localidad de Usme.

Tabla 3. Población canina en la localidad Usme, Bogotá D.C, 2007

POBLACIÓN AÑO 2005	IMPACTO ESTERIL-IZACIÓN 2005	IMPACTO RECOLECCIÓN 2005	POBLACIÓN FINAL A 2006
26.665	3.657	2.462	20.545
TASA CRECIMIENTO	IMPACTO ESTERIL-IZACIÓN 2006	IMPACTO RECOLECCIÓN 2006	POBLACIÓN FINAL 2007
23.215	8.227	3.062	11.925

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. 2007

Contaminación del Aire

Para proteger y/o prevenir el impacto hacia la salud de las personas que pudieran inducir las partículas suspendidas, existen normas que establecen cantidades máximas permisibles en las concentraciones que permanecen en el aire. La norma para Colombia establece que las concentraciones de material particulado (PM10) no deben rebasar los 150 µg/m³ de aire para 24 horas de exposición. Adicionalmente se deben tener en cuenta variables de carácter ambiental como la humedad relativa, temperatura y precipitaciones, que inciden en el aumento de casos reportados de infecciones respiratorias agudas (IRA) en los centros de la localidad de Usme.

Los datos sobre emisiones atmosféricas (PM10, PM2.5, dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y monóxido de carbono) para la localidad de Usme se obtienen de la red de monitores de calidad de aire para Bogotá (RMCAB). Este monitoreo se realiza durante las 24 horas del día y durante los 365 días del año. La estación de monitoreo se encuentra ubicada en la localidad de Tunjuelito, en el sector del Tunal la cual tiene un rango de acción de 3 Km lo que incide para la localidad quinta de Usme en una medida no tan exacta respecto a las emisiones. Sin embargo, con los datos obtenidos, se puede llevar a cabo una aproximación del impacto de la contaminación atmosférica en la salud de los habitantes.

El Hospital de Usme está desarrollando actividades en la línea de transporte y energía dentro de las cuales se encuentra inmerso el componente de calidad de aire. Con los avances de este componente lo que se busca es identificar y analizar la correlación de las enfermedades respiratorias agudas (ERA) con la concentración y tipo de emisión al interior de la localidad para así determinar población vulnerable y posteriormente tomar acciones dirigidas a la afectación del perfil de morbilidad asociado a los problemas ambientales en la localidad con acciones de promoción y prevención. Por lo anterior es muy importante la ubicación de otra estación de monitoreo ya que actualmente los datos obtenidos rigen para las localidades de: Usme, Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, lo cual dificulta realizar análisis local de estos fenómenos.

Se puede deducir que posiblemente las fuentes y puntos de emisiones que más impactan en la salud al interior de la localidad son los ejes viales de la Av. Caracas, Av. Boyacá, Av. Usme, Av. al Llano, en donde las principales emisiones son producidas por el flujo de los vehículos.

La localidad también percibe emisiones procedentes del parque minero, relleno de Doña Juana siendo estos sumamente lesivos para la salud ya que la mayoría de estas son gases producto de la descomposición de los residuos sólidos y la evaporación de los lixiviados.

Actualmente se cuenta con 23 industrias extractivas establecidas en la localidad que contribuyen al deterioro de la calidad del aire del área de influencia. Son emisiones de PM10 a PM 250 Um, en cuanto a la de gases, se presentan 80 industrias potencialmente contaminantes las cuales se encuentran distribuidas al interior de la localidad. En el control de emisiones la competencia

recae en la Secretaria Distrital de Medio ambiente ya que esta cuenta con equipamientos más especializados para realizar el control.

1.1.11. Relación salud – ambiente

A partir del ejercicio de Sala Situacional de Ambiente realizado durante el año 2008, se priorizaron para las localidades de la macroregión Tunjuelo las siguientes problemáticas: contaminación hídrica, inocuidad alimentaria, manejo inadecuado de residuos sólidos y tenencia inadecuada de animales. Para el caso de la localidad de Usme, las problemáticas coinciden con la situación de deterioro ambiental que se observa en la localidad, por lo tanto los análisis salud – enfermedad se presentan a continuación, ajustados a la localidad de Usme.

Análisis relación agua-enfermedad

Las enfermedades transmitidas por el agua se extienden por la contaminación de los sistemas de agua potable con la orina y heces de animales y personas infectadas. Como se ha mencionado, en la Localidad de Usme, existen fuentes de contaminación antrópicas, tanto en la zona urbana como rural de la localidad. La primera representada en las actividades domiciliarias, manejo de residuos sólidos, actividades productivas y mineras y en la ruralidad, tanto actividades domiciliarias como agropecuarias.

El abordaje desde salud se realiza haciendo seguimiento a los casos de Hepatitis A y enfermedad diarreica aguda¹⁶.

Hepatitis A

En la localidad de Usme la etapa de ciclo vital más afectada fue la de infancia con 94 casos durante el 2006, lo cual concuerda con lo reportado por (Arniella, Pérez; Ángela. 2005) quien afirma que la Hepatitis Viral A, de amplia distribución mundial, se presenta con frecuencia como brotes epidémicos producto de aguas o alimentos contaminados, lo que ocurre comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta. El ciclo vital menos afectado fue el de persona mayor y se debe a que un alto porcentaje de personas han tenido contacto con el virus, desarrollando inmunidad con presencia de anticuerpos positivos tipo IgG contra el virus A. Es poco probable que la población de la tercera edad desarrolle una hepatitis viral aguda tipo A, cuya severidad se incrementa con la edad, con un riesgo importante de desarrollar insuficiencia hepática severa y/o falla hepática fulminante (Idrovo Cubides, Víctor, 2004)¹⁷.

Llama la atención la distribución de número de casos de Hepatitis A. sobre la base de datos de SIVIGILA en el año 2006, analizada en el ejercicio de Sala Situacional de Ambiente, en el cual Usme aparece como la segunda localidad de la macroregión Tunjuelo con el mayor número de casos. Se puede presumir que esto obedece a que gran parte de la localidad es abastecida por acueductos comunitarios, pozos y aljibes, teniendo un mayor riesgo de presentación de Hepatitis A, que aquellas localidades de la macroregión que presentan cobertura de acueducto y alcantarillado de Bogotá.

Enfermedad Diarreica Aguda

Al igual que para la hepatitis A, se presenta una clara tendencia de presentación de casos en el ciclo vital infancia con 865 casos en el año 2007, seguido por las etapas de juventud y adultez con 240 y 145 casos respectivamente. Se presume que en la incidencia de EDA, participan múltiples factores de riesgo adicionales al consumo de agua contaminada como es inocuidad alimentaria e inadecuadas prácticas higiénicas y de manejo de residuos sólidos.

¹⁶ Informe Final Sala Situacional Ambiente Y Salud, Macroregión Tunjuelo, Bogotá, Julio - Noviembre 2008

¹⁷ Ibid.

De acuerdo a la base de datos SIVIGILA- SAA. Año 2007, para este año no se presentaron muertes en la Localidad, causadas por EDA.

Inocuidad Alimentaria

La calidad e inocuidad de los alimentos está afectada en algunos casos por la deficiente calidad de las materias primas, la presencia de microorganismos patógenos y sustancias contaminantes de riesgo para la salud humana, el cumplimiento parcial de las Buenas Prácticas Agrícolas (BPA) y de Manufactura (BPM) en los diferentes eslabones de la cadena agroalimentaria, el deterioro del medio ambiente o por inadecuadas técnicas de manipulación, conservación y preparación. Los problemas en la inocuidad de los alimentos son los que ocasionan en la población las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA).

De acuerdo con la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá (2007), existe una estrecha relación entre el acceso de agua potable para consumo y la disponibilidad de alimentos sanos ya que es con el agua que se lavan los alimentos, se preparan y se suplenn necesidades de higiene personal y doméstica. En consecuencia, el abastecimiento adecuado de agua salubre reduce riesgo de enfermedades relacionadas por consumo de agua y alimentos contaminados. Para el caso de la localidad de Usme, este riesgo se encuentra latente, teniendo en cuenta que la población de la zona rural y algunas de las zonas periféricas carecen de agua apta para consumo.

En la Localidad de Usme se realiza toda la cadena de los procesos productivos que incluyen la producción primaria, secundaria y terciaria permitiendo entonces llevar los alimentos desde su siembra hasta ser servidos en la mesa.

Enfermedades relacionadas indirectamente con la inocuidad alimentaria como la Enfermedad Diarreica Aguda EDA, se atendió en el Hospital de Usme durante el año 2007, 1288 casos; mientras que las directamente relacionadas es decir las intoxicaciones alimentarias (ETA) fue de 189 casos en la Localidad para el año 2007¹⁸, estos resultados dan un panorama de las prácticas inadecuadas de manejo de los alimentos desde la producción hasta la conservación y preparación para su consumo.

Manejo inadecuado de residuos sólidos

Igualmente la contaminación atmosférica por gases y material particulado proveniente del relleno sanitario Doña Juana, hace que la contaminación atmosférica esté presente en toda la macro región, evidenciada por los olores que se propagan.

Pero no solamente la presencia del Relleno Sanitario es el problema relacionado con los residuos sólidos en la localidad. En segundo lugar se encuentra la contaminación de la mayoría de las quebradas y del mismo río Tunjuelo, por la disposición de residuos sólidos y de escombros tanto en los cuerpos de agua como en las rondas, creando habitat perfectos para el desarrollo tanto de microorganismos como de vectores: moscas, ratas que transmiten enfermedades infecciosas e incluso perros que se encargan de trasladar la basura por todas partes.

Con respecto a casos de dermatitis, la enfermedad se presenta en todas las etapas de ciclo vital, con mayor prevalencia en infantes, seguido por jóvenes y adultos. Estas afecciones de la piel se podrían deber entre otras razones al contacto con residuos sólidos directamente o indirectamente a través de vectores como zancudos y moscas que proliferan en ambientes con presencia de basuras expuestas al aire libre: Caños, ríos, calles, alcantarillas, entre otros.

¹⁸ Datos tomados de los RIPS 2007.

Tenencia inadecuada de animales

Los procesos de desarrollo y urbanización generan cambios en la relación entre hombres y animales, las motivaciones que llevan a convivir con animales de compañía son entre otras afectivas, recreativas y de seguridad, pero existen otro tipo de animales llamados sinantrópicos como roedores y murciélagos, que se integran a los entornos donde el hombre se desarrolla; en ambas situaciones pueden surgir cierto tipo de accidentes específicos como las mordeduras, producto de la convivencia no adecuada y la falta de implementación de medidas de bioseguridad.

Por otra parte, el fenómeno de “explosión demográfica” que se produce en los humanos, también se observa en los caninos. El censo de Bogotá 2005 registra incrementos anuales del 5% en promedio, pasando de 599.621 en 1999 a 775.631 en 2005, cifras que incluyen las poblaciones con dueño y callejera, encontrando una proporción de un (1) macho por cada dos (2) hembras caninas y un total de 144.928 gatos¹⁹.

Para el caso de la localidad de Usme, según el Censo de población Canina realizado por la Secretaría Distrital de Salud para el año 2007 habitaban 6200 perros aproximadamente.

Los eventos relacionados con tenencia inadecuada de animales, se evidencian en situaciones tales como inadecuada disposición de excretas en sitios públicos, tenencia de razas peligrosas sin las restricciones necesarias, maltrato físico a animales de tracción, cría de especies pecuarias productivas en propiedad horizontal y zona urbana son algunas de las problemáticas más frecuentes identificadas en la localidad. La cifra aproximada de producción de excrementos intradomiciliarios es de 20 toneladas diarias en la ciudad, y solo es recogido el 37% de ellos. En las vías públicas no hay recolección, hecho que constituye uno de los principales problemas ambientales y de salud. Estos problemas pueden estar relacionados con presencia de parasitismo intestinal canino y humano y con las agresiones a las personas, principalmente mordeduras.

Todo esto sumado a la tendencia de los pobladores rurales hacia adquirir perros con temperamento agresivo, en aras de garantizar vigilancia de sus predios, aumenta el riesgo de presentación de eventos en salud pública.

Se identifica que el año donde más se presentaron exposiciones rábicas fue el 2007 con 324 casos, probablemente esto se debe a la mayor notificación del evento y a aumento de la población canina en la Localidad.

La etapa de ciclo vital juventud es donde mayor número de exposiciones rábicas se presentan debido a la mayor exposición ante los animales por la actividad de su edad. Al contrario de la etapa de ciclo vital persona mayor es la que menor cantidad de exposiciones rábicas presenta, donde se presume que la causa son las condiciones propias en las actividades de la vida diaria e instrumentales (compras, transporte, entre otros). La escabiosis es otro evento atribuible a la tenencia inadecuada de animales, específicamente se puede presentar por mala tenencia de mascotas, por falta de aseo y hacinamiento en la vivienda. La etapa de ciclo vital más afectada es la infancia con 24 casos.

1.2. Características Político Administrativas

La localidad de Usme tiene una estructura administrativa conformada por cinco entes principales que administran y gestionan el desarrollo local: el alcalde local, la Junta Administradora local, el coordinador administrativo y financiero, el coordinador de gestión jurídica y la Oficina de Información Ciudadana. El recurso humano de la administración de la localidad, entre ellos los funcionarios de las oficinas de asuntos jurídicos, obras, planeación, presupuesto y almacén, es

aportado por la Secretaría de Gobierno del Distrito, como apoyo a los temas administrativos de la localidad. Usme, por su parte, contrata con cargo a recursos de inversión derivados del proyecto: Gestión Pública Admirable a personal que desempeña las labores técnicas específicas para la elaboración de los estudios requeridos por la localidad.

La Junta Administradora Local JA es una corporación pública conformada por los ediles elegidos popularmente por un periodo de tres años, que deben promover el desarrollo de sus territorios y el mejoramiento socioeconómico y cultural de sus habitantes, así como su participación efectiva en la gestión de asuntos locales en conjunción con la Contraloría de Bogotá. Actualmente Usme cuenta con nueve ediles elegidos, que de acuerdo al partido político al que representan se distribuyen así: dos representantes de cambio radical, tres representantes de movimiento equipo Colombia, un representante del movimiento nacional y tres representantes del partido liberal colombiano.

Respecto a la administración local, en el 2.008, bajo la administración de Samuel Moreno Rojas – Alcalde Mayor, se elige a John Freddy Vargas, como el nuevo Alcalde Local. La localidad de Usme se rige actualmente por el Plan de Desarrollo Local Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas 2.009 – 2.012 “Usme Positiva, Participativa y Solidaria”, el cual es aprobado por la Junta Administradora Local, bajo el acuerdo local 002 del 31 de Agosto de 2.008. Este plan se concibe en cinco objetivos estructurantes: ciudad de derechos, derecho a la ciudad, ciudad global, participación y gestión pública efectiva y transparente.

En este sentido es importante resaltar que a partir del decreto 101 del 2010, se desarrollará la inversión a partir de la construcción de las agendas sociales adelantadas en las mesas territoriales de la localidad, teniendo en cuenta los territorios sociales de GSI donde, a partir de las discusiones y trabajos adelantados por la comunidad, se lograron establecer y priorizar los temas de inversión social para cada UPZ.

El Plan Usme Sin Indiferencia ejecutado entre los años 2005-2008, se financió con recursos propios por valor de cincuenta y siete millones quinientos veintidós mil seiscientos treinta y dos pesos (\$57.522.632) y con recursos de participación de ingresos corrientes del distrito por valor de cuarenta y cinco mil cuarenta millones ciento sesenta y ocho mil cuarenta y cuatro pesos (\$45.040.168.044), para un total de cuarenta y cinco mil noventa y siete millones seiscientos noventa mil seiscientos setenta y seis pesos (\$45.097.690.676). En la tabla 4 se puede apreciar el presupuesto plurianual del plan de desarrollo local Usme Sin Indiferencia.

Tabla 4. Presupuesto plurianual Plan de Desarrollo Local Usme Sin Indiferencia, Bogotá D.C, 2008

EJES-OBJETIVOS	%	2005	2006	2007	2008	TOTAL
EJE SOCIAL	48,20%	5.434.271.726	5.434.271.726	5.434.271.726	5.434.271.726	21.737.086.904
EJE URBANO REGIONAL	24,30%	2.739.684.708,57	2.739.684.708,57	2.739.684.708,57	2.739.684.708,57	10.958.738.834,28
EJE DE RECONCILIACION	3,20%	360.781.525,41	360.781.525,41	360.781.525,41	360.781.525,41	1.443.126.101,64
OBJETIVO GESTION PUBLICA HUMANA	24,30%	2.739.684.708,57	2.739.684.708,57	2.739.684.708,57	2.739.684.708,57	10.958.738.834,28
TOTAL	100%	11.274.422.668,55	11.274.422.668,55	11.274.422.668,55	11.274.422.668,55	45.097.690.674,20

Fuente: Plan de Desarrollo Usme Sin Indiferencia 2005 – 2008

1.2.1. Dinámica comunitaria

La participación de la comunidad en Usme se expresa a través de diversas instancias que ocasionalmente están apoyadas por la administración local y distrital. Tales instancias actúan con cierta frecuencia como organismos asesores y consultivos para el diseño de las políticas, planes

19 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Que la rabia no entre a su hogar, 2006.

de desarrollo, proyectos e iniciativas de beneficio general. Uno de los principales mecanismos de participación en la localidad, han sido los encuentros ciudadanos, los cuales han servido para informar a la población acerca del contenido de los planes de desarrollo distrital y local. También facilitan la comunicación entre las organizaciones comunales y las autoridades locales y ayudan a la comunidad a conocer e identificar con mayor certeza los problemas y necesidades²⁰. Los consejos comunales y las juntas de acción comunal son otros de los mecanismos que en Usme fomentan la organización y la participación de la ciudadanía en las áreas de interés general. La localidad tenía en 2.003 el 10.7% de las juntas de acción comunal y el 2.7% de los consejos comunales de la ciudad²¹.

Respecto a algunas instancias de participación se destacan las que aparecen en la tabla 5, que se muestran organizadas respecto al sector al que pertenecen, las cuales tienen desarrollos disímiles y en su gran mayoría se encuentran acompañadas por las instituciones que representan los sectores en lo local. De otra parte se deben diferenciar espacios e instancias estrictamente ciudadanas como los Consejos de Planeación, espacios mixtos como los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS) y espacios donde no hay representación directa de la ciudadanía como el Consejo Local de Seguridad, donde la representación es indirecta a través de las JAL²².

Tabla 5. Instancias de Participación en la Localidad de Usme, Bogotá D.C, 2007

Sector	Espacio- Instancia	Sector	Espacio- Instancia	Sector	Espacio- Instancia
Gobierno	Consejo local de planeación	Gobierno	Comité local de emergencias	Salud	Comité de participación comunitaria (COPACO)
	Consejo local de discapacidad		Consejo Local de Seguridad		Asociación de Usuarios en salud
	Consejo local de Juventud		Cabildo Ambika Pijao		Comité de ética hospitalaria
	Consejo local Gobierno		Mesa local para la atención de personas en situación de desplazamiento	Control social	Comité local de defensa, protección y promoción de los derechos humanos
	Consejo local de propiedad Horizontal		Juntas de Acción comunal		

20 Diagnóstico de las localidades de Bogotá, Localidad de Usme, Veeduría Distrital, 2.005.

21 Ibid.

22 Política pública de participación: por una ciudadanía activa, Instituto de participación y acción comunal, 2007

Integración social	Comité local de política Social (CLOPS)	Cultura, recreación y deporte	Consejo Local de Cultura	Ambiente	Comisión ambiental local
	Consejos tutelares de los derechos de los niños y las niñas		Consejo local de deportes y recreación	Educación	Consejo consultivo local de política educativa
	Comité de seguimiento a los casos de Violencia intrafamiliar y sexual		Comité local de control social de parques	Hábitat	Núcleos de participación ciudadana

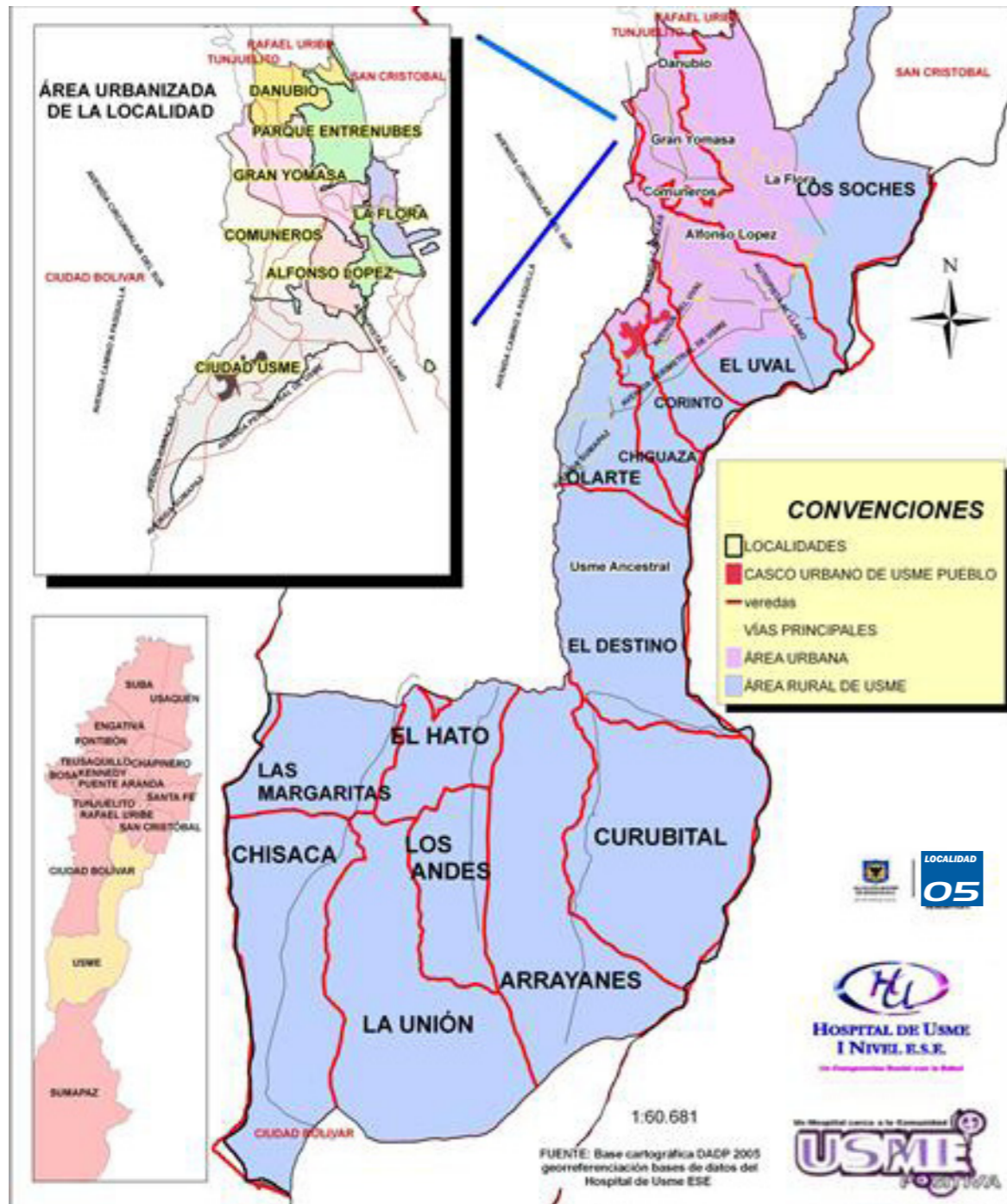
Fuente: Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal, 2007.

De la misma manera, desde el IDPAC se reporta que para la localidad de Usme existen 173 Juntas de Acción Comunales. En cuanto a los salones comunales, la localidad de Usme cuenta con 94, que se encuentran distribuidos en todas las UPZ.

1.2.2. Dinámica territorial

La localidad de Usme se encuentra ubicada en el costado suroriental de la ciudad y forma parte de la cuenca media y alta del río Tunjuelito en alturas que van desde 2.600 hasta 3.800 msnm. Usme limita al norte con las localidades de Tunjuelito, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal; al nororiente con la localidad de San Cristóbal; al Oriente con los municipios de Ubaque, Chipaque, Une y Fosca; al occidente con la localidad de Ciudad Bolívar; y al sur con la localidad de Sumapaz²³. En el mapa 7 se puede observar la ubicación y límites de la localidad de Usme.

Mapa 7. Mapa General de la Localidad de Usme, Bogotá D.C, 2010



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

Usme tiene una extensión total de 21.507 hectáreas (215 Km²), de las cuales el 10% es suelo urbano, el 6% suelo de expansión y 84% es suelo rural siendo la segunda localidad en Bogotá, después de Sumapaz con más suelo rural y de extensión. Usme cuenta con 7 UPZ y 15 veredas.

De acuerdo al Plan de Ordenamiento Territorial, Usme está dividida en siete Unidades de Planeamiento Zonal - UPZ, que son: La Flora (52), Danubio (56), Comunerros (58), Alfonso López (59), Gran Yomasa (57), Ciudad Usme (61) y el Parque Entre Nubes (60), con un total de 220 barrios legalizados. Según el uso del suelo dichas UPZ se clasifican como lo muestra la tabla 6.

Tabla 6. Clasificación de las UPZ de la localidad 5 Usme, Bogotá D.C, 2005

Nº	Nombre	Característica Urbana	Área/ Ha. (1)	Población (2)	Estrato (2)	Nº de Barrios (3)
52	La Flora	Residencial de Urbanización Incompleta	201.57	19254	1	18
56	Danubio	Residencial de Urbanización Incompleta	268.10	31379	1 y 2	25
57	Gran Yomasa	Residencial de Urbanización Incompleta	530.24	130692	1 y 2	79
58	Comunerros	Residencial de Urbanización Incompleta	483.22	80345	1 y 2	55
59	Alfonso López	Residencial de Urbanización Incompleta	233.54	45114	1	25
60	Parque Entre Nubes	Predominantemente rotacional	540.43	1533	1	10
61	Ciudad de Usme	Desarrollo	992.33	26911	1	8
	Área Rural Usme		18.307			

Fuente: (1) Plan Maestro de espacio público, Mayo 2005, (2) Secretaría de Planeación Distrital, basado en proyecciones censo DANE 2005 (3) Recorriendo Usme – Diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá D.C., 2.004

La UPZ menos extensa de la localidad, con 201,57 ha en total, es La Flora, ubicada al centro oriente de Usme que cuenta con 7,59 de suelo protegido dentro de las 50,66 ha del suelo de expansión y con 2,89 ha de zonas sin desarrollar en suelo urbano. Su área limita al norte con la localidad de San Cristóbal en la calle 73 sur; al oriente, con el perímetro urbano; al sur, con los desarrollos urbanos Los Arrayanes y Parque Entre Nubes; y al occidente, con el Parque Entre Nubes y la carrera 11C Este.

La UPZ Danubio, con un total de 268,10 ha y localizada al norte de la localidad, cuenta con 62,37 ha de zonas sin desarrollar en suelo urbano y no tiene suelo de expansión. Limita al norte con la localidad Rafael Uribe, al oriente, con el Parque Entre Nubes, al sur, con los desarrollos urbanos Alaska y Duitama y con la carrera 26B este y al occidente, con la Avenida Caracas.

Gran Yomasa es la UPZ residencial más extensa de Usme que, aunque no cuenta con suelo de expansión, tiene 469,61 ha de suelo urbanizado dentro de las 530,24 ha de su área total y 56,4 ha de zonas sin desarrollar en suelo urbano. Su superficie limita al norte con el río Tunjuelito, la Avenida Caracas y la carrera 26 B Este, que es a su vez el límite oriental del desarrollo Duitama y el límite sur del desarrollo Alaska, al oriente, con el Parque Entre Nubes y la carrera 11 C Este, al sur con las quebradas El Muerto y Yomasa y con la autopista al Llano y al occidente, con la autopista al Llano y con el río Tunjuelito.

La UPZ Comunerros tiene una extensión total de 483,22 ha, ubicadas en la zona centro occidental de la localidad que limitan: al norte con el río Tunjuelito, al oriente, con la autopista al Llano y el predio de la EAAB, al sur, con la quebrada El Piojo, el desarrollo El Tuno y con los predios de la

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - EAAB y al occidente, con el río Tunjuelito.

La UPZ Alfonso López, situada en la parte sur del suelo urbano de la localidad, tiene 233,54 ha de superficie total dentro de las cuales sólo dos corresponden a suelo de protección, 66,82 a suelo de expansión y 1,79 a zonas sin desarrollar. Limita al norte con las quebradas Yomasa y El Muerto, al oriente con el Parque Entre Nubes, al sur con la autopista al Llano y con los desarrollos Brisa del Llano, El Uval y La Huerta y al occidente con la autopista al Llano.

La UPZ Parque Entre Nubes hace parte del sistema de áreas protegidas del Distrito Capital debido a su gran riqueza forestal y boscosa, y a su gran extensión de 540,43 hectáreas. El parque es el componente más importante de la estructura ambiental de Usme.

La UPZ Ciudad Usme se ubica al extremo sur del suelo urbano de Usme, tiene la mayor extensión con 992,33 hectáreas, equivalentes al 30,87% del total del área de esta localidad. La mayor parte de esta UPZ está conformada por inmensos sectores de predios sin desarrollar, sólo 19,33 hectáreas han sido urbanizadas. Tiene 128 hectáreas de suelo protegido, 693,28 hectáreas en suelo de expansión y 87,76 hectáreas de zonas sin desarrollar en suelo urbano. Ciudad Usme limita al norte con el predio de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - EAAB, futuro tanque Piedra Herrada, la quebrada El Piojo, la autopista al Llano y el perímetro del suelo de expansión urbana, al oriente con el perímetro del suelo de expansión urbana, al sur con el camino de La Horqueta y al occidente con el río Tunjuelito²⁴.

Usos del suelo.

Usme posee una extensión territorial de 21.507 hectáreas, de las cuales 3.029 se clasifican en suelo urbano. Estas son áreas que pueden ser urbanizadas o construidas porque disponen de infraestructura vial y de redes primarias de energía, acueducto y alcantarillado²⁵. La parte urbana posee 242 hectáreas por desarrollar y 1.822 de suelo urbanizado; éste aloja 2.866 manzanas²⁶, el suelo de expansión ocupa 1.185 hectáreas y el suelo rural 18.306.

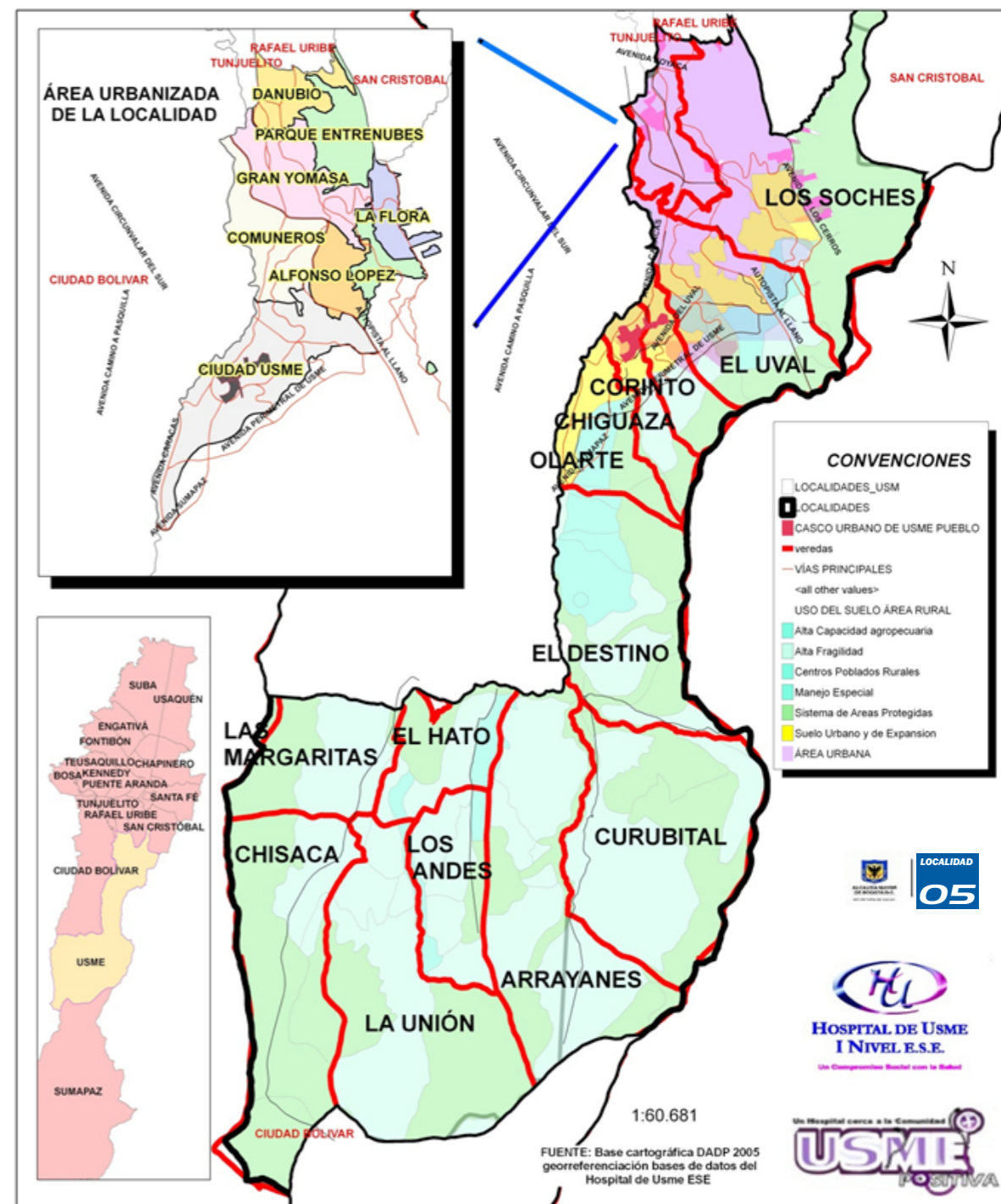
El suelo rural corresponde a terrenos no aptos para el uso urbano por razones de oportunidad o por su destinación a usos agrícolas, ganaderos, forestales, de explotación de recursos naturales o actividades semejantes. El 84% del área total de la localidad de Usme es suelo rural. Este se halla dividido en 15 veredas, que son: Arrayanes, Margaritas, Chisacá, Andes, Unión, Hato, Curubital, Destino, Olarte, Agualinda, Chiguaza, Corinto, Requilina, Uval y Soches²⁷. (Ver Mapa 8)

El suelo de protección está constituido por terrenos localizados dentro del suelo urbano, rural o de expansión, cuya posibilidad de urbanización está restringida. La extensión de las áreas protegidas en Usme es de 9.938 hectáreas que equivalen al 46% de la superficie total de la localidad²⁸. Tales áreas son las siguientes: Parque Ecológico Distrital Entre Nubes, Cuchilla de Gavilán y Cerros de Juan Rey, reserva forestal protectora Bosque Oriental de Bogotá, reserva forestal distrital Los Soches, corredores de restauración La Requilina, Yomasa Alta, Piedra Gorda y Aguadita, La Regadera, quebradas Santa Librada, Yomasa, Bolonia, áreas de restauración El Boquerón, Los Arbolocos, Chiguaza y subpáramo Olarte, páramo Los Salitres, río Tunjuelito y Lagunas de Bocagrande y los parques ronda del río Tunjuelito y Yomasa.

En cuanto al número de barrios, la localidad de Usme cuenta con 220 barrios legalizados, que se distribuyen en sus siete UPZ.

24 Recorriendo Usme- Diagnóstico Físico y Socioeconómico de las localidades de Bogotá, 2.004.
25 Recorriendo Usme, Diagnóstico Físico y Socioeconómico de las localidades de Bogotá, 2.004.
26 DAPD, Plan de Ordenamiento Territorial, 2.002.
27 Recorriendo Usme, Diagnóstico Físico y Socioeconómico de las localidades de Bogotá, 2.004.
28 *Ibíd.*

Mapa 8. Veredas Localidad de Usme, Bogotá D.C, 2005



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005.

1.3. Estructura y Dinámica Territorial

1.3.1. Características socio demográficas

Estructura Poblacional

Respecto al censo DANE 2.005, la población total de la localidad era de 294.723 habitantes, en los tres últimos años hubo un crecimiento estimado de 40.627 habitantes, con respecto al peso porcentual de Bogotá, la localidad de Usme representa un 4.68% del total, siendo una localidad intermedia en cuanto a población.

El quinquenio que aporta con más habitantes a la localidad de Usme es el de 10 a 14 años con el 11.2% y 37.708 habitantes, seguido del grupo de 5 a 9 años con el 10.8%. Teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital encontramos la siguiente distribución:

Etapas de ciclo vital infancia: 70.672 habitantes, que corresponden al 21.07% del total de la población de la localidad, de los cuales 36.476 son hombres, es decir, el 51.61% y 34.196 son mujeres y corresponden al 48.38%.

Etapas de ciclo vital juventud²⁹ : 102.782, que corresponden al 30.64% del total de la población de la localidad, de los cuales 52.406 son hombres, es decir, el 50.98% y 50.376 son mujeres y corresponden al 49.01%.

Etapas de ciclo vital adultez³⁰ : 142.766, que corresponden al 42.57% del total de la población de la localidad, de los cuales 67.785 son hombres, es decir, el 47.47% y 74.981 son mujeres y corresponden al 52.52%.

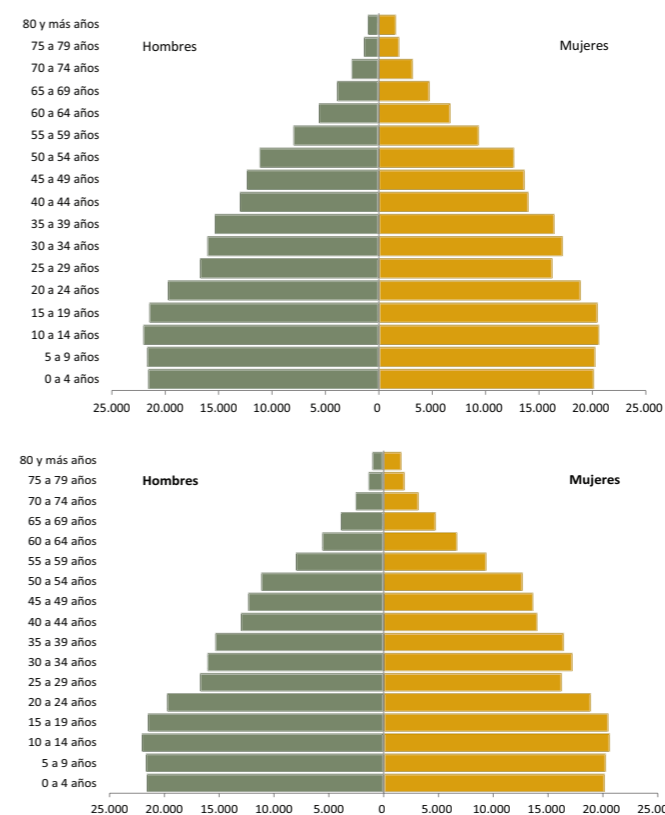
Etapas de ciclo vital persona mayor: 19.130, que corresponden al 5.70% del total de la población de la localidad, de los cuales 8.368 son hombres, es decir, el 43.74% y 10.762 son mujeres y corresponden al 56.25%. Los crecimientos intercensales son de 158.453 habitantes para el periodo 73 – 85 y de 36.045 para el periodo 85 - 93. Este comportamiento la sitúa como la décima localidad en tasa de crecimiento hasta 1993 y en términos de proyecciones, la equipara a otras 4 localidades con un alto potencial de crecimiento. Sin embargo, Usme es de las Localidades que más soporta el peso de la migración de desplazados en la ciudad capital, así como de los asentamientos urbanísticos de carácter ilegal; en este sentido, las cifras de población se ven desbordadas de cualquier proyección realizada por el DANE o la Secretaría de Planeación Distrital. Tan es así que en la consultoría realizada por el CIDER de los ANDES, para la preparación de la propuesta del proyecto “Operación Nuevo Usme”, referencian un total de población, realizado por barrido lote a lote, de 450.000 habitantes.

Como se observa en las gráficas 1 y 2, según las proyecciones del DANE, la localidad de Usme para el año 2010, tendrá una población de aproximadamente 363.707 habitantes y para el 2015 su población será de 432.724 habitantes, pero estos cálculos obedecen a modelaciones matemáticas que no toman en cuenta proyectos de expansión urbanística tan importantes como la Operación nuevo Usme.

²⁹ Las cifras que se muestran para este ciclo vital están calculadas hasta los 24 años debido a que el DANE entrega el dato de edades simples hasta esta edad, a partir de los 25 años lo hace por grupos quinquenales de los cuales no es posible establecer en número exacto cuántas personas pertenecen al grupo de los de 25 y 26 años.

³⁰ La población para esta etapa del ciclo vital incluye personas de 25 y 26 años debido a que a partir de los 25 años el DANE no muestra cifras por edades simples sino por grupos quinquenales, situación que dificulta el cálculo exacto de población perteneciente a la adultez.

Grafico 1. Pirámide poblacional Usme 2010 y Grafico 2. Pirámide 2015



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2005 – 2015

En cuanto a la procedencia de la población el 36,2% de la población de Usme nació en otro municipio y los datos de residencia demuestran que el 3.7 % de la población mayor de 4 años que reside actualmente en Usme procede de otro municipio³¹.

Respecto al cambio de residencia, se estima que el 51,6% de la población de Usme, que cambió de residencia en los últimos cinco años, lo hizo por razones familiares, el 12,8% por dificultad para conseguir trabajo, el 3,5% por amenaza para su vida y el 26.5% por otra razón.

En cuanto a la emigración, del total de hogares de Usme el 0,8% tiene experiencia emigratoria internacional. Del total de personas de estos hogares residentes de forma permanente en el exterior el 27,6% está en USA, el 26,4% en España y el 14,6% en Venezuela.

Densidad de la población

La densidad de población hace referencia a la cantidad de personas que residen por unidad de superficie terrestre, en este caso al número de personas por hectárea. La localidad de Usme tiene un total de 21.507 hectáreas y presenta una densidad para el área urbana de 115.3 habitantes por hectárea y en la zona rural de 0.009 habitantes por hectárea. En la tabla 7 se presentan los datos específicos respecto a la densidad de población para la localidad de Usme.

³¹ Censo DANE, 2.005

Tabla 7. Densidad de población localidad Usme, Bogotá D.C, 2009

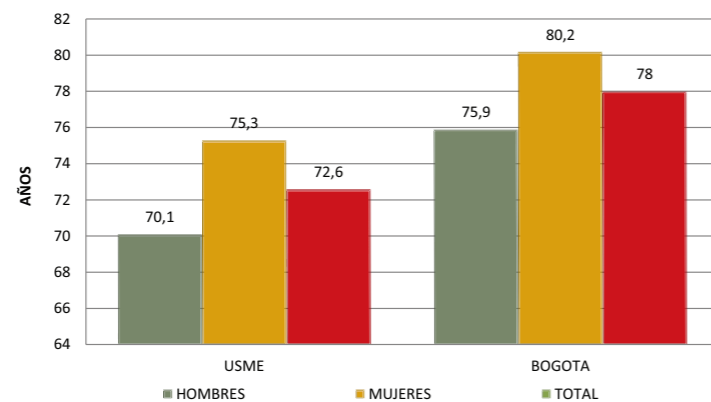
DETALLE		Número de habitantes	Porcentaje
POBLACION	Área Urbana	349.176	99,95
	Área Rural	170	0,05
EXTENSION (Hectáreas)	Área Urbana	3.029	14,08
	Área Rural	18.478	85,92
DENSIDAD (Hab. x Ha)	Área Urbana	115,3	
	Área Rural	0,009	

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006 - 2015. Decretos 176 de 2007 (zonas urbana) y 304 de 2008 (zonas rural). Población Urbana: (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 16, Pág. 25) Población Rural: (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 7, Mayo 2009 - Cuadros 8 a 67)

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer hace referencia al número promedio de años que viviría una persona, siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad existentes en un determinado período. Es así como para la localidad de Usme el promedio es de 72.6 años y para Bogotá es de 78 años; si lo clasificamos por género se obtiene que las mujeres tienen probabilidad de vivir 75.3 años y los hombres 70.1 años, comparado con Bogotá para el mismo periodo la localidad está por debajo del promedio. (Gráfica 3)

Gráfico 3. Esperanza de vida al nacer Usme y Bogotá 2010-2015



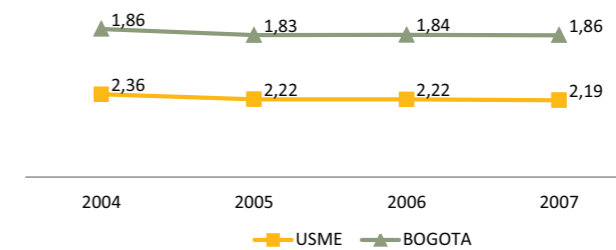
Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2010 - 2015

Lo anterior se debe a la influencia de factores socio-demográficos y económicos que inciden en la calidad de vida de la población de Usme, como se verá en el siguiente capítulo, la localidad es una de las más vulnerables de Bogotá.

Fecundidad

Como se observa en la gráfica 4, para el año 2007 las mujeres en edad fértil de la localidad aportaron 2.19 nacidos vivos, a diferencia del total del distrito que se encuentra en 1.86, indicando que Usme es una de las localidades que mayor número de nacidos vivos contribuye para la capital.

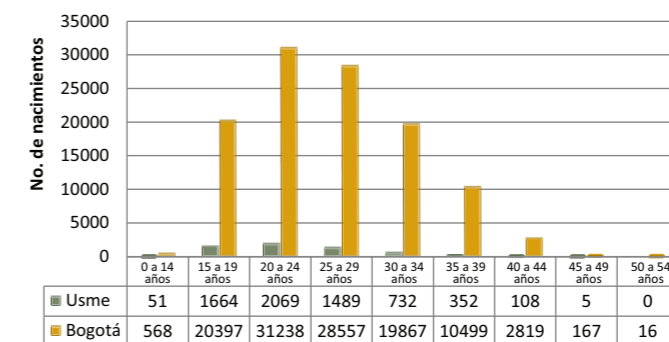
Gráfico 4. Tasa global de fecundidad Usme - Bogotá 2004 - 2007



FUENTE DEFUNCIONES: Base de Datos certificado de defunción y nacimientos DANE por lugar de residencia (Los datos del 2007 son preliminares) FUENTE: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015

Según grupo de edad, son las mujeres entre 20 a 24 años quienes presentan tasas de fecundidad mayores a diferencia de otros grupos de edad, este comportamiento es semejante para el distrito. Los nacimientos con respecto a la edad de la madre son el de 20 a 24 años, que concentra un 31.98% del total de nacimientos, seguido por el de 15 a 19 años que agrupa un 25.72%, y el grupo de 25 a 29 años que concentra un 23.01% del total de nacimientos (Gráfico 5). Estos tres grupos poblacionales representan una población relativamente joven, además es necesario analizar que se presentaron 51 casos de nacimientos en adolescentes entre los 10 y 14 años, lo cual ratifica que una de las problemáticas en salud sexual y reproductiva son los embarazos en adolescentes.

Gráfico 5. Fecundidad según edad de la madre, Comparativo Usme-Bogotá D.C 2009



FUENTE: Bases de datos SDS - Sistema de Estadísticas Vitales- datos 2009 preliminares.

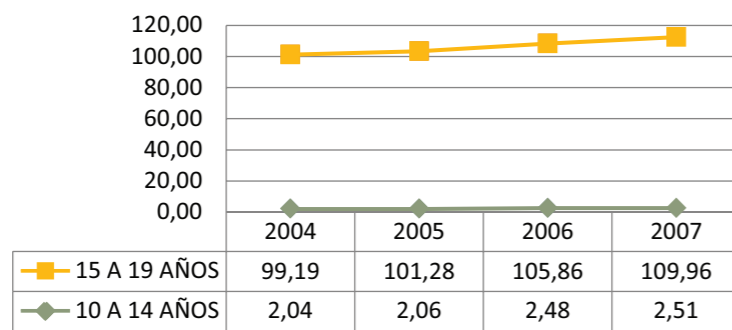
Aunque el cumplimiento en la meta de asesoría en regulación de la fecundidad aumento³², y la presencia de mujeres fue mayor en comparación con hombres jóvenes en el 2008, continúa la incidencia de embarazo en adolescentes especialmente de 15 a 19 años (Gráfica 6), pues son los jóvenes quienes reportan menor accesibilidad a los servicios de anticoncepción en la ESE.

Sumado a ello ésta población desconoce los servicios que brinda el hospital con respecto a Salud Sexual y Reproductiva, lo cual se debe a las condiciones psicosociales en las que viven los y las jóvenes de la localidad quienes desean como proyecto de vida quedar en embarazo para salir

32 Cumplimiento de la ejecución de actividades de acuerdo a las metas de programas de PYP: 70%. Base de Indicadores de Sala Situacional. 2008. Hospital de Usme.

del hogar y construir familias de acuerdo a sus deseos sociales de familia³³. Respecto al número de nacimientos en madres adolescentes, la localidad de Usme aporta un 7.63% del total de este tipo de nacimientos en Bogotá.

Gráfico 6. Tasa específica de Fecundidad localidad de Usme por grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años, 2004 - 2007. Tasa x 1000 mujeres



FUENTE DEFUNCIONES: Base de Datos certificado de defunción y nacimientos DANE por lugar de residencia.
FUENTE: Proyecciones de población para Bogotá D.C, localidades DANE y SDP 2000-2015.

Dinámica poblacional

Cada sociedad va estableciendo distintas formas originales de organización en el territorio, en un ejercicio de creatividad espacial que aparece en la distribución de las gentes, de las infraestructuras, de los lugares de producción y de los flujos de todo tipo. Así, el espacio es un producto social, es una obra humana y representa un modo de existencia de las sociedades y como resultado de la elaboración humana es producido y organizado en un movimiento constante de transformación, de manera similar a la evolución de la sociedad que ocupa el mismo. Además el espacio es memoria y por tanto, es necesario explicar cómo ha surgido, estructurado y reestructurado un espacio determinado, así como es importante definir cómo se han establecido las lógicas de inclusión y exclusión, tanto social como territorial³⁴.

El paisaje dominante en la historia colonial y parte de la republicana en Usme, ha sido el paisaje rural frente al paisaje urbano. En estos paisajes rurales, resalta a la vista la figura de la hacienda, estructura dominante de finales del siglo XIX y principios del XX del sistema productivo agrícola. Por otra parte, la existencia de la proximidad a la capital, revitalizaba el papel de la hacienda como productora de servicios alimenticios a la ciudad. En los testimonios aún salen a flote los recuerdos que permanecen en la memoria de sus habitantes sobre las viejas haciendas de la región y de la cual accedieron a un pequeño lote. La dinámica impuesta en el territorio por la existencia de esta forma de propiedad agraria, marca procesos de una alta oferta demográfica al propiciar asiento a varias oleadas de campesinos que a ellas llegaban en las primeras décadas del siglo XX y sobre éstos, gente y tierra, se mantenía el reducto de poder local, de líderes políticos que tenían su morada en la ciudad.

Es sólo hasta mediados del siglo XX que el sistema de la hacienda empieza a decaer, descomposición atribuida a varias razones: por una parte, debido a la alta demanda de tierras de nuevos inmigrantes que contraponían el sistema minifundista al de la gran hacienda y por otra,

33 Opiniones Madres Lactantes Del Ciclo Juventud Entrevistadas Para Trabajo De Investigación: SIGNIFICADO DE LA MATERNIDAD PARA LAS MUJERES ADOLESCENTES DE LA LOCALIDAD QUINTA DE USME. Universidad Nacional. Andrea Villamizar. 2008.

34 Cámara de Comercio de Bogotá, Pasado, presente y futuro de la localidad de Usme 2005

la agudización del conflicto armado como la incipiente urbanización de la capital que jalónaba su crecimiento desplazando su frontera agrícola. Empezando por ocupar una zona, acoplada a sus condiciones, ante la gran demanda de vivienda para los novatos habitantes de Bogotá, yendo a engrosar y expandir los cinturones de miseria a través de las invasiones periódicas y en la constitución posterior de los asentamientos subnormales que dieron paso a la lucha comunal incansable, de acceder a los servicios básicos para mejorar con el tiempo su calidad de vida.

La construcción de unidades habitacionales, la emergencia de barrios relativamente aislados, están desordenados desde el punto de vista de planificación urbana, pero coherentes como formas de adaptación a las condiciones socioeconómicas de sus pobladores y las condiciones del entorno geográfico.

Así se pueden reconocer dos tipos de poblamiento: uno efectuado a partir de los procesos de oferta de terrenos por parte de las antiguas haciendas que desde la fragmentación de la hacienda, impulsó el poblamiento, siendo determinante el proceso de valorización progresivo de aquellas propiedades en la medida que se extiende la frontera urbana y la poca rentabilidad que presenta los predios rurales y que puede apreciarse en algunos sectores de la carretera vía a Usme. Sectores como Santa Librada o Gran Yomasa y el otro, aquel poblamiento que resulta de la proximidad de las áreas habitacionales a áreas de actividades económicas, que ofrecen trabajo a pobladores del área y que inciden en patrones como realizar o mantener la vivienda cerca del trabajo, cerca de minas, canteras, como se da por ejemplo, en barrios como el Danubio Azul o La Fiscala, que parte de su asentamiento rodean los centros de explotación de materiales arcillosos y las canteras abundantes en estas áreas.

El acelerado crecimiento demográfico en Bogotá y en Usme, ha estado acompañado de otros fenómenos: creciente participación de la mujer en las actividades productivas y en la demanda laboral, imposición de la autoconstrucción, método con el cual buena parte de la ciudad fue construida con el esfuerzo directo de los emigrantes, a pesar de los grandes esfuerzos que el estado emprendió para ofrecer vivienda en mejores condiciones que las urbanizaciones "piratas".

Proyectándose hacia el futuro, la localidad de Usme se convertirá en una de las más pobladas en el distrito, planes de urbanización como la Operación Nuevo Usme, el proyecto urbanístico más ambicioso que se deberá desarrollar en los próximos 20 años, en el extremo suroriental de Bogotá y que servirá para contener el crecimiento de la urbanización ilegal y desordenada en ese borde sur del Distrito.

Este megaproyecto cubrirá 900 hectáreas, donde se podrán construir alrededor de 53.000 viviendas para cerca de 200.000 personas, con un costo total de 1,87 billones de pesos. Esto será como planear una ciudad casi tan grande como Yopal, según lo expresado por la Administración Distrital. El gerente de Metrovivienda, Francesco Ambrossi, informó que los terrenos incluyen un 3 por ciento del área rural de Usme (veredas como Uval y La Requilina), y se extienden desde la avenida Villavicencio hasta la quebrada Chiguaza y el río Tunjuelo. También abarca unos predios en Ciudad Bolívar, que pertenecen a la Universidad Antonio Nariño³⁵.

Para iniciar la ejecución de este plan, se tramita ante el Departamento Administrativo de Planeación Distrital la aprobación de un primer plan parcial, que permitirá el desarrollo urbanístico en 300 hectáreas (del total de 900), ubicadas en terrenos colindantes con la avenida Villavicencio y con la quebrada Chiguaza.

En estas 300 hectáreas, el Gobierno Distrital se comprometió a intervenir las primeras 72 de ellas, para construir 10.500 viviendas de interés social (VIS) y de interés prioritario (VIP) para 35.000 personas. Las construcciones que se planean son multifamiliares y unifamiliares, con costos entre 25 y 35 millones de pesos.

35 Periódico El Tiempo, Sección Bogotá. Julio 22 de 2009

En esta primera fase del proyecto, además de la vivienda, habrá centros comerciales, equipamientos comunales y amplio espacio verde.

Ambrossi estimó que, una vez que se apruebe el plan parcial, se espera que antes de finalizar el presente año ya se estén construyendo las vías, y en el primer semestre del 2010 Metrovivienda pueda comenzar a comercializar el suelo para los desarrollos urbanísticos. Dos de las críticas que ha tenido el plan Operación Nuevo Usme es el costo de la tierra y la reubicación de los campesinos que no quieren abandonar sus lotes. Ambrossi sostuvo que “en esta primera etapa no se reubicará a ningún campesino porque no se intervendrá ninguno de sus terrenos”. En cuanto al precio de la tierra – que tiene valor de suelo rural– comentó que los últimos predios negociados o expropiados se pagaron a 7.500 pesos el metro cuadrado.

La Operación Nuevo Usme es el área de expansión aprobada desde el 2000 en la alcaldía de Enrique Peñalosa y lo trabajaron también las administraciones de Antanas Mockus y Luis Eduardo Garzón. Las primeras obras del plan en el área de Usme, donde se iniciará la construcción de las viviendas de interés social (VIS) del proyecto urbanístico Operación Nuevo Usme, la Administración Distrital, ya inició la construcción de los interceptores de aguas residuales de las quebradas Fucha y Piojo. Estos recogerán los vertimientos que generen las familias que vivan en las urbanizaciones del proyecto. Está en proceso también el diseño para la construcción de la nueva avenida Usminia, que conectará la primera etapa de Nuevo Usme con los barrios vecinos.

La Operación Estratégica Nuevo Usme es tal vez la primera experiencia en todo el país que puede ofrecer una alternativa al modelo de crecimiento informal de la ciudad. Ella permitiría dar un tratamiento adecuado a los elementos ambientales de la zona haciéndolos compatibles con el uso urbano, controlar los precios de suelos y evitar la especulación, generar el suelo necesario para construir cerca de 50 mil viviendas con buenas condiciones urbanísticas -sin necesidad de invertir recursos públicos- y reubicar las familias dedicadas a la actividad agrícola.

Si no se adelanta esta operación, el crecimiento de Usme donde buena parte de los terrenos pegados al perímetro urbano pertenecen a agentes que se dedican a especular con el suelo y ya empiezan a ser ocupados de manera ilegal, seguirá siendo informal. En pocos años encontraremos estos terrenos ocupados por viviendas sin dotación de servicios públicos, sin vías y sin espacio público. No habrá rastro de las quebradas y del espacio verde, habremos contribuido a abultar los bolsillos de los urbanizadores piratas y de los especuladores de suelo y la ciudad tendrá que invertir grandes recursos en la adecuación de esas zonas.

1.3.2. Poblaciones especiales

Población en situación y condición de desplazamiento en la localidad

En la capital se han identificado los principales lugares receptores evidenciando que Usme es la cuarta localidad receptora de población desplazada en el distrito. La población recibida en el distrito con tiempos diferenciados de acuerdo a las oleadas de violencia en sus territorios de origen deviene, no sólo indefensa sino desconocedora de sus derechos y de los procesos que deben cumplir para que se inicie la anhelada reparación en los niveles mental, físico y social.

Los(as) desplazados(as) no sólo cargan con sus hijos y sus escasos enseres a costas, también llevan consigo numerosos traumas mentales y físicos que, en algunos casos, son agravados por el desconocimiento de su condición por parte de los funcionarios, profesionales de las ciencias de la salud, de las ciencias sociales y demás ciudadanos.³⁶

³⁶ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Transversalidad desplazamiento. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Entre otras razones que se identifican como motivo del desplazamiento se nombran el reclutamiento por los grupos armados en las zonas donde habitaban y el asesinato de uno de sus familiares o personas cercanas. En cuanto a las razones para asentarse en la localidad de Usme, un factor decisivo en la escogencia de un lugar para vivir está asociado con una estrategia voluntaria de invisibilización/mimetización de la población en el nuevo contexto que llegan a integrar de acuerdo a la cual no quieren ser distinguidos por razones de seguridad y para evitar la segregación que puede ser social o racial debido a su lugar de procedencia y a sus tradiciones culturales³⁷. Expresan una relación contradictoria con la ciudad en tanto reconocen el lazo de sobrevivencia que tienen con ella pero añoran el retorno a sus lugares y de origen. En todo caso, si bien es cierto que esta noción persiste, no niegan que el distrito es uno de los lugares más adecuados para dar frente al desplazamiento forzado del cual han sido víctimas, no por la respuesta institucional (que usualmente es ineficaz), sino por su magnitud espacial y poblacional, dando a la ciudad la figura ideal para encontrar refugio.

La mayoría de familias son encabezadas por mujeres que han perdido de diferentes maneras violentas a sus esposos, padres, hermanos, hijos y compañeros, estas se han convertido en las víctimas reales y tangibles del conflicto que permanece en nuestras ciudades y campos llegando a calcularse hasta en 60% la proporción de mujeres frente a los hombres llegados a la ciudad³⁸.

Al menos un 68% de la población en condición de desplazamiento son mujeres³⁹ que a fuerza de situaciones de violencia se han convertido en cabezas de hogar y únicas responsables de niños, niñas, jóvenes, adultos y personas mayores integrantes de sus familias. De esta manera se reconoce que las principales víctimas de los crímenes de lesa humanidad y violaciones a los Derechos Humanos son las mujeres y las y los niños. (Ver Mapa 9).

Otras víctimas sensibles del desplazamiento son los grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos, ROM) debido a que gran parte de los enfrentamientos entre los grupos armados actores del conflicto se dan en sus territorios de origen. Sus niveles de asociación y organización son muy bajos debido al miedo a la persecución y los sentimientos de inseguridad generados por el desplazamiento mismo.

“Dentro de esta masa de población desplazada, se hacen más visibles ciertas comunidades tradicionalmente perseguidas, excluidas y marginadas[...] Tanto los indígenas como las comunidades afrocolombianas enfrentan el despojo violento de sus territorios, es decir, el destierro que es el primer paso para su desarticulación y fragmentación social[...] Las formas violentas de acumulación de tierras se confunden con poderosos intereses económicos nacionales y transnacionales de quienes azuzan el conflicto para apoderarse de las tierras, pero también de los recursos del subsuelo y de la biodiversidad”⁴⁰.

Debido a las competencias desarrolladas y a sus niveles de escolaridad desempeñan labores domésticas, asociadas a la construcción o a un ambiente rural contribuyendo a la informalidad, a la realización de trabajos con baja remuneración caracterizados por los acuerdos verbales. Debido a su condición, la mayoría pertenece al régimen subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social.

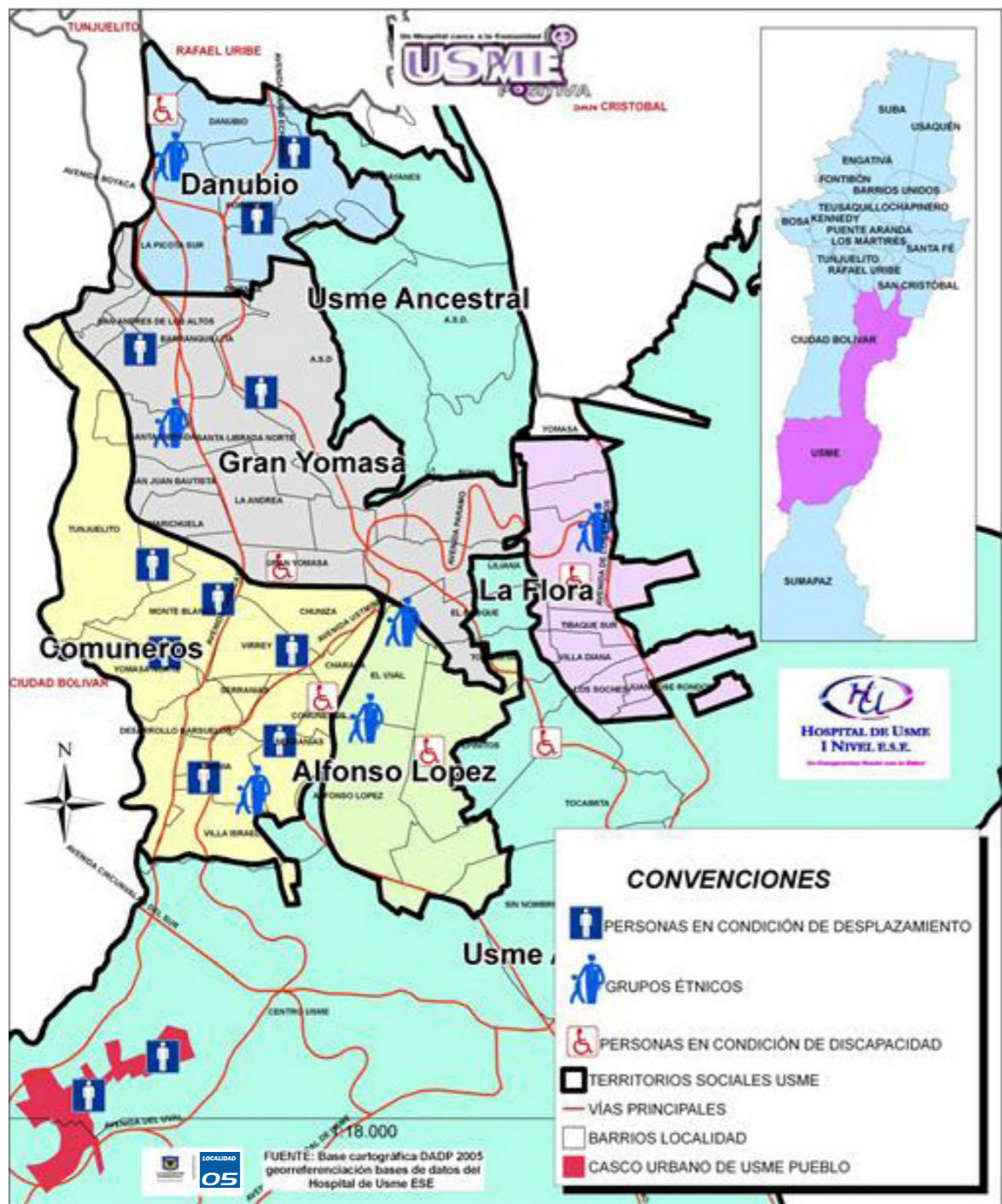
³⁷ *Ibíd.*

³⁸ Meertens, Donny. “Género, desplazamiento, derechos” (en línea). Disponible en: <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf> Consultado: 20 enero de 2010.

³⁹ Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES. 2008. Desplazamiento forzado y enfoques diferenciales. Documentos CODHES. No. 9. Bogotá. Pág. 58.

⁴⁰ Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES. 2008. Desplazamiento forzado y enfoques diferenciales. Documentos CODHES. No. 9. Bogotá. Pág. 5.

Mapa 9. Poblaciones Vulnerables Localidad de Usme, Bogotá D.C, 2009



Fuente: Transversalidades de Etnias, desplazamiento y discapacidad, ESE Hospital de Usme I Nivel 2009.

ETAPAS DEL CICLO VITAL

INFANCIA

“El desplazamiento forzado de más de 2.300.000 niños, niñas y adolescentes durante las últimas dos décadas de guerra en Colombia, constituye una tragedia humanitaria con serias repercusiones socioeconómicas, socioculturales y psicosociales”⁴¹. La población infantil ha sido identificada como una de las más afectadas por la guerra y el desplazamiento forzado por razones como el control militar territorial, la protección de cultivos ilícitos y el reclutamiento de niños, niñas y adolescentes⁴².

Se puede hablar de al menos una ‘generación del desarraigo’ que ha crecido sin un hogar estable o unas condiciones apropiadas para el desarrollo en un marco de respeto y garantía de los derechos fundamentales. A este respecto la sentencia T-025 ilustra sobre la situación de niños, niñas y adolescentes para el 2004 a nivel nacional afirmando que “en cuanto a la situación alimentaria de la población desplazada, se concluye que la ‘brecha en calorías’ de los hogares desplazados es del 57%, es decir, que sólo consumen el 43% de los niveles recomendados por el PMA. Igualmente se encontró que el 23% de los niños y niñas menores de seis años desplazados están por debajo del estándar alimenticio mínimo. A su vez, las insuficiencias alimenticias mencionadas se traducen en un estado de desnutrición que tiene como consecuencias, entre otras, retraso de la talla para el peso y el peso para la edad, déficit en atención escolar, predisposición a las infecciones respiratorias y a la diarrea, disminución de la visión y aumento de la morbilidad infantil[...] En relación con el grado de acceso a la educación de la población escolar desplazada, se observa que el 25% de los niños y niñas entre 6 y 9 años no asiste a un establecimiento escolar, mientras que esta proporción para las personas entre 10 y 25 años es de 54%. Por último, en relación con la salud de las víctimas del desplazamiento forzado, la tasa de mortalidad para la generalidad de la población desplazada es 6 veces superior al promedio nacional”⁴³.

Algunas cifras que apoyan el grave estado de la población desplazada mencionan que “los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 y un estudio realizado para examinar las condiciones nutricionales y de salud de la población desplazada demuestran diferencias marcadas en la situación nutricional de los niños y niñas, según grupos de edad, condición y ubicación geográfica.

Mientras que a nivel nacional el 12% de los niños y niñas menores de 5 años presentan desnutrición crónica (baja estatura para la edad), en población desplazada este valor asciende a 23%. El 7% menores de 5 años, presentan bajo peso para la edad (desnutrición global) pero entre niños y niñas en situación de desplazamiento se duplica este porcentaje (14%). El estudio realizado en población desplazada reporta que el 55% de las mujeres en edad fértil y el 60% gestantes en situación de desplazamiento presentan anemia, siendo mayor en la población desplazada que en la población de estrato 1 receptor”⁴⁴.

Para la localidad de Usme se ha identificado para el 2009 que un 42.2% del total de la población desplazada corresponde a población infantil⁴⁵ frente al 40% identificado en el 2008⁴⁶ a partir de la

41 Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES. 2008. Desplazamiento forzado y enfoques diferenciales. Documentos CODHES. No. 9. Bogotá. Pág. 103.

42 Ibid.

43 Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES. 2008. Desplazamiento forzado y enfoques diferenciales. Documentos CODHES. No. 9. Bogotá. Pág. 109.

44 UNICEF Colombia. Situación de la infancia. Nutrición Disponible en <http://www.unicef.org/co/0-nutricion.htm> Consultado el 16 de abril de 2010

45 Hospital de Usme. 2009. Informe Final Salud al Colegio. Elaborado por Parra, V. [Disponible en magnético]

46 Hospital de Usme. 2008. Caracterización familias en condición de desplazamiento. Programa Salud a su

línea de base proporcionada por la Dirección Local de Educación que registra la solicitud de cupos más no la permanencia de los estudiantes. Se debe mencionar que los sistemas de información en escasas ocasiones tienen en cuenta un enfoque diferencial por edad, etnia o población lo que dificulta la identificación de niños y niñas en el nivel local aumentando el imaginario de indefensión de los niños y niñas e impidiendo el acercamiento y la intervención como sujetos de derechos. Estos enfrentan dificultades en la inclusión en el sistema educativo debido a la baja aplicación de un enfoque diferencial que tenga en cuenta su condición, en muchos casos provocando la iniciación en el desempeño de actividades laborales bajo el cuidado de sus padres o sin él.

Es usual encontrar casos en los que los niños encuentran en los espacios institucionales escenarios en los cuales pueden aprovechar su tiempo libre distanciándolos del núcleo familiar generando procesos de crianza más cercanos a las instituciones que a los núcleos mismos. Se presenta una afectación grave en las relaciones afectivas con presencia de problemas emocionales como estrés postraumático, cuadros de ansiedad, somatización, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, duelos patológicos y problemas de aprendizaje y de adaptación al interior del entorno escolar.

La población identificada correspondiente a 615 infantes distribuidos en 312 niños y 303 niñas se encuentra distribuida en 7 instituciones educativas de la localidad, a saber el Colegio Francisco Antonio Zea ubicado en la UPZ Usme, el Colegio Almirante Padilla ubicado en la UPZ Gran Yomasa, el Colegio Fernando González Ochoa, el Colegio Eduardo Umaña, el Colegio Comuneros Oswaldo Guayasamín, el Colegio Luis Eduardo Mora y el Colegio Tenerife Granada Sur ubicados en la UPZ Comuneros⁴⁷.

El proceso de socialización y de autoreconocimiento se dificulta por la discriminación ejercida por algunos miembros de la comunidad educativa como estudiantes y docentes. Se pudo establecer que un 3% tienden a presentar o han presentado síntomas de estrés pos-traumático asociado a sonidos vivenciados de enfrentamientos o hechos violentos contra la familia o espacios escolares⁴⁸ y tienden a presentar dificultades para adaptarse a nuevo contexto presentando con frecuencia sentimiento de extrañeza y deseo de retorno al contexto rural.

En el restante de la población en ciclo vital infancia, se evidencia facilidad de adaptación en las situaciones en las que se pueden identificar ventajas frente al contexto urbano, sensación de protección frente al conflicto armado y la cesación del sentimiento eminente de pérdida de sus padres e incremento en las posibilidades en el medio escolar y recreativo.

Se encuentran muchos niños y jóvenes que manejan dinámicas en su hogar donde los padres los hacen responsables de mantener el funcionamiento en las relaciones que se tejen al interior del hogar, de esta manera es fácil encontrar que los niños muchas veces dan la cara o representan a su familia para suministrarles la información que requieren y ser su guía convirtiéndose en el “bastón” o “muleta” que ayuda a sostener a sus padres.

La mayoría de ellos presentan problemas de salud y sin embargo se acostumbran o hasta llegan a “preferir” permanecer con sus dolencias físicas por la dificultad que representa aclarar sus situaciones de aseguramiento y el acceso a la atención.

Debido a su condición y a las dificultades para conseguir recursos que permitan su subsistencia se generan altos niveles de deserción escolar o incluso muchas veces se demoran en incluirlos en los colegios y fácilmente los retiran, constituyendo una dinámica escolar disímil. Muchos de estos niños se encuentran en estado de malnutrición debido a las dificultades económicas. El

Casa. Elaborada por Barajas, Y. [Disponible en magnético]

⁴⁷ Hospital de Usme. 2009. Informe Final Salud al Colegio. Elaborado por Parra, V. [Disponible en magnético]

⁴⁸ Hospital de Usme. 2008. Caracterización familias en condición de desplazamiento. Programa Salud a su Casa. Elaborada por Barajas, Y. [Disponible en magnético]

rendimiento académico de los niños en muchos casos no es el mejor, incluso a muchos les cuesta disponerse para la realización de tareas o actividades que les dejan en los colegios, muchos de los niños y jóvenes en situación de desplazamiento se encuentran en aulas de aceleración del programa de la Secretaría de Educación Distrital, puesto que durante el tiempo que vivieron en su territorio de origen no tuvieron escolarización constante, o simplemente nunca la tuvieron por lo que subyace analfabetismo en los niños o jóvenes, como a su vez pueden presentarse en ellos dificultades cognitivas en el aprendizaje.

Debido a que por estas condiciones en la educación los estudiantes cursan las primeras cursos a edades más avanzadas del ciclo vital acostumbrado para un curso determinado, esto hace que compartan con niños de edades más pequeñas lo que no contribuye a realizar mejores procesos de socialización lo que en muchas ocasiones no contribuye a la madurez mental, cognitiva de los niños y jóvenes en situación de desplazamiento necesaria por ciclo vital y así generar mayores medios o herramientas de sobrevivencia a nivel psicológico y/o en su personalidad que los ayude a subsistir mejor en su vida.

JUVENTUD

Con respecto a los jóvenes en el 2009 se identificó un 15.6%⁴⁹ de la población que contrasta con el 21% correspondiente al 2008⁵⁰. Esta disminución significativa de la población se puede explicar por el influjo del reclutamiento legal e ilegal de jóvenes, sumado a la calidad de víctimas de las acciones que dan origen al desplazamiento y a otros nuevos que se dan como resultado de la acechanza de los grupos armados⁵¹.

En el 2006 un estudio de un grupo de derechos humanos aseguró que más de 11.000 niños, niñas y adolescentes formaban parte de los grupos armados ilegales en Colombia que combaten en un conflicto interno de más de cuatro décadas y que cobra miles de vidas.

El mismo informe denunció que los grupos armados ilegales reclutaban a menores de edad y los usaban como “carne de cañón” para proteger a sus comandantes y detener el avance de las Fuerzas Armadas, mientras que éstas los utilizan para obtener información de inteligencia de sus enemigos.

El Ministerio de Defensa de Colombia reveló en enero del año pasado que 8.000 niños y niñas hacían parte de los grupos armados ilegales.

Desde 1999 y hasta finales del año pasado, más de 3.800 menores de edad se desmovilizaron, principalmente de la guerrilla, de acuerdo con estadísticas del Gobierno.

Se presenta a nivel institucional una situación de incompreensión de la dinámica tradicional de esta población en sus regiones de origen dificultando los procesos de adaptación al contexto local en los sistemas laboral, educativo y participativo. Se evidencia que el contexto en que son considerados estos rangos de edad no tiene la misma concepción que en el sector urbano y la mayoría de las personas asumen un trayecto de vida adulta. Se puede afirmar que este grupo poblacional tiende a incluirse fácilmente en el contexto; sin embargo, es el rango de edad que presenta mayor probabilidad de riesgo psicosocial dado que se encuentran en una etapa de consolidación de su identidad. De esta manera, entran a compartir un trayecto de vida estructurado en la zona rural

⁴⁹ Hospital de Usme. 2009. Caracterización familias en condición de desplazamiento. Programa Salud a su Casa. Elaborada por Durango, M. [Disponible en magnético]

⁵⁰ Hospital de Usme. 2008. Caracterización familias en condición de desplazamiento. Programa Salud a su Casa. Elaborada por Barajas, Y. [Disponible en magnético]

⁵¹ ACOSTA, Luis Eduardo. “UNICEF teme aumento reclutamiento niños en Colombia por crisis”. 11 de febrero de 2009 [En línea] <http://lta.reuters.com/article/domesticNews/idLTASIE51A10320090211?sp=true>. Consultado el 17 de marzo de 2010

con una visión urbana donde integran nuevas situaciones sin una influencia dinámica de las figuras paternas o con severas alteraciones de los roles de género ejercidos en las regiones de origen.

En los contextos educativos donde interviene el hospital, en total 7 sedes con trabajo de sensibilización sobre la temática de desplazamiento, se identificaron 382 jóvenes en total distribuidos en 245 mujeres y 137 hombres, indicando que las mujeres de 10 a 26 años son el 64% de la población joven escolarizada mientras que los hombres representan el 35% restante⁵². Como se indicó arriba algunas de las razones para que la proporción de hombres y mujeres jóvenes mantenga esa relación es el reclutamiento de jóvenes y niños hombres por parte de los grupos armados tanto a nivel rural como urbano, el homicidio o persecución de los jóvenes por los actores armados, la deserción escolar, el temprano desarrollo de actividades laborales por parte de los hombres especialmente y la preferencia así como la permanencia de las mujeres jóvenes en el proceso educativo. Se identificó una concentración especial de población joven desplazada en la UPZ Comuneros lo que corresponde con la distribución local de la población.

Se sigue identificando insuficiencia en la existencia de programas de aceleración, nivelación y validación de los conocimientos y grados escolares, así como la dificultad en la adaptación de los jóvenes desplazados a los contextos escolares debido al desarrollo de habilidades para entornos rurales, bajo manejo de las herramientas informáticas y acciones de segregación por parte de las comunidades escolares debido al ingreso tardío en el año escolar, los permanentes traslados, la falta de recursos e implementos como el uniforme, hechos que marcan una discriminación tanto positiva como negativa de la población⁵³.

Debido a la urgente necesidad de inserción en escenarios laborales, la mayoría de jóvenes no tienen disponibilidad de tiempo ni motivación para participar en espacios locales dejando la participación como un proceso casi exclusivo a gestantes, lactantes o madres jóvenes que no desempeñan actividades laborales. Esta situación se ejemplifica en el balance de participantes de población joven en el cual sólo figuran 19 jóvenes de 167 personas en situación de desplazamiento en las organizaciones y grupos identificados. De estos 19 participantes, 14 son mujeres jóvenes⁵⁴.

Estas mujeres jóvenes en su rol de madres solteras o viudas cumplen el papel de cuidadoras de núcleos familiares, numerosos ante las situaciones de homicidio o desaparición de sus parejas. Desde las intervenciones que identifica población desplazada en Unidades de Trabajo Informal en el 2009 se hallaron únicamente dos hombres jóvenes, situación que sugiere la preferencia de otro tipo de actividades ocupacionales o, al menos en otras modalidades como empleados.

En el desarrollo de estas actividades se ha identificado que los y las jóvenes afrontan también situaciones de discriminación y explotación en espacios laborales que se aprovechan de su condición. No se reconoce abiertamente su condición de manera deliberada debido a que son segregados por su edad al tiempo que temen ser estigmatizados por el reconocimiento de esta condición ante sus grupos de interacción.

ADULTEZ

A propósito de la población adulta se identifica un incremento notable en el 2009 con 38% superando con 14 puntos el 24% identificado en el 2008. Se sigue evidenciando una proporción de

52 Hospital de Usme. 2009. Informe final población desplazada. Programa Salud al Colegio. Elaborada por Parra, V. [Disponible en magnético]

53 Corporación Siembra. 2008. Actualización de la investigación 1999-2005. Escuela y desplazamiento forzado, Integración a la escuela de niños y niñas en condición de desplazamiento, Localidad de Usme.

54 Hospital de Usme. 2009. Informe final fortalecimiento organizativo a grupos y organizaciones de población en condición de desplazamiento. Elaborado por Becerra, C. [Disponible en magnético]

mujeres mayor al 60% de la población adulta⁵⁵. A pesar de su condición de víctimas de múltiples situaciones de violación de sus derechos, las mujeres en condición de desplazamiento se han constituido en sujetas transformadoras de sus condiciones, Meertens afirma que “no sólo son receptores pasivos de atención por parte del Estado, agentes activos que reconstruyen relaciones sociales y que en diferentes grados se convierten en sujetos de derechos en interacción con las instituciones del Estado”⁵⁶. Esto muestra la alta proporción de mujeres que hacen parte de las iniciativas organizativas identificadas alcanzando un 72% de 167 en total que hacen parte de grupos y organizaciones de población en condición de desplazamiento.

Se identifica que sus habilidades y conocimientos corresponden a contextos rurales, situación que dificulta su vinculación y desempeño laboral en la ciudad, así como el sostenimiento efectivo con una alta calidad de vida del núcleo familiar. Esto es determinante en la calidad de vida de la población que como efecto del desplazamiento presenta eventos de salud mental, desnutrición, violencia intrafamiliar y afecciones respiratorias con alta frecuencia. En el 2009 las canalizaciones realizadas con mayor frecuencia desde las intervenciones de la transversalidad de desplazados fueron a aseguramiento por presentar situaciones de doble afiliación o no desafiliación de los lugares de origen. Sin embargo, de las 144 familias intervenidas por Salud a su Casa, se realizaron canalizaciones a los programas de Discapacidad 20%, Entornos Saludables 6.6%, Psicosocial 16%, Nutrición 30%, Hospital de Usme 50%, Promoción y Prevención 6.6%, Peores Formas de Trabajo 3.3% y Comedor Comunitario 26%. Se evidencia que las canalizaciones que tuvieron mayor proporción de remisión de la población en condición de desplazamiento fueron Hospital, Nutrición y Comedores demostrando que entre las primeras afecciones de la población está una creciente situación de malnutrición y hambre debido a la pobreza generada por su condición y a la falta de oportunidades mencionada arriba.

Entre las siguientes cifras de canalización a programas se encuentra el abordaje psicosocial con 16% identificado como una de las principales necesidades de la población víctima del desplazamiento forzado.⁵⁷

Se presentan obstáculos permanentes en las opciones de acceso a vivienda y proyectos de desarrollo económico, así como en los procesos de aseguramiento y garantía de los derechos de la población ante las entidades que hacen parte de la red distrital de atención a la población desplazada.

En términos de los efectos de la situación de desplazamiento, resalta la afectación emocional debido al cambio de roles que ocasiona constantes depresiones y ansiedad que se manifiestan en violencia intrafamiliar y/o situaciones de abandono. En esta etapa del ciclo vital es en donde se observan con mayor frecuencia recuerdos vívidos del desplazamiento forzado y duelos patológicos.

En los hombres pertenecientes a la etapa de ciclo vital adulto generalmente se presentan dificultades de adaptación, tendencia a la depresión y aislamiento, a la somatización y malestar emocional significativo por pérdidas de contexto, pérdidas humanas y pérdidas materiales que interrumpen su proyecto de vida y que son percibidas como un “comenzar de cero”, se evidencia con mayor facilidad el predominio del sentimiento de tristeza y rabia a la vez, el deseo de venganza y la desesperanza.

55 Hospital de Usme. 2009. Caracterización familias en condición de desplazamiento. Programa Salud a su Casa. Elaborada por Durango, M. [Disponible en magnético]

56 Meertens, Donny. “Género, desplazamiento, derechos” (en línea). Disponible en: <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf> Consultado: 20 enero de 2010.

57 Corte Constitucional. Auto 092 de 2008. Disponible en www.acnur.org/biblioteca/pdf/6321.pdf

Meertens afirma con relación a la modificación de los roles de género que “el desempleo afecta más duro a los hombres que a las mujeres, ellos pierden su status de proveedores y sienten la pérdida de dignidad más fuerte que las mujeres ante las irregulares e informales actividades del rebusque. Las mujeres desplazadas generalmente tienen la primera responsabilidad de la supervivencia sobre sus hombros. En ella muestran más flexibilidad que los hombres al asumir labores de rebusque, son más recursivas y pueden apoyarse en su larga experiencia de trabajo doméstico, ahora un recurso vendible. Tejen con más habilidad y menos prevención que los hombres, un nuevo entorno social de reciprocidad y solidaridad al nivel de las relaciones cercanas. En todos estos sentidos, y pese a la miseria extrema en las mujeres jefas solas (hogares monoparentales), pese a la doble jornada, la nostalgia y ese sentirse desplazada que comparten con los hombres, los pequeños avances en la reconstrucción de su vida cotidiana pueden significar otros tantos en la construcción de mayor autonomía, que hará más sostenible el *cambio de roles* entre hombres y mujeres como consecuencia del desplazamiento”⁵⁸.

En los adultos jóvenes se observa que se asume una vida adulta desde la procreación y los roles de proveedores. En general asumen una vida productiva con mayor facilidad, sin embargo la proyección personal y familiar no se visibiliza y se ve interrumpida tras la reestructuración de roles y funciones de acuerdo al género. Un 3% de las personas en esta edad presentan dificultades para adaptarse al contexto urbano, malestar emocional generalizado y baja resiliencia⁵⁹.

La población en condición de desplazamiento, en esta etapa, constituye gran proporción de los sujetos movilizados y promotores de los procesos organizativos a nivel local de esta población particular. Aunque se caracterizan por vivir en condiciones de marginalidad, por estar dispersos e invisibilizados, sin contar con procesos sólidos que les represente y agrupe en lo local, se ven convocados por iniciativas institucionales que, de preferencia, traigan consigo la posibilidad de acceder a recursos o servicios asistenciales.

Se identifican líderes y un gran número de personas con la voluntad de compromiso de formar parte de procesos que les permitan hacer más efectivo el acceso y garantía de sus derechos. Se puede afirmar que los participantes de los procesos organizativos son aquellas que realmente han logrado verse impactadas en su calidad de vida por intervenciones de tipo comunitario, logrando un buen balance entre expectativas y respuestas. En el caso del grupo Sainville y la organización ASOREDES, fueron exitosos en la medida en que se encuentran compuestos por personas que han sido formadas adecuadamente en temas como participación y autonomía, lo cual permitió dar respuesta efectiva, y a la medida, a las necesidades y expectativas existentes entre los participantes. En contraste, los casos de la Corporación Sin Muros y el Grupo de Villa Alemania, sirvieron como espacios en los que fluctuaron personas con expectativas totalmente distintas a las que podrían llegar a cubrirse en un proceso comunitario como el que se había proyectado, siendo esto ejemplo de un insistente imaginario de lo asistencial, en donde las personas le apuestan a todo sin tener una meta o estabilidad suficiente. En palabras más coloquiales y haciendo uso de sus propias palabras: “Usted firme en todo lado, que de eso algo saldrá”⁶⁰.

Cabe destacar que a pesar de esa condición de precariedad en la que insistentemente han visto vulnerados sus derechos, se atisba un sentimiento de ansiedad y de necesidad que sirve de conector configurando una plataforma para la movilización social y la organización comunitaria. En este sentido, los y las personas en situación de desplazamiento han expresado, tanto verbalmente

como por medio de sus acciones, una fuerte iniciativa por organizarse bajo la figura de Entidades Sin Ánimo de Lucro (E.S.A.L.) junto con la identificación de líderes que, con un bajo perfil, hacen pequeños aportes y representan pequeñas colectividades de PSD.

De hecho, debe rescatarse la emergencia de nuevos y nuevas líderes más motivados y mejor formados, que aún no se han visto permeados por viejos hábitos asistencialistas o proselitistas en los que la representatividad comunitaria es puesta en duda⁶¹.

En cuanto a las oportunidades productivas de la población en condición de desplazamiento desde la intervención en Unidades de Trabajo Informal se identificaron 45 unidades de las cuales el 55.4% están encabezadas por mujeres. Las principales actividades económicas en estas unidades identificadas son: textiles que constituyen un 22.2%, cárnicos que representan un 17.8%, los restaurantes figuran con 17.8% y venta informal con un 15.6%⁶². Esta muestra nos permite identificar que la población propietaria de Unidades de Trabajo Informal en condición de desplazamiento ampliamente compuesta por mujeres, prefiere en concordancia con las opciones de proyectos productivos presentadas por diversos operadores en los programas orientados a la estabilización socioeconómica el área textil bajo la figura de maquilas o ‘costuras al detal’, mientras los hombres prefieren las áreas de cárnicos o los restaurantes conforme con sus conocimientos y experiencias previas en sus regiones de origen. Una gran proporción de las UTIS de población desplazada identificadas están ubicadas en las UPZ Comuneros y Gran Yomasa respondiendo tanto a la ubicación de las áreas comerciales locales como de las áreas de concentración de la población desplazada.

PERSONA MAYOR

Referente a las personas de 60 años en adelante, se identificó en el 2009 un 3.8% cifra que representa un leve aumento en el 2% identificado para el 2008 en la localidad, debido a que prefieren seguir residiendo en sus lugares de origen o los núcleos deciden desplazarse dejando a las personas mayores en los territorios con la promesa de regresar o ‘mandar’ luego por estos integrantes. Se identifica el deterioro de la calidad de vida debido a la dificultad en la adaptación a la dinámica urbana y la realización de actividades productivas. Presentan desconfianza constante en las instituciones debido a que perciben una falta de reconocimiento de sus necesidades, así como la vulneración en el acceso al sector salud por complicados y contradictorios procesos de aseguramiento además de la exclusión que se genera por la etapa del ciclo vital se percibe mayor exclusión por su condición. En cuanto a los espacios locales, presentan baja participación en general debido a que acuden en busca de servicios de tipo asistencial, mas no como un ejercicio político de participación o de exigibilidad.

Se identificó que las personas mayores alcanzan un 22% en las organizaciones de población en condición de desplazamiento, aunque se caracterizan por vivir en condiciones de marginalidad, por estar dispersos e invisibilizados, sin contar con procesos sólidos que les represente y agrupe en lo local, se ven convocados por iniciativas institucionales que, de preferencia, traigan consigo la posibilidad de acceder a recursos o servicios asistenciales.

Se puede afirmar que los participantes de los procesos organizativos son aquellas que realmente han logrado verse impactadas en su calidad de vida por intervenciones de tipo comunitario, logrando un buen balance entre expectativas y respuestas.⁶³

58 Meertens, Donny. “Género, desplazamiento, derechos” (en línea). Disponible en: <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf> Consultado: 20 enero de 2010.

59 Hospital de Usme. 2008. Caracterización familias en condición de desplazamiento. Programa Salud a su Casa. Elaborada por Barajas, Y. [Disponible en magnético]

60 Hospital de Usme. 2009. Informe final Fortalecimiento organizativo a grupos y organizaciones de población en condición de desplazamiento. Elaborado por Becerra, C. [Disponible en magnético]

61 Hospital de Usme. 2009. Informe final Fortalecimiento organizativo a grupos y organizaciones de población en condición de desplazamiento. Elaborado por Becerra, C. [Disponible en magnético]

62 Hospital de Usme. 2009. Informe final Promoción del trabajo decente en la población trabajadora informal en situación de desplazamiento. Elaborado por Quintero, J y Peña, M. [Disponible en magnético]

63 Hospital de Usme. 2009. Informe final Fortalecimiento organizativo a grupos y organizaciones de población en condición de desplazamiento. Elaborado por Becerra, C. [Disponible en magnético]

Cabe destacar que a pesar de esa condición de precariedad en la que insistentemente han visto vulnerados sus derechos, se atisba un sentimiento de ansiedad y de necesidad que sirve de conector configurando una plataforma para la movilización social y la organización comunitaria. En este sentido, los y las personas en situación de desplazamiento han expresado, tanto verbalmente como por medio de sus acciones, una fuerte iniciativa por organizarse bajo la figura de Entidades Sin Ánimo de Lucro (E.S.A.L.) junto con la identificación de líderes que, con un bajo perfil, hacen pequeños aportes y representan pequeñas colectividades de PSD. De hecho, debe rescatarse la emergencia de nuevos y nuevas líderes más motivados y mejor formados, que aún no se han visto permeados por viejos hábitos asistencialistas o proselitistas en los que la representatividad comunitaria es puesta en duda⁶⁴.

Población Desplazada En Los Territorios Sociales de La Localidad De Usme

La población en situación y en condición de desplazamiento en la localidad de Usme tiene una ubicación dispersa en los 6 territorios sociales definidos: Usme Centro, Veredas y Sector Entre Nubes, Flora, Danubio, Gran Yomasa, Comuneros y Alfonso López. Se concentran en lugares que tienen economías semirurales y bajo control sobre la tierra lo que permite la apropiación y adecuación de espacios de vivienda con materiales no sólidos (Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico) o consecución de lotes a bajo precio con servicios públicos económicos o incluso en estados ilegales de apropiación.

Un factor que debe mencionarse es el incremento de los casos en los cuales las comunidades empobrecidas históricamente que se ven obligadas por factores económicos a migrar a zonas rurales, en busca de una mayor calidad de vida y son desplazados por el conflicto armado poco tiempo después de haberse reubicado en estas zonas, incrementando su vulnerabilidad e inestabilidad dado que además del impacto del desplazamiento cargan con toda una problemática social propia de los sectores urbanos y colonos.

Según datos de la Personería Local entre enero y septiembre de 2009⁶⁵, se recibieron 410 declaraciones de personas llegadas a la localidad en situación de desplazamiento correspondientes a núcleos familiares conformados por 589 adultos y 652 menores de edad. A pesar de ser una cifra alta, éste total de 1241 personas llegadas en el 2009 no incluye a aquellas personas que no declaran por razones como miedo, desconocimiento o incomprensión de la dinámica urbana. Estos valores contrastan con el registro de esta institución para el mismo período del año anterior, es decir en 2008 se recibieron las declaraciones de 356 personas cabezas de núcleos familiares lo que indica que semanalmente estaban llegando a la localidad de 40 a 50 personas. También podemos deducir que a pesar de las afirmaciones del gobierno nacional sobre la disminución del desplazamiento, las cifras indican lo contrario dado que las declaraciones recibidas en el 2009 superaron en un 115% aquellas recibidas en el 2008.

La información que se presenta a continuación con el fin de 'ubicar' a la población en el territorio local puede aparecer como desestructurada o incluso desordenada; sin embargo, hay que mencionar dos elementos importantes al respecto. En primer lugar, el sistema de registro de la población desplazada en el distrito y a lo largo del país adolece de rigurosidad debido a la inexistencia de un sistema unificado y eficiente de información sobre la población; por esta razón, los datos de los que se dispone son aquellos proporcionados por cada uno de los programas e intervenciones que trabajan con esta población. El hecho de que cada institución u organización use los recursos o los sistemas propios de clasificación de la información se convierte entonces en una barrera para la identificación, registro veraz de la población y análisis de los datos recolectados. En

⁶⁴ Hospital de Usme. 2009. Informe final Fortalecimiento organizativo a grupos y organizaciones de población en condición de desplazamiento. Elaborado por Becerra, C. [Disponible en magnético]

⁶⁵ Informe sobre la recepción de declaraciones a la población en situación de desplazamiento elaborado por la Personería Local de Usme. Septiembre 2009.

este sentido, difícilmente los datos pueden ser cualificados o puestos en parangón con otros pues no hay variables que lo permitan. En años anteriores la Corte Constitucional se ha pronunciado al respecto mencionando que algunos de los puntos críticos para la superación del Estado de Cosas Inconstitucional⁶⁶ para la población desplazada es la coordinación general del sistema de atención a la población desplazada y las actividades de registro y caracterización de la población desplazada en el país⁶⁷.

En segundo lugar, la intención de 'ubicar' a la población desplazada debe contemplar las barreras inherentes a su condición como los sucesivos traslados a los que se ve sometida la población en medio de la búsqueda de condiciones aptas para su subsistencia y el proceso de adaptación al ámbito urbano o la necesidad de desplazarse nuevamente como respuesta a las amenazas de grupos armados presentes en los sitios de asentamiento.

Teniendo en cuenta esta multiplicidad de barreras inherentes al registro de la población desplazada, a continuación se presentan los datos disponibles sobre la ubicación de la misma en los territorios sociales provenientes del programa Salud a su casa. El hallazgo y posterior intervención de estas familias está determinada por su vinculación a programas institucionales, la pertenencia a uno de los microterritorios del programa Salud a su casa y la facilidad de acceder a los territorios sociales por parte de las profesionales del programa. Se debe precisar que estos datos constituyen sólo una muestra de la población determinada por las metas locales de la intervención estableciendo serios problemas en la representatividad y para el análisis de los mismos.

En estos se registran 148 familias como núcleos en el 2008, razón por la cual los datos se refieren al número de núcleos identificados y abordados por año sin tener precisión sobre el número de personas que representan. Sin embargo, algunas agencias se han pronunciado al respecto indicando que las familias desplazadas en promedio están constituidas por 5 a 7 personas⁶⁸.

En el 2007 fueron identificados 60 núcleos con un total de 199 personas y en el 2009 fueron caracterizados 144 núcleos con un total de 458 personas.

USME CENTRO, VEREDAS Y SECTOR ENTRE NUBES

En el desarrollo de la intervención que busca el fortalecimiento de relaciones intrafamiliares y procesos participativos que promuevan calidad de vida en la familia de acuerdo con su ciclo vital reconociendo de manera prioritaria la dimensión afectiva y la lectura de heridas interiores producidas por las experiencias vividas en los diferentes momentos (no sólo la salida sino la búsqueda de un nuevo lugar, la llegada y el ingreso a un territorio desconocido) así como la reparación de vínculos y de aprendizaje de herramientas que permitan intercambios basados en redes solidarias en los diversos ámbitos de interacción hacia la construcción de cambios positivos al interior de las familias se identificaron 67 personas en el sector Entre Nubes en el 2009. La identificación de 21 familias en este período posiblemente está relacionada con que anteriormente no se había abordado este sector debido a limitaciones en el acceso y falta de seguridad para el desarrollo de la intervención.

⁶⁶ Situaciones que involucran la afectación de los derechos de diferentes grupos poblacionales. Véase: Declaratoria de Estado de Cosas Inconstitucional respecto de la situación de la población desplazada. CODHES. Consultado en: http://www.google.com.co/url?sa=t&source=web&ct=res&cd=11&ved=0CAUQFjAAOAO&url=http%3A%2F%2Fwww.codhes.org%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D107&rct=j&q=definicion+estado+de+cosas+inconstitucional&ei=nAHP58DxCY6C8wSU2f2xDw&usq=AFQjCNGbVvuevzd7YPKCD2pr_IHj4SylA.

⁶⁷ Corte Constitucional de Colombia. Auto 218 de 2006. [En línea] Consultado el 17 de marzo de 2010 en: www.viva.org.co/aa/img_upload/.../auto_218_de_2006.pdf

⁶⁸ Véase Equipo NIZKOR. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/desplazados/datos96.html>

Desde la intervención que busca acompañar la inclusión de la perspectiva diferencial en la atención de los niños, niñas y jóvenes en situación de desplazamiento en el contexto escolar a partir de la implementación de procesos pedagógicos en las instituciones educativas y la generación de procesos de cambio y adaptación en coordinación con el componente de promoción de la inclusión social y garantía de derechos se identificaron 32 personas en la etapa de infancia correspondientes a 16 niños y 16 niñas y 23 jóvenes correspondientes a 9 hombres y 14 mujeres. En el proyecto que procura fortalecer la restitución de derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida se identificó una unidad de trabajo informal desarrollada por una mujer adulta en condición de desplazamiento.

FLORA

En el desarrollo de la intervención que busca el fortalecimiento de relaciones intrafamiliares y procesos participativos que promuevan calidad de vida en la familia de acuerdo con su ciclo vital reconociendo de manera prioritaria la dimensión afectiva y la lectura de heridas interiores producidas por las experiencias vividas en los diferentes momentos (no solo la salida sino la búsqueda de un nuevo lugar, la llegada y el ingreso a un territorio desconocido) así como la reparación de vínculos y de aprendizaje de herramientas que permitan intercambios basados en redes solidarias en los diversos ámbitos de interacción hacia la construcción de cambios positivos al interior de las familias se identificó en el 2008 un núcleo en el territorio Flora, situación que contrasta con las 13 personas pertenecientes a 4 familias identificadas en el 2009.

A pesar de conocer que tradicionalmente la población en situación de desplazamiento se asienta en este territorio debido a la proximidad con las prácticas productivas rurales y la supuesta disposición de predios baldíos o la posibilidad de apropiarse de un espacio, dinámicas confirmadas por la comunidad receptora allí presente, las intervenciones no entran ampliamente a este territorio debido a la inseguridad y las dificultades de acceso desde la parte occidental de la localidad que se traducen en escasez de rutas de transporte público.

En los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial de atención establecido por el marco normativo generando la apropiación de nuevos conocimientos, habilidades y generando la conformación de redes sociales con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes no se identificaron organizaciones con sede o concentración de población en este territorio. En el proyecto que procura fortalecer la restitución de Derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal (UTI) para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida no se identificaron unidades de trabajo informal en condición de desplazamiento.

DANUBIO

En el desarrollo de la intervención que busca el fortalecimiento de relaciones intrafamiliares y procesos participativos que promuevan calidad de vida en la familia de acuerdo con su ciclo vital reconociendo de manera prioritaria la dimensión afectiva y la lectura de heridas interiores producidas por las experiencias vividas en los diferentes momentos (no sólo la salida sino la búsqueda de un nuevo lugar, la llegada y el ingreso a un territorio desconocido), así como la reparación de vínculos y de aprendizaje de herramientas que permitan intercambios basados en redes solidarias en los diversos ámbitos de interacción hacia la construcción de cambios positivos al interior de las familias se identificaron en 2009 57 personas distribuidas en 18 núcleos familiares.

Esto contrasta con las 23 familias identificadas en el 2008 indicando que las familias desplazadas tienden a ubicarse en otros territorios posiblemente debido a la disposición de áreas para habitar en

estados ilegales de apropiación, mayores oportunidades de encontrar lugares con costos reducidos en otros lugares de la localidad o la preferencia de espacios más centrales y que concentren mayor respuesta institucional, entre otras razones.

En los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial de atención establecido por el marco normativo generando la apropiación de nuevos conocimientos, habilidades y generando la conformación de redes sociales con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes, se desarrollaron acciones con la organización ASOREDES, en el segundo trimestre del año, donde fueron abordadas 17 personas distribuidas así: 16 en situación de desplazamiento y 1 receptora, 15 son mujeres y 2 son hombres, 12 pertenecen a la etapa de ciclo vital adulto y 5 a juventud. 10 de ellas son cabeza de hogar.

En el proyecto que procura fortalecer la restitución de Derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida se identificaron dos unidades de trabajo informal desarrolladas por mujeres adultas en condición de desplazamiento

GRAN YOMASA

En el desarrollo de la intervención que busca el fortalecimiento de relaciones intrafamiliares y procesos participativos que promuevan calidad de vida en la familia de acuerdo con su ciclo vital reconociendo de manera prioritaria la dimensión afectiva y la lectura de heridas interiores producidas por las experiencias vividas en los diferentes momentos no sólo la salida sino la búsqueda de un nuevo lugar, la llegada y el ingreso a un territorio desconocido, así como la reparación de vínculos y de aprendizaje de herramientas que permitan intercambios basados en redes solidarias en los diversos ámbitos de interacción hacia la construcción de cambios positivos al interior de las familias se identificaron 77 personas pertenecientes a 24 familias en este territorio.

Esta situación contrasta con los datos obtenidos para el año 2008 en el cual se identificaron 29 familias y el año 2007 en el cual se identificaron 13 familias en este territorio. Debido a que el proyecto en el 2007 sólo tuvo como meta la identificación de 60 familias no es un dato con alta representatividad; sin embargo, entre 2008 y 2009 se puede establecer una tendencia a escoger otros espacios con mayor facilidad de apropiación ilegal, mayor cercanía a procesos productivos de tipo agrícola o asentamiento en lugares con costos reducidos, a pesar de que en este territorio se concentre la mayoría de la oferta institucional.

Desde la intervención que busca acompañar la inclusión de la perspectiva diferencial en la atención de los niños, niñas y jóvenes en situación de desplazamiento en el contexto escolar a partir de la implementación de procesos pedagógicos en las instituciones educativas y la generación de procesos de cambio y adaptación en coordinación con el componente de promoción de la inclusión social y garantía de derechos se identificaron 31 personas en la etapa de infancia correspondientes a 17 niños y 14 niñas y 42 jóvenes correspondientes a 21 hombres y 21 mujeres.

En el proyecto que procura fortalecer la restitución de derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida se identificaron veintinueve unidades de trabajo informal desarrolladas por tres hombres jóvenes, una mujer joven, ocho hombres adultos y nueve mujeres adultas en condición de desplazamiento.

COMUNEROS

En el desarrollo de la intervención que busca el fortalecimiento de relaciones intrafamiliares y procesos participativos que promuevan calidad de vida en la familia de acuerdo con su ciclo vital reconociendo de manera prioritaria la dimensión afectiva y la lectura de heridas interiores producidas por las experiencias vividas en los diferentes momentos (no solo la salida sino la búsqueda de un nuevo lugar, la llegada y el ingreso a un territorio desconocido) así como la reparación de vínculos y de aprendizaje de herramientas que permitan intercambios basados en redes solidarias en los diversos ámbitos de interacción hacia la construcción de cambios positivos al interior de las familias se identificaron 19 familias en el 2007, 47 en el 2008 y en el 2009 se caracterizaron 32 familias correspondientes a 104 personas.

La concentración de la población en este territorio está asociada con la existencia de un alto número de predios baldíos, la proximidad de la oferta institucional y concentración de programas de apoyo alimentario, la disposición de espacios habitacionales a bajo costo y su ubicación a lo largo de la autopista al llano, sitio de acceso a la ciudad, caracterizado por la preservación de dinámicas productivas de tipo rural.

En los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial de atención establecido por el marco normativo generando la apropiación de nuevos conocimientos, habilidades y generando la conformación de redes sociales con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes se trabajaron los grupos de PSD conformados en Villa Alemania y Sainville, junto con las acciones hechas en el tercer trimestre en ASOREDES los cuales constituyen el grupo poblacional de las personas abordadas en esta UPZ, siendo el más numeroso con 94 personas distribuidas así: 79 en situación de desplazamiento y 15 receptoras. 27 son hombres y 68 mujeres. Tan solo 5 cuentan con una condición étnica. 53 son cabeza de hogar. 7 son infantes, 7 jóvenes, 76 adultos y 4 personas mayores.

Desde la intervención que busca acompañar la inclusión de la perspectiva diferencial en la atención de los niños, niñas y jóvenes en situación de desplazamiento en el contexto escolar a partir de la implementación de procesos pedagógicos en las instituciones educativas y la generación de procesos de cambio y adaptación en coordinación con el componente de promoción de la inclusión social y garantía de derechos se identificaron 408 personas en la etapa de infancia correspondientes a 203 niños y 205 niñas y 88 jóvenes correspondientes a 56 hombres y 32 mujeres.

En el proyecto que procura fortalecer la restitución de Derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida se identificaron veintidós unidades de trabajo informal desarrolladas por un hombre joven, cuatro mujeres jóvenes, siete hombres adultos, siete mujeres adultas y dos hombres en etapa de vejez en condición de desplazamiento.

ALFONSO LÓPEZ

En el desarrollo de la intervención que busca el fortalecimiento de relaciones intrafamiliares y procesos participativos que promuevan calidad de vida en la familia de acuerdo con su ciclo vital reconociendo de manera prioritaria la dimensión afectiva y la lectura de heridas interiores producidas por las experiencias vividas en los diferentes momentos, no solo la salida sino la búsqueda de un nuevo lugar, la llegada y el ingreso a un territorio desconocido, así como la reparación de vínculos y de aprendizaje de herramientas que permitan intercambios basados en redes solidarias en los diversos ámbitos de interacción hacia la construcción de cambios positivos al interior de las familias se identificaron en este territorio 27 familias en el 2007, 44 familias en el 2008 y 140 personas distribuidas en 45 familias.

Este es el territorio que más concentra población en situación y en condición de desplazamiento debido a su ubicación en la entrada suroriental del distrito, al oriente de la Autopista al llano. Si tenemos en cuenta que una alta proporción de la población desplazada proviene de las regiones suroccidental y suroriental del país y su vía de acceso al distrito es la autopista al llano, ésta cobra importancia como arteria de movilidad de la capital⁶⁹ y el territorio como receptor de las diferentes poblaciones migrantes sean desplazadas de manera forzada o voluntaria. Se suman otros aspectos del territorio como la existencia de un alto número de predios baldíos, la relativa proximidad de la oferta institucional, la disposición de espacios habitacionales a bajo costo, la preservación de dinámicas productivas de tipo rural y el fácil acceso sea por la autopista al llano o por las múltiples rutas de transporte público del distrito. En los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial de atención establecido por el marco normativo generando la apropiación de nuevos conocimientos, habilidades y generando la conformación de redes sociales con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes, se concentra la Corporación Sin Muros, donde fueron abordadas 27 personas, distribuidas así: 21 en situación de desplazamiento y 8 receptoras. 10 son hombres y 19 mujeres. Tan solo 3 son afrodescendientes. 7 son cabeza de hogar. 7 son infantes, 7 jóvenes, 11 adultos y 2 personas mayores.

Desde la intervención que busca acompañar la inclusión de la perspectiva diferencial en la atención de los niños, niñas y jóvenes en situación de desplazamiento en el contexto escolar a partir de la implementación de procesos pedagógicos en las instituciones educativas y la generación de procesos de cambio y adaptación en coordinación con el componente de promoción de la inclusión social y garantía de derechos se identificaron 144 personas en la etapa de infancia correspondientes a 76 niños y 68 niñas y 89 jóvenes correspondientes a 51 hombres y 38 mujeres.

1.4. Perfil Epidemiológico

1.4.1. Morbilidad

Este patrón hace referencia a la morbilidad atendida por la Red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ubicada en la localidad de Usme (Hospital de Usme ESE I Nivel de Atención) y no está estrictamente georreferenciada por el lugar de residencia, sin embargo se puede afirmar que la mayoría de la demanda atendida en los puntos de atención del Hospital de Usme es residente de la localidad y son pocos los que vienen de otras localidades o territorios cercanos.

Diagnósticos más frecuentes por consulta externa

El motivo de consulta más frecuente de las personas para el año 2008 en el servicio de consulta externa del Hospital de Usme fue el contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 33.81%, en relación con los motivos de consulta más frecuentes por parte de las mujeres, éstos se relacionan con su vida reproductiva. Es así como se observan el control prenatal y la atención para la anticoncepción como segundo y tercer motivo de consulta para ellas con un 4,63% y 4,01% respectivamente. En los hombres se destacan las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 2,56%, esto se relaciona con la problemática ambiental que tiene la localidad. (Tabla 8).

69 Proyecto Raíces Nuevas. 2008. Informe Proyecto de apoyo a la población afectada por el desplazamiento. Disponible en magnético.

Tabla 8. Diagnósticos más Frecuentes por Consulta Externa, Hospital de Usme, Bogotá D.C, 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	62577	30673	93250	33,81%
2	Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	12774	.....	12774	4,63%
2	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	.....	7053	7053	2,56%
3	Atención para la anticoncepción	11055	.....	11055	4,01%
3	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	.....	3993	3993	1,45%
4	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	9175	.....	9175	3,33%
4	Otras helmintiasis	.....	2899	2899	1,05%
5	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	8989	.....	8989	3,26%
5	Otras enfermedades de la piel y del tejido	.....	2629	2629	0,95%
6	Gastritis y Duodenitis	5115	.....	5115	1,85%
6	Trastornos de la acomodación y de la refracción	.....	1953	1953	0,71%
7	Trastornos de la acomodación y de la refracción	4709	.....	4709	1,71%
7	Gastritis y Duodenitis	.....	1864	1864	0,68%
8	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	4558	.....	4558	1,65%
8	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	.....	1599	1599	0,58%
9	Otros trastornos de las vías genitourinarias	4410	.....	4410	1,60%
9	Dolor abdominal y pélvico	.....	1440	1440	0,52%
10	Dolor abdominal y pélvico	3842	.....	3842	1,39%
10	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	.....	1345	1345	0,49%
TOTAL		127204	55458	182652	66,23%

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

Diagnósticos más frecuentes por hospitalización

En el servicio de Hospitalización, durante el año 2008 se evidenció que en general las enfermedades de tipo respiratorio tanto agudas como crónicas son la principal causa de hospitalización con un 27.58%, en el cual un 16.38% lo aportan los hombres y el 11.2% las mujeres. A continuación se presentan los diez diagnósticos más frecuentes atendidos en el servicio de hospitalización para el año 2008 discriminados por sexo (Tabla 9).

Tabla 9. Diagnósticos más Frecuentes por Hospitalización. Hospital de Usme, Bogotá D.C 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Parto único espontáneo	250	No aplica	250	8,94
1	Bronquitis aguda y Bronquiolitis aguda	.....	207	207	7,4
2	Dolor abdominal y pélvico	212	.....	212	7,51
2	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	.....	132	132	4,72
3	Otras enfermedades del sistema urinario	190	.....	190	6,8
3	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	.....	118	118	4,22
4	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	180	.....	180	6,44
4	Dolor abdominal y pélvico	.....	79	79	2,83
5	Bronquitis aguda y Bronquiolitis aguda	154	.....	154	5,51
5	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	.....	56	56	2
6	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	95	.....	95	3,4
6	Neumonía	.....	51	51	1,82
7	Fiebre de origen desconocido	76	41	117	4,18
8	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	65	.....	65	2,32
8	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	.....	41	41	1,47
9	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	64	.....	64	2,29
9	Otras enfermedades del sistema respiratorio	.....	41	41	1,47
10	Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	51	No aplica	51	1,82
10	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	.....	36	36	1,29
TOTAL		1337	802	2139	76,43

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

Diagnósticos más frecuentes por Urgencias

Para el año 2008, en el servicio de Urgencias, el diagnóstico en general más frecuente fue: otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte con un 16.05%, lo que evidencia la inespecificidad en emitir un diagnóstico preciso. La segunda causa general de consulta por urgencias fue el dolor abdominal y pélvico con el 14.51%, en el cual las mujeres aportaron con un 10.57% y los hombres con un 3.94%. Las lesiones por causa externa, representadas en traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo ocupan el tercer lugar con un 11,84%. A continuación se presentan los diez diagnósticos más frecuentes atendidos en el servicio de urgencias para el año 2008 discriminados por sexo (Tabla 10).

Tabla 10. Diagnósticos más Frecuentes en el Servicio de Urgencias. Hospital de Usme, Bogotá, D.C 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Dolor abdominal y pélvico	5236	.....	5236	10,57
1	Traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	.....	3640	3640	7,35
2	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4847	3102	7949	16,5
3	Traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	2224	.....	2224	4,49
3	Dolor abdominal y pélvico	.....	1953	1953	3,94
4	Otras enfermedades del sistema urinario	2064	.....	2064	4,17
4	Fiebre de origen desconocido	.....	1818	1818	3,67
5	Fiebre de origen desconocido	1777	.....	1777	3,59
5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	.....	1249	1249	2,52
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1391	.....	1391	2,81
6	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	.....	1086	1086	2,19
7	Otras complicaciones del embarazo y del parto	1169	No aplica	1169	2,36
7	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	.....	969	969	1,96
8	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	1139	.....	1139	2,3
8	Bronquitis aguda y Bronquiolitis aguda	.....	942	942	1,9
9	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1090	.....	1090	2,2
9	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	.....	437	437	0,88
10	Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoides	911	.....	911	1,84
10	Otras enfermedades del sistema urinario	.....	334	334	0,67
TOTAL		21848	15530	37378	75,91

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

Diagnósticos más frecuentes por grupo de edad y sexo en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización.

Menores de un año

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 2.52% del total de la población consultante. De igual manera frente al total de la población atendida, los menores de un año mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio, el 2.25% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 3.72% por urgencias y el 8.36% por hospitalización. Es notorio que en general para los tres servicios (consulta externa, urgencias y hospitalización) el principal motivo de consulta siguen siendo las enfermedades respiratorias agudas, por lo que se deben fortalecer aún más las estrategias de prevención, detección precoz y manejo oportuno a los niños y niñas, con actividades como estimulación de la lactancia materna, vigilancia e intervención en los procesos de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, identificación de signos de

alarma, garantizar la vacunación, interacción con redes sociales institucionales y comunitarias para favorecer las condiciones de vida de la población, disminución de las barreras de acceso y garantía de asistencia médica oportuna. En la tabla 11 se observa que las infecciones respiratorias agudas encabezan la lista con un 18,22%, seguido de la bronquitis aguda y bronquiolitis aguda con un 6,26%, tanto en niños como niñas de la localidad.

Tabla 11. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad menores de un año por sexo, Hospital de Usme Bogotá D.C, 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	1180	1272	2452	39,46
2	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	526	606	1132	18,22
3	Bronquitis aguda y Bronquiolitis aguda	157	232	389	6,26
4	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	108	138	246	3,96
5	Deformidades congénitas de la cadera	105	81	186	2,99
6	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	55	73	128	2,06
TOTAL		2131	2402	4533	72,95

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En la tabla 12 se evidencia que el diagnóstico más frecuente por hospitalización en el año 2008 fue el reportado por bronquitis aguda y bronquiolitis aguda con un 42,74%, seguido de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 16,24%, esto indica que falta fortalecer aún más las estrategias de prevención, detección precoz y manejo oportuno a los niños y niñas, y que hay que mejorar las condiciones ambientales de la localidad.

Tabla 12. Diagnósticos más frecuentes por hospitalización en el grupo de edad de menores de un año por sexo, Hospital de Usme, Bogotá D.C, 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Bronquitis aguda y Bronquiolitis aguda	44	56	100	42,74
2	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	12	26	38	16,24
3	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	.....	13	13	5,56
3	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	10	.....	10	4,27
4	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	.....	10	10	4,27
4	Dolor abdominal y pélvico	5	.....	5	2,14
5	Otras enfermedades del sistema respiratorio	.....	9	9	3,85
5	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	4	.....	4	1,71
TOTAL		75	114	189	80,78

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En la tabla 13 se observan los principales diagnósticos por urgencias presentados durante el año 2008, se sigue reafirmando que el principal motivo de la urgencia son las bronquitis y bronquiolitis agudas con un 27,59%, seguida de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 14,90%, en ambos sexos. Esto reafirma que esta enfermedad puede estar ligada a la dinámica territorial de la localidad por su complejo problema ambiental

Tabla 13. Diagnósticos más frecuentes por urgencias en el grupo de edad de menores de un año por sexo, Hospital de Usme año 2008

N. DE ORDEN	DIAGNOSTICO - CAUSA	F	M	Total general	%
1	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	193	231	424	27,59
2	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	109	120	229	14,90
3	Otras enfermedades del sistema respiratorio	74	101	175	11,39
4	Fiebre de origen desconocido	75	91	166	10,80
5	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	60	39	99	6,44
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	47	37	84	5,47
7	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	24	18	42	2,73
8	Traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	25	16	41	2,67
9	Dolor abdominal y pélvico	22	14	36	2,34
10	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	18	16	34	2,21
TOTAL		647	683	1330	86,53

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

• **Grupo de Edad de 1 a 4 años.**

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 14.93% del total de la población consultante. De igual manera frente al total de la población atendida, los niños de 1 a 4 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio: el 13.62% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 21.57% por urgencias y el 26.35% por hospitalización. Los niños de 1 a 4 años representan una mayor proporción de atención en urgencias y hospitalización sobre el total de población atendida por estos dos servicios en el año 2008.

En general para los tres servicios analizados, al igual que para los menores de un año, el principal motivo de consulta es la enfermedad respiratoria aguda. En consulta externa se observa la tercera posición que ocupa la caries dental, que en Usme podría deberse a deficiencias en higiene oral debido a que la comunidad resta importancia a los dientes de leche⁷⁰. De igual manera y para los tres servicios se evidencia la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso como uno de los principales motivos de consulta, lo que debe generar el fortalecimiento de las estrategias materno infantiles. (Ver Tabla 14).

70 Hospital de Usme E.S.E, PDA Salud oral 2009 en magnético

Tabla 14. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 1 a 4 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	7081	7371	14452	38,46
2	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2617	2709	5326	14,17
3	Caries dental	817	888	1705	4,54
4	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	605	638	1243	3,31
5	Otras helmintiasis	507	550	1057	2,81
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	.....	543	543	1,44
6	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	459	.....	459	1,22
TOTAL		12086	12699	24785	65,95

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

• **Grupo de edad de 5 a 9 años**

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 12.04% del total de la población consultante. De igual manera frente al total de la población atendida, los niños de 5 a 9 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio: el 12.56% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 9.45% por urgencias y el 6.22% por hospitalización.

Según el servicio se observan algunas diferencias en los diagnósticos más frecuentes, es así como en consulta externa para este grupo de edad, el primer motivo de consulta corresponde a personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes y en segundo lugar está la caries dental para los dos sexos. (Tabla 15).

En el servicio de hospitalización se observa que el diagnóstico más frecuente para mujeres es otras enfermedades del sistema urinario y para hombres el dolor abdominal y pélvico. En el servicio de urgencias se evidencia que el primer diagnóstico en hombres fue traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas, que debe llevar a pensar en evitar accidentalidad en el hogar y la escuela, pero que también puede estar relacionado con la vinculación temprana al mundo laboral. Para las mujeres el principal diagnóstico en urgencias fue otros síntomas, signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.

Tabla 15. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 5 a 9 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	6862	6697	13559	39,12
2	Caries dental	1922	1951	3873	11,17
3	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1467	1485	2952	8,52
4	Otras helmintiasis	893	851	1744	5,03
5	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	501	495	996	2,87

6	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	461	421	882	2,54
TOTAL		12106	11900	24006	69,25

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

- Grupo de edad de 10 a 14 años**

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 9.72% del total de la población consultante. De igual manera frente al total de la población atendida, los adolescentes de 10 a 14 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio: el 10.26% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 7.16% por urgencias y el 2.28% por hospitalización. Los hallazgos para este grupo de edad son similares a lo encontrado para el grupo de 5 a 9 años. En consulta externa para este grupo de edad, el primer motivo corresponde a personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes y en segundo lugar está la caries dental para los dos sexos. En el servicio de hospitalización, se observa que el diagnóstico más frecuente para mujeres es otras enfermedades del sistema urinario y para hombres infecciones de la piel y el tejido subcutáneo. En el servicio de urgencias se evidencia que el primer diagnóstico en hombres fue traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas, como ya se había mencionado se debe propender por espacios como hogar y escuelas seguros, así como la intervención en el trabajo infantil. Para las mujeres, el principal diagnóstico en urgencias fue dolor abdominal y pélvico (Ver Tabla 16).

Tabla 16. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 10 a 14 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	4991	4266	9257	32,69
2	Caries dental	1810	1647	3457	12,21
3	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	867	825	1692	5,98
4	Otras helmintiasis	666	677	1343	4,74
5	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	580	406	986	3,48
6	Dolor abdominal y pélvico	414	254	668	2,36
TOTAL		9328	8075	17403	61,46

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

- Grupo de edad de 15 a 24 años**

Este grupo de edad fue el que más aportó a las consultas del año 2008 con un 21.25% del total de la población consultante. Frente al total de la población atendida, los jóvenes de 15 a 24 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio: el 21.28% fue atendido por el servicio de consulta externa (este grupo de edad fue quien más usuarios aportó al servicio de consulta externa en el 2008), el 21.20% por urgencias y el 18.59% por hospitalización.

En consulta externa para este grupo de edad, el primer motivo de consulta corresponde a personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 25,33%; en segundo lugar para mujeres la caries dental se ve desplazada por la supervisión del embarazo con un 13,61%, en hombres conserva su segundo lugar la caries dental. (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 15 a 24 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	12642	2230	14872	25,33
2	Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	7989	No aplica	7989	13,61
3	Caries dental	3387	1339	4726	8,05
4	Otros trastornos de las vía genitourinarias	1595	.....	1595	8,05
4	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	.....	349	349	0,59
5	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1095	.....	1095	1,86
5 Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo		.....	282	282	0,48
6	Trastornos de la acomodación y refracción	623	.....	623	1,06
6	Otras helmintiasis	.....	270	270	0,46
TOTAL		27331	4470	31801	59,49

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En el servicio de hospitalización se observa que el diagnóstico más frecuente para mujeres es el parto único espontáneo con un 30,58% y para hombres los traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas con un 1,54%. En el servicio de urgencias, se evidencia que el primer diagnóstico en hombres fue traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas, donde se debe propender por espacios como hogar y escuelas seguros, así como la intervención en el trabajo infantil. Para las mujeres, el principal diagnóstico en urgencias fue el dolor abdominal y pélvico.

- Grupo de edad 25 a 34 años**

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 13.41% del total de la población consultante. De igual manera frente al total de la población atendida, las personas de 25 a 34 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio, el 13.48% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 13.17% por urgencias y el 10.97% por hospitalización.

En consulta externa para este grupo de edad, el primer motivo de consulta corresponde a personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 25,13%.

En este grupo de edad cobran importancia los diagnósticos relacionados con la salud sexual y reproductiva y es así como para las mujeres el segundo y tercer motivo de consulta es la supervisión del embarazo y la atención para la anticoncepción con un 9,88% y 7,97% respectivamente. Para hombres se mantiene en segundo lugar la caries dental con un 1,99%. (Ver Tabla 18).

Tabla 18. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 25 a 34 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	8186	1163	9349	25,13
1	Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	3675	No aplica	3675	9,88
2	Caries dental	.....	741	741	1,99
3	Atención para la anticoncepción	2966	.....	2966	7,97
3	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	.....	298	298	0,8
4	Caries dental	2437	.....	2437	6,55
4	Otras dorsopatías	.....	226	226	0,61
5	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1446	.....	1446	3,89
5	Trastornos de la acomodación y refracción	.....	219	219	0,59
6	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	1335	No aplica	1335	3,59
6	Epilepsia	.....	197	197	0,53
TOTAL		20045	2844	22889	61,53

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En el servicio de hospitalización se observa que el diagnóstico más frecuente para mujeres es el parto único espontáneo con un 27,69% y para hombres otros síntomas y signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte con un 5,54%.

En el servicio de urgencias se evidencia que el primer diagnóstico en hombres fueron los traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas con un 9,14% y para las mujeres el principal diagnóstico en urgencias fue el dolor abdominal y pélvico con un 16,17%. (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Diagnósticos más frecuentes por urgencias en el grupo de edad de 25 a 34 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Dolor abdominal y pélvico	1055	.....	1055	16,17
1	Traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo		596	596	9,14
2	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	673	288	961	14,73
3	Otras enfermedades del sistema urinario	457	.....	457	7
3	Dolor abdominal y pélvico	.....	233	233	3,57
4	Otras complicaciones del embarazo y parto	331	No aplica	331	5,07357

4	Infecciones de la piel y el tejido subcutáneo	.....	59	59	0,9
5	Traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	302	.....	302	4,62906
5	Gastritis y duodenitis	.....	59	59	0,9
TOTAL		2818	1235	4053	62,11263

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

• **Grupo de edad 35 a 44 años**

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 10.21% del total de la población consultante. De igual manera frente al total de la población atendida, los adultos y adultas de 35 a 44 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio: el 10.60% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 8.37% por urgencias y el 4.22% por hospitalización.

En consulta externa para este grupo de edad, el primer motivo de consulta corresponde a personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 24,47%. En mujeres el segundo diagnóstico más frecuente es la atención para la anticoncepción con un 6,45%; para hombres se mantiene en segundo lugar la caries dental con un 2,32%. Llama la atención en Usme que para los hombres la atención para la anticoncepción no alcanza ni al 0.5%, lo cual indica que la responsabilidad frente a la regulación de la fecundidad aún recae sólo en la mujer. (Ver Tabla 20). En el servicio de hospitalización se observa que el diagnóstico más frecuente para mujeres es el dolor abdominal y pélvico, para hombres otros síntomas y signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.

Tabla 20. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 35 a 44 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	5959	1197	7156	24,47
2	Atención para la anticoncepción	1886	.....	1886	6,45
2	Caries dental	.....	679	679	2,32
3	Caries dental	1667	.....	1667	5,7
3	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	.....	378	378	1,29
4	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1364	.....	1364	4,66
4	Otras dorsopatías	.....	292	292	1
5	Gastritis y duodenitis	916	283	1199	4,1
6	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	850	No aplica	850	2,91
6	Trastornos de la acomodación y de la refracción	.....	252	252	0,86
TOTAL		12642	3081	15723	53,76

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En el servicio de urgencias se evidencia que el primer diagnóstico en hombres fue traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas con un 8,7%, esto es debido a las condiciones laborales que tiene este género en la localidad. Para las mujeres el principal diagnóstico en urgencias fue el dolor abdominal y pélvico con un 13,86%(Ver Tabla 21).

Tabla 21. Diagnósticos más frecuentes por urgencias en el grupo de edad de 35 a 44 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Dolor abdominal y pélvico	575	.....	575	13,86
1	Traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	.....	361	361	8,7
2	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	565	224	789	19,01
3	Traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	257	.....	257	6,19
3	Dolor abdominal y pélvico	.....	183	183	4,41
4	Otras enfermedades del sistema urinario	219	.....	219	5,28
4	Gastritis y duodenitis		44	44	1,06
5	Traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	.....	35	35	0,84
5	Gastritis y duodenitis	111	.....	111	2,67
TOTAL		1727	847	2574	62,02

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

- Grupo de edad 45 a 54 años**

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 9.90% del total de la población consultante. Frente al total de la población atendida, los adultos y adultas de 45 a 54 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio: el 9.86% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 6.30%, por urgencias y el 4.57% por hospitalización.

En consulta externa para este grupo de edad, el primer motivo de consulta corresponde a personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 27,71%. En mujeres el segundo diagnóstico más frecuente es otros síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados con un 4,44%; para hombres se mantiene en segundo lugar la caries dental con un 2,11%. (Ver Tabla 22). En el servicio de hospitalización se observa que el diagnóstico más frecuente para ambos sexos fue otros síntomas y signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte con un 25%.

Tabla 22. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 45 a 54 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	5984	1551	7535	27,71
2	Caries dental	.....	573	573	2,11
2	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1207	.....	1207	4,44

3	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	.....	401	401	1,47
3	Caries dental	1051	.....	1051	3,86
4	Trastornos de la acomodación y de la refracción	1035	392	1427	5,25
5	Gastritis y duodenitis	906	304	1210	4,45
6	otros trastornos de las articulaciones	764	.....	764	2,81
6	Otras dorsopatías	.....	299	299	1,1
TOTAL		10947	3520	14467	53,2

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En el servicio de urgencias se evidencia que el primer diagnóstico en hombres fue traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas con un 7,88%, para las mujeres el principal diagnóstico en urgencias fue otros síntomas y signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte con un 17,75%. Para este grupo de edad llama la atención lo inespecífico del diagnóstico principal para los tres servicios (consulta externa, hospitalización y urgencias).

- Grupo de edad de 55 a 59 años.**

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 3.53% del total de la población consultante. De igual manera frente al total de la población atendida, los adultos y adultas de 55 a 59 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio: el 3.78% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 2.19% por urgencias y el 2.46% por hospitalización.

En consulta externa para este grupo de edad, el primer motivo de consulta corresponde a personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 31,46%. En mujeres, el segundo diagnóstico más frecuente es otros síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificado con un 3,84%; para hombres se mantiene en segundo lugar la caries dental con un 2,01%. En el servicio de hospitalización se observa que el diagnóstico más frecuente para ambos sexos fue otros síntomas y signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte. (Ver Tabla 23).

Tabla 23. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 55 a 59 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para la investigación y exámenes	2435	852	3287	31,46
2	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	401	.....	401	3,84
2	caries dental	.....	210	210	2,01
3	gastritis y duodenitis	389	.....	389	3,72
3	Trastornos de la acomodación y de la refracción	.....	182	182	1,74
4	otros trastornos de las articulaciones	374	.....	374	3,58

4	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	----	176	176	1,68
5	Trastornos de la acomodación y de la refracción	359	----	359	3,44
5	gastritis y duodenitis	----	151	151	1,45
6	otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	304	149	453	4,34
TOTAL		4262	1720	5982	57,25

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En el servicio de urgencias se evidencia que el primer diagnóstico para ambos sexos fue otros síntomas y signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte con un 24,63%; en segundo lugar para hombres se encuentran los traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas y para las mujeres el dolor abdominal y pélvico. En el grupo de los 45 a 54 años, llama la atención lo inespecífico del diagnóstico principal para los tres servicios (consulta externa, hospitalización y urgencias).

- Grupo de edad de 60 a 69 años.**

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 4.91% del total de la población consultante, de igual manera frente al total de la población atendida, los adultos y adultas de 55 a 59 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio: el 5.24% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 3.04% por urgencias y el 5.40% por hospitalización.

En consulta externa para este grupo de edad, el primer motivo de consulta corresponde a personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 37,29%. En mujeres, el segundo diagnóstico más frecuente es otros síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados con un 4,07%. Para hombres aparecen las enfermedades crónicas con la bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con un 2,08%. (Ver Tabla 24).

Tabla 24. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de 60 a 69 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para la investigación y exámenes	3827	1563	5390	37,29
2	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	588	----	588	4,07
2	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	----	300	300	2,08
3	gastritis y duodenitis	425	258	683	4,73
4	Otras infecciones de las vías respiratorias superiores	298	----	298	2,06

4	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	----	246	246	1,07
5	Diabetes Mellitus	274	----	274	1,9
5	Otros trastornos de las articulaciones	----	219	219	1,52
6	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	190	----	190	1,31
6	Otras dorsopatías	----	186	186	1,29
TOTAL		5602	2772	8374	57,94

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En el servicio de hospitalización se observa que el diagnóstico más frecuente para ambos sexos fue otros síntomas y signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados con un 23,84%; en segundo lugar para ambos sexos se encuentra la bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con un 13,91%. (Ver Tabla 25).

Tabla 25. Diagnósticos más frecuentes por hospitalización en el grupo de edad de 60 a 69 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	21	15	36	23,84
2	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11	10	21	13,91
3	Diabetes Mellitus	10	----	10	6,62
3	Dolor abdominal y pélvico	----	9	9	5,96
4	Dolor abdominal y pélvico	8	----	8	5,3
4	Diabetes Mellitus	----	4	4	2,65
5	infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	6	4	10	6,62
TOTAL		56	42	98	64,9

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En el servicio de urgencias se evidencia que el primer diagnóstico para ambos sexos fue otros síntomas y signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados con un 24,44%; en segundo lugar para hombres se encuentran los traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas con un 4,7% y para las mujeres el dolor abdominal y pélvico con un 8,47%.

- Grupo de edad mayores de 70 años.**

Este grupo de edad aportó a las consultas del año 2008 el 4.59% del total de la población consultante. De igual manera frente al total de la población atendida, los adultos y adultas de 55 a 59 años mostraron el siguiente comportamiento en relación con cada servicio: el 4.68% fue atendido por el servicio de consulta externa, el 3.75% por urgencias y el 10.51% por hospitalización.

En consulta externa para este grupo de edad, el primer motivo de consulta corresponde a personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 39,28%. El segundo diagnóstico más frecuente para ambos sexos fue bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con un 12,04%. (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Diagnósticos más frecuentes por consulta externa en el grupo de edad de mayores de 70 años por sexo, Hospital de Usme año 2008

Nº Orden	Diagnóstico	M	H	Total	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para la investigación y exámenes	3430	1650	5080	39,28
2	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	913	644	1557	12,04
3	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	452	231	683	5,28
4	Otros trastornos de las articulaciones	414	219	633	4,89
5	gastritis y duodenitis	348	201	549	4,25
6	Otras dorsopatías	272	141	413	3,19
TOTAL		5829	3086	8915	68,94

Fuente: Oficina de Estadística y Sistemas Hospital de Usme RIPS 2008.

En el servicio de hospitalización se observa que el diagnóstico más frecuente para ambos sexos fue bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. En el servicio de urgencias se evidencia que el primer diagnóstico para ambos sexos fue otros síntomas y signos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte; en segundo lugar para hombres se encuentran bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, para las mujeres el dolor abdominal y pélvico.

- Violencia intrafamiliar**

La violencia intrafamiliar, el abuso sexual y el maltrato infantil son una problemática latente en la localidad de Usme que ha mostrado elevados índices de ocurrencia, los cuales han venido en aumento durante los dos últimos años, afectando la calidad de vida de los habitantes de la localidad y vulnerando sus derechos fundamentales tanto en niños como en adultos.

Se puede evidenciar con cifras cómo el maltrato emocional o psicológico ha sido el más predominante con una tasa de 545.1 x 100000 habitantes en Usme; lo anterior debe mirarse con especial cuidado ya que el maltrato emocional generalmente acompaña a los demás tipos de violencia. El segundo tipo de violencia con mayor ocurrencia en la localidad es la negligencia con una tasa de 201.9 x 100000 habitantes en la localidad, generalmente presentada en niños por una carencia de recursos económicos, desinformación, desempleo y barreras en el acceso a la salud y educación de gran parte de los habitantes de la localidad y que generalmente se encuentran a cargo de los menores ya sea como padres o cuidadores (Ver Tabla 27).

Tabla 27. Distribución de los eventos de violencia intrafamiliar por ciclo vital año 2010

Ciclo Vital	CASOS NOTIFICADOS 2010 POR CICLO VITAL, GENERO Y EVENTO																					
	Física			Emocional			Sexual			Económica			Negligencia			Abandono			TOTAL	%		
	H	M	%	H	M	%	H	M	%	H	M	%	H	M	%	H	M	%				
Infancia	69	46,3	11,3	430	58,1	23,3	16	50	26,9	12	66,7	11	10	280	80	49,9	40	66,7	30	43,5	1617	38,18
Juventud	52	34,9	44,1	191	25,8	41,3	16	50	62,4	3	16,7	59	53,6	61	17,4	36,3	15	25	25	36,2	1563	36,91
Adultez	25	16,8	42,9	102	13,8	31	0	20	10,8	3	16,7	36	32,7	8	2,3	10,6	3	5	6	8,7	924	21,82
Persona mayor	3	2	1,7	17	2,3	4,4	0	0	0	0	0	4	3,6	1	0,3	3,2	2	3,3	8	11,6	131	3,09
Total general 149		100	100	740	100	100	32	100	100	18	100	110	100	350	100	501	100	60	69	100	4235	100

Fuente: Base de datos SIVIM 2010 – Vigilancia en Salud Pública, Hospital de Usme.

Tomando en consideración la distribución de los eventos de violencia notificados al subsistema SIVIM por ciclo vital, se evidencia que los ciclos vitales Infancia y Juventud reportan eventos de violencia en mayor proporción representando el 75 % de la notificación total de eventos, constituyendo a su vez en $\frac{3}{4}$ de la totalidad de notificaciones, manteniendo la tendencia durante el período enero – diciembre de 2010. De acuerdo con lo anterior, se pone de manifiesto que los ciclos vitales expuestos a situaciones de violencia de manera constante son los que se encuentran constituidos por menores de edad dada su condición de vulnerabilidad frente a padres y cuidadores, quienes en su mayoría ejercen eventos de violencia dadas las condiciones de dependencia económica y afectiva de niños y jóvenes.

Es importante tener en cuenta, que dentro del ciclo vital juventud son las mujeres con el 78.37% quienes presentan mayor número de eventos, al igual que en otros ciclos quienes, dentro de las cuales se incluyen gestantes, quienes inician de manera temprana relaciones sexuales y de pareja, a su vez son altamente vulnerables a enfrentar embarazos no planeados y para los cuales no están preparados ni física ni emocionalmente en la mayoría de los casos, lo que ocasiona inicio tardío de controles prenatales y exámenes clínicos que permitirían mejorar las condiciones del embarazo si se realizaran de manera consciente y oportuna.

El ciclo vital adultez representó para el 2010 un 22% de la notificación total por eventos con un registro total de 924. Esta situación se debe en gran medida a las condiciones propias de la localidad como: bajo nivel educativo, condiciones de hacinamiento, entre otros factores que generar relaciones de pareja conflictivas y agresivas en donde el 85% de las víctimas son mujeres en relación a eventos de violencia física, emocional, sexual, económica, negligencia y abandono. Los eventos de violencia sexual en mujeres son realizados en su mayoría por parte de personas diferentes a su pareja al igual que los eventos de violencia en personas en condición de discapacidad son ejercidos por padres, hermanos o cuidadores. El ciclo vital de la persona mayor representa el 3.09% de la notificación total, estos eventos de violencia son realizados en la mayor parte de los casos por sus hijos y/o cuidadores quienes son responsables por ellos. Esta situación desmejora las condiciones de las víctimas debido a la dependencia afectiva y económica que se da la mayoría de los casos, dificultando la canalización de los casos a los entes judiciales correspondientes, lo cual trae como consecuencia la continuidad de estos eventos vulnerando el ejercicio de su autonomía.

Es importante resaltar que la mujer continua siendo la víctima más frecuente de eventos de violencia. Estas cifras demuestran que sigue siendo vulnerable ante los hechos de violencia en la localidad de Usme; esto se debe en parte a factores socioeconómicos, culturales, machismo, temor, barreras de atención, falta de confianza en las instituciones encargadas de su seguridad, inequidad, falta de oportunidades, entre otros factores. Por último, se observa con preocupación que ninguno de los tipos de violencia muestra una reducción significativa en su ocurrencia, lo cual proporciona un panorama poco alentador sobre el comportamiento de los hechos de violencia dentro de la localidad. El sistema de vigilancia SIVIM brinda atención a todas las víctimas de maltrato y violencia sexual reportados a la oficina de epidemiología con el fin de garantizar la restitución de sus derechos, enfatizando en la detección temprana de estos eventos y así disminuir los daños en las víctimas. Pero es de vital importancia revisar las estrategias de prevención que se utilizan en la actualidad al mismo tiempo que se trabaja en educación, igualdad y generación de oportunidades, con el fin de disminuir la presencia de estos eventos y así brindar mejores condiciones de vida a la comunidad.

- **Patrón de Discapacidad**

El abordaje de las personas con discapacidad en la localidad de Usme se inicia en el año de 1999, con el programa de “Prevención y manejo de la Discapacidad, Rehabilitación Basada en comunidad”, con acciones definidas por lineamientos direccionados desde la Secretaría Distrital de salud. Hoy día es reconocido como eje transversal dentro del nuevo modelo de atención en salud

con enfoque familiar y comunitario, ya que las acciones planeadas son coherentes y concertadas de acuerdo a las necesidades de la población con discapacidad.

Por esto el programa de discapacidad forma parte de los objetivos propuestos en el Plan de Desarrollo Local el cual es coherente con el Plan de Desarrollo Distrital “**BOGOTA POSITIVA**”, donde una de las metas es la de fortalecer los programas de atención para los grupos vulnerables del Distrito. Estas acciones se basan en un enfoque de derechos mediante el marco de la Política Pública Distrital de Discapacidad Decreto 470 de 2007 a la luz del mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social, participación y el ejercicio de la ciudadanía desde los diferentes sectores y específicamente desde el sector salud a través de acciones de salud pública por el programa de prevención y manejo de la discapacidad.

El Concepto de discapacidad, se relaciona con la capacidad de las personas para la realización de sus actividades de la vida diaria y en la forma como interactúa con su propio entorno para la realización de las mismas. Se pasa de una visión eminentemente médica a una visión social. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud en el 2001, señala que la participación restringida de las personas con discapacidad en las actividades educativas, laborales y sociales ya no se considera como el resultado de sus limitaciones sino como producto de las barreras sociales, es decir de la relación de las personas con el entorno. Donde la influencia de los imaginarios y representaciones sociales sobre los mismos, tal y como se vislumbra desde las versiones que presenta Barnes⁷¹ En esta medida, las acciones desde la transversalidad se sustentan en el principio, “*Si la discapacidad es una construcción social, debe generar respuestas de carácter social*”. De la proporción por mil habitantes por etapa de ciclo vital en cuanto a la prevalencia de discapacidad se determina que en Bogotá se han registrado a nivel de los cuatro ciclos vitales 176.592 habitantes del cual 7.678 corresponden a la Localidad de Usme y de acuerdo a la distribución por cada etapa de ciclo vital correspondería al 6.4% para el ciclo vital Infancia, el 11.6% para el ciclo vital juventud, el 23.2% para el ciclo vital adultez el cual es el de mayor prevalencia y un 16.4% para el ciclo vital persona mayor. (Ver Tabla 28).

Tabla 28. Proporción de discapacidad x 1000 habitantes según etapa de ciclo vital. Comparativo Usme - Bogotá 2009

GRUPO	USME	BOGOTA
Todos los ciclos	23,83	25,05
Infancia	6,41	8,45
Juventud	11,56	12,36
Adultez	23,15	19,84
Persona mayor	16,45	12,69

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2008. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2009.

En consecuencia de lo anterior y teniendo en cuenta el alto índice de personas con discapacidad de la localidad quinta de Usme, han sido atendidas desde el programa de prevención y manejo de la discapacidad a través de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad 1.071 personas con discapacidad al año 2008 y 836 al año 2009 y se han registrado 10.216 personas con discapacidad en los años 2005 al 2009; este dato estadístico establece que aún hace falta por registrar e integrar al programa de discapacidad 6393 personas con discapacidad de la población total. De otra parte, desde la estrategia de salud a su casa se identifica el 1.57% de la población con alguna discapacidad; así mismo desde la estrategia de Salud a su casa se ha identificado 1.292 personas con discapacidad,

⁷¹ García R., Solángel, Carrillo A., María Victoria, Cobos B., Ana María, Santacruz G., Martha. Profesionales especializados grupo de discapacidad de la Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2008.

por ciclo vital y tipo de vinculación en seguridad social, que equivale a 100% (8621 Personas con Discapacidad) de la caracterización de dicho grupo, que comparada con la encuesta Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, La localidad de Usme presenta un 14.98 % de población captada por la estrategia de Salud a su Casa. En la tabla 29 se observa la prevalencia por tipo de deficiencia, en primer lugar se ubica los problemas del sistema nervioso central con un 2,18%, seguido por la deficiencias del sistema genital y reproductivo con un 1,42% y en tercer lugar las deficiencias en la digestión, metabolismo y hormonas con un 1,34%.

Tabla 29. Prevalencia por tipo de deficiencias Comparativo Usme - Bogotá 2009

ALTERACIONES	USME		BOGOTA
	Personas	Porcentaje	Personas
Sistema nervioso central	1.510	2,18	69.176
Visuales	635	0,91	69.936
Auditivas	297	1,09	27.225
Demás órganos de los sentidos	35	0,67	5.225
Voz y habla	205	0,99	20.764
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	1.073	1,32	81.064
Digestión, metabolismo y hormonas	608	1,34	45.397
Sistema genital y reproductivo	265	1,42	18.621
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	871	0,92	94.621
Piel	112	1,26	8.881
Otra alteración	87	1,06	8.193

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2008. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2009.

En la tabla 30 se observa la prevalencia por tipo de limitación, encontrando en primer lugar para la localidad de Usme con un 4.61% el relacionarse con las demás personas y el entorno, seguido de la limitación para pensar con un 2,12% y en tercer lugar las limitaciones de otro tipo con un 2.0%.

Tabla 30. Prevalencia por tipo de limitaciones Comparativo Usme - Bogotá 2009

LIMITACIONES	USME		BOGOTA
	Personas	Porcentaje	Personas
Pensar	1.381	2,12	65.281
Ver	560	0,94	59.273
Oír	262	1,17	22.481
Distinguir Sabores U Olores	28	0,64	4.389
Hablar Y Comunicarse	279	1,24	22.497
Desplazarse En Trechos Cortos	279	0,36	78.304
Masticar, Tragar, Asimilar O Transformar Los Alimentos	575	1,50	38.375
Retener O Expulsar La Orina, Tener Relaciones Sexuales, Tener Hijos	266	1,26	21.096
Caminar, Correr, Saltar	941	0,93	101.580
Mantener Piel, Uñas Y Cabellos Sanos	116	1,20	9.644
Relacionarse Con Las Demás Personas Y El Entorno	1.081	4,61	23.446

Llevar, Mover, Utilizar Objetos Con Las Manos	357	1,07	33.379
Cambiar Y Mantener Posiciones Del Cuerpo	208	0,68	30.613
Alimentarse, Asearse Y Vestirse Por Sí Mismo	152	1,12	13.539
Presenta Otra Dificultad	119	2,00	5.961

Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. DANE 2008. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. 2009.

• Alimentación y nutrición

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) tiene como objetivo principal determinar y caracterizar la situación alimentaria y nutricional de tres grupos especialmente vulnerables que son los menores de 7 años, mujeres gestantes y recién nacidos con bajo peso. El estado nutricional está determinado por varios factores, como los económicos, sociales, culturales, académicos, ambientales, familiares, los cuales tienen relación directa con la calidad de vida de los hogares y más aún de cada integrante; estos factores se abordarán con mayor profundidad en el capítulo 2 de este documento. En la tabla 31 se observa la prevalencia del peso al nacer para el año 2007 para la localidad de Usme, tenemos un 12,8% con bajo peso al nacer, un 34,3% con peso deficiente y 52,9% con peso adecuado. Comparado con la prevalencia dada en Bogotá, la localidad está en el promedio, es decir, las estrategias implementadas por el distrito muestran un balance positivo a nivel nutrición.

Tabla 31. Prevalencia de peso al nacer Usme – Bogotá años 2002 a 2010

AÑO	USME			BOGOTA		
	Prevalencia Bajo peso (< 2.499 gr)	Prevalencia de Peso deficiente (2500 - 2999 gr)	Adecuado (>= 3000 gr)	Prevalencia Bajo peso (< 2.499 gr)	Prevalencia de Peso deficiente (2500 - 2999 gr)	Adecuado (>= 3000 gr)
2002	11,8	33,9	54,3	11,4	32,5	56,0
2003	13,3	35,6	51,1	11,9	33,1	55,0
2004	11,4	36,4	52,2	11,7	33,5	54,9
2005	12,7	36,4	50,9	11,9	34,1	54,0
2006	12,8	36,1	51,1	12,1	34,3	53,6
2007	12,8	34,3	52,9	12,4	34,6	53,0
2008	8,9	41,9	49,1	-	-	-
2009	6,9	40,3	52,8	-	-	-
2010	10,1	46,4	43,5	-	-	-

Fuente: (2000-2003) - DANE: Base de datos de nacidos vivos (2004-2007) - Secretaría Distrital de Salud: Certificados de nacido Vivo.

Por otro lado el estado nutricional de las gestantes de la localidad arroja unas cifras muy parecidas a las dadas por Bogotá: tenemos un 30,2% de gestantes con bajo peso, un 38,7% con peso adecuado, un 15,1% con sobrepeso y un 15,9% presenta obesidad. (Ver Tabla 32). La presencia de bajo peso en las gestantes ha disminuido pasando de 35.4% en el 2003 a 25.9% en el 2010, pero ese comportamiento se contrasta con la presencia de sobrepeso y obesidad en las gestantes, el cual ha aumentado.

Tabla 32. Comportamiento del estado nutricional de gestantes, localidad de Usme. 2003 - 2010

AÑO	USME				BOGOTA			
	BAJO PESO	ADECUADO PESO	SOBREPESO	OBSIDIDAD	BAJO PESO	ADECUADO PESO	SOBREPESO	OBSIDIDAD
2003	35,4	39,4	11,9	13,4	32,5	37,1	14,5	15,9
2004	35,0	38,6	13,3	13,1	32,5	38,3	14,4	14,8
2005	33,8	38,7	14,2	13,3	33,1	38,3	14,3	14,3
2006	33,5	38,6	13,8	14,1	32,2	38,4	14,6	14,8
2007	31,0	38,4	15,3	15,3	31,0	37,8	14,9	16,2
2008	30,2	38,7	15,1	15,9	28,5	37,3	16,1	18,1
2009	28,6	38,4	15	18	29,9	37,1	17,3	15,6
2010	25,9	38,1	16,5	19,5	26,6	37,1	19,9	16,5

Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN

La desnutrición en todos sus niveles ha presentado un descenso significativo para la localidad de Usme, presentando para el año 2007 un 11,5% desnutrición crónica, 6,0% desnutrición aguda. Comparado con el promedio de Bogotá, las cifras son muy similares, esto debido a las estrategias intensas que se adelantan por parte del hospital de Usme frente a este problema y que se han ejecutado de manera eficiente. (Ver Tabla 33).

Tabla 33. Comportamiento de la Desnutrición crónica, aguda y global en menores de 7 años, Comparativo localidad Usme y Bogotá. 2000 - 2010

AÑO	USME				BOGOTA			
	% DNT CRONICA	% DNT AGUDA	% DNT GLOBAL	No. REGISTROS	% DNT CRONICA	% DNT AGUDA	% DNT GLOBAL	No. REGISTROS
2000	18,6	6,3	12,8	9.346,0	16,1	5,2	10,7	102.703,0
2001	17,3	7,2	11,1	10.383,0	14,7	5,7	10,7	111.886,0
2002	18,9	13,9	16,1	8.880,0	15,4	6,3	11,5	128.363,0
2003	17,4	8,1	12,3	12.715,0	13,4	5,9	10,5	162.675,0
2004	18,5	6,5	11,0	13.011,0	13,4	5,6	10,1	172.285,0
2005	18,0	5,7	11,3	15.941,0	13,2	5,3	9,9	170.208,0
2006	17,9	6,4	11,9	16.179,0	12,8	5,3	9,6	180.233,0
2007	11,5	6,0	8,6	6.462,0	12,9	5,0	9,3	101.629,0
2008	15,4	4,1	-	0,0	12,4	4,4	-	0,0
2009	14,6	4,1	9,2	18271	12,2	4,0	8,3	-
2010	13,6	3,4	8,4	14100	10,8	3,5	7,7	-

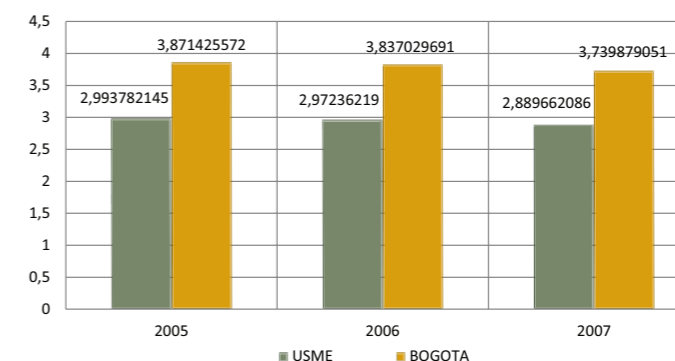
Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN

1.4.2 Mortalidad General

A continuación se presenta el análisis de la mortalidad general y específica de la localidad de Usme, discriminados por grupos de edad y dando a conocer sus principales causas. Como lo muestra la gráfica 7, tanto para Bogotá como para la localidad, las tasas de mortalidad general han venido presentando una leve disminución en los últimos 3 años, pasando de 2,99 en el 2005 a 2,89 en el

2007 para la localidad de Usme y para Bogotá es muy similar ya que pasa de 3,87 en el 2005 a 3,74 en el 2007, esto debido seguramente a las estrategias realizadas por el distrito en esta materia.

Gráfico 7. Tasa de mortalidad general Usme 2005 – 2007



Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP.

En general para todos los grupos de edad, son las enfermedades isquémicas del corazón seguidas por las enfermedades cerebrovasculares las dos primeras causas de mortalidad de la población de la localidad de Usme en los años 2005 y 2007, para el año 2006 la segunda causa fueron las agresiones (homicidios) y secuelas con una tasa de 2,5. (Ver tabla 34).

Tabla 34. Diez primeras causas de mortalidad en todos los grupos de edad localidad de Usme 2005 – 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006		2007			
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	Enfermedades isquémicas del corazón	96	3,2	1	117	3,8	1	113	3,5
2	Enfermedades cerebrovasculares	71	2,4	3	73	2,4	2	76	2,4
3	Agresiones (homicidios) y secuelas	65	2,2	2	77	2,5	3	75	2,3
4	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	53	1,8	5	39	1,3	4	52	1,6
5	Tumor maligno del estómago	35	1,2	7	25	0,8	6	21	0,7
6	Neumonía	30	1,0	4	45	1,5	5	32	1,0
7	Enfermedades hipertensivas	25	0,8	8	19	0,6			
8	Diabetes mellitus	24	0,8	6	27	0,9	7	21	0,7
9	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	17	0,6						

10	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	17	0,6						
	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) y secuelas			9	18	0,6			
	Enfermedad por VIH (SIDA)			10	16	0,5			
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio						8	21	0,7
	Accidentes de transporte de motor						9	19	0,6
	Insuficiencia cardiaca						10	18	0,6
	Resto de causas	464	15,5		466	15,0		483	15,0
	Total	897	29,9		922	29,7		931	28,9

FUENTE: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales -(Los datos del 2007 son preliminares). Tasa por 10.000 habitantes.

1.4.3 Mortalidad específica por grupo de Edad.

Para el grupo de edad, menores de un año, la primera causa de mortalidad en el año 2007 son las malformaciones congénitas del sistema circulatorio con una tasa de 30.1 muertes por cada 10.000 habitantes, seguida por los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con una tasa de 25.6. En los años 2005 y 2006 la primera causa son los trastornos respiratorios específicos del periodo neonatal con tasas del 27,1 y 24,8 respectivamente. Como se observa en la tabla 35, las tasas de mortalidad en menores de un año registran una tendencia ascendente; para el año 2005 tenemos una tasa de 129,1 muertes por cada 10.000 habitantes y en el año 2007 registra un aumento significativo con una tasa de 141,7, es decir, que las estrategias implementadas, no son eficaces o se están ejecutando de manera inadecuada.

Tabla 35. Diez primeras causas de mortalidad en menores de un año. Localidad de Usme 2005 – 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006			2007		
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	17	27,1	1	16	24,8	2	17	25,6
2	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	10	15,9	5	3	4,7	3	8	12,1
3	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	9	14,3	3	9	14,0	1	20	30,1
4	1-059 Neumonía	6	9,6	2	9	14,0	8	3	4,5
5	1-084 Infecciones específicas del periodo perinatal	5	8,0	4	5	7,8	4	6	9,0
6	1-085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	4	6,4	8	2	3,1	6	5	7,5

7	1-080 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	3	4,8					5	5	7,5
8	1-083 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	2	3,2	7	2	3,1	7	4	6,0	
9	1-001 Enfermedades infecciosas intestinales	1	1,6	10	1	1,6				
10	1-005 Septicemia, excepto neonatal	1	1,6				10	1	1,5	
	1-081 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer			6	2	3,1				
	1-096 Accidentes que obstruyen la respiración			9	2	3,1				
	1-045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central						9	2	3,0	
	Resto de causas	23	36,7		26	40,3		23	34,7	
	Total	81	129,1		77	119,4		94	141,7	

FUENTE: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales -(Los datos del 2007 son preliminares). Tasa por 10.000 habitantes

Para el grupo de edad niños de 1 a 4 años, la primera causa de mortalidad en el año 2007 son las causadas por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas con una tasa de 1.5 muertes por 10.000 habitantes, seguida por la neumonía con un tasa de 0.7 y como tercer lugar encontramos los accidentes que obstruyen la respiración con una tasa de 0.7. En los años 2005 y 2006 la primera causa son la neumonía y la epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos con tasas de 1,2 y 0,8 respectivamente. (Ver Tabla 36).

Tabla 36. Diez primeras causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años localidad de Usme 2005 – 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006			2007		
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-059 Neumonía	3	1,2	10	1	0,4	2	2	0,7
2	1-091 Otros accidentes de transporte terrestre	2	0,8						
3	1-040 Defectos de coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y de la sangre y los trastornos que afectan la inmunidad	1	0,4				6	1	0,4
4	1-042 Deficiencias nutricionales	1	0,4	8	1	0,4			
5	1-054 Insuficiencia cardiaca	1	0,4						
6	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	1	0,4						

7	1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos			1	2	0,8			
8	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas			2	2	0,8	1	4	1,5
9	1-001 Enfermedades infecciosas intestinales			3	1	0,4			
10	1-005 Septicemia, excepto neonatal			4	1	0,4			
	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)			5	1	0,4			
	1-032 Tumor maligno de la tiroides y de otras glándulas endocrinas			6	1	0,4	4	1	0,4
	1-035 Leucemia			7	1	0,4	5	1	0,4
	1-045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central			9	1	0,4			
	1-096 Accidentes que obstruyen la respiración						3	2	0,7
	1-090 Accidentes de transporte de motor						7	1	0,4
	1-093 Caídas						8	1	0,4
	Resto de causas	5	1,9		9	3,4		3	1,1
	Total	14	5,4		21	8,0		16	5,9

FUENTE: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales -(Los datos del 2007 son preliminares). Tasa por 10.000 habitantes

Para el grupo de edad niños de 5 a 14 años, la primera causa de mortalidad en el año 2007 son los tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón con una tasa de 0.1 muertes por 10.000 habitantes, seguida por los tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares con una tasa de 0,1 y como tercer lugar encontramos la leucemia con una tasa de 0,1. En el año 2005 la primera causa de mortalidad fue originada por los tumores malignos del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central con una tasa de 0,1 y en el año 2006 la primera causa es la neumonía con una tasa de 0,4. (Ver Tabla 37)

Tabla 37. Diez primeras causas de mortalidad en niños de 5 a 14 años, localidad de Usme 2005 – 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006			2007		
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	1	0,1						
2	1-035 Leucemia	1	0,1				3	1	0,1
3	1-039 Anemias: nutricionales, hemolíticas, aplásticas y otras	1	0,1						
4	1-059 Neumonía	1	0,1	1	3	0,4			

5	1-100 Lesiones intencionalmente (suicidios) y secuelas	1	0,1	2	3	0,4			
6	1-052 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar			3	2	0,3			
7	1-090 Accidentes de transporte de motor			4	2	0,3	7	1	0,1
8	1-095 Ahogamiento y sumersión accidentales			5	2	0,3			
9	1-065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal			6	1	0,1			
10	1-069 Enfermedades del peritoneo y todas las demás enfermedades del sistema digestivo			7	1	0,1			
	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio			8	1	0,1			
	1-088 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas			9	1	0,1			
	1-091 Otros accidentes de transporte terrestre			10	1	0,1	8	1	0,1
	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón						1	1	0,1
	1-022 Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares						2	1	0,1
	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón						4	1	0,1
	1-084 Infecciones específicas del período perinatal						5	1	0,1
	1-087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio						6	1	0,1
	Resto de causas	3	0,4		2	0,3		2	0,3
	Total	8	1,2		19	2,7		10	1,4

FUENTE: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales -(Los datos del 2007 son preliminares). Tasa por 10.000 habitantes

Para el grupo de edad personas de 15 a 44 años, la primera causa de mortalidad en el periodo 2005-2007 son las originadas por agresiones (homicidios) y secuelas manteniéndose como una constante en la localidad al igual que en Bogotá, seguida por los accidentes de transporte de motor y como tercer lugar encontramos la enfermedad VIH (sida) para el año 2007, (Ver Tabla 38).

Tabla 38. Diez primeras causas de mortalidad en personas de 15 a 44 años, localidad de Usme 2005 a 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006		2007			
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	59	4,0	1	65	4,3	1	56	3,6
2	1-091 Otros accidentes de transporte terrestre	10	0,7	10	3	0,2	4	8	0,5
3	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	9	0,6	2	12	0,8	3	8	0,5
4	1-100 Lesiones intencionalmente (suicidios) y secuelas	9	0,6	4	9	0,6	5	6	0,4
5	1-078 Embarazo, parto y puerperio	6	0,4						
6	1-013 Tumor maligno del estómago	5	0,3	5	7	0,5	8	3	0,2
7	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	5	0,3						
8	1-025 Tumor maligno del cuello del útero	4	0,3	9	3	0,2			
9	1-035 Leucemia	4	0,3				10	3	0,2
10	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	4	0,3				7	4	0,3
	1-059 Neumonía			3	9	0,6			
	1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central			6	5	0,3	9	3	0,2
	1-090 Accidentes de transporte de motor			7	5	0,3	2	14	0,9
	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión recto sigmoidea, recto y ano			8	4	0,3			
	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer						6	4	0,3
	Resto de causas	86	5,9		57	3,8		67	4,3
	Total	201	13,8		179	11,9		176	11,3

FUENTE: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales -(Los datos del 2007 son preliminares). Tasa por 10.000 habitantes.

Para el grupo de edad personas de 45 a 59 años, la primera causa de mortalidad en el año 2007 son las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 4.3 por 10.000 habitantes, seguida por las agresiones (homicidios) y secuelas con una tasa de 3.5 y como tercer lugar encontramos las enfermedades cerebrovasculares. En los años 2005 y 2006 la primera causa de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón. (Ver Tabla 39)

Tabla 39. Diez primeras causas de mortalidad en personas de 45 a 59 años, localidad de Usme 2005 – 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006		2007			
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	17	4,6	1	26	6,6	1	18	4,3
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	12	3,3	2	17	4,3	3	13	3,1
3	1-013 Tumor maligno del estómago	8	2,2	4	7	1,8	7	4	0,9
4	1-025 Tumor maligno del cuello del útero	6	1,6	5	7	1,8			
5	1-041 Diabetes mellitus	6	1,6	6	6	1,5			
6	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	5	1,4						
7	1-009 Enfermedad por VIH (SIDA)	4	1,1						
8	1-050 Enfermedades hipertensivas	4	1,1						
9	1-101 Agresiones (homicidios) y secuelas	4	1,1	3	10	2,5	2	15	3,5
10	1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	3	0,8				8	4	0,9
	1-037 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido			7	5	1,3			
	1-067 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas			8	5	1,3			
	1-100 Lesiones intencionalmente (suicidios) y secuelas			9	5	1,3			
	1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer			10	4	1,0	10	3	0,7
	1-066 Enfermedades del hígado						4	5	1,2
	1-074 Insuficiencia renal						5	5	1,2
	1-091 Otros accidentes de transporte terrestre						6	5	1,2
	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón						9	4	0,9
	Resto de causas	73	19,8		78	19,8		68	16,1
	Total	142	38,5		170	43,1		144	34,0

FUENTE: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales -(Los datos del 2007 son preliminares). Tasa por 10.000 habitantes

Para el grupo de edad personas mayores de 60 años, la primera causa de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 51.5 por 10.000 habitantes, seguida por las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 32.8 y como tercer lugar las enfermedades crónicas de las vías respiratorias con una tasa de 27,7, en esta ocasión coinciden para los años 2005, 2006 y 2007. (Ver Tabla 40).

Tabla 40. Diez primeras causas de mortalidad en personas mayores de 60 años, localidad de Usme 2005 – 2007

Orden	CAUSAS	2005		2006		2007			
		Número	Tasa	Orden	Número	Tasa	Orden	Número	Tasa
1	1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	76	49,4	1	89	54,2	1	91	51,5
2	1-055 Enfermedades cerebrovasculares	55	35,8	2	55	33,5	2	58	32,8
3	1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	46	29,9	3	38	23,1	3	49	27,7
4	1-013 Tumor maligno del estómago	22	14,3	7	11	6,7	7	14	7,9
5	1-050 Enfermedades hipertensivas	21	13,7	6	18	11,0	6	15	8,5
6	1-059 Neumonía	17	11,1	4	22	13,4	4	24	13,6
7	1-041 Diabetes mellitus	15	9,8	5	20	12,2	5	19	10,7
8	1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	9	5,9	10	10	6,1			
9	1-067 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	8	5,2						
10	1-058 Enfermedades de los vasos sanguíneos y otras enfermedades del sistema circulatorio	7	4,6						
	1-054 Insuficiencia cardiaca			8	11	6,7	8	14	7,9
	1-066 Enfermedades del hígado			9	11	6,7			
							9	12	6,8
							10	10	5,7
	Resto de causas	175	113,8		171	104,1		185	104,7
	Total	451	293,4		456	277,7		491	277,8

FUENTE: Certificado de defunción -Bases de datos DANE- Sistema de Estadísticas Vitales -(Los datos del 2007 son preliminares). Tasa por 10.000 habitantes

1.4.4 Mortalidad Potencialmente Prevenible

Las mortalidades potencialmente prevenibles son aquellas que por tomar medidas en salud pública se puede disminuir el número de casos. La mortalidad materna en la localidad de Usme, presenta una tendencia decreciente del año 2000 al 2009 con razón de mortalidad materna de 119.5 a 15,5 para los años mencionados (Ver Tabla 41), indicando cumplimiento de la meta distrital

de cero indiferencia con la mortalidad materna. Con respecto al Boletín Epidemiológico 2.007⁷², según la localidad de residencia, se evidencia para la localidad de Usme una reducción del 50% al comparar los resultados del 2.006 con respecto al 2.007, años en los cuales se reportan 2 y 1 casos respectivamente, de acuerdo a los certificados de defunción, lo que representa que en el 2.006 la localidad de Usme aporta en un 3.44% al total de muertes maternas del distrito y en el 2.007 con el 1.88%. Al comparar los resultados del 2.008 con respecto al 2.009, años en los cuales se reportan 1 y 1 casos respectivamente, lo que representa que en el 2.008 la localidad de Usme aporta en un 2.27% al total de muertes maternas del distrito y en el 2.009 con el 1.78%.

Tabla 41. Mortalidad Materna Usme - Bogotá 2000 – 2009

MORTALIDAD MATERNA (Razón por 100.000 NV)				
AÑO	USME		BOGOTÁ	
	Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 100.000 NV
2000	8	119,5	114	92,8
2001	7	109,8	92	77,1
2002	7	112,4	74	64,2
2003	5	81,6	67	58,8
2004	3	48,5	73	64,2
2005	6	101,2	67	59,6
2006	2	32,7	60	52,7
2007	1	16,0	53	45,8
2008	1	15,4	44	37,7
2009	1	15,5	56	50,8

Fuente: Certificados de defunción - Certificado de Nacido Vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales -SDS 2009.

En cuanto a mortalidad perinatal tanto en Usme como en Bogotá se observa incremento pasando de 92 eventos en el 2.004 a 140 en el 2.006, pero posteriormente se presenta una mejoría significativa pasando de 104 eventos en el 2007 a 91 en el 2009 (Ver Tabla 42). La mayor parte de estas mortalidades se encuentran asociadas a defectos congénitos, de los cuales se ha tenido la tendencia a pensar que no son evitables y varios estudios demuestran que existen medidas costo efectivas (como la fortificación de ciertos alimentos de consumo masivo con ácido fólico)⁷³ que reducirían en gran medida las mortalidades perinatales o los nacimientos de niños con algún grado o tipo de discapacidad; de igual manera se debe pensar en la importancia de una buena consejería preconcepcional, el inicio temprano de

72 <http://www.saludcapital.gov.co/publicaciones/Boletines%20estadisticos/Boletin%20Estadistico%20No%207.pdf>

73 The World Health Report on Global Health 2003. World Health Organization, 2003. Health Canada 1997. Regulations Amending the Food and Drug Regulations (1066). Canada Gazette, Part I, pp. 3702-3705.

controles prenatales y que a su vez éstos sean de la mejor calidad.

Tabla 42. Mortalidad perinatal Usme - Bogotá 2004 – 2009

AÑO	USME			BOGOTA		
	Muertes Peri-natales	Nacidos Vivos más fetales	Tasa por 1000 NV	Muertes Peri-natales	Nacidos Vivos más fetales	Tasa por 1000 NV
2004	92	5.983	15,38	1.788	113.538	15,75
2005	113	6.208	18,20	2.197	115.387	19,04
2006	140	6.363	22,00	2.696	117.758	22,89
2007	104	-	15,9	2.832	115.737	23,2
2008	86	-	13,3	1690	116.592	14,5
2009	91	6472	14,1	1596	114.156	14,0

Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales

La mortalidad infantil enfrenta una situación compleja, pues continúa con un incremento sustancial, en el 2.006 se reportaron 77 casos, mientras que para el 2.007 hubo 94 casos identificados, teniendo un incremento del 22%, posteriormente en el año 2008 se reportaron 79 casos y finalmente en el año 2009 se reportan 85 casos, indicando una disminución de casos reportados en un 9,6%. (Ver Tabla 43).

Tabla 43. Mortalidad Infantil Usme - Bogotá 2000 – 2009

AÑO	USME		BOGOTA	
	Número muertes	Razón por 1.000 NV	Número muertes	Razón por 1.000 NV
2000	105	15,7	2.267	18,5
2001	116	18,2	1.997	16,7
2002	87	14,0	1.743	15,1
2003	108	17,6	1.719	15,1
2004	96	15,5	1.758	15,5
2005	81	13,7	1.684	15,0
2006	77	12,6	1.553	13,6
2007	94	15,0	1.596	13,8
2008	79	12,2	1476	12,7
2009	85	13,1	1339	11,7

Fuente: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE Sistema de Estadísticas Vitales 2007.

Para el año 2008 se presentaron en la localidad de Usme un total de 79 muertes infantiles por diversas causas, dentro de las cuáles se evidencia a través de los análisis de mortalidad que se han desarrollado en la ESE que en su mayoría son consecuencia de una detección tardía del estado de gestación de la mujer, percibido en primera instancia por ella, pero con dificultad en la identificación por el hospital para canalizar y facilitar el acceso a los controles prenatales, de igual manera por la rotación y movilización continua de la población hace que la constancia o la adherencia a los programas prenatales se da con dificultad. También se evidencia que algunas de las mortalidades se presentaron por complicaciones de Infección Respiratoria Aguda, en donde el reconocimiento tardío de los signos de alarma hace parte de estos decesos. Es importante

referir que la violencia intrafamiliar contra las mujeres gestantes y contra los recién nacidos, es un importante coadyuvante para que se presente la mortalidad infantil, y que se evidenció en el año 2008⁷⁴.

Respecto a mortalidad en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda (EDA) en la localidad de Usme no ha presentado un comportamiento constante (Ver Tabla 44), sin embargo esta mortalidad se encuentra en disminución y para el año 2007 y 2009 no se presentó mortalidad por esta causa, este comportamiento irregular al igual que en la mortalidad materna se puede atribuir a las características de la población que se encuentra en desplazamiento, aun así, se continúa con las actividades para evitar este tipo de muerte en menores de cinco años con acciones de formación a la comunidad y manejo adecuado del menor en casa con sales de rehidratación oral.

Tabla 44. Mortalidad por EDA en menores de 5 años Usme - Bogotá 2000 – 2009

AÑO	USME		BOGOTA	
	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años
2000	5	14,8	67	10,8
2001	7	21,0	50	8,2
2002	0	0,0	46	7,6
2003	1	3,1	36	6,0
2004	4	12,4	36	6,1
2005	1	3,1	16	2,7
2006	2	6,1	15	2,5
2007	0	2,9	15	2,5
2008	1	0,0	11	1,9
2009	0	0,0	6	1,0

Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP

La mortalidad por enfermedad respiratoria aguda (ERA) en la localidad de Usme decrece de igual manera que en el distrito con la implementación de estrategias fuertes y sólidas como las Salas ERA. Se observa una marcada e importante disminución a partir del año 2001 con una tasa 74,8 con 25 casos a 14.1 con 5 casos para el año 2009. (Ver Tabla 45).

Tabla 45. Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años Usme - Bogotá 2000 – 2009

AÑO	USME		BOGOTA	
	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años	Número muertes	Tasa por 100000 <5 años
2000	15	44,4	253	40,8
2001	25	74,8	229	37,4
2002	7	21,3	149	24,7
2003	7	21,6	144	24,2

2004	9	28,0	169	28,5
2005	9	27,9	141	23,7
2006	10	30,4	109	18,4
2007	5	14,9	83	14,1
2008	7	20,3	112	19
2009	5	14,1	85	14,4

Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP.

La mortalidad por desnutrición muestra una tendencia decreciente en Bogotá, pero en Usme es irregular; sin embargo, según información de la SDS en el año 2007, no se presentaron casos y en 2008 se registraron 4 casos representando una tasa del 11,6, ya para el 2009 se presentaron dos casos obteniendo una tasa de 5,6. Se deben continuar con las diferentes estrategias locales para disminuir la tasa significativamente. (Ver Tabla 46).

Tabla 46. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años Usme - Bogotá 2005 – 2009

AÑO	USME		BOGOTA	
	Número muertes	Tasa por 100.000 <5 años	Número muertes	Tasa por 100.000 <5 años
2005	1	3,10	30	5,04
2006	2	6,09	26	4,40
2007	0	0,00	20	3,39
2008	4	11,6	21	3,6
2009	2	5,6	21	3,5

Fuente: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP.

1.4.5 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

Los AVPP son los años de vida que se pierden a causa de una muerte prematura. Este indicador tiene la utilidad de permitir establecer el impacto que tienen las distintas causas de muerte sobre la población y evaluar así el efecto de las acciones en salud que tienden a disminuir la mortalidad por diferentes causas.

Se estima que los años de vida potencialmente perdidos en la localidad de Usme para el año 2007 fueron 22.242, de los cuales el 58.6% corresponde a AVPP en hombres y el 41.4% a AVPP en mujeres.

Las tres principales causas de AVPP en la localidad se encuentran relacionadas con causas externas, con todas las enfermedades en las que predominan las infecciosas de tracto respiratorio, digestivo y urinario y como tercero, las afecciones originadas en el periodo perinatal. Teniendo en cuenta los anteriores datos, es evidente que el perfil de mortalidad asociado a los AVPP en la localidad de Usme continúa siendo mixto.

Definitivamente el grupo que más AVPP aporta para la localidad quinta son las que tienen que ver con causas externas con 5379 AVPP; el grupo más afectado es el de 20 a 29 años con 2365 de

AVPP.

Las principales causas están relacionadas con agresiones (homicidios), seguidos de accidentes de transporte terrestre y en tercer lugar se encuentran los eventos de intención no determinada. Las afecciones originadas en el periodo perinatal aportan a la localidad con un total de 2874 AVPP, encontrándose en primer lugar los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, seguido de ciertas afecciones en el periodo perinatal y en tercer lugar la Sepsis bacteriana del recién nacido.

Llama la atención que en la categoría de los signos y síntomas mal definidos, el grupo de edad que más aporta en AVPP son los niños de 0 a 4 años de edad con 841 años; lo anterior podría atribuirse a dificultad en dar un diagnóstico preciso, quizá por falta de pericia de los profesionales o dificultad en el acceso a medios diagnósticos que permitan esclarecer el tipo de patología presentada por los niños y de esta manera dar un tratamiento oportuno y adecuado.

Respecto a las neoplasias o tumores, el grupo de edad más afectado en hombres es el de 40 a 44 años con 166 AVPP; para las mujeres, es el de 35 a 39 años con 265 AVPP con cáncer de mama y otros no especificados en primer lugar. Con relación a las enfermedades del sistema circulatorio, el grupo de edad con más AVPP tanto en hombres como en mujeres es el de 50 a 54 años con un total de 462 AVPP. Se observa levemente un mayor aporte en mujeres con enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebro vasculares, estas dos, potencialmente prevenibles con modificaciones en los estilos de vida de la población.

1.4.6 Mortalidad por lesiones de causa externa

- **Homicidios**

En cuanto a las estadísticas de homicidios en las localidades, se puede evidenciar que Mártires, Santa fe y La Candelaria se han clasificado como localidades muy críticas, pues es donde mayor número de homicidios se presentan. Respecto a las localidades críticas, se puede decir que el 20% se localizaron en este grupo, al poseer una tasa de ocurrencia por cada 100.000 habitantes superior a la tasa promedio de la ciudad que fue de 18.2 homicidios, pero sin superar dos veces la misma. Dentro del nivel se encuentra Usme con una tasa de ocurrencia de 28.5 casos, mostrando un descenso respecto al año anterior, que era de 29.1⁷⁵. En general, al comparar los datos con los del año anterior, las cuatro localidades muestran un descenso de las tasas de homicidios por cada 100.000 habitantes, tal y como se puede observar a continuación (Ver Tabla 47).

Tabla 47. Tasa de homicidios por cada 100000 habitantes 2005 – 2006

Localidad	No de homicidios		Tasa	
	2005	2006	2005	2006
Usme	77	77	29.1	28.5
Antonio Nariño	30	28	27.5	25.2
Ciudad Bolívar	286	152	45.3	23.6
Rafael Uribe	112	94	25.3	20.8
Bogotá D.C.	1.672	1.336	23.2	18.2

Fuente: Cálculos Veeduría Distrital, con base en datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses,

DRIP. Actualización 5 de Marzo de 2.007.

Respecto a las estadísticas en cuanto al sexo, para las todas las localidades del distrito se puede decir que las víctimas más recurrentes por homicidio en todas las localidades son los hombres. En Bogotá fueron asesinados 1.198 hombres frente a 111 mujeres. La tasa de ocurrencia corresponde a 34.1 occisos hombres y 2.9 mujeres por cada 100.000 habitantes.

Para el caso de la localidad de Usme, en el 2.006 fueron asesinados 72 hombres frente a 5 mujeres. Al hacer el comparativo en las 20 localidades, Usme se sitúa como la séptima localidad donde más se asesinan hombres y como la 14 en cuanto al asesinato de mujeres.

54. Suicidios

En este aspecto, también existe una clasificación de las localidades en tres grupos: las muy críticas, las críticas y las no críticas. Para el caso de la localidad de Usme, ha sido clasificada dentro de las localidades críticas, encabezando el grupo, junto con Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Fontibón y Suba. Si se compara con la tasa del Distrito, la Localidad de Usme en el 2.008 casi dobla al consolidado para Bogotá respecto a los intentos de suicidio (Ver Tabla 48)

Tabla 48. Intento de Suicidio (2006 - 2008) y suicidio consumado (2005 - 2008) Localidad Usme y Bogotá

DETALLE Número de personas	USME		BOGOTA	
	Tasa por 100,000 Habitantes	Número de personas	Tasa por 100,000 Habitantes	Número de personas
INTENTO DE SUICIDIO	2006	34	11,68	735
	2007	24	8,02	994
	2008	160	47,71	1.950
SUICIDIO CON- SUMADO	2005	11	3,67	238
	2006	18	5,80	245
	2007	7	2,17	228
	2008	11	3,28	261

FUENTE: Base de datos Secretaría Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRUE). Departamento Administrativo de Planeación Distrital- Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS.

Existen diversos acontecimientos asociados al suicidio como 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 emocionalmente⁷⁶. Dadas las condiciones socio-demográficas de la localidad de Usme, crean un entorno que facilita las conductas suicidas en la población, ya que es evidente el número de población desplazada que está llegando, las bajas condiciones económicas, los crecientes sentimientos de abandono y soledad, la falta de educación y oportunidades, ocasionando desesperanza en la población. Durante los últimos tres años en el Hospital de Usme han incrementado los números de casos para Intervención psicosocial en conducta suicida; para 2006 se abordaron 155 familias, de éstas se reportó un caso de conducta suicida evidenciando menos del 1% que se asocia a violencia intrafamiliar. Hacia el 2007 se realizó intervención psicosocial a 224 familias aproximadamente en donde se reportaron dos casos de conducta suicida arrojando menos del 2% para este evento se asocian los rasgos depresivos y la familia disfuncional.

Este comportamiento se dio debido a que la meta contratada era bastante baja asociado a

⁷⁶ Alcaldía Mayor de Bogotá. (2001) Secretaría de Gobierno. Investigación sobre el suicidio en Bogotá

esto para esta época se manejaba otro tipo de eventos prioritarios en salud mental; en el 2008 se Intervinieron en esta línea 741 familias en donde se evidencia el incremento de la población con 224 casos proyectando el 30% de la población, identificando que los principales factores de riesgo para las familias fueron la dificultad para resolver conflictos familiares y el escaso recurso económico prevalente en más del 85% de la Localidad.

La UPZ con mayor Incidencia en reportes de casos de conducta suicida es Gran Yomasa con un total de 115 casos notificados se presenta en el ciclo vital Juventud pues es el de mayor incidencia por factores de tipo económico, emocional y afectivo, seguida de Alfonso López con 39 casos, continúa la Upz Danubio reportando 19 casos y presentan igual número de casos Upz Flora y Comuneros con 18 casos; con menor incidencia Upz Usme con 15 casos reportados en conducta suicida. Durante los años 2006 al 2008, el mecanismo más utilizado en intentos de suicidio es la intoxicación exógena con un total de 110 casos con 72% en la localidad de Usme. Se convierte este mecanismo en el más utilizado generalmente el acceso a químicos como los raticidas es muy fácil por su bajo costo, y se presume que en las UPZ en donde se evidencia este problema no existe algún tipo de restricción para la venta de esta sustancia y que de hecho. En un porcentaje enorme de los hogares es considerado una necesidad por el problema ambiental de algunos microterritorios, seguido con 26 casos para el 17% con objeto corto punzante que se observa en todas las UPZ, pero registrando en Danubio la mayor incidencia: 13 casos de asfixia mecánica con el 9% de la población y finalmente se reportan 3 casos de lanzamiento al vacío con el 2% de la población.

55. Muertes por accidentes de tránsito

Al respecto, la localidad de Usme se ha clasificado dentro del grupo de las localidades no críticas para los años 2.005 y 2.006. Al analizar la tasa de muertes en accidentes de tránsito por 100.000 habitantes, se destaca que hay una leve reducción generalizada en todo el distrito del 2.005 al 2.006 y, para el caso de Bogotá D.C., la tasa en el 2.005 pasó de 7.6 a 6.9 en el 2.006. En la localidad de Usme también hubo una reducción sustancial, encontrándose por debajo del promedio del distrito, pasando de 7.2 en el 2.005 a 5.1 en el 2.006.

56. Muertes violentas

La tasa de muertes violentas en la ciudad continuó su senda decreciente, tal como viene sucediendo desde 1.997. A diciembre de 2.006, ésta registró una tasa de 30.2 por 100.000 habitantes, lo que representó 452 casos menos con relación a las estadísticas del año 2.005, dejando un promedio diario de 6 personas muertas de manera violenta en la ciudad, para un total de 2.210 casos durante el año⁷⁷.

Al mirar el comportamiento de muertes violentas (homicidios, accidentes de tránsito, suicidios y muertes accidentales) por cada 100.000 habitantes en las localidades de Bogotá, Los Mártires, Santa fe y La Candelaria son las localidades más críticas, ya que superan dos veces el promedio de la ciudad, que fue de 30.2. Le siguen en menor proporción Usme, Antonio Nariño y Ciudad Bolívar. Las Menos críticas, son las que presentan tasas inferiores al promedio, éstas son: Bosa, Engativá, Usaquén, entre otras.

En la tabla 49 se muestra el comparativo entre los resultados para muertes violentas en Bogotá y la localidad de Usme, con actualización al mes de marzo de 2.007, donde se observa que Usme presenta una tasa muy superior al consolidado distrital.

⁷⁷ Condiciones de seguridad en Bogotá, Veeduría Distrital, 2007

Tabla 49. Comparativo de la tasa de Muertes violentas en Bogotá y Usme 2007. Tasa x 100000 habitantes

Lugar	Tasa (por cada 100.000 habitantes)
Bogotá	30.2
Usme	41.9

Fuente: Cálculos Veeduría Distrital, con base en datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, DRIP. Actualización 5 de Marzo de 2.007.

2.

**2. ANÁLISIS DE LA
DETERMINACIÓN SOCIAL
DE LAS RELACIONES
PRODUCCIÓN – CONSUMO
– TERRITORIO - POBLACIÓN
– AMBIENTE**

2.1 Organización Social y productiva del trabajo en el territorio

En Colombia más de la mitad de la población ocupada, el 52.29%, recibe ingresos inferiores a un salario mínimo legal y el 85% reciben ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales vigentes. Según cálculos de la Encuesta Nacional de Salud, para acceder al valor de la canasta familiar de ingresos bajos se requieren 2.1 salarios mínimos, es decir, que en una familia se requieren por lo menos dos personas recibiendo los ingresos correspondientes al salario mínimo legal, para al menos tener un ingreso que asegure un cierto nivel de vida digno.

Para la mayoría de los hogares esto no es posible: escasamente cuentan con un miembro de la familia que trabaja recibiendo el tipo de ingresos que hemos señalado o bien, y en el mejor de los casos, cuando varios miembros de la familia trabajan, el ingreso total apenas les permite cubrir los gastos del hogar. A esto hay que agregar que la vinculación de las mujeres al mercado de trabajo se hace preferentemente (el 60%) al sector informal y que en promedio, éstas reciben un 30% menos de remuneración que los hombres.

Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2007, Usme es la segunda localidad después de Sumapaz con una menor proporción de ocupados con contrato; esto sin duda se convierte en detonante de la salud de los trabajadores al no contar en su mayoría con protección social. Sumado a lo anterior, la falta de empleo estable del área rural y la cercanía a las labores urbanas conducen a un desplazamiento sin retorno posterior a la economía agrícola de la misma localidad, además Usme está afectada por el desempleo en general y la economía informal. El sector comercial se caracteriza por la presencia de tiendas y almacenes pequeños de garaje, ventas ambulantes y mercados móviles.

Respecto a lo anterior, el número de ventas callejeras en la ciudad es incierto, puesto que hay dos fuentes oficiales cuyas cifras son distantes entre sí. La primera es la encuesta de calidad de vida que contabilizó un total de 79.290 vendedores callejeros en el año 2003 (2,6% de la población ocupada de la ciudad en su momento); la segunda fuente oficial es el registro con el que cuenta el Instituto para la Economía Social (IPES), que contabilizó un total de 36.616 vendedores callejeros con cifras acumuladas al año 2008. Según información del IPES, las localidades con mayor presencia de ventas callejeras son, en su orden, Santafé, Los Mártires, Kennedy, San Cristóbal y Chapinero con 8.815, 3.353, 3.191, 2.525 y 2.265, respectivamente. Las cuatro localidades tienen una participación del 55% de la ciudad⁷⁸.

En la localidad de Usme el número de ventas informales para el año 2008 según el IPES es de 1.406, situación preocupante debido a que las cifras del IPES son menos de la mitad de las contabilizadas por el DANE en la encuesta de 2003. Por otra parte se debe tener en cuenta que la principal actividad que representa fuente de ingreso en los hogares de la localidad de Usme, son las ventas informales como medio de subsistencia y esta situación ha generado serios problemas de invasión del espacio público. El sector de Santa Librada es el sitio de mayor asentamiento de los vendedores ambulantes siendo primordialmente de golosinas tipo paquetes, ropa y otros artículos, que generalmente son transportadas en carretas, ubicados especialmente en la avenida Caracas principal vía de acceso a la localidad.

A partir de procesos de concertación llevados a cabo en los espacios de participación de cada una de las localidades del distrito, se generaron las zonas que están utilizándose como zonas reguladas en la ciudad que para la localidad de Usme son las que se relacionan en la tabla 50. En total, hay 923 personas beneficiadas de los procesos de regulación con las autoridades competentes, las cuales se ubican en las localidades de Usme, Bosa y Suba. En Bogotá, este instrumento aún requiere

desarrollarse, puesto que sólo tres de las 20 localidades han entrado en procesos de regulación de espacios públicos para desarrollar su actividad económica.

Tabla 50. Procesos de regulación de espacios públicos en zonas de aprovechamiento regulado (ZAR) entre enero y noviembre de 2008 Localidad de Usme

Sector	Tipo de Espacio	No. De Personas
Santa Librada	Andenes	120
Danubio	Bocacalles	50
La Andrea	Bocacalle y anden	63
Chapinerito	Bocacalle y anden	40

Fuente: Observatorio del espacio público de Bogotá, Cámara de Comercio de Bogotá, 2008.

Se destaca también la actividad económica en las viviendas como tiendas, almacenes de ropa, expendios de comida y bodegas, representando el 6.7 % del total de hogares de la localidad. En muchas ocasiones esto ha generado problemas sanitarios y de hacinamiento en los hogares⁷⁹.

En cuanto a los establecimientos que representan actividad económica se distribuyen porcentualmente de la siguiente manera: el 50% se dedican al comercio, el 27.1 % a servicios, el 9.5% a la industria y el 13.3% a otro tipo de actividades. La mayoría de los establecimientos se caracterizan por tener entre 1 y 10 empleados. El 99,2% de los establecimientos generaron en promedio entre 1 a 10 empleos el mes anterior al censo DANE del 2005.

Esta localidad se caracteriza porque gran parte de la población trabaja en otras localidades, principalmente en oficios generales y técnicos, motivo por el cual ésta se convierte para ellos en el sitio de descanso, generando conflictos sociales internos en sus hogares⁸⁰.

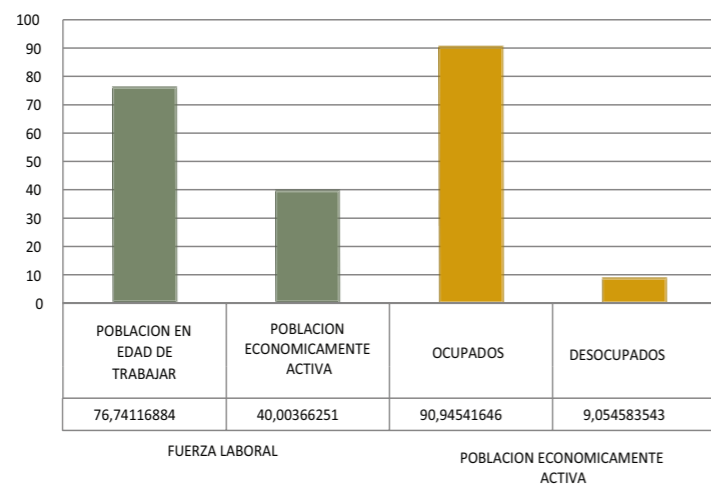
En la gráfica 8 se pueden apreciar los indicadores de fuerza laboral, con relación a ellos y los reportes hallados en la Encuesta de Calidad de Vida del año 2.007, la población en edad de trabajar (PET) en Usme corresponde aproximadamente a 247.247 habitantes, la económicamente activa (PEA) está cercana a los 128.885 habitantes, por lo cual se deduce que la tasa global de participación (TGP) es de 52.13. En el mismo sentido, las personas ocupadas de Usme se aproximan a los 117.215 habitantes, con una tasa de ocupación (TO) de 47.41; los desocupados corresponden a 11.670 habitantes, lo que consolida una tasa de desempleo del 9.1, siendo inferior a los resultados reportados para el año 2.003.

78 Subdirección de Gestión y Redes Sociales. Informe de gestión del IPES (2008). Alcaldía Mayor de Bogotá.

79 Censo DANE, 2005.

80 Actualización del diagnóstico local en salud, Hospital de Usme, 2006.

Grafico 8. Indicadores de Fuerza Laboral y población económicamente activa Usme. Año 2007



Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de vida 2007.

En cuanto a la tasa de ocupación de acuerdo al sexo, para la localidad de Usme existe una de 58.71 en hombres, lo que corresponde a 68.581 ocupados, mientras que la tasa en mujeres corresponde a 37.29 representado por 48.634 ocupadas.

Según rama de actividad económica, las actividades que más ocuparon los residentes fueron: comercio, restaurantes y hoteles (29,3%), servicios comunales, sociales y personales (24,1%), industria manufacturera (13,9%) y transporte, almacenamiento y comunicaciones (7,7%).

2.2. Condiciones Concretas de Desarrollo de los Procesos de Trabajo y su Impacto en Salud

Teniendo en cuenta la información presentada en el ítem anterior referente a la Organización social y productiva del trabajo en el territorio en donde se destaca el peso que ejerce el trabajo informal en la localidad de Usme, a continuación se presenta el análisis del trabajo informal, del trabajo infantil y su impacto en la salud de los habitantes de la localidad.

2.2.1 Trabajo informal

La informalidad y su rápida expansión es un fenómeno que hace años se convirtió en una característica estructural de la ocupación laboral colombiana, y como es sabido, se trata de una modalidad de empleo donde, en la mayoría de las veces, las garantías básicas para el bienestar del trabajador, como la protección social, el ingreso adecuado y la estabilidad, son muy precarias, o en el peor de los casos, no existen. Desde esta perspectiva, el predominio del empleo de baja productividad es uno de los factores relevantes de la desigualdad social, tanto que la CEPAL considera la generación de empleo productivo como una meta per se y una condición necesaria para crecer con equidad.

Para la localidad de Usme, se han logrado identificar algunos determinantes importantes, que promueven el trabajo informal, entre los cuales se destacan los culturales y los económicos. Según el diagnóstico de condiciones de vida, salud y trabajo de las Unidades de Trabajo Informal (UTIS) adelantado por el Hospital de Usme en el 2.008, se evidencia que la mayoría los trabajadores informales desarrollan estas actividades de generación en generación, teniendo en cuenta sus

pautas latentes y externas de comportamiento, que se han sido aprendidas de sus padres y familiares más cercanos que salen a trabajar desde edades muy tempranas, dejando la formación académica, ya que ven en el trabajo la posibilidad de conseguir dinero.

Otro determinante importante es el sistema de seguridad social donde se destaca que la gran mayoría están afiliados al régimen subsidiado ente los niveles 1 y 2 del Sisben y debido a la informalidad no cuentan con seguridad en riesgos profesionales.

En cuanto a la distribución de los trabajadores, de acuerdo al ciclo vital, se identificaron un total de 163 hombres, de los cuales el 41,1% son adultos entre 27 – 44 años, le sigue con un 33,7% el adulto entre 45 - 59 años, al igual que el adulto mayor de 60 años y más, con un porcentaje de 12,2%. Se identificaron un total de 225 mujeres de las cuales un 12% corresponden a jóvenes entre 19 a 26 años, un 48% corresponde a mujeres adultas de 27 – 44 años. Teniendo en cuenta las cifras anteriores, la accidentalidad se concentra más en el ciclo vital adulto ya que el mayor número de personas caracterizadas corresponde a este ciclo.

Como resultados importantes, respecto a la caracterización de las UTIS se encuentra que la mayoría de personas está en los estratos 1 y 2 y en cuanto a las horas trabajadas, el promedio en su mayoría oscila entre 8 y 12.

El tiempo llamado libre, del que se disfruta a partir de la terminación de la jornada laboral, es dedicado a otras actividades que demandan esfuerzo y trabajo. En la mayoría de los casos es la mujer la que se encarga de realizar las actividades adicionales como las domésticas y reproductivas.

El nivel de ingresos no supera los 500.000 pesos mensuales, ubicado en rango muy variado situado entre un poco menos de 300 y los 500.000 pesos.

Un 20% de las UTIS comparten uso habitacional y esto se produce particularmente en los barrios que no son tan comerciales como los de la UPZ Yomasa. Los riesgos presentes en la unidad de trabajo se trasladan por conexión a las habitaciones generando un problema para el trabajador como para el habitante de la casa.

En cuanto a cobertura de seguridad social un 82% de ellos tiene régimen subsidiado y un 12,0 % no tienen ningún acceso a servicios de salud.

Respecto al estado de salud de los trabajadores informales el sistema que más se encuentra afectado de manera común a ambos sexos es el osteomuscular, seguido para el caso de los hombres del sistema respiratorio corroborando quizá la posible relación con el tabaquismo, respecto a los 2.12 cigarrillos promedio día consumidos por hombre frente a los 0.33 por la mujer. En cambio la mujer ve afectado su sistema neurológico y salud mental tal vez por esa condición que se evidencia de la jornada de trabajo sumado a las labores domésticas.

La mayor parte de los encuestados poseen un grado de escolaridad bastante bajo, que no supera la educación básica secundaria; el analfabetismo está presente en un porcentaje mínimo.

2.3 Trabajo infantil

Una expresión dramática de la pobreza por falta de ingresos o por la insuficiencia de estos es el grave fenómeno del trabajo infantil. En Colombia trabajan más de 1.5 millones de niños entre los 13 y los 17 años, según cifras del DANE. Las cifras que siguen dan una idea de esta terrible realidad:

- 11.000 niños y niñas vinculados al conflicto armado (Human Rigth Watch).
- 25.000 niños y niñas víctimas de explotación sexual (Defensoría del Pueblo).
- 323.00 niños y niñas vinculadas al trabajo doméstico en hogares de terceros (UNICEF y Save The Children).
- 200.000 niños y niñas vinculados a cultivos ilícitos (Defensoría del Pueblo).
- 794.976 niños y niñas entre 5 y 14 años que trabajan (DANE).
- 750.531 niños y niñas entre 5 y 17 años que realizan oficios del hogar por más de 15 horas a la semana (DANE).
- 512.344 niños y niñas vinculadas en el comercio (DANE).

La erradicación del trabajo infantil ha sido objeto de acuerdos internacionales desde comienzos del siglo pasado. El Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil de la OIT, ha impulsado compromisos, políticas, programas y proyectos en todos los países teniendo como objetivo prioritario la atención de grupos en ocupaciones o condiciones laborales peligrosas o de niños o niñas con menos de la edad mínima reglamentaria para ingresar al mercado laboral.

El Estado colombiano no sólo ha suscrito los convenios internacionales vigentes en esta materia, como el relacionado con la edad mínima (Convenio 138), el Convenio sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil (182), la Convención Internacional de los Derechos del Niño, entre otros, sino que en la legislación nacional ha consagrado principios básicos de protección de la infancia, principios de igualdad para la educación y ha organizado instituciones públicas y apoyado a privadas en favor de la protección de la niñez, hasta la Constitución de 1991 que hace prevalecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes sobre los derechos de los demás.

En este sentido existe para la población menor de edad, un claro reconocimiento como sujeto social de derecho con tratos preferenciales y de protección que ha permitido desarrollar planes nacionales de acción para la erradicación del trabajo de menores de 18 años. Prácticamente en todos los planes de desarrollo se hace explícita referencia en este sentido.

Según datos suministrados por el ámbito laboral, en el 2008 la población de niños y niñas trabajadores en la localidad de Usme se concentra entre las edades de 8 a 14 años de edad y según el sexo los hombres corresponden al 62 % y las mujeres al 38%. Casi la totalidad de los casos identificados de niños y niñas trabajadores se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social en salud (96% de niños y 94% de niñas).

La gran mayoría de los menores se encuentran dentro del sistema escolar y sólo un 2.91% de la población caracterizada, no asiste a un colegio. La razón principal por la que los niños no se encuentran escolarizados es la falta de apoyo familiar, mientras que para las niñas es la falta de cupos escolares; la segunda causa por la que los niños trabajadores detectados no se encuentran escolarizados esta igualmente distribuida entre la falta de dinero y que no les guste estudiar, mientras que para las niñas la segunda causa está entre la falta de apoyo familiar y la falta de dinero.

Respecto al ausentismo escolar, la enfermedad es la causa principal de ausentismo tanto en niños como niñas trabajadores; posteriormente se encuentra en las niñas la calamidad como la segunda razón por la cual faltan al colegio mientras que en los hombres esta es la tercera causa de ausentismo. En tercer lugar las niñas faltan al colegio por el trabajo, mientras que para los niños

esta es la cuarta causa de ausentismo; llama la atención que en segundo lugar para los niños se encuentra como causa del ausentismo escolar la falta de interés por el estudio, mientras que en las niñas este factor no se presenta.

Con relación al rendimiento académico, los niños y niñas trabajadores caracterizados consideran que su rendimiento escolar es bueno. Las niñas demuestran tener un mejor rendimiento con respecto a los niños, teniendo en cuenta que ellas reportaron como excelente su rendimiento en un 41% mientras que los niños lo hicieron en un 35% y por su parte los niños respondieron que su rendimiento era regular en un 42% mientras que las niñas lo hicieron en un 20%. Solo los niños reconocieron tener un rendimiento académico malo.

De los 649 niños, niñas y jóvenes que informaron sobre la manera en que se retribuyen sus actividades laborales, se encontró que 63% recibe dinero y un 37% en especie. Aunque el mayor porcentaje de remuneración se da en dinero esto no quiere decir que los niños y niñas trabajadores estén devengando un salario que retribuya su esfuerzo físico, la pérdida de su niñez, su buen desarrollo psicosocial, su derecho a la educación y permanencia en la misma; por el contrario, siempre adquieren su pago en cantidades mínimas y cuando se recibe en especie generalmente es con alimentos, ropa o habitación. Generalmente la retribución en dinero está relacionado con la edad entre menos edad tenga el niño menos dinero se le asigna pero las responsabilidades son iguales que para los adultos.

El parentesco de los niños y niñas trabajadores es del 80% con las madre, mientras que el padre es del 12%, siendo esto una razón para reconocer que el tipo de parentesco con el acudiente se percibe de manera significativa hacia la relación de los niños y niñas trabajadores con la madre, sea por su condición de ser la única responsable del núcleo familiar o por no haber una presencia significativa del padre en la toma de decisiones del hogar.

Esta población se caracteriza por tener familias con diversidad de tipología familiar, donde prevalece la familia nuclear completa con una proporción del 50%; en un 23% corresponde a familias extensas donde niños y niñas trabajadores conviven y residen en un mismo hogar con al menos uno de los abuelos, tíos o primos; el 15% respecta a las mono parentales en donde sólo la madre o el padre hacen presencia dentro de la dinámica familiar como cabezas de hogar; se hace también evidente en los datos recopilados la presencia de familias recompuestas con un 11% en niños y un 6% en niñas, así como familias unipersonales con niños y niñas trabajadores del 9 %, en donde se observa la presencia de familias con aspectos no convencionales de convivencia en las que están presente niños y niñas trabajadores.

El 19% de los niños y niñas caracterizados trabajan eventualmente en actividades como agricultura, ayudantes en plazas de mercado, carpintería, reciclaje y ventas ambulantes o fijas de productos alimenticios donde cabe resaltar que el 7% de éstos se dedican a actividades de reciclaje.

Los fines de semana el 10% de los niños y niñas caracterizados realizan actividades laborales relacionadas con panadería, fabricación de productos elaborados con metal, ayudantes de construcción, talleres de mecánica o lavaderos de carros y ventas ambulantes o fijas de frutas y verduras.

Lo enunciado anteriormente genera una señal de alarma partiendo de la base que la mayoría de éstas actividades o las condiciones en que se desarrollan se encuentran incluidas dentro de las Peores Formas de Trabajo, lo que nos demuestra el inminente riesgo en el que se encuentran los niños y niñas trabajadores en el caso que no se haga efectiva la desvinculación laboral.

Los mayores focos de concentración de trabajo infantil en la localidad, están ubicados en el sector comercial del Barrio Santa librada, paradero de buses o colectivos, semáforos de la Vía al

Llano, plaza de mercado La Andrea, las chatarrerías de Gran Yomasa, avenida principal del Danubio Azul y Cárcel la Picota. De igual forma se observan algunos niños y niñas reciclando en compañía de adultos por las diferentes avenidas donde se ubican las basuras en los días y horarios programados para la recolección.

Los factores de riesgo a los que más se encuentran expuestos los niños y niñas trabajadores son los físicos con 86% para los niños y 85% para niñas, siendo los más representativos dentro de éste grupo el ruido, las temperaturas extremas y la ventilación. Así mismo los factores de riesgo psicosociales con un porcentaje igual, representados principalmente aquellos relacionados con factores intra y extra laborales, carga laboral, relaciones personales, atención a público, satisfacción personal, aislamiento y falta de destreza.

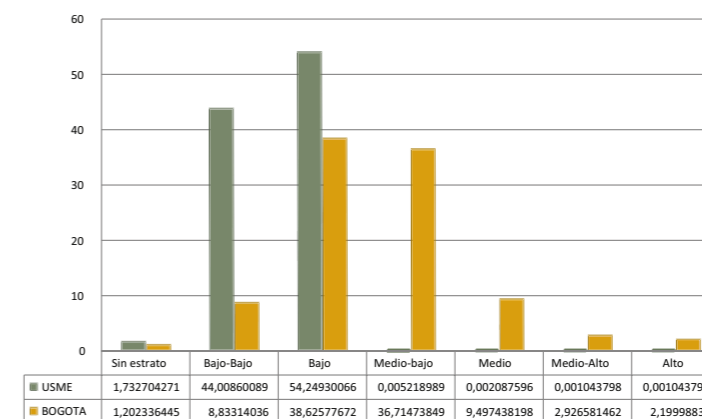
En lo referente al régimen de afiliación en salud es claro que la mayoría de los niños y niñas trabajadores se encuentran afiliados al régimen subsidiado (58% niñas y 56% niños). El siguiente grupo es el de personas vinculadas con un 26% para ambos géneros; en tercer lugar se encuentra el grupo de niños afiliados como beneficiarios en el sistema contributivo. En cuarto lugar los niños y niñas sin ningún tipo de afiliación en salud, y con una minoría los niños beneficiarios de regímenes especiales (FFMMPP).

2.3 Condiciones Socioeconómicas

La estratificación socioeconómica es una herramienta de focalización del gasto que se utiliza para clasificar los inmuebles residenciales de acuerdo con las metodologías diseñadas por el Departamento Nacional de Estadística DANE. Cada alcalde debe realizar la estratificación de los inmuebles residenciales de su municipio o Distrito. La ley 142 de 1994 establece seis estratos socioeconómicos, el estrato más bajo es 1 y el más alto es 6. La estratificación vigente para Bogotá D.C. se adoptó mediante los decretos 176 de 2007 (zona urbana) y 304 de 2008 (fincas y viviendas dispersas rurales)⁸¹. Según las actualizaciones de la estratificación socioeconómica de Bogotá adoptadas por el Alcalde Mayor para estratificación en Bogotá D.C. desde 1996, el número de manzanas de los estratos medio-bajo (3), medio (4) y medio-alto (5) han disminuido su participación con respecto al total, porcentaje que ha ido aumentando para aquellas manzanas sin vivienda, a las cuales no se les estratifica. Las manzanas de los estratos bajo-bajo (1), bajo (2) y alto (6) han presentado una participación relativamente constante⁸².

Usme, con 349.346 habitantes según proyecciones para el año 2009 basadas en el censo DANE, representa el 4,81% de la población total del Distrito; los estratos bajo y bajo - bajo con el 53,54% y 44,93% son los más significativos en la localidad (Gráfica 9), estando representados por Gran Yomasa y Comuneros con el 39,04% y el 24,73% respectivamente, le siguen en orden de importancia Alfonso López (15,32%) y Danubio (10,34%).

Gráfico 9. Población por estrato socioeconómico Usme y Bogotá 2009



Fuente: DANE, SDP-DICE: Proyecciones de población de Bogotá por localidades 2005-2015. Decretos 176 de 2007 (zonas urbana) y 304 de 2008 (zonas rural).

Según el enfoque de necesidades básicas, existe un conjunto de necesidades humanas que no cambia a través del tiempo, como por ejemplo la necesidad de tener una vivienda, o de acceder a agua y a una fuente de energía para cocinar los alimentos. Estas necesidades nunca cambian pero lo que sí puede cambiar son los satisfactores como por ejemplo tener acceso al agua a través de un pozo o aljibe o mediante el acueducto. Dependiendo del desarrollo urbano de la sociedad, el satisfactor puede cambiar, pero la necesidad sigue siendo la misma. Otro aspecto fundamental del enfoque de necesidades básicas es que es posible encontrar un conjunto de necesidades vitales común para todos los individuos, es decir, si no se satisfacen en el largo plazo podrían causar la muerte. Para medir la pobreza por necesidades básicas insatisfechas se utiliza el índice de NBI.

En Bogotá el porcentaje de personas pobres y en miseria también ha venido disminuyendo desde el año 2001. En este año el 42.4% de la población bogotana tenía por lo menos una NBI y un 4.2% dos o más, es decir, se encontraban en miseria; para el año 2006 un 19.3% de la población tenía al menos una NBI y 1.2% dos o más⁸³.

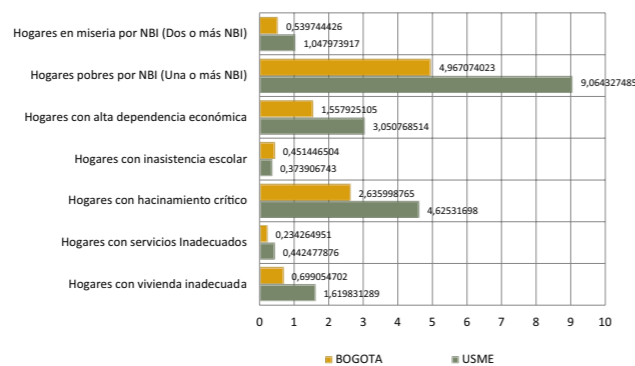
Como se observa en la gráfica 10, la localidad de Usme en todos los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas es notablemente superior a lo observado para Bogotá, convirtiéndola así en una localidad con características que la hacen más vulnerable respecto a otras en el Distrito y obliga a que desde instancias gubernamentales se intervenga en los determinantes que hace que se tenga población en pobreza y en miseria.

81 Secretaría Distrital de Planeación, Boletín informativo No. 7. Población y territorio: vista desde la estratificación socioeconómica. Mayo 2009

82 Ibid.

83 Departamento Nacional de Planeación, con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE Septiembre de 2010.

Grafico 10. Porcentaje de personas por indicadores de NBI Usme y Bogotá



Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá. 2007

El Índice de Desarrollo Humano (IDHU), al igual que el índice de condiciones de vida, también es un indicador muy útil que básicamente se concentra en tres dimensiones de desarrollo humano medibles: vivir una vida larga y saludable, tener educación y tener un estándar de vida decente. Por lo tanto, combina medidas de expectativas de vida, cobertura escolar, alfabetización e ingreso, para permitir una visión más amplia del desarrollo de un país que la que permite el ingreso en sí mismo.

Para el caso de Usme, el índice de desarrollo humano se ha calculado en 0.732, correspondiendo al antepenúltimo más bajo de las localidades de Bogotá, antes de Bosa y Ciudad Bolívar que ocupan los últimos lugares; por su parte el promedio distrital es de 0.810, siendo Usme muy inferior al compararse con el resto de localidades⁸⁴.

En la primera variable referente al índice de ingreso disponible, Usme ocupa el último lugar de las localidades del distrito, con un consolidado de 7.06 seguido muy de cerca por Ciudad Bolívar, siendo esta variable muy inferior al promedio distrital que es de 0.891, lo que concluye la falta de ingreso disponible para la ampliación de las capacidades. Acorde con lo anterior se encuentra el resultado evidenciado por la ECVB 2007 según la percepción de los habitantes sobre el poder adquisitivo del ingreso y en su gran mayoría en los hogares de la localidad de Usme (el 63%) refirieron que sus ingresos solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos, generándose de esta forma una gran barrera de acceso a bienes y servicios como la recreación y la cultura, entre otros (Gráfica 11).

Grafico 11. Distribución de los hogares según percepción sobre el poder adquisitivo del ingreso, localidad Usme, año 2007

En cuanto a la segunda variable, correspondiente al índice de educación, para Usme es de 0.839 ocupando el antepenúltimo lugar con respecto a las demás localidades de Bogotá, antes de Ciudad Bolívar y Santafé. El promedio distrital es de 0.863, siendo Usme una localidad con bajas tasas de matrícula para los grupos de edad correspondientes a cada grado.

Para la variable del índice de sobrevivencia de los niños, el resultado para Usme es el mismo del consolidado distrital y se asemeja al de otras localidades como Santafé, Bosa y Puente Aranda, con un 0.985, lo que indica que la esperanza de vida es alta y acorde con la implementación de la política distrital.

Finalmente, en cuanto a la variable del índice urbano, para Usme es de 0.400, estando por encima solamente de las localidades de Rafael Uribe, Bosa y Ciudad Bolívar; al compararlo con el promedio distrital que es de 5.00, se evidencia que Usme presenta problemas en cuanto a los tiempos de movilidad y el acceso oportuno a bienes y servicios.

Respecto a la cantidad de equipamientos con los que cuenta la población bogotana a junio 30 de 2009, Bogotá registra un total de 27.076 equipamientos, cantidad mayor a la relacionada en el año 2003, debido principalmente a la ejecución de los “Planes Maestros de Equipamientos” elaborados entre los años 2005 y 2006, lo cual mejoró el inventario de los dotacionales como es el caso de bienestar social donde se incluyeron los 6.183 hogares comunitarios. Por otra parte, las localidades que cuentan con mayor número de equipamientos por cada 10.000 habitantes son: Teusaquillo (179), Chapinero (174) y La Candelaria (145), y las que tienen menor número son: Bosa (18), Kennedy (20) y Suba (22). Por su parte la localidad de Usme ocupa una posición media con relación a otras localidades y al distrito con 30 equipamientos por cada 10.000 habitantes. En cuanto al número de equipamientos por sector, en la localidad quinta se cuenta con lo siguiente: Bienestar social: 636, salud: 199, educación: 111, cultura: 63, culto: 4, recreación y deporte: 3, abastecimiento de alimentos: 5, administración: 5, seguridad, defensa y justicia: 16, cementerios y servicios funerarios: 3. Respecto a equipamientos de parques y zonas verdes Usme cuenta con 309 parques que corresponden a un área de 1.697.551, lo que corresponde a 4.9 metros cuadrados de parque por habitante para el año 2009⁸⁵.

ETNIAS

Reconociendo que los grupos étnicos presentes en la localidad de Usme tienen historias de vida que van desde su llegada hace 1, 10 o 30 años, se ha empezado un trabajo conjunto con las comunidades desde la ESE Hospital de Usme procurando el respeto de los saberes y costumbres propios y la garantía de la salud y equidad para los individuos que están congregados allí.

Frente al reconocimiento de la población perteneciente a los grupos étnicos y la información disponible sobre los mismos se encuentran ciertas dificultades relacionadas con el escaso registro que existe de estas poblaciones, así como con la diversidad de situaciones que reviste su condición. En el caso de estas comunidades la relación con la palabra escrita y con el registro físico de la información⁸⁶, a pesar de constituir una de las condiciones de su encuentro con la sociedad hegemónica, no es manejada ampliamente; por el contrario, constituye un factor con tan alta valoración que sólo está disponible para su comunidad o fines particulares.

Desde la perspectiva institucional, el registro de la población y sus condiciones no se hace de manera rigurosa debido al desconocimiento de las características de estas comunidades que se

85 Secretaría Distrital de Planeación, Boletín informativo: Bogotá ciudad de estadísticas. Boletín N° 9 – Conociendo las localidades de Bogotá.

86 Véase “La impronta de la ley: Escritura y poder en el discurso colonial”. En C. Gnecco y M. Zambrano (eds.), Memorias hegemónicas, memorias disidentes: El pasado como política de la historia. Bogotá: ICAN, Universidad del Cauca, 2000, pp.151-170.

Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007

suma a la falta de políticas particulares orientadas a su reconocimiento y mejoramiento de su calidad de vida.

En este sentido la información de la que se dispone a nivel institucional es mínima y tiene la particularidad de estar fragmentada de acuerdo a las intervenciones que se realizan en el caso del sector salud.

La población se encuentra concentrada en todos los territorios sociales, sin embargo hacen mayor presencia en Usme Centro, Comuneros y Alfonso López. En la localidad no se cuentan con datos poblacionales de los grupos étnicos puesto que los referentes de las instituciones no registran la variable étnica, para lo cual desde la mesa étnica los líderes pretenden avanzar en la recopilación de censo poblacional en la localidad. Se identifica claramente la presencia de los pueblos Pijao, Kichwas, Emberas, Nasa, Koreguaje, Ingas y Muiscas. Según las cifras del Censo DANE 2005 en la localidad de Usme se ubican 8419 personas pertenecientes a los grupos étnicos, correspondiente a un 2.8% de la población local. Están distribuidos en 560 indígenas de las etnias Embera (Risaralda), Coreguajes (Caquetá), Kichwas (Otavalo, Ecuador), Ingas (Putumayo), Muiscas (Cundinamarca-Boyacá) y Pijaos (Tolima-Huila), 1 raizal de San Andrés Isla y 7858 afrodescendientes de las Costas Pacífica y Caribe.

Se evidencia que el 70% de la población étnica se dedica a actividades relacionadas con la gastronomía entre los cuales se encuentran (panadería, restaurantes, pescaderías y fruterías en carritos). El 20% de la población se dedica a la comercialización (tiendas venta de víveres, abarrotes, verduras, frutas, fruterías en carritos, triciclos) El 5% se dedica al tejido tradicional y otro tanto se dedica a los arreglos de vehículos de forma empírica.

2.4 Posición Ocupacional

La posición ocupacional es la que la persona adquiere en el ejercicio de su trabajo, ya sea como asalariado, empleado doméstico, trabajador por cuenta propia, empleador o trabajador familiar sin remuneración, entre otros; en la tabla 51 se muestra el comparativo de la posición ocupacional de Usme frente a Bogotá, en la cual se observa que para la localidad de Usme, las categorías de asalariado privado, jornalero o peón, servicio doméstico y el trabajo por cuenta propia son mucho mayores que para Bogotá, se observa una relación inversa para los profesionales y los empleadores.

Tabla 51. Comparativo posición ocupacional Usme - Bogotá 2003

Posición Ocupacional	Usme	Bogotá
Familiar sin apoyo	2,2	2,9
Asalariado privado	50,8	49,6
Jornalero o peón	0,5	0,1
Servicio domestico	5,5	4
Cuenta propia	35,7	29,5
Profesional	0,4	3,8
Empleador	1,9	3,7
Total	100	100

Fuente: Encuesta Calidad de Vida 2003

Teniendo en cuenta los datos presentados en la tabla 52, por grupos de edad, la mayor proporción de personas que trabajaron la mayor parte del tiempo en la semana anterior a la Encuesta de Calidad de Vida 2007, con relación a la Población en Edad de Trabajar (PET), tanto para Bogotá, como para la localidad de Usme, se encuentran en el rango de los 25 a 44 años. Para el rango de edad de los 10 a 17 años, la tasa de ocupación es un poco más alta en Usme que en Bogotá y el mayor número de personas ocupadas como proporción de la PET, se encuentra en la localidad de Sumapaz. Respecto al grupo de edad de los 18 a los 24 años, la tasa de ocupación de la localidad de Usme es la tercera en el Distrito, luego de San Cristóbal y Bosa. De igual manera, en el rango de edad de los 45 a los 64, Usme también es la localidad número tres en orden descendente, luego de Chapinero y Teusaquillo. Para las personas de 65 años en adelante, la tasa de ocupación en la localidad de Usme es inferior a la de Bogotá y respecto a las demás localidades, se ubica luego de las 6 localidades con mayor tasa de ocupación para este grupo de edad, la localidad con mayor tasa de ocupación en personas mayores de 65 años es Chapinero con un 27.76.

Tabla 52. Comparativo Tasa de ocupación por grupos de edad Usme y Bogotá 2007

LOCALIDAD	Total Ocupados	Tasa Ocupación	10 A 17		18 A 24		25 A 44		45 A 64		65 y Mas	
			Ocupados	TO	Ocupados	TO	Ocupados	TO	Ocupados	TO	Ocupados	TO
Usme	117.215	47,41	1.542	2,8	21.710	50,78	64.747	71,38	27.920	58,6	1.296	11,75
Bogotá	2.772.976	47,58	26.472	2,61	398.216	45,12	1.587.787	71,26	709.712	54,74	50.790	12,42

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Calidad de Vida Bogotá 2007

2.5 Condiciones y Calidad de Acceso o Restricción a Bienes y Servicios

En lo que respecta a la vivienda, de acuerdo con los datos preliminares de la encuesta de calidad de vida realizada en el 2.007 para la localidad de Usme, se estiman un total de 77.292 hogares, de los cuales, existen aproximadamente 7.006 hogares pobres por NBI (con una o más NBI), lo que corresponde a un 9.1 %. En cuanto a los hogares en hacinamiento crítico suman 3.575, es decir 4.6%, y 2.358 hogares, que representan el 3.1 % tienen alta dependencia económica. Esto indica que existen grandes deficiencias que sin duda se convierten en factor determinante del estado de salud de la comunidad usmeña.

El Índice de Condiciones de Vida –ICV- es un indicador que mide el estándar de vida, a través de la combinación de variables de acumulación de bienes físicos, con relación a las características de la vivienda y acceso a los servicios públicos domiciliarios, con variables que miden el capital humano presente y potencial, dada por la educación del jefe del hogar y de los mayores de 12 años, así como el acceso de niños y jóvenes a los servicios escolares. De igual manera se observan las variables de composición del hogar, tales como el hacinamiento y la proporción de niños menores de 6 años en los hogares⁸⁷. Estas variables permiten estimar la forma de vivir de las personas, su valoración está dada en un número que se encuentra entre 0 y 100 puntos, a mayor puntaje o más cercano a 100, las condiciones de vida son mejores para la población analizada. El ICV más bajo en Bogotá lo tiene la localidad de Sumapaz con 60.80 puntos, seguido de Ciudad Bolívar con 83.90; luego se encuentra la localidad de Usme con un ICV de 85.10 puntos⁸⁸.

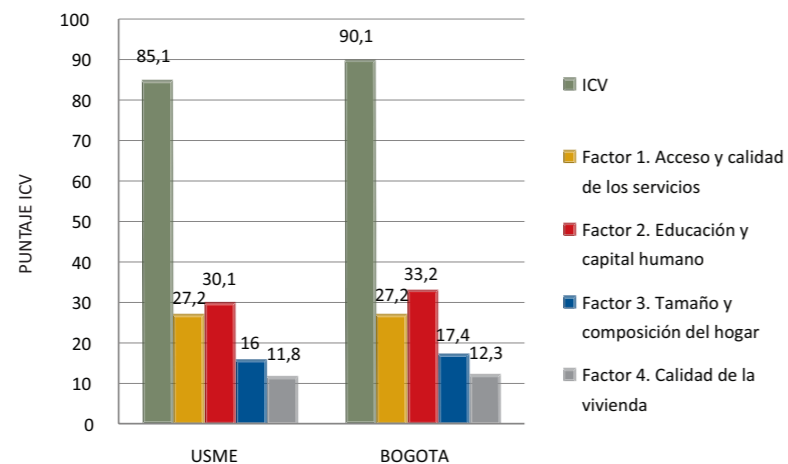
El ICV contempla cuatro factores con máximos según las ponderaciones de las variables, estos son: Factor 1: Acceso y calidad de los servicios (27,42), Factor 2: Educación y capital humano (39,43),

⁸⁷ Veeduría Distrital. Índice de Condiciones de Vida, Bogotá, 2006

⁸⁸ Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007

Factor 3: Tamaño y composición del hogar (20,25) y Factor 4: Calidad de la vivienda (12,90)⁸⁹. A continuación se presenta el ICV de la localidad de Usme respecto al de Bogotá y posteriormente se puede observar cada uno de los cuatro factores tanto para la localidad en mención como para el Distrito Capital (Gráfica 12).

Gráfico 12. Índice de Condiciones de Vida por Factor. Localidad Usme respecto a Bogotá, año 2007



Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 18, Pág. 29)

En lo que se refiere al acceso y calidad de los servicios, se tiene un acumulado de 27.20 que corresponde a uno de los más bajos del distrito, junto con Ciudad Bolívar, Santafé y Sumapaz; Aquí se detallan la eliminación de excretas, el abastecimiento de agua, el combustible para cocinar y la recolección de basuras, tal y como se presenta en la siguiente tabla: Índice de condiciones de vida por factores, variables y componentes en la localidad de Usme 2.007. Factor 1 – Acceso y Calidad de los Servicios (Ver Tabla 53).

Tabla 53. Índice de Condiciones de Vida por Factores, Variables y Componentes en la Localidad de Usme 2007. Factor 1. Acceso y calidad de los servicios

	Eliminación de Excretas	Abastecimiento de Agua	Combustible para cocinar	Recolección de Basuras	Total
Usme	7,03	6,92	6,59	6,62	27,17
Bogotá	7,06	6,96	6,59	6,6	27,21

Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida, Bogotá 2.007.

Según el censo DANE 2005, la cobertura en cuanto a los servicios públicos en la localidad de Usme supera el 90% para la mayoría de los hogares, siendo el servicio más representativo el de energía eléctrica con el 99,1% de las viviendas, y el servicio que muestra la menor cobertura corresponde al teléfono, con el 86,8% de las viviendas. La cobertura de servicios públicos es más crítica en la zona rural pues, de acuerdo a las caracterizaciones de la estrategia salud a su casa, en el año 2.007

se encuentra que en la vereda el Destino habitan 610 familias sin acueducto, 737 sin alcantarillado y 613 sin recolección de basuras. Así mismo en el sector de La Flora 55 familias no cuentan con conexión al acueducto, 91 sin alcantarillado y 33 sin recolección de basura. Finalmente, en la Fiscala y la reforma se encuentran 30 y 33 familias respectivamente sin servicios de acueducto⁹⁰.

En la UPZ Danubio las redes de servicios públicos, en especial de acueducto y alcantarillado requieren algunas acciones para mejorar su calidad y cobertura. Respecto al sistema de Acueducto la red de acueducto que surte la UPZ hace parte de la zona Usme del sistema Chisacá La Regadera y, aunque la cobertura ha estado mejorando, la mayor dificultad para abastecer el servicio de acueducto se presenta en las partes altas, debido a las limitaciones técnicas de la red como a las malas condiciones de los terrenos.

La red de alcantarillado de esta UPZ se encuentra en proceso de ampliación para lograr el total de cobertura. La cobertura de redes de alcantarillado para aguas lluvias es casi total. Dentro de los proyectos para la UPZ se ha establecido la instalación definitiva del alcantarillado pluvial para los barrios La Fiscala y La Fortuna.

La UPZ se encuentra cubierta en cuanto a redes domiciliarias de energía eléctrica, incluso en barrios no legalizados; sin embargo, no existen datos oficiales de cobertura de este servicio en la UPZ.

Se ha identificado que la red de distribución de gas cubre más del 82 % del total de los clientes potenciales en esta UPZ.

En cuanto a los micro territorios de salud a su casa, de los cuatro micro territorios ubicados en la UPZ Danubio, se encuentra que la cobertura de servicios públicos no es universal, en el sector de Quebrada Seca, los Cerezos, Morenas y Fiscala alta no cuenta con servicios domiciliarios, por estar ubicados en zona de reserva de los cerros orientales y Morenas ser por barrios creados a partir de la invasión de terrenos o la venta de urbanizadores ilegales.

En la UPZ Gran Yomasa la cobertura y prestación de los servicios públicos es buena; sin embargo, a nivel de las redes es necesario tener en cuenta el mantenimiento y adecuación de algunas de ellas. La red de acueducto que surte la UPZ proviene de la red de La Regadera Vitelma. Se han encontrado algunas deficiencias en el servicio en los barrios de la zona oriental, además de los barrios sin legalizar en donde no se han cuantificado las deficiencias de cobertura. De la misma manera se ha identificado zonas aún sin el servicio de alcantarillado, ante lo cual se propone la construcción de las redes para algunos barrios de la UPZ.

El sector se encuentra cubierto en cuanto a redes domiciliarias de energía eléctrica pero no existen datos oficiales de cobertura de este servicio en la UPZ. Para los micro territorios de salud a su casa de la UPZ gran Yomasa cuentan con cobertura de todos los servicios públicos: agua, luz, alcantarillado, recolección de basuras y teléfono a excepción algunos barrios como Villa Santa Isabel en donde se está adecuando el sistema de alcantarillado, Olivares en el cual 33 familias no cuentan con agua intra domiciliaria, 52 sin disposición adecuada de excretas, 38 sin recolección de basuras, Betania 30 familias no cuentan con recolección de basuras y los barrios Santa Marta y Sureña hay 34 y 24 familias respectivamente que no cuentan con disposición de excretas, acorde a lo encontrado por salud a su casa, presente en nueve micro territorios.

Respecto a la UPZ Alfonso López, la prestación de los servicios públicos presenta coberturas aceptables. La red de acueducto en el sector de las UPZ Comuneros y Alfonso López está estructurada a partir de las redes maestras Monteblanco y Los Pinos. Están proyectadas dos redes que pasarán por la Autopista al Llano.

El cubrimiento del servicio de alcantarillado sanitario y pluvial es de 22 barrios que representan el 84.62 % de la UPZ; en construcción se encuentra un barrio, que representa el 3.85 %; en licitación se encuentran tres barrios que representan el 11.54 % de la UPZ. No hay barrios sin disponibilidad del servicio.

La UPZ Comuneros cuenta con los servicios de acueducto y de alcantarillado tanto sanitario como pluvial, el sistema de recolección de residuos sólidos funciona durante tres días a la semana. Según lo reportado por salud a su hogar en el micro territorio de Lorenzo, uno de los dos presentes en la UPZ, hay 40 familias sin agua intra domiciliaria, 78 sin disposición adecuada de excretas y 20 sin recolección de basuras.

Respecto a la UPZ La Flora, se ha identificado a través de la caracterización de los micro territorios de salud a su casa, graves problemas frente a la cobertura de servicios públicos, presente en tres micro territorios, se encontró que en los barrios Arrayanes, Juan José Rondón, Villa rosita, Villa Diana, Las Violetas, Boquerón La Flora, La Esperanza, Nueva Costa Rica, San Pedro, Doña Liliana, Villas del Edén, y San Isidro. Se encuentran familias que no tienen conexión al agua intra domiciliaria, disposición adecuada de excretas y recolección de basura.

La UPZ Usme en cuanto a la cobertura de servicios públicos, en el sector urbano tiene los servicios públicos básicos de acueducto, alcantarillado, energía y recolección de basuras. En el sector rural del Destino, uno de los dos micro territorios de salud a su hogar, se encuentran 610 familias sin agua intradomiciliaria, 737 sin disposición adecuada de excretas y 630 familias sin recolección de basura, por lo cual se presenta quema de las mismas.

En lo que respecta a la educación y el capital humano, el acumulado es de 30.07 para la localidad de Usme, que nuevamente es uno de los más bajos del distrito junto con Ciudad Bolívar y Sumapaz y que es inferior al consolidado del distrito, para todos los aspectos que constituyen el factor 2. En este punto se analizan los aspectos más relevantes relacionados con el grado de escolaridad y asistencia escolar de los habitantes, tal y como se detalla en la tabla 54.

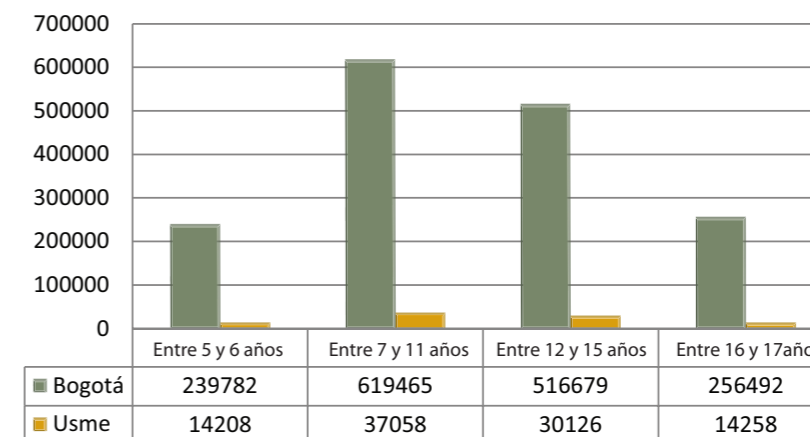
Tabla 54. Índice de Condiciones de Vida por Factores, Variables y Componentes en la Localidad de Usme 2007. Factor 2. Educación y capital humano

	Escolaridad Máxima del jefe del hogar	Escolaridad Promedio de personas de 12 años y más	Proporción de jóvenes de 12 a 18 años que asisten a secundaria, técnica o universitaria	Proporción de niños de 5 a 11 años que asisten a algún establecimiento educativo	Total
Usme	7,8	9,17	5,1	7,99	30,07
Bogotá	9,19	10,27	5,25	8,47	33,18

Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida, Bogotá 2.007.

El 28.5% de la población de la localidad de Usme, es decir 95.650 habitantes, se encuentran dentro de la Población en Edad Escolar (PEE), la cual se distribuye por rangos de edad como se muestra en el gráfico 13.

Grafico 13. Población en Edad Escolar Usme - Bogotá año 2008



Fuente: DANE – SDP, Proyecciones de población con base en conciliación de los censos 1985, 1993 y 2005

La demanda del servicio educativo en el sector Oficial, corresponde a la población que solicita un cupo en el sistema educativo oficial y está constituida por el número de estudiantes antiguos que se promocionan al siguiente grado escolar, los antiguos repitentes y el número de estudiantes nuevos que solicitan un cupo- Estos a su vez corresponden a niños y niñas de 5 años que finalizan su ciclo de educación inicial en los jardines infantiles de la Secretaría Distrital de Integración Social y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y la población que demanda un cupo educativo para cualquier grado de escolaridad, como niños, niñas y jóvenes que provienen del sector educativo privado o que se encuentran por fuera del sistema educativo⁹¹.

Respecto a los establecimientos educativos, el número total de colegios que ofrecen educación oficial en la localidad de Usme para el año 2008 fueron 79, distribuidos de la siguiente manera según tipo de colegio: Oficial Distrital 45, SDIS 3, Concesión 5 y convenio 26. La oferta educativa del Sector Oficial corresponde al número de cupos ofrecidos en los colegios distritales, colegios en concesión y en los colegios privados en convenio, con la cual se garantiza la continuidad de los estudiantes antiguos y se busca atender la demanda de estudiantes nuevos⁹².

Los resultados de la encuesta de calidad de vida del año 2.007, consolidan las tasas de coberturas netas, indican que en el caso de Usme: en el nivel preescolar la cobertura es de 58.1; en primaria, el resultado es de 86.4; en el nivel de secundaria, se consolida una tasa de cobertura neta de 78.8 y para el caso de la educación superior, se presentan mayores deficiencias en cuanto a la cobertura, siendo la tasa neta consolidada de 16.4. En cuanto al nivel educativo general, se define que el 5,9% tienen preescolar, 37,6%, ha alcanzado el nivel básica primaria, el 44,7% secundaria, el 2,8% ha alcanzado nivel tecnológico, el 2,3% ha alcanzado el nivel profesional y el 0,2% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado.

El Distrito ha realizado importantes esfuerzos para ampliar la oferta educativa oficial buscando mayores y mejores oportunidades para que los niños, niñas y jóvenes de la ciudad accedan y permanezcan en el sistema educativo. Durante los últimos años el crecimiento de la oferta educativa oficial para atender la demanda, en términos de creación de nuevos cupos, se ha dado mediante las siguientes estrategias: construcción de nuevos colegios, ampliación y mejoramiento de la infraestructura de los colegios distritales, optimización de la capacidad instalada en colegios

⁹¹ Secretaría de Educación Distrital, Caracterización sector educativo año 2008

⁹² *Ibid.*

distritales, arrendamientos, convenios con colegios privados a través de subsidios a la demanda y colegios distritales en concesión. El subsidio condicionado a la asistencia escolar es otra de las medidas adoptadas por la Administración Distrital. Tiene como fin estimular el retorno de niños y jóvenes al sistema educativo. Así mismo, evitar el abandono del colegio antes de terminar el grado 11º. Está dirigido a estudiantes de educación secundaria y consiste en la entrega de \$60.000 cada dos meses. Son los mismos estudiantes los encargados de retirar el dinero de los cajeros automáticos con la tarjeta débito. En el 2007, se otorgaron 45.692 subsidios a estudiantes de estratos bajos, en Bogotá. Las localidades más beneficiadas fueron Ciudad Bolívar con 9.111 subsidios, Bosa con 7.854 y Usme con 6.718⁹³. Pese a los esfuerzos realizados a nivel distrital aún en la localidad de Usme se presenta un 3.8% de analfabetismo y los micro territorios en los cuales se presenta más esta problemática son San Juan Bautista – Sureña, Destino – Unión y Arrayanes⁹⁴.

Referente al tercer factor del índice de condiciones de vida, es decir al tamaño y composición del hogar (ver tabla 55), es posible evidenciar que al igual que en los dos factores anteriores, en este continua un acumulado muy bajo respecto a las demás localidades y al consolidado distrital, correspondiente a 15.99, el cual está determinado por la proporción de niños de 6 años o menos y el hacinamiento en el hogar. Respecto a la distribución de las personas en cada uno de los hogares, el censo DANE 2005 reporta que en la localidad de Usme el 69.4% de los mismos tiene cuatro personas o menos, lo que significa que aproximadamente el 30.6% de los hogares de la localidad tiene cinco personas o más. De esta misma fuente se obtiene que el número promedio de personas por hogar en Usme es de 3,8.

De acuerdo con las proyecciones de Planeación Distrital, para el período 2006-2009 Bogotá presentó un crecimiento en número de viviendas del 8,9% y en hogares del 8,7%. Por localidades, las que presentaron los mayores incrementos tanto en el número de viviendas como de hogares fueron Usme (18,1% y 17,4%), Bosa (14,2% y 13,1%) y Ciudad Bolívar (13,8% y 12,9%), y las de menor crecimiento fueron La Candelaria, Los Mártires y Santa Fe.

Tabla 55. Índice de condiciones de vida por factores, variables y componentes en la localidad de Usme 2007. Factor 3. Tamaño y composición del hogar

	Proporción de niños de 6 años o menos en el hogar	Hacinamiento en el hogar	Total
Usme	4,9	11,09	15,99
Bogotá	5,51	11,86	17,37

Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida, Bogotá 2.007.

En lo que respecta al último factor que determina el índice global de calidad de vida, es decir, a la calidad de la vivienda que se define por el material predominante en las paredes y el material predominante en los pisos, la situación es repetitiva como para los tres factores anteriores, siendo la localidad de Usme junto con Ciudad Bolívar y Sumapaz, las que mayores deficiencias tienen en sus viviendas. La localidad de Usme tiene un acumulado en este factor de 11.81 que es muy inferior al consolidado distrital. Estos resultados se presentan en la tabla 56.

93 Subdirección de Programas y Proyectos SED. Procesamiento: Dirección de estudios e investigaciones Cámara de Comercio de Bogotá Julio de 2008

94 Salud a su Casa Hospital de Usme – Informe descriptivo de los hallazgos en los territorios de Salud a su Casa 2008

Tabla 56. Índice de condiciones de vida por factores, variables y componentes en la localidad de Usme 2007. Factor 4. Calidad de la vivienda

	Material predominante de las paredes de la vivienda	Material predominante de los pisos de la vivienda	Total
Usme	6,01	5,8	11,81
Bogotá	6,06	6,24	12,3

Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida, Bogotá 2.007.

Continuando con datos de la encuesta de calidad de vida del año 2007, el 1.6% de los hogares de la localidad tiene una vivienda inadecuada, el 0.4% tiene servicios inadecuados y el 4.6% viven en hacinamiento crítico. Usme tiene un total de 75.070 viviendas, representando un peso en el distrito de 4.0 %. En cuanto al tipo de vivienda, los datos del censo del 2005 arrojan que el 65.7% de las viviendas en la localidad de Usme son casas, el 25.4% corresponden a apartamentos y el 8.9% son cuartos u otro tipo de vivienda. Las casas se caracterizan por ser de uno o dos pisos y con cobertura de servicios públicos, a excepción de algunas zonas que han presentado dificultad por la legalización de sus terrenos. De otro lado, se observan viviendas construidas en materiales no sólidos especialmente en la UPZ La Flora y La UPZ Danubio Azul, con el agravante de estar ubicadas en rondas de quebradas con riesgo de deslizamiento⁹⁵.

Otro factor determinante de las condiciones, calidad de acceso o restricción a bienes y servicios es la seguridad alimentaria y nutricional (SAN). A continuación se presenta el análisis de SAN de la localidad teniendo en cuenta sus cuatro ejes:

Disponibilidad: Se evidencia inadecuada disponibilidad de alimentos, en donde existe una falta de implementación en procesos de planificación, en términos de las actividades productivas que promuevan la adquisición de alimentos a un precio justo y de buena calidad. Se identifica que existe una desarticulación entre la oferta y la demanda de alimentos, en donde la intermediación causada por este evento en particular, hace que los productores organizados no puedan tener la garantía de vender sus productos, así como los demás actores tenderos y vivanderos no vislumbran el impacto que tendría la no articulación. La falta de implementación de procesos de planificación, en términos de las actividades productivas, promueve que las producciones se concentren en picos que perjudican tanto al productor como a los consumidores, lo que finalmente incide en la baja calidad y alto costo de los alimentos.

Las comunidades rurales presentan deficiencias en el manejo medioambiental de los cultivos que se reflejan en la implementación cada vez más frecuente de químicos y la proliferación de alimentos transgénicos como una alternativa promovida desde las grandes empresas transnacionales y las políticas estatales que además, en cuanto a precio, resultan más bajas al consumidor que los productos orgánicos o los limpios.

Acceso: Usme es una de las localidades más afectadas por los fenómenos de desempleo forzoso y economía informal; el 50% de los habitantes están clasificados como pertenecientes al estrato 1 y el 50% restante se clasifica en estrato 2. Los programas de apoyo alimentario en comedores comunitarios tiene un cubrimiento aproximado de 13.000 beneficiarios; el ICBF en sus programas tienen 160 cupos en recuperación nutricional, 3470 cupos para desayunos infantiles, 10.825 cupos para desayunos escolares y 5.514 para almuerzos escolares.

95 Aportes comunidad de Usme, cartografía social 2007

Se observa que los determinantes estructurales que afectan a todas las etapas del ciclo vital son principalmente las condiciones de pobreza en la medida que ésta dificulta la adquisición de productos esenciales de la canasta básica de alimentos, especialmente a frutas y verduras.

Es posible determinar que el Plan Local de Ordenamiento Territorial –POT- y el Plan de Abastecimiento y Acceso de Bogotá –PAAB- afectan la población de Usme de manera definitiva pues en el caso del POT, a partir de reconocer que esta localidad tiene un suelo en su mayoría rural fácilmente aprovechable para el cultivo de los alimentos. Se evidencia claramente la afectación en detrimento de la calidad de vida de la población por la propuesta de construcción masiva de edificaciones del proyecto de Metrovivienda que vuelve muchas zonas de vocación rural a zonas de uso exclusivo para la vivienda, teniendo en cuenta que se genera desplazamiento intra local, pero en especial afectando las zonas de conservación ambiental ya que estas zonas según la población son las que quedan para el cultivo y su reubicación. Esto se une directamente con el PAAB ya que afecta no solo la localidad sino al distrito en distribución y acceso alimentos sanos a más bajo costo, se debe anotar que con la llegada de estas políticas también se cuenta con convenios con diferentes entidades u ONG, tales como, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Corporación Integral Eclipse, Fundecomercio, que buscan beneficiar la localidad con la implementación de diferentes proyectos e intervenciones relacionados principalmente con la dimensión de acceso de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional.

Consumo: Según el consolidado general de los 24 micro territorios se encuentra que en el último mes el 19,7% de los hogares algún miembro de la familia dejó de recibir alguna de las comidas; 17,3% de los hogares tuvieron que reducir la cantidad de alimentos a niños menores de cinco años por falta de dinero y al 18,3% de los hogares les hizo falta dinero para comprar alimentos. Durante la vigencia 2008 se realizaron visitas de caracterización a 1337 niños y niñas menores de cinco años en donde del total de niños visitados, el 10.5% son menores de un año, de los cuales un 15.6% dejaron de consumir alguna comida y el 84.3% disminuyeron el consumo de alimentos. Los niños de 1 a 5 años, representan el 8.4% del total de niños visitados y de éstos, 22.4% dejaron de consumir alguna comida durante el día y el 77.5% redujeron el consumo de alimentos esto debido principalmente a la falta de recursos económicos⁹⁶.

Al realizar un análisis desde la comunidad se encuentra que allí los imaginarios y las representaciones sociales que desde los medios de comunicación se promueven afectan negativamente la población en la medida que la comunidad al alimentarse busca como prioridad satisfacer el hambre, “llenarse”, dejando de lado o prestando menos atención a la función de nutrición de los alimentos. De otro lado, existe un imaginario arraigado frente a las frutas y las verduras donde se cree que estas se encuentran regadas por agua del río Bogotá, razón por la cual no hay un buen consumo de las mismas pues se considera que están contaminadas, aunque no hay evidencia de ello.

A pesar de que la localidad cuenta con una oferta de alimentos limpios u orgánicos, no hay adquisición de “comida sana” pues se ha observado que los integrantes de la familia, particularmente, los niños, las niñas y jefes de hogar no la consumen. En esta medida se considera que el recurso económico destinado a estos alimentos se “pierde” y se observa un cierto tipo de hábitos alimentarios acentuados en poblaciones en situación de desplazamiento y etnias que no tienen como costumbre consumir verduras y frutas.

Dentro de esta misma categoría de imaginarios y representaciones sociales vale la pena mencionar la distribución de alimentos que realizan las cuidadoras al interior de la familia, pues con frecuencia se sigue observando que prevalece la preferencia de distribución de porciones más grandes a los integrantes de la misma, de acuerdo a quien trabaja o mantiene el hogar y no

según su necesidad nutricional. Así mismo la educación, en cuanto a género y desarrollo de roles en la familia, apoya este tipo de manejos y distribuciones intrafamiliares ya que son principalmente los hombres los proveedores del recurso utilizado para la compra de los alimentos y dentro de las familias las enseñanzas de cuidado, cocina y alimentos es dado a las mujeres sin importar su edad.

Con frecuencia se nota que existe un reemplazo u omisión de alimento ofrecido en el hogar por los alimentos brindados dentro de los programas asistenciales (comedores comunitarios) siendo más afectados los niños y niñas puesto que muchas veces los recursos no son el obstáculo sino que los cuidadores de hogar dejan su labor para darle la responsabilidad al Estado. La alimentación balanceada es consumida cuando se accede a ésta en los programas pero los días que ésta no es ofrecida por parte de una institución simplemente no cumple con las condiciones o características nutricionales apropiadas lo que en cierta medida puede desencadenar en una obstaculización de los procesos de desarrollo y crecimiento.

Los medios de comunicación ejercen un papel muy importante en la socialización y esto hace que se tomen decisiones dentro de la familia en cuanto a qué se come; allí los niños, niñas y jóvenes son quienes están bajo una influencia más directa por el tiempo de exposición a los mismos y por la vulnerabilidad propia de su edad que los incita además, a seguir ciertos cánones físicos promulgados por quienes dictan la moda (músicos, actrices y actores). Por otro lado, los distribuidores de mercancías o productos de bajo nivel nutricional (gaseosas, paquetes) cuentan con mayor facilidad de llevar a los supermercados y dar más facilidades de pago en relación con los encargados de distribuir alimentos tales como frutas o verduras y los campesinos de la localidad. Esta distribución además está mediada por una serie de intermediarios que suben el costo y maltratan los productos llegando al consumidor final en muchas veces en mal estado.

Se observa que la comunidad piensa que debido a que la industria de alimentos adiciona vitaminas a los productos ya no es necesario consumir frutas o verduras puesto que los alimentos enriquecidos ya los contienen en las cantidades necesarias, por otro lado la elasticidad en los parámetros de los alimentos enriquecidos facilita que esa información nutricional sea difundida masivamente confundiendo a las comunidades.

En el sector rural se evidencia que los agricultores en contravía de la idea de la soberanía alimentaria, producen un solo producto que se vende para la compra de otros alimentos de menor calidad, que son adquiridos a mayor precio y que no les permite, por los precios de venta, guardar de su propio producto las cantidades necesarias para su consumo sino que deben quedarse en muchas ocasiones solo con lo “que no se vende”. De igual manera, es evidente la ausencia de procesos adecuados de movilización social que permitan que las comunidades se organicen en torno a sus necesidades y busquen de manera común soluciones efectivas a través de la asociación y el trabajo en red.

Frente al enfoque diferencial se encuentra que desde la seguridad alimentaria y nutricional hay una necesidad de avanzar ya que no hay reconocimiento de grupos étnicos y vulnerables, lo cual lleva a que haya un desconocimiento de sus hábitos alimentarios y el posible avance en cuanto a la inclusión efectiva y en condiciones de igualdad por lo menos en los programas de asistencia alimentaria.

Dentro de los determinantes que afectan directamente al individuo, se encuentra que hay un aumento en la constitución de familias disfuncionales, lo cual ha llevado a que no haya suficiente cuidado y atenciones de los niños, niñas y jóvenes y que a su vez el cuidado y la alimentación de éstos se encuentren a cargo de otros familiares ocasionando muchas veces casos de desnutrición y malnutrición.

Se evidencia además que no hay suficiente información para optimizar los recursos familiares, lo cual se refleja en el gasto del dinero en productos diferentes a la alimentación tales como cerveza, licor, chance, entre otros.

Una de las categorías que se ve fuertemente afectada es la autonomía, pues claramente se ve que al interior de las familias, no hay promoción del ejercicio de ésta puesto que el ejercicio del poder se da desde el manejo del dinero y de la misma autoridad del rol paterno o materno o simplemente del “mayor”.

Aprovechamiento biológico de los alimentos: para el año 2008 en cuanto a desnutrición aguda o enflaquecimiento se encuentra que un 76.5% de los infantes (n=14085) se encuentra dentro de la normalidad, y un 4% (n=738) y 15.7% (n=2893) en bajo peso y riesgo de déficit, respectivamente. Además, el 3.8% (n=695) de los menores de 10 años presenta sobrepeso u obesidad, lo que indica un exceso en el consumo de calorías y nutrientes. A pesar de la diversidad en los diagnósticos encontrados, las cifras presentadas, dan un aviso de alerta para actuar frente al consumo inadecuado de calorías y nutrientes en estos niños, que puede inducir problemas en su posterior adolescencia y adultez.

Por otra parte, el indicador talla para edad nos muestra un proceso de tipo crónico, en donde se manifiesta la carencia de algunos nutrientes, por un tiempo prolongado. Como consecuencia, el niño puede presentar retraso en el crecimiento respecto a su edad, para el año 2008, un total de 44.1% (n=8118) de niños y niñas menores de 10 años, están sufriendo condiciones adversas en su crecimiento, como consecuencia de un deficiente consumo de nutrientes y/o enfermedades infecciosas a repetición. Ésta problemática está asociada a situaciones sociales y económicas precarias. Por otro lado, 55.9% (n=10286) de los infantes se encuentran en un rango de normalidad.

Durante el año 2008, se realizó la valoración nutricional a los escolares de los cuatro colegios centinela de la Localidad (Colegios Públicos: Don Bosco II, Eduardo Umaña Mendoza y Luis Eduardo Mora Osejo. Colegio Privado: Andrés Escobar, que permitieron determinar la situación nutricional de este grupo poblacional. El estado nutricional de los escolares menores de 10 años refleja una alta prevalencia de malnutrición, ya sea por déficit o exceso.

Los datos obtenidos muestran que 0.8% (n=18) de los escolares padecen de desnutrición aguda o bajo peso. Los colegios más afectados con ésta problemática son Andrés Escobar (2.0%) y Don Bosco II (0.7%).

Por otro lado, la prevalencia de desnutrición crónica o retraso en el crecimiento, presenta las cifras de malnutrición más altas. Esta situación es preocupante, teniendo en cuenta que la talla es un índice de desarrollo de los pueblos. En este caso, los Colegios Eduardo Umaña Mendoza y Luis Eduardo Mora Osejo muestran los datos más altos de retraso en el crecimiento de escolares, 16.1% (n=166) y 11.8% (n=32) respectivamente.

Finalmente, el panorama de los escolares para la malnutrición por exceso no es mejor, ya que en el año 2008 se presenta una prevalencia de sobrepeso de 4.9% (n=105). Estos resultados se relacionan con el aumento de la urbanización en los países en vía de desarrollo, que conlleva a la disminución de actividad física (sedentarismo) y a prácticas de alimentación inadecuadas (alto consumo de grasa saturada y azúcares). Los colegios con las cifras más altas de sobrepeso son Don Bosco II (7%) y Eduardo Umaña Mendoza (5%).

Como parte de la implementación del sistema de vigilancia nutricional de la gestante, para el año 2008 y según la información notificada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos, se

encontró que el 36.9% (n=2477) de las mujeres en período de gestación atendidas en el hospital de Usme E.S.E. I Nivel, presentan bajo peso y el 26.2% (n=1753) presentan algún grado de exceso (sobrepeso u obesidad), es decir que el 63.1% de las gestantes notificadas al sistema de la Localidad de Usme presentan algún tipo de malnutrición, lo cual contribuye al nacimiento de niños con bajo peso, complicaciones durante y después del parto, entre otros.

Otro factor determinante de las condiciones, calidad de acceso o restricción a bienes y servicios es la Cultura, Recreación y deporte. A continuación se presenta el análisis de la localidad en este aspecto.

Es importante reconocer la actividad física, la recreación y el deporte como una de las prioridades fundamentales para la calidad de vida de cualquier persona, con el objetivo de fortalecer las estrategias a fin de promover en la comunidad la importancia de tener hábitos saludables para mejorar condiciones de vida y crear oportunidades nuevas que incidan positivamente en los hábitos de vida cotidiana que repercutan en las personas que hacen parte de la comunidad Usme.

Se hace cada vez más marcada la necesidad de la formulación de planes locales de actividad física, recreación y deporte, teniendo en cuenta la importancia no sólo a nivel de la salud sino a todos los que trabajan en el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades, grupos poblacionales y actores sociales donde es indispensable el compromiso y trabajo conjunto de las diferentes instituciones, organizaciones, líderes comunitarios y comunidad en general quienes, partiendo del reconocimiento de las características propias de la localidad, generen un proceso que propenda por la construcción de nuevas alternativas y respuestas acordes a las necesidades y determinantes que actualmente se presentan en la comunidad Usme, las cuales se centren en promoción y fortalecimiento de la práctica de la actividad física, la recreación y el deporte.

El plan local de actividad física, recreación y deporte de Usme, debe contener estrategias para promover, promocionar, fomentar, fortalecer y continuar con su desarrollo dentro de la localidad. Es así como dentro de la estructura que se propone desde el sector salud, se plantea como principal proceso o acción a desarrollar la consolidación de una red local de actividad física, recreación y deporte donde converjan los diferentes actores sociales e instituciones que trabajan localmente entorno a la actividad física, la recreación y el deporte. A partir de la organización de encuentros sectoriales, se pretenden socializar las propuestas y lograr la construcción conjunta de acuerdos tanto conceptuales como metodológicos que guíen el accionar de la red local.

En el marco situacional se muestra que en la localidad hay poca práctica de actividad física en las etapas de ciclo vital infancia, juventud, adultez; en cambio, en la etapa de ciclo vital persona mayor, hay aprovechamiento de zonas verdes y escenarios para la práctica de la actividad física, recreación y deporte. Se encuentra una limitante para el empoderamiento y aprovechamiento de parques debido a la inseguridad que presenta estos lugares por la presencia de delincuencia común y fumadores de sustancias psicoactivas. No se puede usar la bicicleta como medio de transporte y senderos peatonales como disfrute de la práctica de actividad física ya que no se cuenta con ciclo rutas ni senderos peatonales adecuados lo cual se ha manifestado insistentemente a secretaria de movilidad.

Para ello fue importante que el hospital se orientara en el reconocimiento en la localidad quinta de Usme hacia sus contextos poblacionales y territoriales, el entorno donde se desenvuelven, sus estilos, hábitos y dinámicas de vida cotidiana, con el fin de identificar las necesidades de los individuos y comunidad en general y determinar los elementos que condicionan la práctica de la actividad física, la recreación y el deporte como son los factores facilitadores. Las habilidades de cada individuo, la accesibilidad y el entorno, los factores que fortalecen como es el soporte social y los que limitan como son las creencias y mitos que no les permiten tener un disfrute y un **satisfactor positivo** a la calidad de vida.⁹⁷

⁹⁷ Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL.
En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.

2.6 Ambiente y su relación con la producción y el consumo local

2.6.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional

La seguridad alimentaria, que desde la salud ambiental se analiza en el tema de inocuidad de los alimentos, se aborda desde la transversalidad de ambiente a través de la inspección, vigilancia y control de los establecimientos públicos que producen, comercializan y distribuyen alimentos para consumo humano. En la localidad existen alrededor de 1620 establecimientos en donde se almacenan, manipulan, preparan y expenden alimentos, de los cuales el Hospital de Usme ejerce vigilancia sobre un 80% aproximadamente. Estos establecimientos se clasifican en: mixtos, de los cuales existen alrededor de 550 (cafeterías, panaderías, restaurantes, comedores comunitarios, entre otros); licores, de los cuales se tienen alrededor de 400, minoristas que suman aproximadamente 550 (tiendas de barrio, mini mercados, cigarrerías, entre otros), Supermercados (incluye todos los establecimientos de abarrotes que cuentan con bodega), y expendios de carne, que existen alrededor de 120 en la localidad.

De acuerdo a la vigilancia rutinaria que se ejerce en estos establecimientos, el principal problema higiénico sanitario tiene que ver con el manejo de los residuos sólidos, los cuales se disponen en recipientes no adecuados, sin tapa, y en el caso de los residuos orgánicos generados. Por ejemplo, en los restaurantes (lavaza), se manejan tiempos de almacenamiento de alrededor de 8 días, permitiendo la generación de malos olores y la proliferación de vectores.

Igualmente, este manejo inadecuado de residuos sólidos se convierte en un factor de deterioro del ambiente, cuando son dispuestos en áreas públicas, en días y horas no estipuladas por el consorcio de aseo, facilitando que estos residuos sean dispersados por las vías y andenes por la acción de perros callejeros en busca de alimento y promoviendo ambientes propicios para la proliferación de insectos y roedores transmisores de enfermedades.

Otros problemas higiénicos sanitarios que presentan los establecimientos son la no implementación de planes de saneamiento, mal almacenamiento y manipulación de materias primas, dotación personal incompleta, instalaciones físicas no adecuadas, que es la principal causa de la aplicación de medidas sanitarias como el sellamiento; y la falta de tanque de almacenamiento de agua. Estos dos últimos ítem se relacionan con la condición de arrendatarios de los propietarios de los establecimientos ya que en algunos de los casos, cuando se realizan las recomendaciones al respecto, ni el propietario del establecimiento ni el del predio se hacen responsables de las adecuaciones.

Entre las causas de estas problemáticas se encuentran el desconocimiento de las normas y la falta de concientización de las personas, ya que aunque en la localidad de Usme, se capacitan por parte del Hospital de Usme alrededor de 200 personas en manipulación de alimentos y los conocimientos adquiridos, en la mayoría de los casos, no son puestos en práctica.

Para el caso de las tiendas de barrio o minoristas, que manejan frutas y verduras, en algunos casos los productos se ubican en la parte exterior del establecimiento (andenes), para aumentar las ventas; sin embargo al acondicionar los productos, dejan los desperdicios en la calle.

Este mismo caso ocurre con vendedores ambulantes y plazas de mercado (en Usme la mayoría tienen carácter de informalidad), que al no disponer de un área para almacenamiento de basuras, las dejan en cualquier lugar público al final de la jornada. Esta condición se agrava al considerar que el Hospital de Usme, que ejerce la autoridad sanitaria en la localidad, no tiene competencia para ejercer control, ya que se trata de actividades en espacio público.

Con los expendios de carne existe una problemática relacionada con la creencia popular de

que la carne refrigerada no es carne fresca, por lo cual, los expendedores utilizan colgar la carne al ambiente, a la entrada de los establecimientos, expuesta a todo tipo de contaminantes ambientales.

En relación con la morbilidad asociada al consumo de alimentos (ETA), de acuerdo al seguimiento de brotes, se presentan en su mayoría en la etapa de ciclo vital infancia y en el ámbito escolar.

Con respecto a las dinámicas del sector productivo, comercial y de servicios y a los resultados e información que se obtiene a partir de las intervenciones de la línea de vigilancia sanitaria, sin duda una de las fuentes de ingresos de los habitantes de la localidad de Usme, es la relacionada con los establecimientos dedicados a la transformación, comercialización y distribución de alimentos, entre los cuales, en su mayoría, son expendios de carnes, tiendas de barrio, cafeterías, restaurantes y asaderos. El desarrollo de estas actividades mejora la calidad de vida tanto de las personas que las realizan pues cuentan con una fuente de empleo e ingresos como de los consumidores, que adquieren alimentos a precios estándar y razonables gracias a la oferta y competencia entre establecimientos. Además son alimentos de fácil acceso por la cercanía de los puntos de comercialización, teniendo en cuenta los problemas de acceso y movilidad de algunos sectores de la localidad.

2.6.2 Industria y Ambiente

Otro tipo de actividades que generan ingresos para la población de la localidad son las vigiladas desde la línea de Industria y Ambiente, que se refieren a todas las actividades en las cuales se manipula algún tipo de sustancia química, entre las cuales encontramos fábricas que utilizan como materia prima plástico, metal o cuero, industrias extractivas, salas de belleza, estaciones de servicio y lavanderías.

Durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2008, se realizaron 854 visitas a este tipo de establecimientos (no necesariamente corresponden a igual número de establecimientos), de los cuales 318 (37,23%) corresponden a salas de belleza, siendo éste el punto crítico con mayor número de establecimientos en la localidad quinta.

El comportamiento en cuanto al cumplimiento de los requerimientos durante las visitas de inspección a los establecimientos es muy similar en todas las UPZ, salvo en casos como los de las industrias extractivas, que presentan algún tipo de inconveniente con otras autoridades distritales por el trámite de permisos ambientales.

De acuerdo a las visitas, la mayor parte de problemas higiénico sanitarios se relaciona con las condiciones locativas (estado de pisos, paredes, techos y servicio sanitario), la falta o la mala utilización de los implementos de protección personal, señalización, extintores y botiquín de primeros auxilios, falta de protección de redes eléctricas y mecanismos en movimiento.

Las quejas presentadas por comunidad, en su mayoría están relacionadas con olores, provenientes de diferentes tipos de pinturas, especialmente en los casos en que los talleres, ya sea de carpintería, latonería y pintura o de ornamentación y desarrollan actividad de lacado o pintura en espacio público (andenes). Igualmente, en ocasiones, se reciben quejas que tiene que ver con las emisiones de las ladrilleras o el vertimiento de aguas en las empresas trituradoras, las cuales son remitidas a la autoridad ambiental por ser de su competencia directa.

2.6.3 Medicamentos seguros

El medicamento es considerado como un insumo básico y de primera necesidad en todo sistema de salud, por lo cual la calidad, pertinencia y oportunidad del servicio farmacéutico impactan el estado de salud de todos los habitantes de la localidad sin distinción de etnias, edad, género, grado de escolaridad, ocupación, entre otros.

De acuerdo a la inspección vigilancia y control ejercidos por el Hospital de Meissen ESE II Nivel en la Localidad de Usme, el censo de establecimientos que ofrecen medicamentos asciende a 151, distribuidos así: 123 Droguerías, 13 Tiendas Naturistas y 15 Distribuidores Cosméticos, ubicados en las UPZ La Flora, Gran Yomasa, Danubio, Comuneros y Alfonso López. Los conceptos pendientes en estos establecimientos se atribuyen a: adecuaciones locativas, el establecimiento cuenta con contrato de trabajo del director técnico, no cuentan con termo higrómetro o no presentan el Manual de Procedimientos. Los conceptos desfavorables se atribuyen principalmente a: incumplimiento de la Resolución 1403 de 2007 que regula los establecimientos farmacéuticos, aspectos locativos solicitados en visitas anteriores, incumplimiento de normas de bioseguridad, no reporte de recibo o contrato con Ecocapital para el manejo de residuos peligrosos, y productos fraudulentos, alterados o antibióticos fraccionados.

Según las visitas realizadas en la localidad de Usme en el periodo de julio a septiembre del año 2009, se emitieron 23% de conceptos pendientes y 18% de conceptos desfavorables en un total de 143 visitas. Puede verse que la población de la Localidad es particularmente vulnerable frente al manejo inadecuado de los productos farmacéuticos por parte de los comercializadores.

Adicionalmente se observa que la vigilancia ejercida por el Hospital de Meissen ESE II Nivel, no abarca las 7 UPZ de la Localidad y además no incluye la vigilancia a pañaleras, establecimientos en los cuales se realiza la distribución de leches formuladas, generando un margen de riesgo para la comunidad.

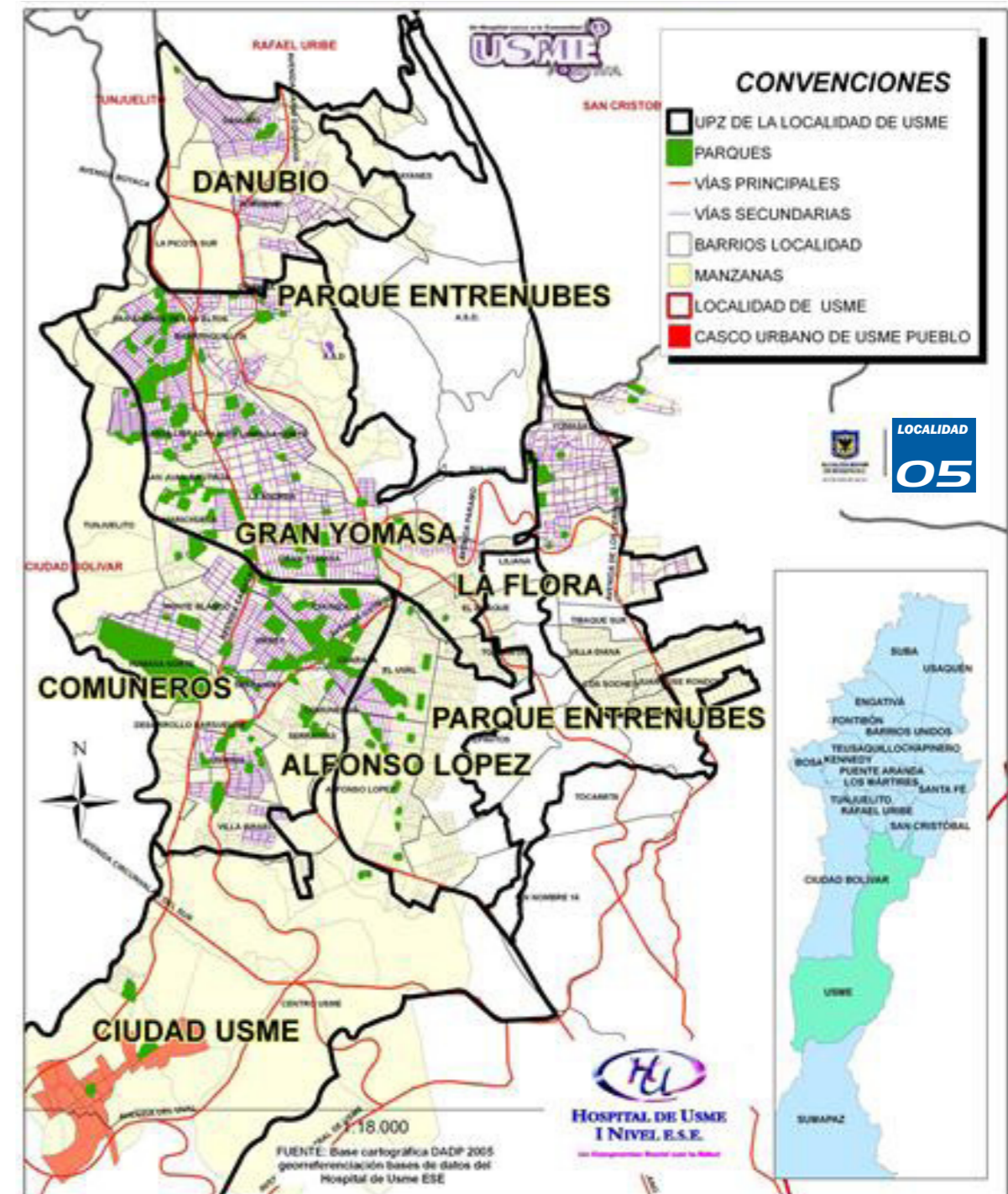
2.6.4 Movilidad

Con respecto a las condiciones de las vías de tránsito vehicular de la localidad, se observan factores de deterioro ambiental, generalizados para las 7 UPZ: Falta de infraestructura de seguridad vial, como paraderos, senderos peatonales, rampas en puentes peatonales, ciclorutas semaforización, etc; infiriendo en los índices de mortalidad y morbilidad por accidentes de tráfico. (Ver Mapa 10).

Igualmente, los vehículos de transporte público presentan regular estado del equipo de carretera, especialmente en lo relacionado con extintores, botiquín y caja de herramientas.

En la localidad de Usme se han identificado varios puntos críticos por accidentalidad, los cuales se relacionan a continuación: Avenida Caracas a la altura del barrio Santa Librada, la vía Usme entre los barrios Monteblanco y Brazuelos, la calle 56 sur con Avenida Caracas en la entrada al barrio Danubio, la calle 68B sur con Avenida Caracas, donde se encuentra ubicada la intersección de la entrada a los barrios La Aurora y Santa Martha, el tramo de la Avenida Boyacá, paralelo al tramo de la quebrada Yomasa desde la vía a Usme, hasta su desembocadura con el río Tunjuelo y en la antigua carretera oriente con calle 78 sur en el sector Juan Rey - La Flora.

Mapa 10. Malla Vial Y Parques Localidad Usme, Bogotá D.C, 2005



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005.

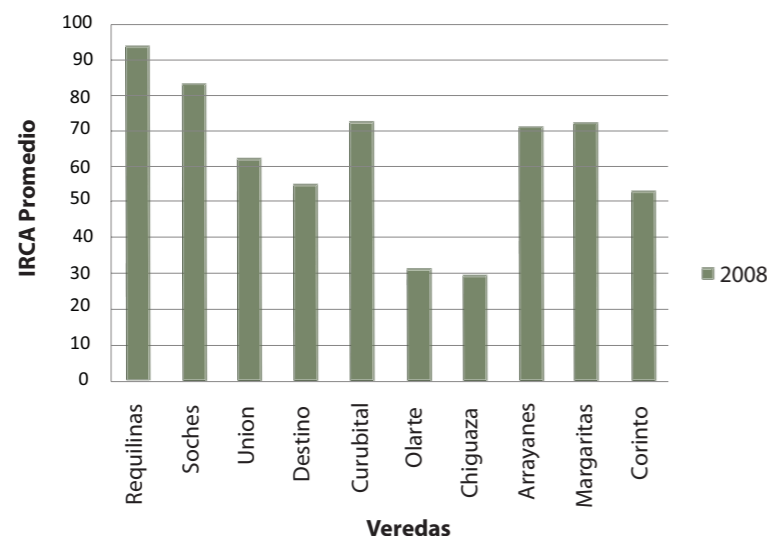
2.6.5 Acueductos veredales

La zona rural de Usme es abastecida de agua para consumo por 10 acueductos veredales, administrados por la misma comunidad a través de asociaciones de usuarios, las cuales cuentan en su mayoría con registro a la Cámara de Comercio de Bogotá, NIT, RUT y registro ante la DIAN. Estos sistemas son objeto de la vigilancia del Hospital de Usme desde el mes de abril de 2008, al igual que los sistemas del Centro de Instrucción y Entrenamiento La Australia y el acueducto comunitario Violetas.

A continuación se describen, de manera general, las condiciones de los diez acueductos veredales, con los cuales se ha logrado determinar las problemáticas de cada sistema de forma unificada con la comunidad. Es prioritario mencionar que los sistemas de acueducto no están proporcionando calidad de agua apta para consumo humano a las poblaciones, de acuerdo a lo evidenciado a través del monitoreo de calidad de agua que adelanta el Hospital de Usme desde el mes de abril de 2008, en los cuales la mayoría de los sistemas vigilados presentan valores inadmisibles para los parámetros fisicoquímicos: pH, turbiedad, color y Cloro residual (y en dos casos hierro) y microbiológicos: Coliformes totales y Escherichia Coli.

A continuación se presenta gráfica 14, en la cual se muestran los índices de riesgo de Calidad de Agua para el año 2008:

Gráfico 14. Índice de Riesgo de la Calidad de Agua Zona rural. Usme 2008



Fuente: proyecto especial acueductos comunitarios, Hospital Usme I Nivel ESE

Como se observa en la gráfica, dos de los sistemas presentan valor IRCA promedio por encima de los 80 puntos, lo cual indica que son inviables sanitariamente, seis sistemas se calificaron con IRCA alto (35.1 - 80) y dos sistemas más obtuvieron un nivel de IRCA medio. La información aquí consignada indica las pésimas condiciones del agua suministrada para consumo humano en la zona rural de la localidad para el año 2008.

A través del proceso adelantado por el Hospital de Usme con varios de los sistemas de acueducto veredales, se logró la identificación de componentes de diferente índole, que ocasionan que la calidad del agua suministrada no sea óptima.

Una de las primeras falencias identificadas es la falta de capacitación de los operarios de los sistemas, en conocimientos básicos de potabilización de agua, operación y mantenimiento e incluso en dosificación de insumos químicos. Sin embargo, con el avance del proceso se logra identificar que esta falla obedece a que las juntas administradoras conformadas por representantes de la comunidad, no han sido capacitadas en operación y mantenimiento de sistemas, ni en administración de los mismos. Así mismo carecen de la dotación mínima como ensayos de jarras y basculas grameras, para determinar la dosificación de insumos para tratamiento, al igual que carecen de planos y manuales de operación de los sistemas implementados.

Las plantas de tratamiento instaladas, tipo compacto, son elementos de funcionamiento preciso, y a la vez vulnerable a cambios bruscos en la calidad del agua a tratar, circunstancia que se presenta con frecuencia en Usme debido a los cambios climáticos y las temporadas de lluvia.

Igualmente, con base en los recorridos de asesoría que adelanta el Hospital en cada sistema, se establecen varias deficiencias técnicas de diseño y construcción, que presumiblemente pueden ser causa de la mala calidad del agua suministrada a la comunidad.

Dentro de las fallas identificadas se observan improvisados sistemas de ventilación para las tuberías, con perforaciones que carecen de cualquier tipo de protección, desconociendo la posibilidad de contaminación del agua tratada por contacto con aguas contaminadas por agroquímicos o por materia fecal. Riesgo similar sufren la mayoría de las cámaras de quiebre, que tienen su ubicación en medio de cultivos o zonas de pastoreo, y que se encuentran a ras de piso y protegidas con tapas que permiten la filtración de agua al interior de la estructura.

Se observaron tanques desarenadores sin desagües para lavado o Bypass, lo cual hace que sus condiciones higiénicas sean deficientes. Si bien es cierto que los desarenadores no llevan tapa, en el caso de las veredas de Usme se debe considerar la posibilidad de instalarlas debido a la ubicación de los mismos en predios donde entran en contacto con el agua desde animales de abasto, animales silvestres, hasta insectos y pesticidas.

Para terminar esta síntesis, es necesario mencionar que muchos de los tanques de almacenamiento tienen fallas en el diseño, ya que las tuberías de desagüe fueron ubicadas por encima del fondo de los mismos, lo que no permite garantizar el correcto procedimiento de lavado y desinfección. Estas condiciones ponen en riesgo a la población de la zona rural, generando una exposición a contaminantes hídricos, que se relacionan con enfermedades como la EDA y la Hepatitis A.

2.6.6 Saneamiento Básico en la Zona Rural

Otra de las problemáticas que afectan a la población de la zona rural son sus condiciones de saneamiento básico, las cuales son deficientes tanto para las aguas residuales como para los residuos sólidos.

El manejo de aguas residuales de los habitantes de la zona rural consiste, en la mayoría de los casos, en letrinas y algunos pozos de infiltración, sin tratamientos complementarios como trampas de grasas ni filtros. Los sistemas existentes carecen de mantenimiento y son ubicados a distancias que no garantizan evitar contaminación de suelos, cultivos, fuentes hídricas, o el contacto con animales y personas. El efluente de letrinas y pozos generalmente se conduce directamente a cuerpos de agua cercanos o se infiltran directamente en áreas de cultivo o de pastoreo. Igualmente existe un número representativo de familias que no cuentan con servicio sanitario y suplen sus necesidades a campo abierto.

En cuanto al manejo de los residuos sólidos, todo lo que es material vegetal se dispone como alimento para los animales o como insumo para compostaje. Los residuos inorgánicos son enterrados o incinerados, dando lugar a procesos de emisión de dioxinas o contaminación cruzada en suelo y agua. El servicio de recolección de basuras prestado por el consorcio LIME, solamente accede hasta la vereda El Destino.

Los residuos generados a partir de la utilización de insumos químicos para las actividades agrícolas igualmente son incinerados, quemados, dispuestos en las rondas de quebrada o al aire libre y, en algunos casos, reutilizados.

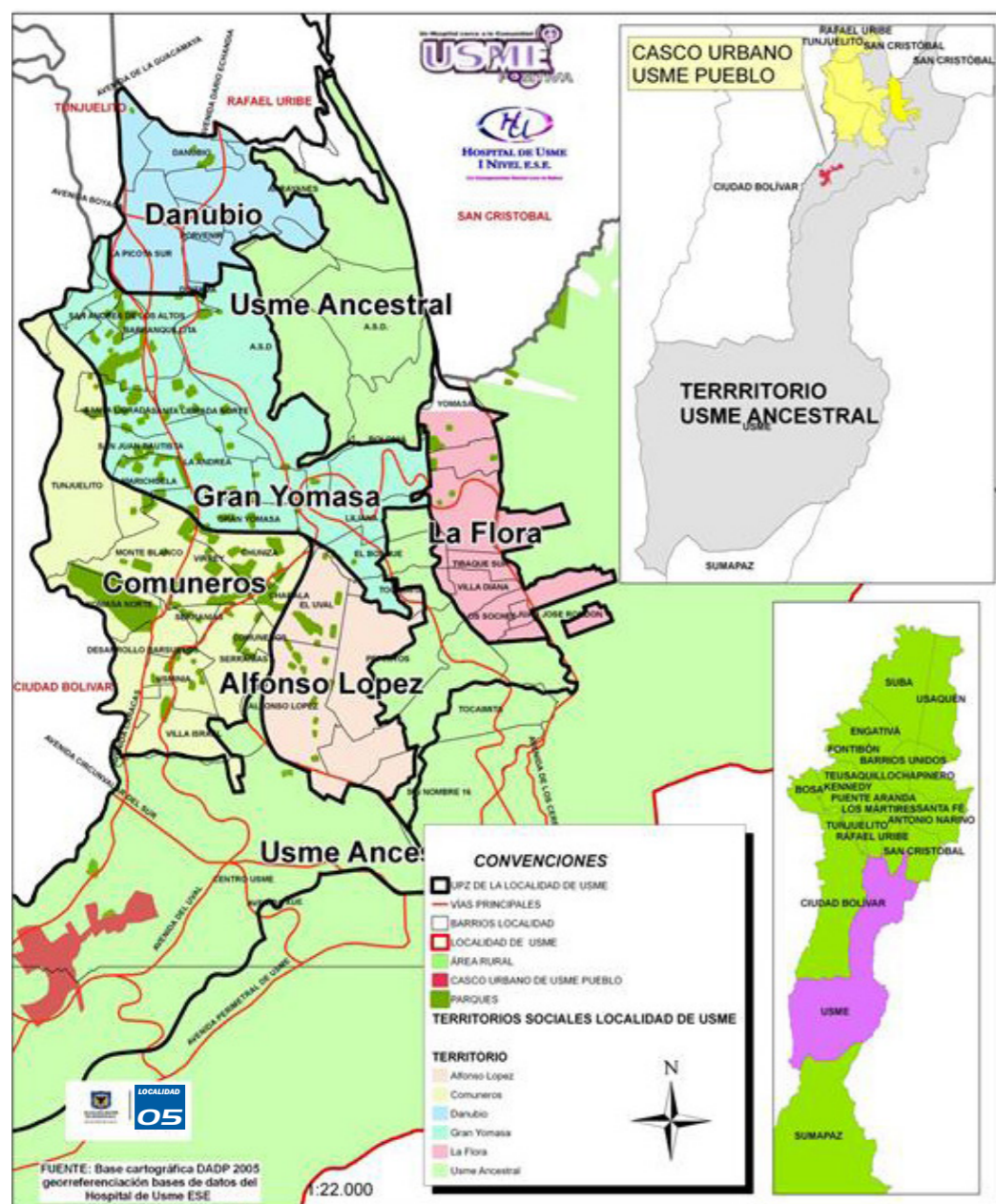
De acuerdo a diagnóstico elaborado por la línea Entornos Saludables durante 2008 y 2009, la vereda que cuenta con mayor cobertura en cuanto a sistemas de tratamiento de aguas residuales es el destino con un 94% de las viviendas; en segundo lugar se encuentran la veredas de Olarte y Arrayanes con un 86% seguidas de la vereda Curubital con un 67% de cobertura, la vereda Chiguaza con un 63% y por último la vereda Corinto con un 38%. Para el resto de las veredas, se desconoce el dato ya que no fueron incluidas en la elaboración del diagnóstico.

3.

3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIO Y POBLACIÓN

En el presente capítulo se procede a realizar el análisis detallado de las relaciones territorio-población, basado en la metodología de los núcleos problemáticos y temas generadores para cada uno de los territorios definidos en la localidad de Usme, enfocado desde la implementación de la estrategia de Gestión Social Integral (GSI). Todo esto con el propósito de conocer si las estrategias y respuestas dadas por las instituciones están siendo efectivas y garantizan los derechos de los habitantes de la localidad ofreciéndoles una mejor calidad de vida y un futuro más próspero. El análisis se desarrolla por los siguientes territorios sociales; La Flora, Danubio, Gran Yomasa, Comuneros, Alfonso López y Usme Ancestral. (Ver Mapa 11).

Mapa 11. Territorios Sociales de la Localidad de Usme



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

3.1. Territorio Social La Flora (UPZ 52)

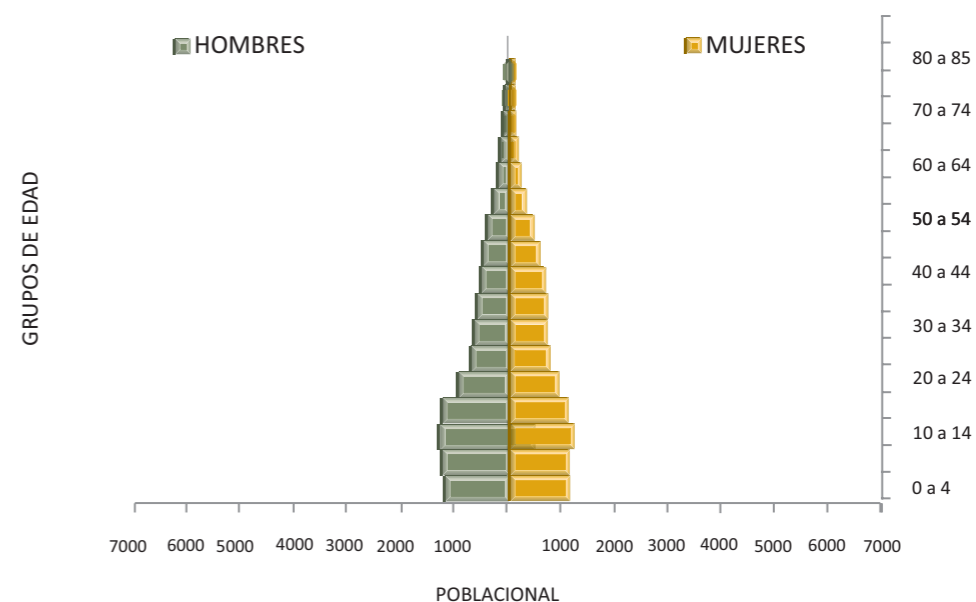
3.1 Territorio – población

La UPZ menos extensa de la localidad, con 201,57 ha en total, es La Flora, ubicada al centro oriente de Usme que cuenta con 7,59 de suelo protegido dentro de las 50,66 del suelo de expansión y con 2,89 de zonas sin desarrollar en suelo urbano. Su área limita al norte con la localidad de San Cristóbal, al occidente, con el perímetro urbano, al sur, con los desarrollos urbanos Los Arrayanes y Parque Entre Nubes al oriente, limita con el Parque Ecológico Distrital Entre Nubes y el Área de Reserva Forestal Protectora Bosque Oriental de Bogotá. (Ver Mapa 12). Se compone de 18 barrios, entre los cuales se cuentan La Esperanza, Doña Liliana, Costa Rica Sur, Villa Diana, Villa Rosita, Juan José Rondón, Tihuaque, Arrayanes, las Violetas, Parcelación San Pedro, Bosque, Buenos Aires, Juan José Rondón II sector, Juan Rey Sur, La Cabaña, La Flora, Soches y Unión; todos los barrios se encuentran legalizados.

Hay barrios ubicados dentro de la zona de reserva forestal: San Pedro, Tihuaque, Villa Rosita, El Bosque Boquerón. Algunos barrios en ronda de quebrada: Tihuaque (en la Quebrada El Arrayanal), San Pedro, (afectado por la Quebrada San Pedrina), Costa Rica (por la Quebrada Bolonia). Se identifica en Villa Rosita remoción en masa debido a constantes derrumbes en la carretera.

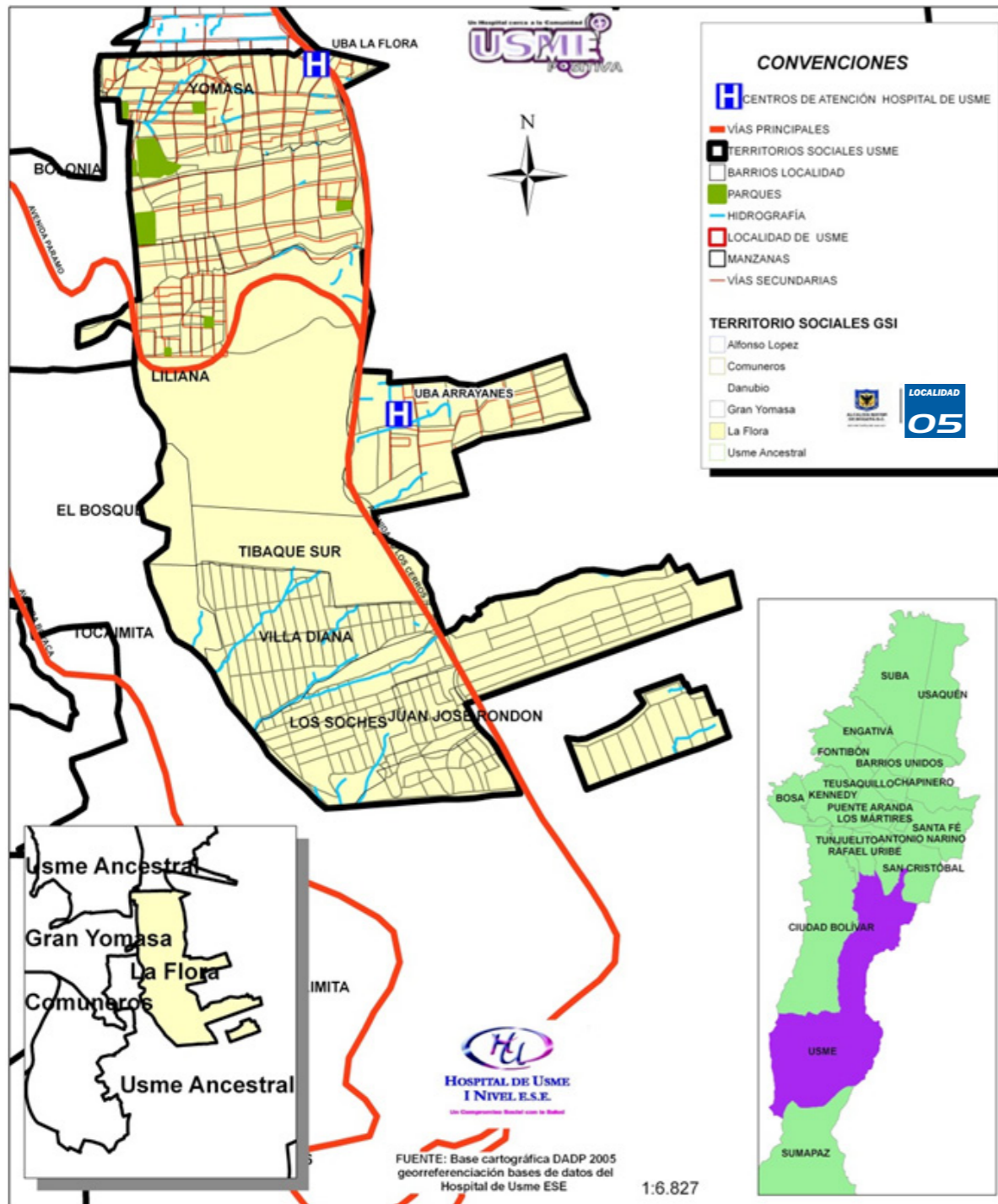
De acuerdo a las proyecciones poblacionales del DANE para el 2.009, se estima que la población total de la UPZ La Flora está cercana a los 20.433 habitantes, siendo el 5,85% de la población total de Usme, de los cuales 10.271 son mujeres y 10.162 son hombres, representando un 50.26% y un 49.73 % respectivamente. (Grafica 15).

Gráfico 15. Pirámide Poblacional UPZ La Flora



Fuente: Secretaria de Planeación Distrital – Censo DANE 2005; Proyección 2009

Mapa 12. Territorio Social La Flora



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

Como se observa en la tabla 57, la etapa de ciclo vital que más habitantes aporta a este territorio es la de juventud con un 40,03%, seguida de adultez con un 31,13%, luego la infancia con un 22,99% y en último lugar persona mayor que representa el 5,83%.

Tabla 57. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ La Flora

ETAPA DE CICLO VITAL	Total	Hombres	Mujeres
INFANCIA	4699	2466	2233
JUVENTUD	8180	4199	3981
ADULTEZ	6362	2944	3418
P MAYOR	1192	553	639
TOTAL	20433	10162	10271

Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005, proyección 2009

En cuanto a la población, la mayor parte pertenece al estrato 1 y tienen niveles 1 y 2 de SISBEN. Hay 100 familias Afrocolombianas en la Flora y población de indígenas. Existen unas 50 familias de población descendiente del Ecuador denominados Kichwas. De la población escolarizada de este territorio, anualmente más o menos terminan bachillerato unos 500 alumnos y solo el 1% estudian carreras técnicas o superiores.

3.1.2 Consecuencias de la interrelación territorio – población

La urbanización no planificada de las zonas de reserva que limitan con la UPZ, representa un factor de deterioro de la calidad de vida de la población, debido a que en ella se han desarrollado procesos de expansión urbana no regulada, lo cual se refleja en deficiencias en el equipamiento urbano, representado principalmente en sistemas viales, servicios de transporte y cobertura de servicios públicos. De acuerdo a la actividad económica desarrollada, para la UPZ la Flora se concentra la explotación de minas y canteras, así mismo es la única UPZ considerada urbana que desarrolla actividades de agricultura, ganadería, caza y silvicultura. Dentro de las fuentes hídricas que atraviesan la UPZ 52, se encuentran las quebradas Bolonia, San Pedrina, Arrayanal, Raque, Bodega, y los afluentes de la quebrada Santa Librada. Las problemáticas relacionadas en ella con el recurso hídrico se refieren a la invasión de rondas y contaminación por aguas residuales y residuos sólidos, que se presenta en las quebradas Arrayanal y Santa Librada.⁹⁸

Con respecto a la disposición inadecuada de escombros, de acuerdo a reportes del Comité Local de Emergencias, en la Flora se identifican dos puntos críticos por escombros: Los Soches en la antigua vía al llano y La Flora. La Flora es la segunda UPZ afectada por la proliferación de perros callejeros y casos de tenencia inadecuada de animales, de acuerdo a lo identificado desde el Hospital de Usme⁹⁹.

Como fuentes de contaminación atmosférica en la UPZ, se identifican áreas de extracción minera en lugares como el Bosque Boquerón Km.11, explotado aproximadamente hace 8 años. Para la comunidad del sector, la cantera representa su principal fuente de empleo; la extracción de materiales y la inestabilidad del terreno han ocasionado que varias familias se encuentren en condición de riesgo y pendientes para su reubicación.

En el ámbito familiar, se identifican como principales problemáticas a partir de la intervención de entornos saludables en los micro territorios Arrayanes, San Pedro y La Flora, los materiales de construcción de las viviendas, que no garantizan la seguridad, protección e higiene requerida por

⁹⁸ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Ambiente. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

⁹⁹ Línea de Enfermedades Compartidas - Vigilancia Sanitaria Hospital de Usme.

las familias. Es necesario mencionar que la comunidad refiere como factor detonante de su salud y calidad de vida, la condición de las vías de acceso al sector, y la falta de transporte público que comunique a ésta UPZ con el resto de la localidad.¹⁰⁰

De manera general, se puede indicar que la UPZ 52 La Flora presenta inadecuadas condiciones para el goce pleno de derechos básicos como la salud y el empleo, que ponen en riesgo la calidad de vida de los habitantes ante las dificultades para el acceso a servicios y oportunidades de desarrollo relacionadas con las precarias condiciones de empleo y barreras geográficas y administrativas que impiden el goce pleno del derecho a la salud, a la educación, al trabajo, la vivienda y el acceso a condiciones ambientales adecuadas, que generan problemáticas de inseguridad, violencia, desnutrición, prevalencia de enfermedades particularmente para la infancia y las personas mayores y el limitado acceso a servicios integrales en salud; lo cual requiere del trabajo y compromiso institucional para la eliminación de barreras de acceso y generación de escenarios de participación que integren a esta UPZ en las dinámicas de la localidad. Este panorama es establecido en los espacios comunitarios e institucionales, como el comité local de persona mayor o comité local de infancia y adolescencia, en donde se ratifican las barreras de acceso administrativas, geográficas y económicas para acceder a servicios integrales y de calidad en salud que busquen mitigar las consecuencias de la pobreza e inequidad en esta UPZ y promuevan prácticas de buen trato y protección hacia la Infancia y la Persona Mayor, basadas en el reconocimiento del derecho a la salud para estos grupos poblacionales y la promoción de la participación en espacios locales que, por las barreras existentes, resulta escasa.

Teniendo en cuenta que la dinámica barrial involucra diferentes temáticas sociales abordadas por la intervención de Salud Mental, la línea de Entornos Comunitarios Saludables se articula, a través de estrategias metodológicas como el cuento, que relatan realidades cercanas, por ejemplo: “la familia de recicladores que más allá de ser identificados como indigentes, contribuyen en la recolección de material de desperdicio”. Ante la intolerancia de personajes de éste tipo se generan conductas violentas, las cuales son realidades vividas al interior de los hogares y replicadas en los jóvenes, incidiendo negativamente en su entornos, generando desinterés por aspectos tan sencillos como el ambiente y tan complejos como las relaciones interpersonales, aunando de ésta manera el entorno cotidiano y real a la visión ambiental integral¹⁰¹.

Según información suministrada por la transversalidad de desplazamiento, en el desarrollo de la intervención que busca el fortalecimiento de relaciones intrafamiliares y procesos participativos que promuevan calidad de vida en la familia de acuerdo con su ciclo vital reconociendo de manera prioritaria la dimensión afectiva y la lectura de heridas interiores producidas por las experiencias vividas en los diferentes momentos (no solo la salida sino la búsqueda de un nuevo lugar, la llegada y el ingreso a un territorio desconocido) se identificó en el 2008 un núcleo en el territorio, situación que contrasta con las 13 personas pertenecientes a 4 familias identificadas en el 2009.¹⁰²

A pesar de conocer que tradicionalmente la población en situación de desplazamiento se asienta en este territorio debido a la proximidad con las prácticas productivas rurales y la supuesta disposición de predios baldíos o la posibilidad de apropiarse de un espacio, dinámicas confirmadas por la comunidad receptora allí presente, las intervenciones no entran ampliamente a este territorio debido a la inseguridad y las dificultades de acceso desde la parte occidental de la localidad que se traducen en escasez de rutas de transporte público.

¹⁰⁰ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Ambiente. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético].

¹⁰¹ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

¹⁰² Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Desplazados. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

En los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial de atención establecido por el marco normativo generando la apropiación de nuevos conocimientos, habilidades y generando la conformación de redes sociales con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes no se identificaron organizaciones con sede o concentración de población en este territorio. En el proyecto que procura fortalecer la restitución de Derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida no se identificaron unidades de trabajo informal en condición de desplazamiento.¹⁰³

En cuanto a Seguridad alimentaria y Nutricional, se evidencia que el 35,4% de las familias caracterizadas desde el 2004 hasta el 2008 manifestaron que por falta de dinero para comprar alimentos, algún miembro de la familia dejó de recibir alguna de las comidas (desayuno, almuerzo, comida).¹⁰⁴ Las acciones de SAN en el ámbito laboral se llevaron a cabo con la Fundación Amigos del Anciano y el Niño y el comedor comunitario Nutriendo Hoy. Se evidencia que esta UPZ presenta un factor de riesgo psicosocial, ambiental y económico, reflejado principalmente en la dificultad para acceder a los alimentos de la canasta básica, por falta de ingreso suficiente y por la baja disponibilidad de frutas y verduras especialmente, debido al alto costo generado por la dificultad de llegar al territorio en general o de contar con la seguridad necesaria para la distribución de los mismos.

Se observa como problemática emergente consumo deficiente de frutas y verduras en los hogares, posiblemente debido a dos factores, en primer lugar presencia de hábitos inadecuados y en segunda instancia ausencia de lugares de expendio de estos alimentos. Adicional a esto, existe un bajo consumo de alimentos fuente de hierro, razón por la cual se realiza suplementación con micronutrientes por parte del ámbito escolar en 1 colegio y 4 jardines de esta UPZ, lo cual corresponde a 1000 niños de 0 a 9 años y 257 jóvenes de 10 a 26 años. Como parte de este proceso se realizó sensibilización a la comunidad educativa (docentes, padres de familia, niñas), valoración médica y desparasitación, suplementación con micronutrientes (vitamina a – para menores de 5 años- y sulfato ferroso) en la población antes mencionada.

A continuación se presenta información sobre lectura de realidades del territorio La Flora, realizado por el ámbito comunitario del Hospital de Usme.

Dentro de las necesidades evidenciadas en la Flora, se observa que la población participante del grupo de la JAC del barrio Villa Rosita, en el tema de seguridad alimentaria y nutricional, presenta inadecuadas prácticas alimentarias en población escolar y adolescentes, ausencia de hábitos saludables, excesivo consumo de alimentos de bajo aporte nutricional (grasas saturadas y azúcares). Así mismo inadecuada práctica de salubridad e inadecuada manipulación de alimentos, recursos limitados para la adquisición de alimentos bajo consumo de alimentos por hábitos y costumbres alimentarias diferentes (etnia)¹⁰⁵.

Por otra parte, en el sector de Arrayanes, se identificaron necesidades relacionadas con la contaminación por basuras; la falta de oportunidad para mejorar sus viviendas, por ende su calidad de vida y salud, ya que no pueden realizar mejoras porque se encuentran ubicados en zona de reserva¹⁰⁶.

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ Análisis base de datos SASC familias caracterizadas 2004-2008

¹⁰⁵ Datos del documento de lectura de necesidades ámbito comunitario 2010, Tu Vales, Promoción del derecho a la alimentación en organizaciones, promoción de la salud mental, Entornos Comunitarios Saludables, salud Oral y Fortalecimiento a organizaciones juveniles.

¹⁰⁶ *Ibid.*

Además se percibe un grado importante de afectación por violencia a los jóvenes debido a fenómenos de dominio de territorio y delincuencia común, evidenciándose homicidios a personas entre los 14 y 25 años de edad¹⁰⁷. Respecto a salud mental, se identificaron un total de 93 casos por Intervención psicosocial para el año 2009; en conducta Suicida se identificaron 11 casos para un total de 104 intervenciones realizadas a familias, donde se observó que el principal determinante que afecta la dinámica de estos núcleos es el bajo recurso económico que impide en ocasiones satisfacer necesidades básicas vitales como la alimentación adecuada para los menores, por otra parte el clima no favorece mucho las actividades dedicadas a la limpieza de los hogares y de los individuos; prevalecen situaciones de deserción escolar. Los factores con mayor incidencia son los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y circunstancias psicosociales como las relaciones entre pareja, apoyo familiar inadecuado, rupturas familiares con 25 casos identificados, lo sigue las dificultades con el modo de vida con 19 intervenciones y 16 casos relacionados con la crianza. El consumo de SPA se comienza a ver reflejado en la población escolar a raíz de la existencia de expendios en un lugar llamado “el hueco”¹⁰⁸.

Pasando al tema de Actividad Física y deporte en el territorio la Flora, hay que resaltar que los pocos escenarios deportivos en esta zona de la Localidad, aunado con la baja presencia de programas institucionales del I.D.R.D. y del Hospital de Usme, han hecho que los habitantes de la zona no perciban como prioridad la Actividad Física y el Deporte. Un factor que incide de forma particular en esta U.P.Z. es el que tiene que ver con el clima; los barrios asentados en este sector reciben corriente fría de los cerros surorientales de la ciudad, lo que en definitiva desestimula cualquier iniciativa para realizar actividad física; sumando a esto, la presencia de grupos de jóvenes que consumen sustancias ilícitas en los pocos escenarios deportivos que tiene este sector de la Localidad¹⁰⁹. Otro espacio importante de construcción y de búsqueda de soluciones a las problemáticas encontradas en el territorio son los núcleos de gestión de Salud a Su Casa. A continuación se presenta información relevante como aporte de estos espacios al Territorio La Flora.

- **Microterritorios SASC en el territorio La Flora¹¹⁰**

MICROTERRITORIOS SAN PEDRO Y FLORA

Nació en el año 2008, teniendo en cuenta que se ha contado paulatinamente con la participación de algunos líderes de la comunidad al igual que con miembros de los residentes en el microterritorio. Cabe mencionar que en su mayoría las personas asistentes se encuentran dentro del ciclo vital de Adultez y Persona Mayor.

El núcleo se desarrolló de manera mensual en los diferentes salones comunales de los microterritorios para lograr un reconocimiento del sector y las problemáticas más relevantes, contando con la presencia de los líderes comunitarios de los barrios: San Pedro, Doña Liliana, Flora, Costa Rica y Esperanza. Por compartir las problemáticas y colindar unos barrios con los otros se pacta unir los microterritorios y así aunar esfuerzos en las actividades que se lleven a cabo en la comunidad de Flora y San Pedro. Se trabajó sobre disposición y manejo de residuos sólidos, tenencia inadecuada de mascotas, manejo de horarios de citas médicas, la mala atención al público en la UBA de La Flora y la inconformidad de la comunidad ante el compromiso por parte de la

¹⁰⁷ *Ibíd.*

¹⁰⁸ *Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA Salud mental. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]*

¹⁰⁹ *Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Actividad Física. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]*

¹¹⁰ *Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Ámbito Familiar. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]*

administración de la construcción de un CAMI en el territorio debido a poco acceso a los servicios de urgencias y prestación de los mismos en emergencias, trámites para casos de discapacidad, distribución y consumo de sustancias psicoactivas por parte de algunos individuos de la comunidad.

Para dar soluciones a estas problemáticas se dio continuidad al plan de acción territorial y seguimiento de las intervenciones, donde se identificaron actividades a realizar por parte de la comunidad para el manejo de residuos. Cabe resaltar que, por parte del vicepresidente de la JAC, nació la iniciativa de articular a la comunidad con LIME para capacitaciones en manejo de residuos sólidos y recolección de desechos comunitarios. Para el caso puntual del manejo inadecuado de mascotas se contó con la articulación de la línea de entornos saludables del Hospital de Usme para recolección, donación y esterilización de mascotas.

Se han brindado espacios para la realización de brigadas de salud con la prestación de servicio para consulta médica, higiene oral, consulta de crecimiento y desarrollo, sesiones educativas sobre planificación familiar, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, lactancia materna y maltrato intrafamiliar, además se realiza la toma de citología en el centro de salud, talleres para gestantes, jornadas de vacunación para niños. Los casos de desplazamiento, personas en condición de discapacidad, maltrato infantil y consumo de psicoactivos son canalizados a las líneas de intervención de la estrategia de SASC.

MICROTERRITORIO ARRAYANES

Se realizaron encuentros mensuales en el año 2009 en el comedor comunitario Villa Rosita y en el salón comunal de “La Amistad”, participaron principalmente los líderes del ciclo vital de adultez y persona mayor de los barrios Villa Rosita, Arrayanes, Juan José Rondón, Tihuaque y Villa Diana.

En los núcleos de gestión llevados a cabo con la comunidad en esta zona se identificaron las siguientes problemáticas de entorno y ambiente: condiciones de vivienda inadecuadas, presencia de vectores (zancudos, moscos y ratas) por la presencia de cuerpos de aguas contaminadas, calles sin pavimentar, manejo inadecuado de mascotas, presencia de ganado vacuno y equino en las calles, suelos erosionados e inestabilidad de los mismos, construcciones en zona de reserva natural, problemas de acueducto, disposición inadecuada de residuos sólidos y quema abierta de basuras. En las problemáticas sociales prevalecen: embarazos de alto riesgo (adolescentes y mujeres jóvenes), violencia intrafamiliar, prevalencia de enfermedades crónicas (EPOC, HTA, DM), personas en condición de discapacidad, riesgo psicosocial en jóvenes, familias extensas reconstituidas, familias en condición de desplazamiento, desempleo y poco acceso al micro territorio.

Se realizó articulación con el IDU para pavimentación de calles, con el acueducto para mejoramiento del servicio público y se adelantaron acciones con LIME por parte de la JAC para capacitaciones en manejo de residuos sólidos, recolección de desechos comunitarios debido a que el carro de la basura pasa solo por vías principales y reciclaje como mecanismo de conservación del entorno; articulación con entornos saludables para recolección, donación, esterilización de mascotas donde periódicamente se hacen recomendaciones prácticas sobre barreras naturales de protección y mecanismos para evitar la erosión de terrenos.

De otro lado, se han presentado las inconformidades por parte de la comunidad por pertenecer a la UPZ LA FLORA, debido a que la mayoría de los proyectos se realizan en el microterritorio de La Flora y no se hace nada en Arrayanes, por lo cual consideran que la presencia de la UBA en Arrayanes no ha contribuido como ellos esperaban en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del territorio.

A continuación se presentarán hallazgos específicos para cada una de las etapas del ciclo vital en el territorio social La Flora.

ETAPA DE CICLO VITAL INFANCIA

En este territorio desde el programa Salud al Colegio de realizaron intervenciones en la institución educativa Nueva Esperanza y con la estrategia de Jardines, en la Casa Vecinal La Flora. Allí se evidencian problemas de higiene y aseo personal, inadecuado manejo de enfermedades prevalentes de la infancia en casa, inasistencia a los servicios de salud aun cuando los niños son remitidos por las intervenciones de salud al colegio (vacunación – salud oral), bajo consumo de alimentos como frutas y verduras, así como inadecuada estimulación por parte de los adultos que impide un adecuado desarrollo psicomotor¹¹¹.

Dentro de las necesidades evidenciadas por el ámbito comunitario, se encuentran: inadecuadas prácticas alimentarias en población escolar y adolescentes, ausencia de hábitos saludables, excesivo consumo de alimentos de bajo aporte nutricional (grasas saturadas y azúcares), recursos limitados para la adquisición de alimentos, así como inadecuada manipulación de alimentos y prácticas de salubridad que hacen referencia a las condiciones higiénico sanitarias, es decir, aquellas que pueden generar el aumento de la incidencia en enfermedades prevalentes de la infancia, que a su vez pueden generar deterioro en el estado nutricional de los niños, y en muchos de los casos ausencia de los padres por ocupaciones labores durante largos períodos del día, aumentando así la vulnerabilidad de los infantes. Algunas casas del sector no cuentan con instalaciones adecuadas para el uso de agua potable y alcantarillado¹¹².

La información obtenida permite ver que los niños y las niñas se están formando en un contexto en el cual predomina el maltrato físico en el ambiente familiar y escolar, problemas de aprendizaje, inseguridad estudiantil, así mismo la falta de reconocimiento en los deberes y derechos para su adecuada formación¹¹³.

Con relación a salud sexual y reproductiva, desde el ámbito familiar en la etapa de ciclo vital infancia en los microterritorios de La Flora, San Pedro y Arrayanes se realizaron 67 seguimientos en la etapa del postparto durante el año 2009. Realizando un comparativo del año 2008, se evidencia un incremento en los seguimientos en el postparto donde se brinda educación en salud sexual y reproductiva, en lactancia materna, canalizaciones a planificación familiar a los centros de salud que le corresponda al usuario.

Para el mismo año mencionado, desde el área de promoción y prevención, se encuentra reporte de 4 casos de sífilis congénita, en contraste con los 10 del año 2008, donde si bien podemos observar un descenso en el número, éstos siguen presentándose debido al tratamiento ineficaz de las madres gestantes que fueron diagnosticadas con sífilis gestacional, a causa de la baja adherencia al tratamiento y/o al déficit de comprensión de la importancia de tratar la enfermedad en la gestación e idealmente en la etapa pre concepcional para evitar las consecuencias de la patología en la población recién nacida.

De igual manera, estas causas se correlacionan con las de las demás Infecciones de transmisión sexual, en donde la apropiación de las prácticas sexuales seguras, entre las cuales se destaca el uso de preservativo, no son utilizadas como medios de vivencia de una sexualidad segura. En referencia

111 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al Colegio. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

112 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

113 *Ibid.*

al reporte de casos de hipotiroidismo congénito para lo cual se realiza el tamizaje al 100% de los recién nacidos, no se presentaron casos confirmados en este territorio¹¹⁴.

De acuerdo a los hallazgos desde la Red Social Materno Infantil, en esta UPZ las personas cuentan con muchas necesidades básicas insatisfechas y deben “sobrevivir” con menos de un salario mínimo debido a que muchas de ellas laboran en el trabajo informal y doméstico en la zona comercial de la localidad y de la UPZ. En cuanto al acceso geográfico, éste ha sido una barrera marcada, específicamente, en los territorios de La Flora y Arrayanes.

ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2009 en el sector de Villa Diana, se llevó a cabo un proceso con la etapa de ciclo vital de juventud, por la intervención de Entornos Comunitarios Saludables -Ámbito Comunitario- en conjunto con Salud Mental -Ámbito Comunitario, en el cual se hizo un análisis de determinantes socio-ambientales¹¹⁵: Como la discriminación a jóvenes por participar en pandillas, la baja accesibilidad a la salud, falta de oportunidades para desarrollar habilidades artísticas e intelectuales, acceso a la educación por escasez de recursos económicos, embarazos en adolescentes a temprana edad, prácticas inadecuadas que deterioran el paisaje a través de taponamiento de quebradas con escombros, inexistencia de espacios de recreación que permitan el aprovechamiento del tiempo libre entre los jóvenes, expansión territorial en la que la comunidad desplaza los mojones que identifican los límites de la ronda de las quebradas, habilitando construcciones ilegales que corren riesgo de deslizamiento por movimiento de agua superficial.

Desde el ámbito escolar para el año 2009 se trabajó con dos Instituciones Educativas Distritales de esta UPZ, en donde se llevaron a cabo encuentros con gestantes, observando que son adolescentes con familias disfuncionales, se observa la alta frecuencia de madres solteras y la falta de acompañamiento en esta etapa, lo cual posibilita la ausencia de normas de comportamiento, valores como el amor propio y valores como el respeto, permitiendo la percepción de que el amor es igual a tener relaciones coitales sin tener educación o fundamentos en esta área, sentido en el cual se da el embarazo en estas adolescentes; pero existe otro factor importante y es la ausencia de afecto y compañía que da un camino amplio a buscar amor en otros¹¹⁶.

Se evidencian pandillas juveniles que conllevan a los estudiantes a abandonar sus estudios, a actuar de manera agresiva y a realizar actividades delictivas. Existe un alto porcentaje de embarazos no deseados en adolescentes, los cuales en su mayoría, son los padres de los niños que se encuentran en los jardines infantiles del sector. Es una población altamente afectada por el factor socioeconómico que le impide acceder a la educación superior y a la búsqueda de oportunidades laborales estables y con recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades básicas¹¹⁷.

El ámbito comunitario identificó como problemáticas en esta etapa del ciclo vital a jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, con problemas de alcohol, adolescentes gestantes, conflictos intrafamiliares, desempleo, pandillismo, vandalismo, conflictos entre vecinos, indiferencia, falta de ayudas comunitarias, barreras de acceso a la salud, desconocimiento de derechos. Igualmente la comunidad refiere la necesidad de actividades de integración social, actividades para

114 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA de Salud sexual y reproductiva. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

115 Es importante aclarar que los aspectos sociales están ligados directa e indirectamente con el ambiente y son de vital importancia para el análisis de las condiciones de vida de los individuos en su entorno.

116 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al colegio. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

117 *Ibid.*

el uso del tiempo libre, iniciativas productivas, visibilización de los jóvenes y oportunidades para ingresar a la educación superior, así como oportunidades para ingresar al ámbito laboral. Requieren además escenarios recreativos y deportivos. Se observa que este grupo, necesita formación en resolución de conflictos, corresponsabilidad, comunicación, empoderamiento de su territorio y mayor presencia de la fuerza pública para contrarrestar los niveles de inseguridad, pues se percibe un grado importante de afectación por violencia a los jóvenes debido a fenómenos de dominio de territorio y delincuencia común, evidenciándose homicidios a personas entre los 14 y 25 años de edad¹¹⁸.

En la etapa de ciclo vital Juventud en el ámbito familiar en los microterritorios de Flora, San Pedro y Arrayanes, de Salud A Su Casa durante el 2009 se identificaron y se realizó acompañamiento durante el período de gestación a 50 gestantes entre Alto Y Bajo Riesgo, presentándose un incremento frente al año 2008. También se identificaron casos de maltrato intrafamiliar, negligencia durante la gestación, inicio tardío de controles prenatales, Bajo Peso, Parto pretérmino, ausencia de paraclínicos especialmente la toma de la prueba de VIH y Hepatitis B, estos últimos es debido a la demora en la entrega de resultados en las instituciones de salud, no realización del examen por parte de la gestante y por problemas de aseguramiento en gestantes procedentes de otros sectores del país¹¹⁹.

ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ

Desde el ámbito comunitario, existe mínima intervención con población adulta ya que se priorizó la población infancia y juventud; sin embargo, se hace evidente la extrema vulnerabilidad por la presencia de un alto número de población en situación de desplazamiento y en general por las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud. Así mismo todas las problemáticas en seguridad alimentaria nutricional, movilidad, aseguramiento, desempleo, seguridad, acceso a la educación y al campo laboral, además de la problemática ambiental por encontrarse en una zona de alto riesgo de deslizamiento y la inadecuada construcción de las viviendas sin acceso o con deficientes servicios públicos¹²⁰.

ETAPA DE CICLO VITAL PERSONA MAYOR

Para esta etapa del ciclo vital, el ámbito comunitario no desarrolla acciones en este momento, pero se logra determinar que se ven afectados por todas las problemáticas particulares de este territorio y las propias de esta etapa.

3.1.3 Expresiones de la relación territorio – población

En este apartado se presentan por ahora los daños en la salud, expresados en enfermedades o traumas, evidenciados a través de la morbilidad por Centro de Atención del Hospital de Usme que presta sus servicios dentro del territorio social abordado, que corresponden a 2 unidades de atención UBAs La Flora y Arrayanes.

En la UBA La Flora en el ciclo vital infancia, encontramos como principales diagnósticos en consulta externa a las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 41,24%, seguido de otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 18,54% y en tercer lugar las caries dentales con un 6,38%.

¹¹⁸ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

¹¹⁹ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA Salud sexual y reproductiva. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

¹²⁰ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

En esta misma UBA en la etapa de ciclo vital juventud encontramos como principal diagnóstico en consulta externa personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 19,67%, seguido por los jóvenes que presentan caries dental con un 9,96% y en tercer lugar la pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo con un 9,71%, esto debido al aumento del embarazo en adolescentes.

Continuando con la etapa de ciclo vital adultez encontramos que el principal diagnóstico hace referencia a las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 11%, seguido por la caries dental con un 8,62% y en tercer lugar Otros síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte con un 7,52%.

En la etapa de ciclo vital persona mayor el principal diagnóstico en consulta externa se refiere a personas en contacto con los servicios de salud por otras razones con un 21,01%, seguido por personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 19,9%, y en tercer lugar otros síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte con un 8,15%.

En la UBA Arrayanes en la etapa de ciclo vital infancia el principal diagnóstico en consulta externa son las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 54,83%, seguido de otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 19,47%; esto concuerda con la fuerte contaminación presentada en este territorio que incide como factor de riesgo para que los niños presenten estos problemas. En la etapa de ciclo vital juventud el principal diagnóstico de consulta externa coincide con el del ciclo vital infancia pero con un 39,09%, seguido por la atención para la anticoncepción con un 14,29%.

Continuando con la etapa de ciclo vital adultez encontramos como principal diagnóstico en consulta externa las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 29,48%, seguido de la atención para la anticoncepción con un 11,33%. En la tabla ¿? Tenemos los diez principales diagnósticos en consulta externa del ciclo vital persona mayor, encontrando con primer lugar las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 39,81%, seguido de la artrosis con un 9,04% y en tercer lugar otras dorsopatías con un 7,88%.

A continuación se presentan algunos datos relevantes respecto a la salud de los habitantes del territorio La Flora¹²¹.

Se han presentado inconvenientes frente a la prestación del servicio en la UBA Arrayanes debido a la alta rotación del personal, lo cual no ha permitido la trazabilidad en la obtención de información en esta IPS. En cuanto al PDA de SSR la etapa de ciclo vital juventud, son quienes más consultan (2982 consultas durante 2009) a los diferentes programas como son gestantes, asesoría y toma de prueba para VIH y regulación de la fecundidad. Es importante mencionar que las UBAs que se encuentran en este territorio presentan una cobertura baja debido a su ubicación geográfica, pues esta UPZ limita con la localidad de San Cristóbal, lo que genera el aumento de las barreras de acceso de tipo administrativo por la capitación compartida.

En la etapa de ciclo vital adultez consultaron 462 personas a los programas asesorías pre test, toma de prueba VIH y pos test, mujeres gestantes que asistieron a inscripción al control prenatal y regulación de la fecundidad. En la etapa de ciclo vital adulto mayor, se encontraron 45 usuarios que recibieron servicios de: Pre test, toma y pos test de prueba VIH. Es importante resaltar que en el 2009 se presentaron 37 gestantes adolescentes, lo cual evidencia déficit en la implementación de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

¹²¹ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito IPS. Documento aporte al Diagnóstico Local 2010. [Disponible en magnético]

En cuanto a Salas ERA se observa aumento de consultas, pues durante el 2009 se atendieron 212 y durante el periodo Enero – Julio/2010 se han atendido 203 pacientes, lo cual evidencia concientización de la comunidad frente a la necesidad de prevenir ERA en menores de 5 años puesto que es una de las principales causas de morbimortalidad en esta población. En cuanto al Programa de CCU durante el periodo Enero – Julio de 2010 se han tomado 53 citologías de las cuales 3 han presentado anormalidades celulares a las cuales se les realiza seguimiento y remisión a II o III nivel de atención dependiendo de la severidad de la lesión. Es importante mencionar que se presta servicio de salud mental en la UBA La flora donde se presenta como primera causa de consulta la violencia intrafamiliar con un 50%, como segunda el maltrato infantil con el 43%, la tercera violencia sexual con un 5% y otras como negligencia, abandono, trastornos del aprendizaje con el 2%, así mismo es evidente que el ciclo vital que más consulta es el de juventud, seguido por infancia, adultez y por ultimo adulto mayor.

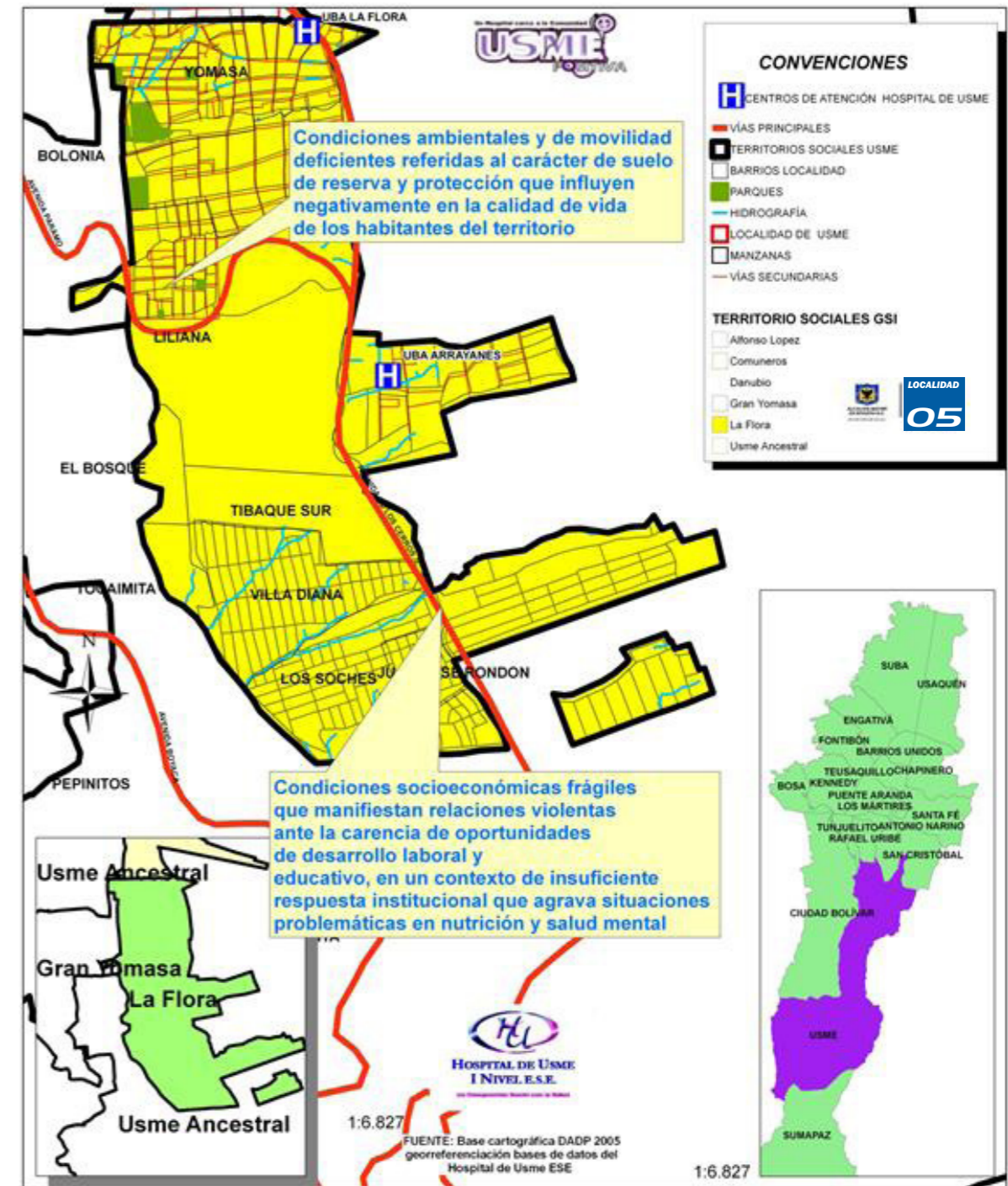
3.1.4 Núcleos problemáticos territorio La Flora

Descripción del núcleo

La situación antes mencionada respecto a la problemática ambiental y de movilidad, afecta a todas las etapas del ciclo vital, principalmente a los jóvenes y adultos, como expresiones más graves se encuentran la urbanización no planificada de las zonas de reserva forestal que limitan con la UPZ que representa un factor de deterioro de la calidad de vida de la población, debido a que en ella se han desarrollado procesos de expansión urbana no regulada, lo cual se refleja en deficiencias en el equipamiento urbano representado principalmente en sistemas viales, servicios de transporte y cobertura de servicios públicos. (Ver Mapa 13).

Esto afecta en mayor proporción a personas en condición de discapacidad que no pueden moverse fácilmente en el territorio debido a deficiencias en el sistema vial y transporte urbano, así como múltiples barreras de tipo geográfico y arquitectónicas; es necesario aclarar que este problema aqueja en general a todos los habitantes del territorio, pero por su connotación se ven más afectados los discapacitados. La comunidad refiere como factor detonante de su salud y calidad de vida, la condición de las vías de acceso al sector, y la falta de transporte público que comunique a ésta UPZ con el resto de la localidad.

Mapa 13. Núcleos Problemáticos Territorio La Flora



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005.

Las problemáticas relacionadas con el recurso hídrico se refieren a la invasión de rondas y contaminación por aguas residuales y residuos sólidos, que se presenta en las quebradas Arrayanal y Santa Librada. Con respecto a la disposición inadecuada de escombros, de acuerdo a reportes del Comité Local de Emergencias, se identifican dos puntos críticos por escombros: Los Soches en la antigua vía al llano, y La Flora.

Como fuentes de contaminación atmosférica en la UPZ, se identifican áreas de extracción minera en lugares como el Bosque Boquerón Km.11, explotado aproximadamente hace 8 años, aunque para la comunidad del sector, la cantera representa su principal fuente de empleo. La extracción de materiales y la inestabilidad del terreno han ocasionado que varias familias se encuentren en condición de riesgo y pendientes para su reubicación, se encuentran afectados especialmente los habitantes de los siguientes sectores: aquellos barrios ubicados dentro de la zona de reserva forestal y en ronda de quebrada, remoción en masa en el barrio Villa Rosita.

Examinando las causas de los problemas ya mencionados, en el dominio singular se encuentran la falta de responsabilidad de cada ciudadano frente a la ocupación ilegal de terrenos, en la reducción de los residuos que genera, la separación en la fuente y la ubicación de los residuos en espacio público.

En el dominio particular, déficit de respuestas integrales por parte de las diferentes instituciones y las pocas respuestas existentes se concentran el microterritorio de la Flora, relegando unas pocas acciones a la parte sur del territorio; adicional a lo anterior, estas pocas respuestas existentes son muy puntuales, desarticuladas y netamente asistencialistas. En el dominio general, en lo que tiene que ver con la problemática ambiental, falta articulación del POT de Bogotá, con otros instrumentos de planeación local, regional e intersectorial, así como la carencia de una política clara del manejo del recurso suelo.

Segundo Núcleo: Condiciones socioeconómicas frágiles que manifiestan relaciones violentas ante la carencia de oportunidades de desarrollo laboral y educativo, en un contexto de insuficiente respuesta institucional que agrava situaciones problemáticas en nutrición y salud mental.

Descripción del núcleo

La situación antes mencionada respecto a la problemática de violencia generalizada en las familias, los colegios y los barrios del territorio que afecta a todas las etapas del ciclo vital, se expresa en los jóvenes bachilleres que por sus condiciones económicas no pueden acceder a la educación técnica, tecnológica o superior y por ende no encuentran una oferta laboral adecuada a su nivel educativo; por esta falta de oportunidades, en muchos de los casos la juventud de este territorio termina vinculándose a las pandillas del sector. También se evidencia gestantes adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar e inicio tardío de controles prenatales. Es importante mencionar que se presta servicio de salud mental en la UBA La flora donde se presenta como primera causa de consulta la violencia intrafamiliar con un 50%.

Lo anteriormente expuesto, genera como consecuencia incapacidad económica de los hogares para satisfacer sus necesidades y por ello según información del programa Salud a Su Casa (SASC), en este territorio durante el último año, el 35.4% de la población no accede a alimentos por falta de dinero. Estas mismas dificultades económicas han conducido a la formación de pandillas y grupos delincuenciales que comercializan y consumen sustancias psicoactivas en un lugar del territorio llamado "El Hueco"; éste lugar también se ha convertido en un punto de mercado negro de venta de celulares, marihuana, armas de fuego, armas blancas, se presentan homicidios a personas entre 14 y 25 años, por lo anterior la comunidad reclama mayor presencia de la fuerza pública en este sector.

Toda esta problemática va en detrimento de la salud mental de los habitantes del territorio, en

quienes se generan sentimientos de ansiedad, depresión, déficit de autoestima, lo que a su vez causa violencia intrafamiliar y social en todas sus tipologías y en algunos casos, conducta suicida (11, según los reportes de la intervención psicosocial de SASC).

Examinando las causas de los problemas ya mencionados, en el dominio singular se encuentra la carencia de afecto y disociación de la familia como eje central de la sociedad, llevando a niños y jóvenes a que la pandilla se convierta para ellos en su refugio. En el dominio particular, déficit de respuestas integrales por parte de las diferentes instituciones, y las pocas respuestas existentes se concentran el microterritorio de la Flora, relegando unas pocas acciones a la parte sur del territorio; adicional a lo anterior, estas pocas respuestas existentes son muy puntuales, desarticuladas y netamente asistencialistas. En el dominio general, se evidencia ausencia de políticas de educación continua posterior al bachillerato y de empleo a nivel local y distrital que brinden otras alternativas a los jóvenes y adultos del territorio.

Potencialidades del territorio

1. Presencia de importantes fuentes hídricas que atraviesan la UPZ 52, como las quebradas Bolonia, San Pedrina, Arrayanal, Raque, Bodega, y los afluentes de la quebrada Santa Librada.
2. Desarrollo de actividades de agricultura y ganadería, que podrían llegar a autoabastecer parte de las necesidades del territorio respecto a algunos alimentos.
3. El territorio cuenta con sitios destacados para el turismo, tales como: Puente Verde, Vereda Tihuaque y Los Soches.
4. Salones comunales (Aunque en condiciones deficientes en la mayoría de barrios): La Esperanza, La Flora, J.J. Rondón, Villa Rosita, Villa Diana, Las Violetas y Costa Rica. Los demás barrios no tienen salón comunal.
5. Siete (7) comedores comunitarios: cuatro por parte de la Secretaría de Integración Social, tres del Plan de padrinos: uno en Villa Rosita y dos de iniciativa comunitaria.
6. Infraestructura educativa, existen algunos colegios: Fe y Alegría (Bachillerato), las Violetas, San Cayetano. En concesión están La Esperanza, Provincia de Quebec y el Nueva Esperanza que aún está inconcluso.
7. Jardín Infantil de Secretaria de Integración Social
8. UBA La Flora y UBA Arrayanes del Hospital de Usme
9. Plan de Intervenciones Colectivas Hospital de Usme
10. Grupo Juvenil Legado de Palenque Villa Rosita, en el cual se realiza fortalecimiento a organizaciones juveniles y etnias, acciones afirmativas en Afros.
11. Grupo AC KONTAEK
12. Asociaciones y corporaciones como: Fundación Restaurando La Simiente, Fundación Social Doña Adelaida, Corpoflora, Corporación Bachue, Junta de Acción Comunal San Pedro, Red Vía oriente, Asociación Villa Diana, Comaba Quinta, Asocaucacho, Semillas de antaño (Adulto mayor), Asociaciones de madres comunitarias: Asofer, Doña Liliana, Cafami.
13. Las entidades que hacen presencia en el sector son: Secretaría de Integración Social,

Secretaría de Gobierno, Red de Conciliación, Hospital de Usme, IDPAC (Casa de Igualdad de Oportunidades), ICBF. La comunidad manifiesta que el CADEL no hace presencia.

14. Algunos aspectos sociales a destacar son: la construcción de lo colectivo, ya que cuando hay problemas se reúnen todas las organizaciones para tratar de resolverlos, la realización del Festival del Agua, que organizaba la cooperativa COOPBAUS. La comunidad considera que es necesario recuperar este festival y declararlo como patrimonio cultural intangible, pero que su organización no se debe dar a un contratista sino recuperar su esencia.

15. Otro espacio importante de construcción y de búsqueda de soluciones a las problemáticas encontradas en el territorio son los núcleos de gestión de Salud a Su Casa y la mesa de calidad de vida y salud del territorio La Flora.

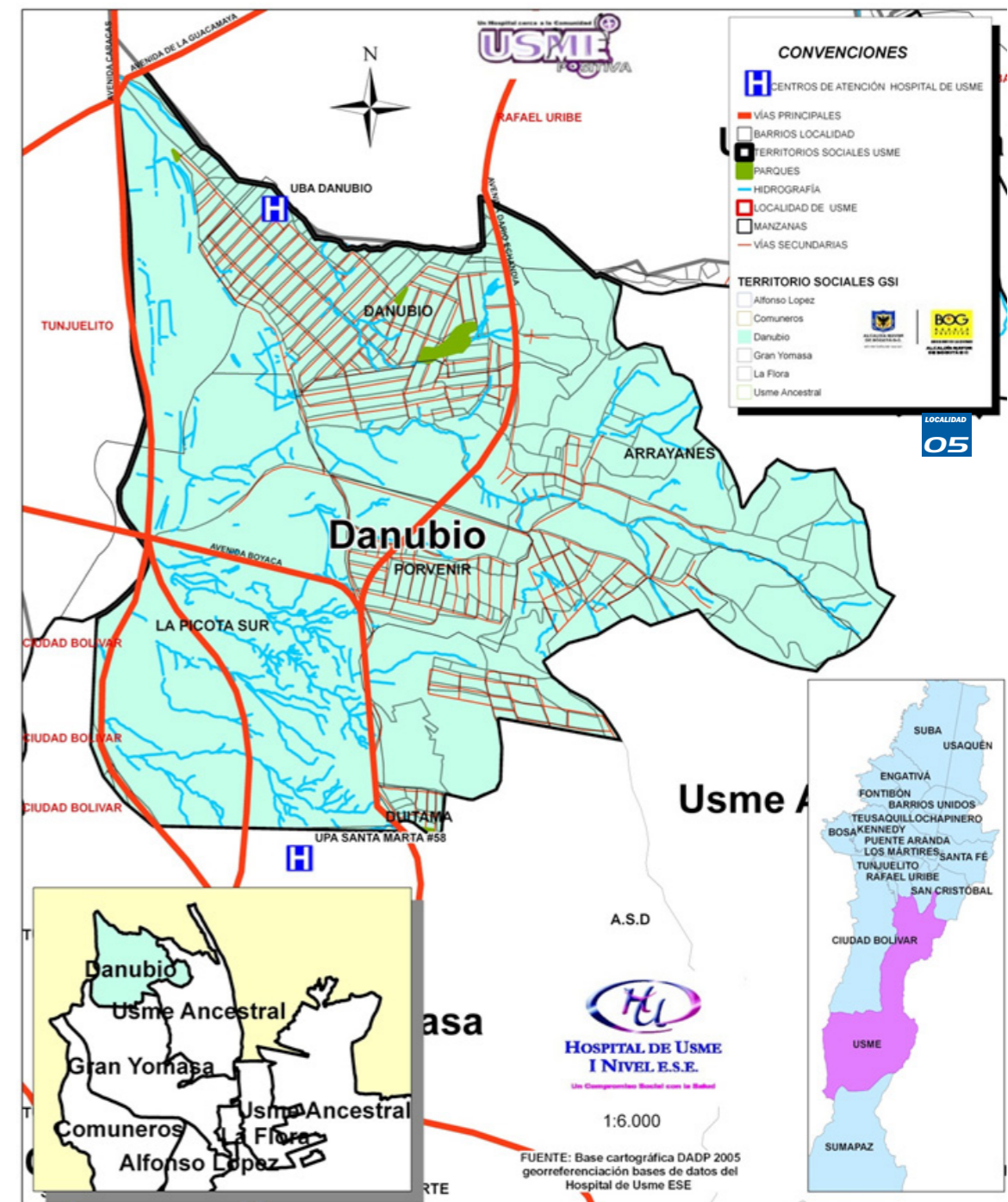
3.2 Territorio social Danubio (UPZ 56)

3.2.1 Territorio – población

La UPZ Danubio se ubica en el costado norte de la localidad, cuenta con una extensión de 268.11 Hectáreas de las cuales el 23.26% de las hectáreas son zonas sin desarrollar en suelo urbano y no tiene suelo de expansión. Limita al norte con la localidad Rafael Uribe, al oriente, con el Cerro de Juan Rey, perteneciente al Parque Ecológico Distrital Entre Nubes; al sur, con los desarrollos urbanos Alaska y Duitama; y al occidente, con la Avenida Caracas. (Ver Mapa 14).

Está integrada por 25 barrios; Alaska, Duitama, El Porvenir I, El Provenir II, Fiscalía II La Fortuna, Fiscalía sector centro, La Fiscalía los 3 laureles, La Fiscalía lote 16, La Fiscalía lote 16^a, la Fiscalía sector Daza, La Fiscalía sector Norte, La Fiscalía sector Rodríguez, Danubio Azul, La Morena I, La Morena II, La Morena II sector Villa Sandra, Nueva Esperanza, San Martín, Villa Neiza, Picota Sur, Porvenir, San Andrés de los Altos, Sector II Daza, Panorama, La vega del Bosque y Arrayanes.

Mapa 14. Territorio Social Danubio

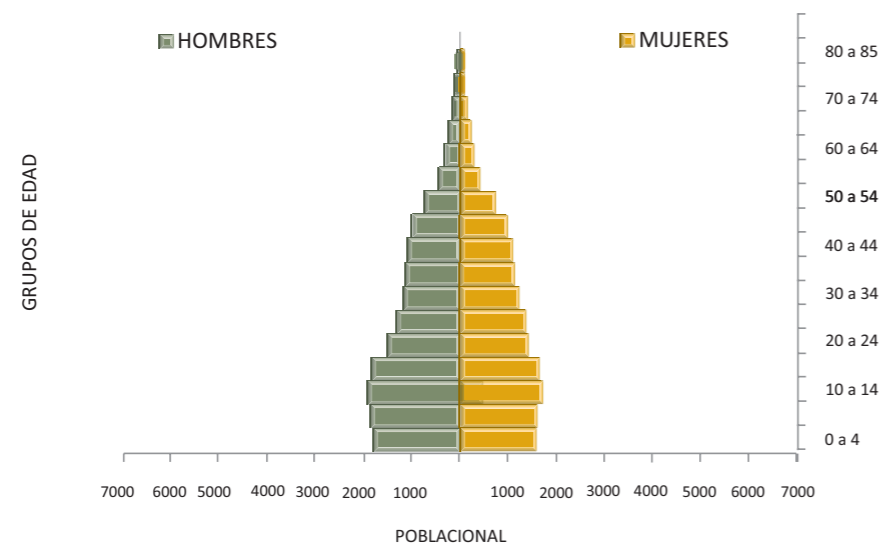


Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

De acuerdo a las proyecciones poblacionales del DANE para el 2.009, se estima que la población total de la UPZ Danubio está cercana a los 32.411 habitantes, siendo el 9,28% de la población total de Usme, de los cuales 16.287 son mujeres y 16.124 son hombres, representando un 50.25% y un

49.74 % respectivamente. (Grafico 16).

Grafico 16. Pirámide Poblacional UPZ Danubio



Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005; Proyección 2009

Como se observa en la tabla 58, la etapa de ciclo vital que más habitantes aporta a este territorio es la de juventud con un 39,01%, seguida de adultez con un 34,58%, luego se encuentra infancia con un 21,07% y en último lugar persona mayor, que representa el 5,32%.

Tabla 58. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Danubio 2009

ETAPA DE CICLO VITAL	Total	Hombres	Mujeres
INFANCIA	6831	3568	3263
JUVENTUD	12645	6408	6237
ADULTEZ	11209	5373	5836
P MAYOR	1726	775	951
TOTAL	32411	16124	16287

Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005, proyección 2009

En el año 2008 se conformó en la UPZ 56 Danubio la mesa de trabajo “Hoya del Ramo” Esta mesa de trabajo fue un escenario de participación y concertación entre comunidad de los barrios Fiscala, Danubio y Morenas, con las instituciones y autoridades locales en torno a las problemáticas de la Quebrada Hoya del Ramo, con el objetivo de buscar soluciones para las condiciones sanitarias y ambientales inadecuadas como: Insalubridad, vertimientos, manejo inadecuado de residuos y escombros. Dada la división comunitaria entre las JAC’S de la UPZ y el bajo compromiso de los líderes en el proceso no se logró avanzar en el plan de acción concertado. Por lo anterior, en el mes de septiembre de 2008 en la reunión de Equipo Base se propone que el trabajo con la comunidad puede ser asumido por los equipos de Salud a su Casa con los núcleos de gestión de Fiscala, Morenas y Danubio.

En el primer semestre del año 2009 se retoma el trabajo adelantado en la Hoya del Ramo por parte del Núcleo de Gestión del Micro-territorio Danubio; allí se concertó retomar el plan de acción

2008 para actualizarlo y validarlo con los otros actores comunitarios del territorio y así dar claridad al proceso.

Las redes de servicios públicos de la UPZ Danubio, en especial de acueducto y alcantarillado, requieren algunas acciones para mejorar su calidad y cobertura, para lo cual se plantean varios proyectos en este tema. La red de acueducto que surte la UPZ hace parte de la Zona Usme del sistema Chisacá – La Regadera. Aunque la cobertura ha estado mejorando en la UPZ, la mayor dificultad para abastecer del servicio de acueducto se presenta en las partes altas, debido tanto a limitaciones técnicas de la red como a las malas condiciones de los terrenos. La red de alcantarillado de la UPZ 56, se encuentra en proceso de ampliación para lograr el total de cobertura. En relación a energía eléctrica, la UPZ se encuentra cubierta en cuento a redes domiciliarias, incluso en barrios no legalizados.

3.2.2 Consecuencias de la interrelación territorio – población

La fuente hídrica que atraviesa el territorio, y la más representativa para la comunidad es la Quebrada Hoya del Ramo, que tiene su nacimiento en el Parque Entre nubes; esta quebrada se encuentra afectada en su parte alta por vertimiento de aguas servidas producto de actividades pecuarias (marraneras), y a lo largo de su recorrido por manejo inadecuado de residuos sólidos y disposición de escombros, y en consecuencia por proliferación de vectores y roedores, lo cual se evidencia en los datos de fumigación y desratización realizada por la línea de enfermedades compartidas entre los años 2008 y 2009, 32000m2 y 33250m2 respectivamente.

Se presenta invasión de la ronda por asentamientos humanos, vertimiento de aguas servidas, domesticas e industriales y tenencia inadecuada de animales de abasto a lo largo de la quebrada. Otras quebradas en la UPZ son Santa Librada, La Palestina, Seca y La Fiscala.

Por su carácter de zona urbana no regulada, y a pesar de los procesos de legalización que históricamente han logrado los pobladores de varios de sus barrios, aún se presentan deficiencias en la prestación de servicios públicos como aseo y alcantarillado, como es el caso de los barrios como La Morena II Sector y Villa Sandra.

El problema ambiental más representativo de esta UPZ, además del deterioro en que se encuentra su principal fuente hídrica, es la contaminación atmosférica, generada por fuentes fijas como industrias extractivas a cielo abierto y fábricas de ladrillos. Dentro de las fábricas de ladrillos se encuentran las ladrilleras Prisma y Alemana, en el barrio La Fiscala.

La cercanía y la ubicación de esta UPZ, al suroriente del parque minero industrial y sus zonas de excavación inundadas, ha puesto en contacto a la población con olores ofensivos y plagas de artrópodos que proliferan en épocas de verano, el control de estas plagas es realizado directamente por la Secretaría Distrital de Salud.

En la **UPZ Danubio**, en el barrio denominado de la misma forma, se identifica un grupo de vendedores informales de plaza ubicada sobre la calle 56, vía principal del barrio; asociados a ASOVENPOL. Además de la ocupación del espacio público, las ventas informales representan un factor determinante en la presencia de residuos sólidos -orgánico e inorgánicos- en la vía pública, los cuales son almacenados de forma inadecuada y dispuestos en sitios y en horas diferentes a las establecidas por el consorcio de aseo, lo que implica exposición al contacto con animales callejeros y proliferación de vectores¹²².

En las instituciones educativas distritales de la UPZ Danubio, se destacan por parte de la comunidad

122 Información suministrada por el área de vigilancia sanitaria, como aporte a la construcción de diagnóstico local 2009.

educativa al interior de las sedes, la falta de conciencia ambiental, reflejada en el manejo irracional del recurso hídrico y en el manejo de los residuos sólidos. Es necesario mencionar que los temas de inseguridad son identificados tanto al interior como al exterior de las sedes.

En el ámbito familiar, según las visitas adelantadas por Entornos Saludables en los microterritorios Morenas, Fiscala y Danubio, los problemas de higiene se encuentran relacionados con el manejo de residuos sólidos al interior de la vivienda, por su ubicación en lugares y dentro de recipientes que facilitan la proliferación de vectores. Se destacan también la tenencia inadecuada de mascotas y el mal manejo de sustancias químicas en el hogar.

Según información de la transversalidad de desplazamiento, en el desarrollo de la intervención que busca el fortalecimiento de relaciones intrafamiliares y procesos participativos que promuevan calidad de vida en la familia de acuerdo con su ciclo vital reconociendo de manera prioritaria la dimensión afectiva y la lectura de heridas interiores producidas por las experiencias vividas en los diferentes momentos (no solo la salida sino la búsqueda de un nuevo lugar, la llegada y el ingreso a un territorio desconocido), se identificaron en 2009, 57 personas distribuidas en 18 núcleos familiares.

Esto contrasta con las 23 familias identificadas en el 2008 indicando que las familias desplazadas tienden a ubicarse en otros territorios posiblemente debido a la disposición de áreas para habitar en estados ilegales de apropiación, mayores oportunidades de encontrar lugares con costos reducidos en otros lugares de la localidad o la preferencia de espacios más centrales y que concentren mayor respuesta institucional, entre otras razones.

En los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial de atención establecido por el marco normativo generando la apropiación de nuevos conocimientos, habilidades y generando la conformación de redes sociales con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes. Se desarrollaron acciones con la organización ASOREDES, en el segundo trimestre del año, donde fueron abordadas 17 personas distribuidas así: 16 en situación de desplazamiento y 1 receptora. 15 son mujeres y 2 son hombres. 12 pertenecen a la etapa de ciclo vital adulto y 5 a juventud. 10 de ellas son cabeza de hogar.

En el proyecto que procura fortalecer la restitución de derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida se identificaron dos unidades de trabajo informal desarrolladas por mujeres adultas en condición de desplazamiento.

En cuanto a Seguridad alimentaria y Nutricional, la siguiente es la información más relevante para este territorio social: El 22,5% de las familias caracterizadas desde el 2004 hasta el 2008 manifestaron que por falta de dinero para comprar alimentos, algún miembro de la familia, dejó de recibir alguna de las comidas (desayuno, almuerzo, comida).¹²³

En el 2009 desde el ámbito familiar se trabajaron 3 microterritorios en esta UPZ: Danubio Azul, Morenas y Fiscala y desde el ámbito comunitario se realizó trabajo con un comedor en el barrio la fiscala.

La principal necesidad evidenciada es la promoción de hábitos de alimentación adecuados tanto en comedores comunitarios como en las instituciones educativas, estas últimas debido a que al contar algunas con comedores escolares enseñan a los estudiantes mínimas normas para que ellos tengan mejores hábitos tanto de higiene como de alimentación. Por parte de la intervención promoción de patrones de alimentación saludable del ámbito escolar se trabaja con 2 instituciones educativas en esta UPZ.

Se observa prevalencia de morbi mortalidad en enfermedades infecciosas evitables, en la población Infantil especialmente por inadecuados hábitos de vida y por deficiencia en la atención integral en las IPS. De hecho esta es la zona que presenta mayor prevalencia de enfermedad y muerte por ERA, a pesar de este dato, se encuentra que las IPS ubicadas en esta UPZ implementan tan solo en un 50% la estrategia AIEPI, esto debido básicamente a la falta de adherencia a las guías.

Se observa además como problemática emergente el bajo consumo de alimentos fuente de hierro, razón por la cual se realiza suplementación con micronutrientes por parte del ámbito escolar en 3 colegios y 7 jardines de esta UPZ, lo cual corresponde a 1742 niños de 0 a 9 años y 834 jóvenes de 10 a 26 años. Como parte de este proceso se realizó sensibilización a la comunidad educativa (docentes, padres de familia, niños), valoración médica y desparasitación, suplementación con micronutrientes (vitamina a y sulfato ferroso) en la población antes mencionada.

Ahondando en el tema de la seguridad alimentaria evidencian la necesidad de contar con menor precio y mayor calidad en los productos comercializados en la zona, en especial las frutas y verduras. Muestran preocupación por recibir la cantidad necesaria de alimentación, sin mostrar mayor preocupación por la calidad de la alimentación y finalmente denotan el interés por conocer aspectos relacionados con el derecho a la alimentación y la seguridad alimentaria y nutricional¹²⁴.

Dentro de otras problemáticas enunciadas en este territorio, se reportó el aumento de casos de suicidio, duelos no resueltos, aumento de casos de gestantes adolescentes y las inadecuadas prácticas en salud oral. Otras problemáticas identificadas enuncian las dificultades en la convivencia, los expendios y el consumo de sustancias alucinógenas.

Por último identifican el consumo de alcohol, la intolerancia familiar, la drogadicción que se evidencia mayormente en la población infantil y adolescente del sector, la creciente inseguridad y la falta de tiempo para interactuar los padres con los hijos, como los problemas más sentidos por la comunidad. Expresan que los efectos de tales problemas se evidencian en mayor inseguridad en los barrios, creciente individualismo, sensación de soledad, maltrato hacia los infantes y jóvenes y mayor descuido de los padres con los hijos.

Respecto a salud mental en el Territorio Danubio se observa lo siguiente: el equipo de salud mental de salud al colegio, en la UPZ Danubio, evaluaron las necesidades en dos instituciones educativas, las cuales cuentan con cuatro sedes en total desde las diferentes líneas de intervención. Las necesidades más relevantes evidenciadas por los colegios intervenidos en la UPZ Danubio durante el 2009, son la dificultad en la resolución de conflictos, las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Los determinantes asociados a estas problemáticas son las necesidades básicas insatisfechas, condiciones de inseguridad de la zona, la baja autoestima de los estudiantes, falta de redes de apoyo y desconocimiento de las existentes, la presión de los pares, la falta de afecto por parte de sus familiares, la carencia de un proyecto de vida estructurado y los canales de comunicación intrafamiliar inadecuada.

De igual manera, para el año 2009 se hallaron 99 casos por intervención psicosocial y 17 casos en conducta suicida para un total de 116 intervenciones realizadas en esta UPZ. Se identifica una disminución en eventos que tiene que ver con los problemas relacionados con la educación y alfabetización, los factores con mayor incidencia son los problemas relacionados el grupo primario de apoyo y circunstancias psicosociales como las relaciones entre pareja, apoyo familiar inadecuado, rupturas familiares con 19 casos identificados. Lo sigue los problemas relacionados con el estilo de vida y el consumo de sustancias psicoactivas tabaco, alcohol y drogas con 17 casos y 10 casos en violencia Intrafamiliar entre los eventos más relevantes¹²⁵.

¹²⁴ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

¹²⁵ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA Salud mental. Documento aporte a la actualización

En lo relacionado con la Actividad física en la UPZ Danubio, las IED (Fabio Lozano Simonelli y Paulo Freire), reflejan el contraste de planta física que se puede encontrar en localidad, ya que Fabio Lozano Simonelli en sus tres sedes cuenta con estructuras antiguas en las que no hay espacios adicionales a las canchas múltiples para la práctica de actividad física, por el contrario Paulo Freire es una sede nueva identificada como un MEGACOLEGIO, en el cual existen diversos escenarios para la práctica de movimiento; pero en ninguno de los dos casos se planean y desarrollan procesos de actividad física en los que se incluyan herramientas diferentes a la fundamentación deportiva que se lleva a cabo en la clase de educación física, debido a la falta de iniciativa por parte de los docentes y estudiantes la cual es consecuencia de la falta de claridad frente a la importancia y beneficios de la actividad física como hábito saludable y que no necesariamente debe estar relacionada con el deporte, a esto se suma la baja intensidad horaria de la clase de educación física y la poca disposición hacia la apertura de nuevos espacios de trabajo para la promoción de la actividad física, en cuanto a los materiales y recursos necesario hay diferencias en estas instituciones educativas, los cuales no se utilizan para tal fin. Por último esta UPZ no cuenta con escenarios deportivos como parques adecuados, a los cuales las comunidades educativas puedan acceder a realizar otro tipo de actividades que involucren el movimiento corporal¹²⁶.

El déficit de espacios deportivos en una zona bastante densa como la UPZ Danubio, es apreciado como la principal problemática por los participantes del Programa Tú Vales, sumado a la percepción de inseguridad evidente en el sector de La Fiscala, desestimulan la práctica de Actividad Física y deportiva en esta zona de la Localidad.

Históricamente, este sector ha sido marginado de los programas institucionales del I.D.R.D. y del Hospital de Usme; por lo que no existe una medición clara de las problemáticas de Actividad Física que ofrezcan un panorama más amplio, salvo lo registrado en los grupos Danubio Azul y Fe y Alegría que han sido participantes del proceso Tú Vales en las vigencias 2009 y 2010¹²⁷.

Las siguientes son las necesidades priorizadas en forma concertada en la mesa territorial Danubio:

AMBIENTALES: 1) invasión de ronda de quebrada (Urbanizaciones ilegales), 2) presencia de vectores, 3) deslizamientos, 4) manejo de residuos sólidos, escombros y aguas residuales, 5) presencia de caninos y felinos, 6) uso de suelo (Ladrilleras), 7) contaminación quebrada Hoya del Ramo.

INFRAESTRUCTURA: 1) Malla vial, 2) cableado energía, 3) señalización en vía pública, 4) invasión de espacio público.

SOCIAL: 1) seguridad, 2) consumo sustancias psicoactivas, 3) mala atención de los servicios de salud.

Otro espacio importante de construcción y de búsqueda de soluciones a las problemáticas encontradas en el territorio son los núcleos de gestión de Salud a Su Casa; a continuación se presenta información relevante como aporte de estos espacios al Territorio Danubio:

Microterritorios SASC en el territorio Danubio¹²⁸

del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

126 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad de actividad física. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

127 *Ibid.*

128 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Ámbito Familiar. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

MICROTERRITORIO FISCALA

Comencemos con los barrios que conforman este micro territorio; Porvenir, Fiscala, Alaska, Duitama, Fiscala Centro y algunas Fincas, se realiza el núcleo de gestión aproximadamente desde el año 2007.

Dentro de estos espacios se han identificado las siguientes problemáticas: barreras de acceso en salud para la atención de población en condición de discapacidad en la etapa ciclo vital persona mayor, presencia aguas negras, de vectores y mal olor, contaminación atmosférica cuyas fuentes de generación son las industrias que explotan material para construcción como ladrilleras, viviendas en mal estado de construcción, manejo inadecuado de mascotas y residuos sólidos, marraneras ilegales, inseguridad, maltrato familiar, embarazos de alto riesgo, presencia de habitantes con enfermedades crónicas y en condición de discapacidad, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y existencia de pandillas.

Se programó desde el núcleo de gestión y por solicitud de la comunidad una brigada de salud en el salón comunal del barrio Alaska y en el barrio Porvenir II sector, presentando los servicios de vacunación canina y felina a cargo de los Técnicos en Saneamiento ambiental, Higiene oral, realizando charlas educativas, vacunación para niños hasta los cinco años y adultos mayores de sesenta años, consulta de crecimiento y desarrollo, consultas médicas.

Se han presentado diferencias entre los líderes y la comunidad lo que ha generado que se dividan y no trabajen conjuntamente, atrasando un poco el proceso.

MICROTERRITORIO MORENAS

En este micro territorio se realiza el núcleo de gestión aproximadamente desde el año 2007, se cuenta con los barrios Morenas I, II, Sierras de Santa Fe, Panorama, Sector Daza, Invasión y Fiscala Alta, dentro de estos espacios se han identificado las siguientes problemáticas: presencia Aguas negras, de vectores y mal olor, contaminación, viviendas en mal estado de construcción, manejo inadecuado de mascotas y residuos sólidos, inseguridad, maltrato familiar, embarazos de alto riesgo, presencia de habitantes con enfermedades crónicas y en condición de discapacidad, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y existencia de pandillas.

Durante el año 2009 se trabajó conjuntamente con la comunidad, entidades pertinentes a cada una de estas problemáticas como Secretaria del Medio Ambiente, LIME, Gestión Social, Gestión Comunitaria, IDRD y el equipo de SASC.

MICROTERRITORIO DANUBIO AZUL

En este micro territorio se realiza el núcleo de gestión aproximadamente desde el año 2007, dentro de estos espacios se han identificado las siguientes problemáticas: presencia de vectores y mal olor, vertimiento de aguas servidas al cauce de Quebrada Hoya del Ramo, contaminación, botadero de escombros, viviendas en mal estado de construcción, déficit en la oferta de servicios en salud para la infancia y persona mayor aumentando así los índices de morbimortalidad, manejo inadecuado de mascotas y residuos sólidos, inseguridad, maltrato familiar, embarazos de alto riesgo, presencia de habitantes con enfermedades crónicas y en condición de discapacidad, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y existencia de pandillas.

Se articulado con entidades como LIME, DPAE, Promotora de la Alcaldía Local, Secretaria de Movilidad, Secretaria de Ambiente y la Policía Nacional, EAAB y Gestión Local. Para dar respuesta a cada una de estas necesidades que se presentan a diario.

A continuación se presentarán hallazgos específicos para cada una de las etapas del ciclo vital en el territorio social Danubio.

ETAPA DE CICLO VITAL INFANCIA

En este territorio desde el programa Salud al Colegio se realizaron intervenciones en las instituciones educativas: Paulo Freire y Fabio Lozano Simonelly. Jardines: Casa Vecinal Alaska y Casa Vecinal Nevado. A través de las acciones allí desarrolladas se observó lo siguiente: inadecuadas técnicas de cepillado en los niños que generan placa y caries, baja asistencia de los niños a los servicios de promoción y prevención en salud, escasa variedad de alimentos en los niños, especialmente de frutas y verduras; también se identificaron casos de abuso sexual y maltrato¹²⁹.

De acuerdo con las acciones desarrolladas por las y los profesionales del ámbito comunitario en este territorio, en lo que corresponde al ciclo vital **infancia**, se encontraron problemáticas relacionadas con el acceso a alimentos saludables, dado que en algunos de los casos, según refieren, solo reciben dos comidas diarias, siendo una de ellas la que consumen en el comedor comunitario; situación que conlleva a la generación de sentimientos de tristeza en los niños y niñas. La población en este ciclo de edad observa preocupación por recibir la cantidad necesaria de alimentación, sin mostrar mayor preocupación por la calidad; finalmente denotan el interés por conocer aspectos relacionados con el derecho a la alimentación y la seguridad alimentaria y nutricional¹³⁰.

Dentro de los aspectos priorizados por la población infantil de esta UPZ, se encuentra la necesidad de que sus familias puedan contar con mayor poder adquisitivo, dado que en gran parte de los casos las familias de los niños se dicen al “rebusque”, lo cual genera condiciones socio-económicas inestables y difíciles. En coherencia con lo anterior los niños ven la necesidad de que sus familias tengan mayores ingresos económicos para poder acceder a alimentos saludables, dado que en algunos de los casos, según refieren, solo reciben dos comidas diarias, siendo una de ellas la que consumen en el comedor comunitario. Frente al tema los niños y niñas refieren que en algunos casos se sienten tristes “cuando no comen”¹³¹.

Los niños y niñas ven dentro de su territorio la necesidad de que se reduzca la violencia infantil, intrafamiliar y social, el consumo de sustancias psicoactivas, la intolerancia y violencia generada en el ámbito escolar y el pandillismo. Relacionado a lo anterior, reportan necesitar una mayor orientación paterna, un mejor uso del tiempo libre, ver fortalecidos los espacios seguros y las relaciones interpersonales en todos los ámbitos de vida cotidiana, ser reconocidos y tenidos en cuenta especialmente desde la familia, disminuir la tensión familiar y poder identificar y manejar las emociones.

Adicionalmente, para la etapa de Infancia se constata que existe deterioro en el estado de salud, por las condiciones ambientales a causa de actividades antrópicas. Los niños y niñas en las primera infancia son los que más presentan mortalidad y morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), que en la localidad se notifican con gran frecuencia; aunque no se puede atribuir el 100% de la responsabilidad al factor ambiental, éste se encuentra dentro de las variables a considerar, sumado a las condiciones de fragilidad biológica, las condiciones de las viviendas (hacinamiento) y factores climáticos.

Con relación a salud sexual y reproductiva se encuentra lo siguiente: en la etapa de ciclo vital

129 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito Salud al Colegio. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

130 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

131 Ibid.

infancia en el Ámbito Familiar en los microterritorios de Danubio, Azul, Morenas y Fiscala de Salud A Su Casa se realizaron 100 seguimientos en la etapa del postparto durante el año 2009, realizando un comparativo del año 2008 se evidencia un incremento en los seguimientos en el postparto¹³².

ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD

En las instituciones educativas refieren frecuentemente casos de abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, violencia y maltrato intrafamiliar, problemas de tipo económico que impiden a los adolescentes consumir una dieta balanceada y acceder a oportunidades de tipo educativo. Se evidencian problemas relacionados con la prevención de embarazos no deseados en adolescentes y proyectos de vida que permitan a los jóvenes tener un futuro más seguro y sólido¹³³.

Para la etapa del ciclo vital en mención, los grupos comunitarios de la UPZ Danubio, identificaron como prioridad las problemáticas ambientales, reconociendo la necesidad de generar mayor sentido de pertenencia frente al patrimonio hídrico, el paisaje y contexto en el que conviven cotidianamente las personas de la localidad. Desde allí, consideran los procesos de recuperación y reconocimiento del territorio como un factor vinculante en el que la comunidad interactúa y participa para el mejoramiento de las condiciones de vida¹³⁴.

Dentro de las problemáticas observadas en lo concerniente a la dinámica de los grupos y organizaciones juveniles, se encuentran los vacíos y dificultades en su constitución como grupo y las implicaciones técnicas - metodológicas necesarias para viabilizar la misma, manejo inadecuado de las relaciones interpersonales y deterioro de éstas que propician malestar entre los integrantes. Por tanto requieren el fortalecimiento en aspectos teórico prácticos a través de lo experiencial e incrementar la comunicación asertiva al interior del grupo, la organización y distribución de funciones, el trabajo en equipo, la formulación, gestión y ejecución de proyectos, las actividades y espacios de integración¹³⁵.

ETAPAS DEL CICLO VITAL ADULTEZ Y PERSONA MAYOR

Inadecuadas pautas de crianza y formación en valores. Se presentan casos de violencia intrafamiliar desconocimiento y ausencia de recursos económicos para el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia (Gripas, diarrea, factores de riesgo que afectan el buen desarrollo psicomotor), mal manejo del agua, de residuos sólidos (basuras) y ausencia de hábitos de reciclaje. Inadecuados hábitos de higiene personal. Presencia de hábitos alimentarios inadecuados que contribuyen al padecimiento de enfermedades crónicas a edades tempranas y deficiencias de micronutrientes en los niños además de inadecuada manipulación de alimentos. Los problemas relacionados con la seguridad son permanentes¹³⁶.

Desde los grupos de adultos y persona mayor, se identifican algunas prácticas que conllevan a la ausencia de hábitos alimenticios saludables. Dentro de éstas se vislumbran la ingesta de alimentos a horas no adecuadas, se destaca también la poca apetencia por las frutas y las verduras, seguido del consumo de alimentos poco nutritivos; refieren causas tales como la pereza de cocinar, el no saber cómo preparar las verduras de una manera más atractiva al paladar. Lo anterior sumado a la

132 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA salud sexual y reproductiva. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

133 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al colegio. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

134 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

135 Ibid.

136 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al colegio. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

carencia de ingresos económicos, agrava la situación nutricional de esta población. Esgrimen como efectos de esta problemática el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tales como la desnutrición, obesidad y carencias en el desaliento físico¹³⁷.

3.2.3 Expresiones de la relación territorio – población

En este apartado se presentan por ahora los daños en la salud, expresados en enfermedades o traumas, evidenciados a través de la morbilidad por Centro de Atención del Hospital de Usme que presta sus servicios dentro del territorio social abordado, que corresponden a 2 unidades de atención: UBAs Danubio Azul y Fiscala - San Camilo.

En la UBA Danubio en la etapa del ciclo vital infancia encontramos como principales diagnósticos en consulta externa las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 33,34%, seguido por otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 17,59% y como tercer lugar otras helmintiasis con un 8,16%. En la etapa del ciclo vital juventud tenemos como primer lugar la pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo con un 15,55%, seguido de la atención para la anticoncepción con un 9,82%.

En la etapa del ciclo vital adultez encontramos como principal diagnóstico en consulta externa los trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén con un 7,8%, seguido de las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 7,5%. Por último, en la etapa del ciclo vital persona mayor el diagnóstico más frecuente es personas en contacto con los servicios de salud por otras razones con un 15,61%, seguido de personas en contacto con los servicios de salud con un 15,61% y en tercer lugar la gastritis y duodenitis con un 6,75%.

En la UPA Fiscala en la etapa del ciclo vital infancia el principal diagnóstico en consulta externa son las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 40,33%, seguido por otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 18,36%.

En la etapa del ciclo vital juventud el principal diagnóstico en consulta externa son las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 18,31%, seguido de otros trastornos de los dientes y de estructuras de sostén con un 10,14%. En la etapa del ciclo vital adultez el principal diagnóstico son las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 13,51%, seguido por otros trastornos de los dientes y de estructuras de sostén con un 11,72%. En el ciclo vital persona mayor, encontramos en primer lugar las personas en contacto con los servicios de salud por otras razones con un 27,52%, seguido de personas en contacto con los servicios de salud con un 20,61% y en tercer lugar Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con un 5,04%.

A continuación se presentan algunos datos relevantes respecto a la salud de los habitantes del territorio Danubio¹³⁸.

En este territorio se evidencia con preocupación el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en edades más tempranas encontrando lo siguiente: 1 paciente del ciclo infancia con Diabetes Mellitus y 5 pacientes del ciclo juventud 3 de ellos con Diabetes y 2 con Hipertensión Arterial.

En cuanto al PDA de SSR en el componente de gestantes se dio atención en este territorio a 246 mujeres del ciclo juventud lo que demuestra un aumento significativo con respecto a los otros ciclos.

137 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

138 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito IPS. Documento aporte al Diagnóstico Local 2010. [Disponible en magnético]

En cuanto al Programa de CCU durante el periodo Enero – Julio de 2010 se han tomado 79 citologías de las cuales 8 han presentado anomalías celulares a las cuales se les realiza seguimiento y remisión a II o III nivel de atención dependiendo de la severidad de la lesión.

Frente a eventos en salud mental, en las ECV se observa un incremento significativo en infancia, en un 70% estos casos son de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, los cuales no son equiparables a los atendidos en 2008 que se relacionaron con maltrato emocional, negligencia y abandono.

3.2.4 Núcleos problemáticos territorio Danubio

- **Primer Núcleo: Presencia de prácticas industriales extractivas que determinan altos niveles de contaminación atmosférica y de las fuentes hídricas afectando a residentes del territorio en general.**

- **Descripción del núcleo**

La situación antes mencionada respecto a la problemática ambiental, afecta a todas las etapas del ciclo vital. Como expresiones más graves de dicha problemática en este territorio se encuentran la contaminación de la principal fuente hídrica de Danubio, la quebrada Hoya del Ramo por el vertimiento de aguas servidas, domésticas e industriales y tenencia inadecuada de animales de abasto a lo largo de la quebrada y la contaminación atmosférica, generada por fuentes fijas como industrias extractivas a cielo abierto y fábricas de ladrillos, identificando como puntos críticos las ladrilleras Prisma y Alemana, en el barrio La Fiscala, así como la cercanía y la ubicación de esta UPZ, al suroriente del parque minero industrial y sus zonas de excavación inundadas, que han puesto en contacto a la población con olores ofensivos y plagas de artrópodos que proliferan en épocas de verano¹³⁹. (Ver Mapa 15).

Se puede observar que la población más afectada por lo anteriormente expuesto, en términos de salud son los niños y niñas, ya que este territorio frente a la localidad, es el que ha mostrado un mayor número de casos de enfermedad respiratoria aguda ubicado como la segunda causa de diagnóstico en la consulta externa del territorio con un 17,59% (es decir 817 casos) y muerte por Enfermedad Respiratoria Aguda¹⁴⁰

Ligado al bajo poder adquisitivo, se encuentra que el 22,5% de las familias caracterizadas desde el 2004 hasta el 2008, en este territorio, manifestaron que por falta de dinero para comprar alimentos, algún miembro de la familia, dejó de recibir alguna de las comidas (desayuno, almuerzo, comida).¹⁴¹

De igual manera se observan inadecuados hábitos alimentarios, relacionado con la escasa variedad de alimentos en los niños, especialmente de frutas y verduras; lo anterior contribuye al padecimiento de enfermedades crónicas a edades tempranas y deficiencias de micronutrientes en los infantes.

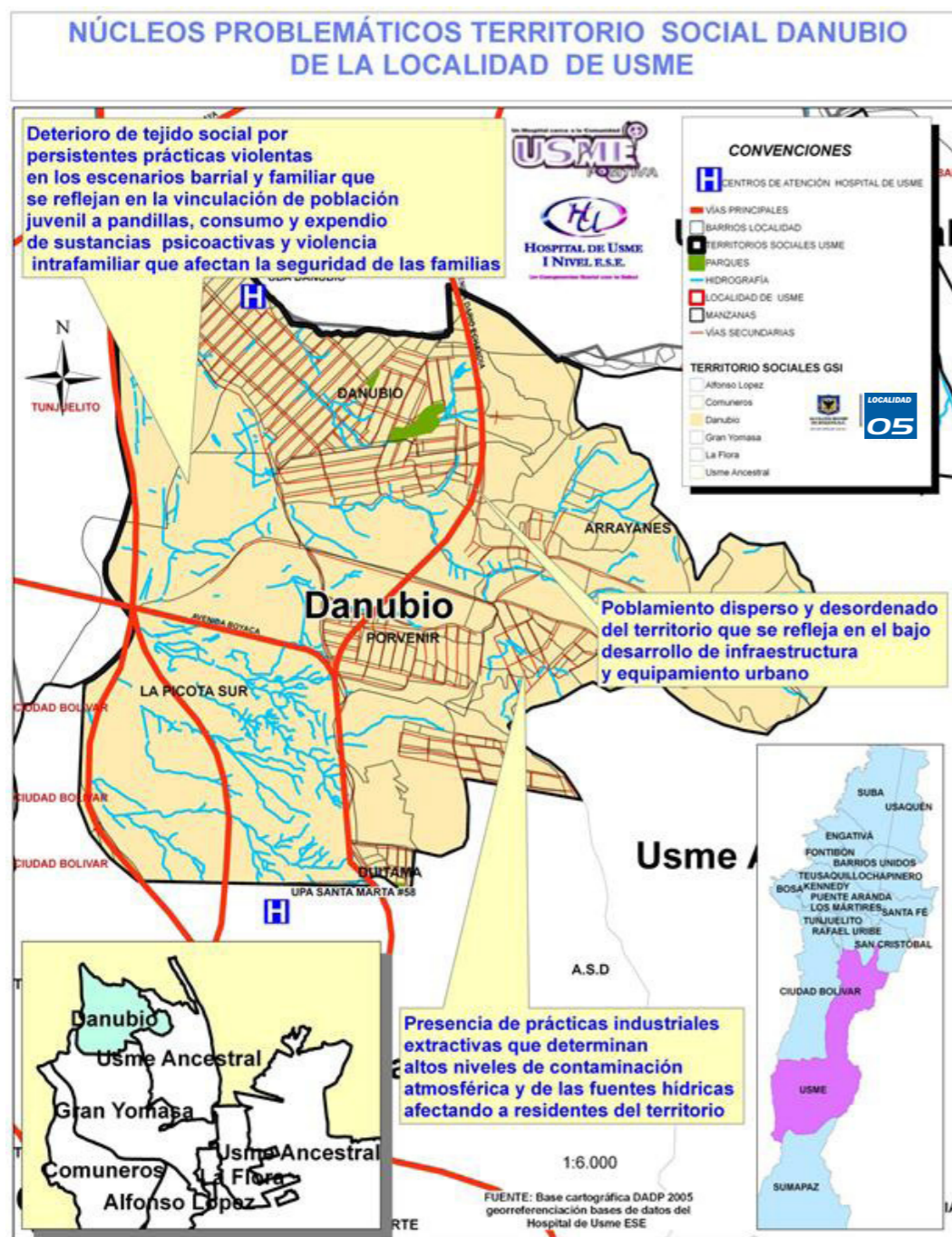
139 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Ambiente y Componente de Vigilancia Sanitaria. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010.

140 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito IPS – Estrategias materno infantiles. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010.

141 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito familiar. Documento aporte al diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

La comunidad manifiesta que en torno al tema de lo que ellos perciben como problemáticas de salud se encuentra el aumento de casos de gestantes adolescentes, inadecuadas prácticas en salud oral que afectan principalmente a los niños, y hacen evidente la presencia de barreras de acceso en salud para la atención de población en condición de discapacidad en la etapa del ciclo vital persona mayor.

Mapa 15. Núcleos Problemáticos Territorio Social Danubio



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

Segundo Núcleo: Poblamiento disperso y desordenado del territorio que se refleja en el bajo desarrollo de infraestructura y equipamiento urbano.

• **Descripción del Núcleo**

La situación antes mencionada afecta a todas las etapas del ciclo vital como expresiones más graves de dicha problemática en este territorio se encuentran áreas amenazadas por deslizamientos o remoción en masa, debido a las fuertes pendientes y el suelo erosionado; esto afecta principalmente a varios barrios que se localizan desordenadamente en áreas donde antes hubo chircales.

En la UPZ Danubio la mayoría de los equipamientos existentes son educativos; sin embargo, los equipamientos no son suficientes para cubrir todas las necesidades de la población. En el caso de educación y bienestar social, en la UPZ hay 2 m² construidos por persona en edad escolar, por lo cual es necesario al menos alcanzar el promedio de la ciudad, que es de 7,75 m². Zonas verdes, equipamientos recreativos y parques, son insuficientes para la población y se encuentran en mal estado o deterioro: 0,49 m² x habitante (promedio de la ciudad 4,7 m²). Por otro lado los habitantes del territorio manifiestan déficit de espacios deportivos, esto sumado a la percepción de inseguridad evidente en el sector de La Fiscala, desestimulan la práctica de Actividad Física y deportiva en esta zona de la Localidad y además sus pobladores refieren que históricamente, este sector ha sido marginado de los programas institucionales del I.D.R.D. y del Hospital de Usme¹⁴². Continuando con el tema de infraestructura, los moradores de este territorio identifican serio deterioro de la malla vial, robo y mal estado del cableado de energía, deficiencias en la señalización en vía pública e invasión del espacio público.

Tercer Núcleo: Deterioro de tejido social por persistentes prácticas violentas en los escenarios barrial y familiar que se reflejan en la vinculación de población juvenil a pandillas, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar que afectan la seguridad de las familias y sujetos residentes.

• **Descripción del Núcleo**

La situación antes mencionada afecta a todas las etapas del ciclo vital como expresiones más graves en este territorio, se encuentran el bajo poder adquisitivo de las familias, dado por desempleo, subempleo en población joven y adulta dedicada al trabajo informal, cuyos ingresos son menores a un salario mínimo, lo cual genera insatisfacción de necesidades básicas y a su vez, en el afán de conseguir algún tipo de ingreso, terminan inmersos en el mundo delictivo, vinculándose en pandillas de expendio y consumo de SPA, así como en casos de hurto a personas, viviendas y negocios e incluso de homicidio.

La comunidad percibe como grave la problemática de inseguridad y consumo de SPA en el territorio, identificando como puntos críticos los siguientes: sector de La Fiscala, 17 puntos de expendio que existen en el Barrio el Danubio, consumo de alcohol en el Parque El Triángulo, identificaron tres bandas compuestas por niños entre los 9 y 12 años organizados y operando en todo el Barrio Danubio; en el Barrio Daza Sector II, es habitual encontrarse con pandillas conformadas por niños y preadolescentes entre los 7 y 14 años y de jóvenes y adultos entre 15 a 30 años. Igualmente y según la comunidad, es alarmante el aumento de niñas y jóvenes entre los 14 y 22 años dedicadas a la prostitución. Se han identificado algunos sitios donde más se concentra como en los parques, alrededor de los colegios, en el sector La Torre; además de los mencionados se encuentran como puntos críticos: la Ronda de la Quebrada Hoya del Ramo, La Alameda, El

142 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad de Actividad Física. Documento aporte al diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Bosque (Triángulo Palermo), Calle 56 y Cuatro Caminos¹⁴³. Otra situación que preocupa bastante a los habitantes del territorio, hace referencia a la venta de SPA a la salida de los colegios distritales y expresan que el expendio de drogas incluso se hace a domicilio. Sumado a lo anterior, también inquieta a la comunidad las serias dificultades en la convivencia, expresadas en aumento de casos de intento de suicidio en jóvenes, incremento de riñas callejeras a la salida o entrada a los colegios de la zona, abuso sexual, violencias en todos los ámbitos de vida cotidiana como resultado de la dificultad en la resolución de conflictos.

- **Potencialidades**

1. Fortalecimiento del trabajo comunitario, Cooperación y solidaridad entre los líderes comunitarios, Vinculación de actores comunitarios diferentes a las JAC'S como Redes, ONG'S y Organizaciones comunitarias de base, apropiación comunitaria del territorio, trabajo en Equipo entre Instituciones y Comunidad, optimización de recursos: físicos, logísticos y de talento humano, empoderamiento de la "Gestión Social Integral", articulación funcional entre sectores Salud e Integración Social.

2. Instituciones educativas: Paulo Freire y Fabio Lozano Simonelly. Jardines: Casa Vecinal Alaska y Casa Vecinal Nevado

3. 13 instituciones educativas, en 90% de los barrios existe por lo menos un Hogar de bienestar del ICBF; sin embargo, aún la respuesta es insuficiente: 2 m² por estudiante (promedio óptimo de 7,75 m²)

4. 2 centros de atención en salud: UBAs Danubio y Fiscala

5. 6 salones comunales

6. 2 CAI

7. En cuanto a vías cuenta con vías arteriales principales como la Av. Caracas, la vía perimetral de la Fiscala y la Dg.65 sur.

8. Con relación al transporte público para la UPZ Danubio, se basa especialmente en buses de servicios corriente que tiene como destino los Barrio Danubio Azul Fiscala Centro y Fiscala Norte Estación o Portal de Usme de Transmilenio, vinculando una ruta alimentadora que beneficia únicamente al barrio Danubio Azul.

9. Ubicación estratégica: está rodeada por varias vías principales y es atravesada por dos de estas avenidas (Caracas y Darío Echandía), una de ellas troncal de Transmilenio, lo que la conecta con el sur y centro de la ciudad, la región y los Llanos Orientales.

10. Importancia ecológica: sus elementos ambientales articulan el Parque Entre nubes y el río Tunjuelo y gracias a la operación estratégica del mismo nombre, se realizarán acciones de recuperación y mejoramiento ambiental para las áreas mineras.

3.3 Territorio social Gran Yomasa (UPZ 57)

3.3.1 Territorio – población

Ubicada en el costado oriental de la localidad, es la UPZ residencial más extensa de Usme, tiene una extensión de 530.24 hectáreas de su área total, de las cuales el 11.2% corresponde a zonas sin

desarrollar en suelo urbano. Limita al norte con el río Tunjuelo y la Avenida Caracas, al oriente, con el Parque Entre Nubes, al sur con las quebradas El Muerto y Yomasa y con la autopista al Llano y al occidente, con la autopista al Llano y con el río Tunjuelo. (Ver Mapa 16).

La UPZ Gran Yomasa concentra la mayor cantidad de habitantes (132.346), con el 37,9% de la población de la localidad, la mayor cantidad de área urbanizada con 469,61 hectáreas, y una densidad de 249 habitantes por hectárea¹⁴⁴. Está compuesta por 84 barrios: Urbanización Brasilia II sector, Urbanización Brasilia sur, Urbanización La Andrea, Urbanización la Aurora II etapa, Urbanización Miravalle, Urbanización Tequendama, Vianey, Benjamín Uribe, Casa Rey, Granada, La regadera km 11, La regadera sur, Las Viviendas, Las Granjas de San Pedro, La Fortaleza, Las Quintas, San Luis, San Pablo, Santa Librada, El Nevado, El Pedregal, El Jordán, Santa Marta I, Santa Marta II, Villa Alejandrina, Villa Nelly, Nueva Costa Rica, Aurora I, Aurora II, Barranquillita, Nuevo San Andrés de los altos, San Isidro Sur, San Juan Bautista, San Andrés alto, San Felipe, Urbanización Costa Rica barrio San Andrés de los altos, El Recuerdo, El Refugio, El Refugio sector Santa Librada.

Santa Librada La Sureña, Santa Librada Norte, Santa Librada sector San Bernardino, Sta. Librada Sector San Francisco, Sta. Librada sector Salazar Salazar, Sta. Librada Sector La peña, Sierra Morena, Tenerife II, San Juan I sector, San Juan II sector, San Juan II y III sector, Santa Librada los tejares, Villa Isabel, Betania, Betania II, Bolonia, Bella Vista, La Cabaña, La Andrea, Bulevar del Sur, Casa loma, Casa loma II, La Esperanza, Almirante Padilla, Arizona, Compostela I, Compostela II, Compostela III, Los Tejares, Manzanares, Olivares, Salazar Salazar, Villas de Santa Isabel (P. entrenubes), Villas del Edén, Yomasita, Bulevar del Sur, El Bosque, El Cortijo, El curubo, Gran Yomasa I, Gran Yomasa II, Rosal Mirador, El Rubí II sector, Chuniza, Altos del Pino.

¹⁴³ Programa Sur de Convivencia Estudio de Actualización Equipo de Actualización – SDHT / SUM Consult agosto de 2009

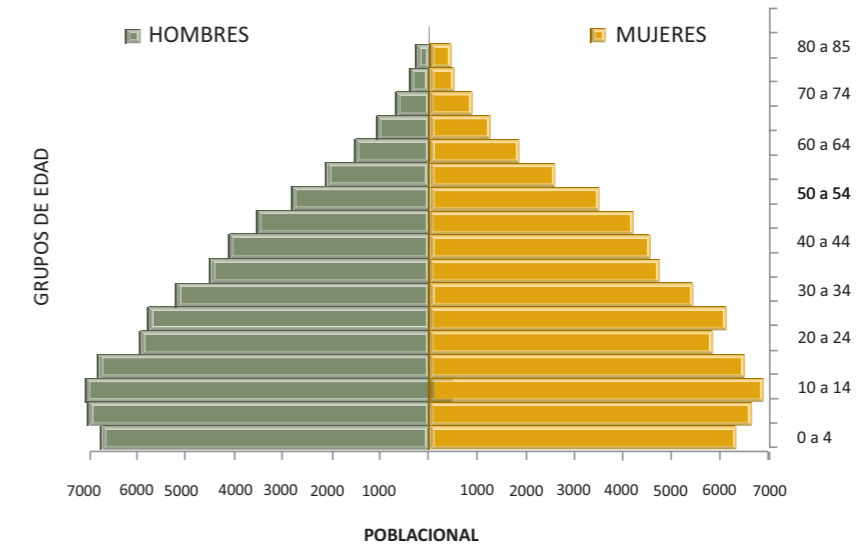
Mapa 16. Territorio Social Gran Yomasa



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

De acuerdo con las proyecciones poblacionales del DANE para el 2.009, se estima que la población total de la UPZ Gran Yomasa está cercana a los 132.346 habitantes, siendo el 37,9% de la población total de Usme, de los cuales 67.486 son mujeres y 64.860 son hombres, representando un 50,99% y un 49,01% respectivamente. (Grafica 17).

Grafico 17. Pirámide Poblacional UPZ Gran Yomasa



Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005; Proyección 2009

Como se observa en la tabla 59, la etapa de ciclo vital que más habitantes aporta a este territorio es la de juventud con un 38,16%, seguida de adultez con un 35,22%, luego se encuentra infancia con un 19,98% y en último lugar persona mayor, que representa el 6,61%.

Tabla 59. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Gran Yomasa 2009

ETAPA DE CICLO VITAL	Total	Hombres	Mujeres
INFANCIA	26455	13618	12837
JUVENTUD	50515	25449	25066
ADULTEZ	46618	21967	24651
P MAYOR	8758	3826	4932
TOTAL	132346	64860	67486

Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005, proyección 2009

3.3.2 Consecuencias de la interrelación territorio – población

Las fuentes hídricas que atraviesan la UPZ son las quebradas Fiscala, Palestina, Santa Librada y Bolonia. La quebrada Santa Librada, afronta problemáticas de invasión de ronda y contaminación por residuos sólidos y aguas residuales, siendo estos últimos, factores determinantes para que la quebrada sea considerada foco de proliferación vectorial, y objeto del mayor número de áreas fumigadas en toda la localidad.

En Gran Yomasa, se presentan el mayor número de casos por animal mordedor, especialmente en la población en etapa de ciclo vital infancia y juventud.

El desarrollo urbanístico, tiene un carácter primordialmente comercial, destacado en barrios

como Santa Librada, La Aurora, La Andrea, Yomasa, y a lo largo de la Avenida Caracas. El sector comercial representa una de las formas de desarrollo económico de la comunidad del sector; sin embargo, se ha convertido en un determinante de deterioro ambiental y de calidad de vida, debido a que establecimientos como tiendas, almacenes pequeños, vendedores ambulantes, plazas de mercado, restaurantes, cafeterías, entre otros, se constituyen como un factor de presión significativo sobre el entorno, a través de la generación y manejo inadecuado de residuos sólidos, contaminación visual por exceso de avisos y pancartas y contaminación por ruido, por el uso de altoparlantes.

Con respecto a la disposición inadecuada de escombros producto de obras de remodelación y construcción de infraestructura, son reconocidos como puntos críticos algunos sectores de los barrios Barranquillita y Villas de Santa Isabel¹⁴⁵.

Por su límite con el parque Entre nubes, en la UPZ Gran Yomasa se observa la presencia de actividades extractivas, específicamente en el barrio Betania, en el cual se observa una elevada emisión de partículas provenientes de los movimientos de tierra con maquinaria y explosivos.

Igualmente como fuentes de contaminación atmosférica, en la UPZ Gran Yomasa se tiene la incidencia de las avenidas Boyacá y Caracas, en las cuales el alto tráfico vehicular, contando pequeños vehículos particulares, taxis, buses, busetas, hasta vehículos de carga pesada como volquetas y tracto mulas, emite una serie de humos y gases contaminantes que deterioran la calidad de vida de los habitantes vecinos de estas importantes avenidas.

La ocupación del espacio público por los vendedores informales, se identifica como una de las problemáticas de **Gran Yomasa**, en razón que en el sector de las auroras y santa librada se presentan las mayores concentraciones de ventas ambulantes; sin embargo es preciso mencionar que en las **UPZ Danubio** y **UPZ Alfonso López** también se presenta éste fenómeno.

Para la **UPZ Gran Yomasa** en el año 2008 los sectores en los que se identificó la ocupación del espacio público son: Santa Librada, las ventas ambulantes confluyen principalmente sobre la Avenida Usme. En este sector existen aproximadamente 180 vendedores que se dedican a la comercialización de productos misceláneos, ropa, artesanías y alimentos preparados. Estos vendedores se encuentran organizados en las asociaciones ASOUSME y ASOCOVEARTE. **Sin embargo es de aclarar que producto de un proceso de negociación entre a administración local y los vendedores, en el segundo semestre de 2009 éstos fueron reubicados sobre la avenida Usme en carpas con el objetivo de mejorar tanto la movilidad, como las condiciones de trabajo de los vendedores informales.** La Plaza Tenerife, ubicada sobre la avenida Usme, Calle 89 Sur No 45 C – 49, barrio Tenerife II, integrada por 49 vendedores informales, que se encuentran invadiendo el espacio público sobre la avenida Usme hace seis años; estos vendedores están organizados en la asociación ASOCOPROP. Almirante Padilla: En la calle 77 Sur con Carrera 1 A Bis Este, se encuentra una plaza integrada por 65 Vendedores Informales, que comercializan alimentos perecederos. Estos vendedores se encuentran organizados en la asociación ASOMERCALP. La Andrea: a la entrada del barrio la Andrea se identifican 63 vendedores informales de plaza, quienes están localizados en una zona residencial. Estos vendedores se encuentran organizados en la asociación ASOMERCAUNIDOS. Actualmente se lleva a cabo el proceso de autorregulación del espacio público y se identifican con un distintivo local camiseta azul. Mercado móvil de la Aurora, ubicado en la Avenida Usme Costado Occidental a la altura del barrio Aurora ubica a 74 vendedores informales de plaza. A partir del 3 de enero del 2007 viene funcionando este mercado móvil los días miércoles de 10:00 AM a 10:00 PM, bajo los parámetros establecidos en el Plan de Manejo ordenado en el Decreto 463/2003.

Es necesario aclarar que no sólo las ventas ambulantes se consideran informales, sino todos aquellos establecimientos que no cumplen con todos los requerimientos legales (cámara y comercio y pago de prestaciones sociales), en razón de ello, el ámbito laboral en las acciones del año 2009 identificó que en la **UPZ Gran Yomasa** se concentran la mayor cantidad de unidades de trabajo informal (UTI) con un 45%, en virtud que esta UPZ es la de mayor relevancia frente al uso del suelo comercial encontrándose los barrios Santa Librada, La Aurora, La Andrea y Yomasa. En segundo lugar se encuentra la **UPZ Comuneros** con un 20%, seguido por la **UPZ de Alfonso López** con un 11%, la **UPZ Danubio** con un 8%, la cual concentra la mayor cantidad de ladrilleras informales y formales como la Ladrillera Santa fe y la Ladrillera Alemana¹⁴⁶ y en menor medida la **UPZ la flora** con un 7%, **Ciudad Usme** con un 2% y **Parque Entre nubes** con un 0.4%.

Por otra parte en la UPZ Gran Yomasa, se encuentran las IED Federico García Lorca, Cortijo Vianey, Almirante Padilla, Miguel de Cervantes, entre otras, las cuales no cuentan con una planta física que motive a los estudiantes y docentes a proponer y desarrollar actividades de prácticas diferentes a las prácticas deportivas tradicionales establecidas en la clase de educación física; además el acceso a espacios externos a las instituciones como parques, piscinas y polideportivos es difícil en distancia y seguridad. Por otra parte los materiales y recursos existentes en las IED son exclusivos para las prácticas deportivas clásicas por lo tanto se minimizan las posibilidades de experimentar nuevas formas de movimiento, sumado a aspectos curriculares que están basados en la fundamentación deportiva con espacios de desarrollo limitados a la clase de educación física y que de igual manera son insuficientes¹⁴⁷.

Igualmente, cabe resaltar que dentro de las exploraciones realizadas con los grupos sujetos de las intervenciones Tú Vales y Muévete Comunidad en la U.P.Z Gran Yomasa, se evidenció que los participantes de los grupos mencionan con insistencia el consumo de alucinógenos por parte de jóvenes en estos barrios. Este fenómeno se hace más evidente en barrios como San Luis Sur, Miravalle, Santa Librada, La Marichuela, San Juan Bautista, La Andrea, El Cortijo Sur, Vianey, Tequendama, La Fortaleza, La Aurora I y II Sector, Yomasa y Betania. Ante esta situación, los participantes de los grupos asentados en este territorio han optado por no utilizar los parques, lo que ha ocasionado que los consumidores de alucinógenos se apoderen de los pocos espacios deportivos con que cuenta este sector de la Localidad. Realizando un análisis crítico de la situación, ha sido la comunidad quien con temor pero al mismo tiempo con permisividad ha dejado que dichos espacios sean utilizados para otros fines, aunque también el poco sentido de pertenencia por los parques y escenarios deportivos, sumado a la laxitud de las autoridades específicamente de la policía han hecho de esta situación una constante que hace parte del paisaje urbano de la Localidad¹⁴⁸.

Otros fenómenos dignos de reseñar en esta U.P.Z. es la inadecuada utilización de algunos de los parques –caso Parque vecinal La Fortaleza- por parte de los vendedores de la Plaza de La Aurora para hacer necesidades fisiológicas y otro no menos importante, es que ante la densidad de un sector tan populoso y comercial como lo es el barrio Santa Librada no exista un parque que satisfaga las necesidades de la población –según lo expresado por un grupo de agentes educadoras residentes es este barrio-. Adicionalmente, la mayoría de los participantes de esta U.P.Z. cuestionan el hecho de que exista reserva de admisión para el ingreso al Polideportivo de La Aurora; ya que la administración de dicho escenario esgrime que este espacio está reservado para campeonatos ínter locales de fútbol, sin que se apoye iniciativas deportivas de los barrios circunvecinos a dicho escenario¹⁴⁹.

¹⁴⁶ Hospital de Usme 2009 Informe ámbito laboral, Transversalidad salud y trabajo aduetez [Disponible en magnético]

¹⁴⁷ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad de actividad física. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ *Ibid.*

En las instituciones educativas de la UPZ Gran Yomasa: IED Barranquillita, Almirante Padilla, Federico García Lorca, El Cortijo, Miguel de Cervantes Saavedra, Fernando González Ochoa, Los Tejares y Ofelia Uribe de Acosta se identificaron como principales problemáticas ambientales a nivel interno, el manejo inadecuado de residuos sólidos, el ruido generado por los estudiantes dentro de las aulas y deficiencias de las plantas físicas en cuanto a los espacios de esparcimiento, a nivel externo las problemáticas identificadas son la afectación atmosférica por emisiones contaminantes de ladrilleras y olores ofensivos causados por el relleno sanitario Doña Juana¹⁵⁰.

En el ámbito familiar, de acuerdo a la información recolectada por Entornos Saludables, por medio de la intervención en los microterritorios Gran Yomasa, Santa Martha, El Bosque, Barranquillita, Olivares y Betania, se observan notables diferencias entre las problemáticas identificadas en las viviendas, de acuerdo a la ubicación del microterritorio dentro de la UPZ.

En el caso de los microterritorios Santa Martha y Barranquillita, ubicados alrededor de la ronda de la quebrada Santa Librada, en su mayoría presentan deficiencias con respecto a la condición de las estructuras de las viviendas, ubicadas en zonas de riesgo; además del hacinamiento y el uso incorrecto de combustibles.

En el microterritorio El Bosque, ubicado en el sector oriental de la UPZ en límites con el parque Entrenubes, las condiciones que representan riesgo para la población se relacionan con condiciones físicas como materiales de construcción, disposición de baño y cocina o instalaciones eléctricas. Cabe resaltar la presencia de plagas de moluscos (babosas), por la humedad del aire del sector.

Según información de la transversalidad de desplazamiento, en el desarrollo de la intervención que busca el fortalecimiento de relaciones intrafamiliares y procesos participativos que promuevan calidad de vida en la familia de acuerdo con su ciclo vital reconociendo de manera prioritaria la dimensión afectiva y la lectura de heridas interiores producidas por las experiencias vividas en los diferentes momentos (no solo la salida sino la búsqueda de un nuevo lugar, la llegada y el ingreso a un territorio desconocido) así como la reparación de vínculos y de aprendizaje de herramientas que permitan intercambios basados en redes solidarias en los diversos ámbitos de interacción hacia la construcción de cambios positivos al interior de las familias se identificaron 77 personas pertenecientes a 24 familias en este territorio.

Esta situación contrasta con los datos obtenidos para el año 2008 en el cual se identificaron 29 familias y el año 2007, 13 familias en este territorio. Debido a que el proyecto en el 2007 sólo tuvo como meta la identificación de 60 familias no es un dato con alta representatividad; sin embargo, entre 2008 y 2009 se puede establecer una tendencia a escoger otros espacios con mayor facilidad de apropiación ilegal, mayor cercanía a procesos productivos de tipo agrícola o asentamiento en lugares con costos reducidos, a pesar de que en este territorio se concentre la mayoría de la oferta institucional.

Desde la intervención que busca acompañar la inclusión de la perspectiva diferencial en la atención de los niños, niñas y jóvenes en situación de desplazamiento en el contexto escolar a partir de la implementación de procesos pedagógicos en las instituciones educativas y la generación de procesos de cambio y adaptación en coordinación con el componente de promoción de la inclusión social y garantía de derechos se identificaron 31 personas en la etapa de infancia correspondientes a 17 niños y 14 niñas y 42 jóvenes correspondientes a 21 hombres y 21 mujeres.

En el proyecto que procura fortalecer la restitución de derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida se identificaron veintinueve unidades de trabajo

150 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al colegio. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

informal desarrolladas por tres hombres jóvenes, una mujer joven, ocho hombres adultos y nueve mujeres adultas en condición de desplazamiento.

Respecto a seguridad alimentaria y nutricional, la siguiente es la información más relevante para este territorio social: en el 2009 desde el ámbito familiar se trabajaron 9 microterritorios en esta UPZ: San Juan, Quintas, Santa Martha, Barranquillita, Betania, Yomasa, Marichuela, Olivares y Bosque y desde el ámbito comunitario se realizó trabajo con tres comedores ubicados en los barrios San Luis, la fortaleza y Olivares, las acciones de SAN en el ámbito laboral se llevaron a cabo con comedor comunitario Barranquillita y fundación del niño y el anciano (El pedregal), por parte de la intervención promoción de patrones de alimentación saludable del ámbito escolar se trabaja con 5 instituciones educativas.

Dentro de las necesidades identificadas para este territorio se encuentra la existencia de bajo poder adquisitivo, vulnerabilidad socioeconómica y ambiental y no optimización ni adecuada distribución de los recursos económicos para la adquisición de alimentos de alto valor biológico. Hace falta promover educación alimentaria y nutricional en la población en general para evitar el aumento en el consumo de alimentos poco saludables o también conocidos como “comida chatarra”. En ocasiones se observa como los niños en los refrigerios no se comen las frutas y las cambian entre ellos por paquetes de frituras y los jóvenes y adultos además de perder la identidad cultural en sus hábitos alimentarios no consumen frutas y verdura en cantidades suficientes¹⁵¹.

Esta UPZ se caracteriza por tener la mayor densidad poblacional pero además la mayor cantidad de IPS incluyendo el CAMI Santa Librada, por esta razón el número de población menor de 5 años atendida es el más alto con relación a las demás UPZ. Sin embargo, la implementación de las estrategias maternos infantiles, aún no ha iniciado en el CAMI lo cual impide la integralidad en la atención y la detección temprana de factores de riesgo o de situaciones ya evidentes. Las demás IPS cuentan con una implementación aproximada del 75 – 80%. Aunque el número de casos en esta UPZ es menor, continúan los casos de morbi mortalidad por las 21 enfermedades prevalentes de la infancia. Como problemática se establecen las inadecuadas prácticas de cuidado e higiene, al igual que la atención prestada en las IPS.

Se observa además como problemática emergente el bajo consumo de alimentos fuente de hierro, razón por la cual se realiza suplementación con micronutrientes por parte del ámbito escolar en 11 colegios y 19 jardines de esta UPZ, lo cual corresponde a 5713 niños de 0 a 9 años y 2239 jóvenes de 10 a 26 años. Como parte de este proceso se realizó sensibilización a la comunidad educativa (docentes, padres de familia, niños), valoración médica y desparasitación, suplementación con micronutrientes (vitamina A y sulfato ferroso) en la población antes mencionada¹⁵².

Para el año 2009 se intervinieron por parte de las diferentes acciones estratégicas de la ESE, 349 infantes menores de 9 años, 489 personas de la etapa de juventud, 472 adultos y 23 personas mayores. Vale la pena mencionar que entre los adultos hay 21 profesionales de IPS, 7 profesoras de jardín y 15 promotores SASC quienes participaron del curso AIEPI ofrecido por los ámbitos escolar y comunitario en donde se abordan temas relacionados con nutrición desde acciones de promoción y prevención, las actividades de desparasitación y suplementación, los cursos de maternidad y paternidad en los que se ofrecen recomendaciones de lactancia materna, alimentación complementaria y demás. En general con la población se realizó educación nutricional informal dirigida a la población intervenida en las IEC de SISVAN: Gestantes con quienes se trabajan los temas referentes a lactancia materna y alimentación durante la gestación.

151 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad de seguridad alimentaria y nutricional. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

152 *Ibid.*

Menores de 10 años: alimentación complementaria, cuidados del menor, esquema de vacunación y **recién nacidos:** lactancia materna, alimentación durante la lactancia, cuidados del recién nacido, esquema de vacunación. Por parte de la intervención de promoción de una alimentación saludable desarrollada con los colegios se realizaron talleres de formación en lavado de manos (sensibilización sobre la correcta manera de lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño), sensibilización de los alimentos que son fuente de hierro y de la importancia de consumir sulfato ferroso, manipulación de alimentos (se socializo la importancia de algunos procesos de elaboración de alimentos con ejemplos de ensaladas donde nuestras mamás eran personas manipuladoras de alimentos), tren nutricional (socialización de los 7 vagones de alimentos), gripa h1n1/09 (socialización de que es la enfermedad, síntomas, cuidados, alimentos que se pueden consumir para evitar y tratar la enfermedad)¹⁵³.

Finalmente, por parte de la intervención de promoción de código de sucedáneos de la leche materna, se trabaja con la población de gestantes, lactantes, madres comunitarias FAMIS y HOBIS que cuentan con apoyo de la red alimentaria, realizando con ellas talleres de formación y educación en ventajas y beneficios de dicho alimento, transición de la leche materna exclusiva a alimentación complementaria, promoción del Código Internacional de sucedáneos, la mujer fuera de casa sin su bebe, costos económicos de la lactancia materna natural vs. Formula infantil y caries en el lactante.

Así mismo en este territorio se llevó a cabo un proyecto piloto con 13 tenderos pertenecientes a los barrios San Luis Sur y Miravalle, encaminado a mejorar la accesibilidad de alimentos saludables (frutas y verduras), con actores de oferta (tenderos) y demanda (comunidad), con el cual se pretendió empoderar a los actores sociales en temas de SAN, específicamente en accesibilidad.

A continuación se presenta en la tabla 60 la información sobre lectura de realidades del territorio Gran Yomasa, realizado por el ámbito comunitario del Hospital de Usme.

Tabla 60. Organizaciones Y/O Grupos Abordados Por El Ámbito Comunitario Presentes En El Territorio Gran Yomasa 2010

ORGANIZACIÓN / GRUPO	ETAPA DE CICLO VITAL	INTERVENCIÓN
Grupo Comedor comunitario Barranquillita.	Vejez y Adultez	Desplazados y Salud Oral.
La fortaleza	Vejez y Adultez	Tú Vales
Parroquia Cristo de la Paz	Vejez y Adultez	Tú Vales
Dulce esperanza	Vejez y Adultez	Tú Vales y Gestión social con actores comunitarios para mejorar la accesibilidad a alimentos saludables en el territorio.
Fundame	Vejez y Adultez	Mueve comunidad y Gestión social con actores comunitarios para mejorar la accesibilidad a alimentos saludables en el territorio.
Sueños del mañana	Vejez y Adultez	Mueve comunidad
Comedor Comunitario Buenos Aires	Adultez	Promoción del derecho a la alimentación en organizaciones

153 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito ISA. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Comedor Comunitario San Luis	Adultez	Promoción del derecho a la alimentación en organizaciones y Salud Oral
Grupo San Camilo "Abuelos Testimonio de Fe"	Vejez	Promoción del derecho a la alimentación en organizaciones y Fortalecimiento de grupos y organizaciones de Personas Mayores.
Cuidadoras del menor Taller el Maestro	Infancia, Juventud y Adultez	Promoción de la Alimentación Saludable en Población Materno Infantil y RSMI
Cuidadoras del menor Taller Risas y Notas	Infancia, Juventud y Adultez.	Promoción de la Alimentación Saludable en Población Materno Infantil y RSMI
Cuidadoras del menor Aventura de Crecer, Barrio Costa Rica	Infancia, Juventud y Adultez	Promoción de la Alimentación Saludable en Población Materno Infantil y RSMI
Asociación FAMI Ángeles Traviesos	Infancia, Juventud y Adultez	Promoción de la Alimentación Saludable en Población Materno Infantil y RSMI
Agentes de Cambio	Juventud y Adultez.	Discapacidad
Fuego de Dios por Colombia	Adultez	Discapacidad y Salud Mental
Ángeles, Vida y Esperanza	Adultez	Discapacidad
Club de cuidadores/ ras 1	Juventud y Adultez.	Discapacidad
Organización Tres	Adultez	Discapacidad
Jóvenes Padrinos de la Discapacidad	Juventud	Discapacidad
Unión Fraterna	Vejez	Salud Mental y Fortalecimiento de grupos y organizaciones de Personas Mayores.
Casa Asdoas	Juventud	Fortalecimiento a organizaciones juveniles
Comedor Yomasa	Juventud	Fortalecimiento a organizaciones juveniles y Reconocimiento de territorios afectivos y sociales de preadolescentes y adolescentes
Comunidad Altos del Pino-Gran Yomasa	Juventud y Adultez	Entornos Comunitarios Saludables
Comunidad Barranquillita - Gran Yomasa	Adultez	Entornos Comunitarios Saludables
Club la Fortaleza	Vejez.	Fortalecimiento de grupos y organizaciones de Personas Mayores
HOBÍ Barquito de Papel	Infancia, Juventud y Adultez.	Salud Oral
HOBÍ Sueño del Mañana	Infancia, Juventud y Adultez.	Salud Oral

Fuente: Hospital de Usme I Nivel ESE. Ámbito Comunitario. 2010. (Disponible en Magnético).

En la UPZ Gran Yomasa, los grupos comunitarios identificaron las siguientes problemáticas y necesidades que afectan el estado de salud de su comunidad¹⁵⁴:

154 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades saludables. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Se establecen como problemáticas relacionadas con la seguridad alimentaria la falta de reconocimiento de la alimentación como derecho humano, el desconocimiento de pautas para una alimentación saludable, en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, déficit de recursos económicos para obtener alimentos saludables, falta de implementación de estilos de vida saludable en relación con una alimentación adecuada, falta de herramientas prácticas para la promoción y desarrollo de proyectos productivos, prevalencia de enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, e inadecuada utilización del tiempo libre.

Las familias con personas en condición de discapacidad muestran una preocupación continua por procurar bienestar físico y psicológico a sus hijos o familiares en condición de discapacidad, así como la necesidad de fortalecer el tejido social y tener espacios de encuentro con personas que pasan por situaciones similares. Se observó mecanismo de defensa de negación frente a la situación de discapacidad de sus hijos(as) al no llevar a cabo un proceso de asimilación, adaptación y aceptación como lo plantea Piaget. Así mismo el desconocimiento en las aptitudes y habilidades de las personas en situación de discapacidad estableciendo un vínculo de dependencia general perjudicando la autonomía y autoestima de quienes se encuentran en esta condición, y consecuentemente la vulneración de sus habilidades latentes. Coyunturalmente las falencias en las estrategias para generar un proyecto de vida frente a la situación de discapacidad en la cual permanecen inmersas las cuidadoras y negando sus demás áreas sociales, y en poder contribuir a quienes cuidan. Las madres cuidadoras, a partir de su función de cuidado no pueden desarrollar un trabajo que les demande jornadas de trabajo muy largas y rígidas, ya que sus hijos con discapacidad no pueden estar sin la supervisión de un adulto, ya que en base a experiencias anteriores las madres no confían el cuidado de sus hijos a personas ajenas a ellas mismas, dedican su vida enteramente a esa labor sufriendo así grandes déficits económicos; las madres sienten la necesidad que con base a sus propias experiencias se debe implementar un proyecto dentro de la localidad que les permita crear y mantener en el tiempo a un centro día, donde las madres, cuidadores y cuidadoras logran desarrollar ideas productivas, que les permitan solventar esas falencias en lo correspondiente a la parte económica y a la vez sus hijos se encuentran en proceso de rehabilitación. También se identificó deficiencia en las habilidades sociales con base al reconocimiento de los deberes y valores a la organización perteneciente y la desinformación de las redes de apoyo existentes frente a la situación de discapacidad.

En otro grupo de habitantes de la UPZ se identificó lo siguiente: se destaca que en realidad quieren realizar mejoras en temas exigidos por la “higiene” (área de vigilancia sanitaria), pero que no hay mucho tiempo para que los asesoren debido a que los profesionales deben cumplir varias actividades y visitas, a lo cual referencian: *“Sería bueno que nos asesoraran en temas de cómo separar productos para no contaminar, saber más de las enfermedades que se dan por alimentos, pero la persona solo tiene tiempo de venir hacer la visita y venir a revisar si se hizo o no”,* otro manifiesta *“Eso es cierto pero lo malo es que las personas que hacen las visitas las viven cambiando a cada rato y piden cada vez más cosas en especial a los que tenemos negocios, porque Ud. ve que a los de la calle que van pa’lado y lado y siguen en lo mismo”. “Yo quiero cumplir pero a veces no puedo hacer reformas porque el local es en arriendo y el dueño no me reconoce mejoras, además la clientela me sigue comprando”. “Acá los precios que manejamos son favorables porque yo comparo precios por ejemplo de productos como verduras y frutas que mantengo frescos, pero que la gente regatea porque los encuentra más baratos en las carretas así estén quemados o asoleados y ahí sí como hago yo si no puedo perderle a lo que compre”.*

La inexistencia de actividades recreativas dirigidas, el no haber personas calificadas para enseñar actividad física en la comunidad, sumado a los hábitos anti cívicos de los vendedores de la plaza de la Aurora que hacen necesidades fisiológicas en el sector, la presencia de excremento de personas y animales en el vecindario y la drogadicción que pulula en los parques a cualquier hora del día, estiman que son factores que en últimas desestiman la práctica de alguna actividad física por parte de la

comunidad; problemáticas causadas mayormente por la falta de educación, la falta de sentido de pertenencia, la poca utilización adecuada de los parques y finalmente el desinterés de la comunidad para buscar asesoría en temas de actividad física. Por último enfatizan los participantes que no se conocen los derechos que tienen los ciudadanos frente a este tema¹⁵⁵.

Los participantes de este grupo ven con preocupación cómo las comodidades de la vida moderna; servicios a domicilio, el transporte público y el sedentarismo en los infantes y jóvenes se presenta como la mayor problemática en este tema; causada a juicio del grupo por el avance de la modernidad que ha simplificado actividades cotidianas como comprar alimentos a domicilio, pago de servicios por internet, la internet misma entre otros; arrojando como consecuencias que los participantes ya evidencian el incremento de casos de obesidad. La falta de información sobre programas de actividad física, recreación y aprovechamiento del tiempo libre, la pereza para hacer ejercicios y la falta de integración comunitaria son las problemáticas que en este renglón de la vida cotidiana enfrentan los participantes; ocasionadas por la poca importancia que le merece a la comunidad la práctica de actividad física; además del imaginario de que la actividad física es algo *“para perder el tiempo”*. Las consecuencias que refiere el grupo es que se legitima el imaginario del carácter inofensivo de la actividad física para la vida y la salud, mayor sedentarismo y el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles¹⁵⁶.

Estado lamentable de los espacios recreativos para la realización de prácticas recreo-deportivas, existe desinterés de muchas personas para realizar actividad física. No existe respuesta de las entidades a las solicitudes de la comunidad en lo concerniente a recreación y deportes¹⁵⁷.

Desconocimiento y desinterés por parte de las comunidades de los programas recreo-deportivos que se ofrecen, así como presiones de grupo entre los jóvenes, lo cual incide en el consumo de sicotrópicos. Existe poca atención de las autoridades en este tema del consumo de sicotrópicos en los parques y áreas verdes. En consecuencia a lo anteriormente expuesto, existe miedo a salir a los parques a cualquier hora, sumado a la mínima comunicación entre el vecindario y también poca credibilidad en la gestión de las Juntas de Acción Comunal.

Existe falta de compromiso de los padres frente a la crianza de los hijos, evidenciándose prácticas de consumo de alucinógenos en las familias en presencia de menores de edad, no se tiene en cuenta las necesidades que en tiempo libre y recreación tienen los niños. Los padres de familia no saben cómo y en qué emplear el tiempo libre con los niños y delegan las responsabilidades a terceras personas (en este caso a las agentes educadoras).

Se evidencian actitudes agresivas en el entorno familiar y urbano, cultura de agresión como patrón socializador, imitación de roles visto en la televisión, los juegos de los niños no son los adecuados para su edad pues están cargados de altos niveles de agresividad y violencia.

Otro grupo intervenido por el proyecto Comunidades Saludables, destaca como mayor problemática en la comunidad, el incremento del consumo de alucinógenos en la población entre los 8 y 18 años; esgrimen que este problema crece como bola de nieve al no tener importancia para las autoridades ni las instituciones locales; situación que ya hace parte del entorno urbano de los barrios. Mencionan como causas el hecho de que las autoridades no están haciendo acciones tendientes a controlar el creciente consumo de alucinógenos en lo que califican como un desinterés deliberado de las entidades e instituciones locales; lo que dejará en consecuencia un incremento en el microtráfico de sustancias psicoactivas un mayor consumo de alucinógenos y en definitiva una vertiginosa degradación social.

155 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades saludables – TU VALES. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

156 Ibid.

157 Ibid.

Desde el equipo de salud mental de salud al colegio, en la UPZ Gran Yomasa, se evaluaron las necesidades de 8 instituciones educativas de las cuales se intervinieron 16 sedes en total desde las diferentes líneas de intervención. Las necesidades más relevantes evidenciadas por los colegios intervenidos en esta UPZ durante el 2009, fueron la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), agresividad entre pares, conducta suicida, abuso sexual y embarazo en adolescentes. Los determinantes asociados a estas problemáticas son la baja autoestima de los estudiantes, falta de redes de apoyo y desconocimiento de las existentes, la presión de los pares, la falta de afecto por parte de sus familiares, la carencia de un proyecto de vida estructurado y los canales de comunicación intrafamiliar inadecuada.

Se realizaron por intervención psicosocial 280 casos y para la conducta suicida 72 intervenciones para un total de 352 acciones. Los determinantes de mayor predominio son asociados a las actividades académicas, deserción y bajo rendimiento, dificultades familiares, en ocasiones conflictos económicos, crianza inapropiada por parte de los padres y ausentismo de los mismos en brindar acompañamiento adecuado a sus hijos por rupturas o separaciones, se evidencia gran dificultad de los menores para acatar normas y respeto ante figuras de autoridad. Los factores con más incidencia en este territorio son los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo con 55 casos identificados, modo de vida y circunstancias como habilidades sociales inadecuadas, estrés, enfermedad consuntiva y/o discapacidad con 46 casos. El consumo de SPA aumenta en número de casos en comparación con las anteriores UPZ con 39 casos. En la crianza del niño 24 casos, la educación 30 intervenciones y problemas de tipo económico relacionado él con el bajo ingreso afectando la vivienda, seguridad social, falta de alimentos, vivienda y pobreza extrema 27 casos respectivamente. Vale la pena resaltar junto con a los demás territorios en cada uno se evidencia un promedio de 16 casos que tiene que ver con los embarazos no deseados en menores de edad o mujeres en ciclo vital adultez en parte de los casos por desinformación en salud sexual y reproductiva falta de comunicación al interior de las familias para este tipo de eventos¹⁵⁸.

Las necesidades priorizadas de forma concertada en la mesa territorial Gran Yomasa son las siguientes: 1) la invasión del espacio público por el comercio informal, como mecanismo de generación de ingresos para una alta concentración de población en la zona; 2) la desnutrición en la población de diferentes edades, con mayor concentración en niños y personas mayores; 3) incapacidad de acceder a la educación superior como aspecto fundamental en la mejora de las condiciones de vida de la población; 4) ausencia de estrategias para la atención de la población en condiciones de discapacidad bajo condiciones dignas; 5) inseguridad; 6) consumo de Sustancias psicoactivas; 7) dificultades en cuanto a transporte en la parte alta de la localidad.

Como principal dificultad en el espacio de trabajo de la mesa territorial, se evidencia que las expectativas de la comunidad son grandes en relación al aporte de las instituciones y más aun teniendo en cuenta que en la mayoría de las veces quienes asisten por parte de las instituciones son solo delegados, pero sin ningún poder de decisión. A propósito es crucial mencionar que en los espacios acompañados por gestión local en el proceso de etapas de ciclo vital, se ha identificado la ausencia de participación de representantes comunitarios en los escenarios de decisión local a pesar de ser una UPZ que concentra gran cantidad de población, y por tal razón se plantean problemáticas crecientes tales como violencia sexual, trabajo infantil y desprotección frente a la persona mayor; hechos que se discuten en los escenarios institucionales pero no llegan a trascender de manera clara para impactar en la mejora de las condiciones de calidad de vida y salud de las etapas mencionadas.

Otro espacio importante de construcción y de búsqueda de soluciones a las problemáticas encontradas en el territorio son los núcleos de gestión de Salud a Su Casa. A continuación se presenta información relevante como aporte de estos espacios al Territorio Gran Yomasa.

¹⁵⁸ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA salud mental. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

• Microterritorios SASC en el territorio Gran Yomasa¹⁵⁹

MICROTERRITORIO SAN JUAN SUREÑA

Cabe señalar que el microterritorio está conformado por los barrios Uribe-Uribe, Salazar-Salazar, La Peña, Brasilia y La Sureña. Se conforma el núcleo de gestión aproximadamente desde el año 2007, realizando la convocatoria a la comunidad a través de las Gestoras informando a cada una de las familias que se encuentran caracterizadas, por medio de cartas de invitación, avisos que se ubican en lugares estratégicos, donde en primera instancia se realiza el proceso de apropiación de conceptos en los temas de salud resaltando los derechos y deberes mediante la implementación y desarrollo de acciones y estrategias de promoción de la salud.

En este microterritorio se han identificado las siguientes problemáticas: se encuentra la Quebrada Santa Librada la cual presenta invasiones y a la vez presencia de vectores, estado de viviendas inadecuado, tenencia inadecuada de mascotas y mal manejo de residuos sólidos, contaminación atmosférica cuyas fuentes de generación son las industrias que explotan material para construcción como ladrilleras. También se evidencian inseguridad, maltrato intrafamiliar, embarazos de alto riesgo, presencia de habitantes con enfermedades crónicas y en condición de discapacidad, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y existencia de pandillas.

Es oportuno ahora mencionar las dificultades que se presentan, falta de compromiso y empoderamiento en estos espacios por parte de la comunidad y entidades que se ven involucradas.

MICROTERRITORIO YOMASA

A comienzos del año 2007 emergió el núcleo de Gestión del microterritorio de Yomasa para sensibilización de la estrategia APS de Salud a Su Casa, para el cual se llevó a cabo la participación de Policía, LIME, Instituciones, Hospital, los presidentes de la junta de acción comunal, líderes comunitarios, comunidad de los barrios Bulevar del Sur, Chapinerito, Gran Yomasa, La Esperanza, Rosal Mirador que para ese año hasta el año 2008 estos barrios estaban incluidos en el núcleo de Gestión, en el año 2009 se realizaron cambios en el microterritorio, que para ello el núcleo de gestión también cambiaba la participación de los líderes y presidentes de los barrios que comprendía ese microterritorio, y otros que iniciaron el proceso de los núcleos, fueron trasladados al microterritorio de Bosque por cumplir las mismas características de los barrios aledaños a estos, debido a esto los núcleos de gestión tuvieron mayor afluencia, ya que la mayor concentración de este núcleo es en el barrio Gran Yomasa que comprende Yomasa I y II hasta la fecha.

En las problemáticas se identifican por la comunidad las de tipo ambiental y solicitan capacitación en Derechos y Deberes en Salud.

MICROTERRITORIO SAN JUAN QUINTAS

En este micro territorio se realiza el núcleo de gestión aproximadamente desde el año 2007, contando con los barrios Quintas, Casa Rey, La Regadera, San Luis y Granadas. Se han identificado las siguientes problemáticas: vecindad con el Relleno Sanitario distrital Doña Juana y su planta de lixiviados lo que ocasiona presencia de vectores y mal olor, viviendas en mal estado de construcción, manejo inadecuado de mascotas y residuos sólidos, inseguridad, maltrato familiar, presencia de habitantes con enfermedades crónicas y en condición de discapacidad, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y existencia de pandillas.

MICROTERRITORIOS BETANIA Y OLIVARES

¹⁵⁹ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Ámbito Familiar. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Los participantes al núcleo de gestión son representantes de los barrios Olivares, Betania, La Cabaña, Villas de Santa Isabel y Arizona, y pertenecen más que todo a los ciclos vitales de Adultez y Adulto Mayor.

En este núcleo de gestión se ha contado con la participación de diferentes Instituciones, empezando por quienes han liderado todo el proceso que son el Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria del Ámbito Familiar, por medio del programa Salud a su Casa, Policía Nacional, y la oficina de participación social. Se exponían las problemáticas por parte de la comunidad relacionadas con: Contaminación ambiental, proliferación de ratas, moscas y zancudos, perros sin vacuna y sueltos en la calle. Inadecuado manejo de mascotas, inseguridad y aumento de expendio y consumo de sustancias psicoactivas, aumento de embarazos a temprana edad.

MICROTERRITORIO SANTA MARTHA

En el año 2009 se dio inicio con este núcleo de gestión a través de una sensibilización y presentación del programa con sus objetivos, derechos y deberes, a los Presidentes y los representantes de la Junta de Acción Comunal del Barrio.

MICROTERRITORIO BARRANQUILLITA

En este Microterritorio se lleva a cabo el núcleo de gestión con una periodicidad mensual en el barrio la Aurora. Cabe resaltar que asistieron principalmente personas mayores.

Se identificó la presencia de algunas problemáticas de entorno y ambiente: presencia de vectores como ratas, moscos y zancudos, además del mal olor, casas sin acueducto, alcantarillado y servicio de gas natural, viviendas ubicadas en cercanía a ladrilleras, presencia de viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional, tenencia inadecuada de mascotas y mal manejo de residuos sólidos. Dentro de las condiciones sociales existe inseguridad, maltrato familiar, embarazos de alto riesgo, manejo inadecuado de tiempo libre por parte de jóvenes, falta de actividades para personas de la tercera edad, presencia de habitantes con enfermedades crónicas, personas en condición de discapacidad y de desplazamiento, consumo y expendio de sustancias psicoactivas.

De otro lado se conformó un grupo organizado de jóvenes del sector quienes desempeñan una labor muy importante para mejorar el aseo en sus barrios, ellos mismos colaboran con la capacitación que se ha realizado en colegios y jardines pertenecientes al Microterritorio. Esta actividad está siendo pionera para que otros jóvenes se contagien de querer mejorar el aspecto de su barrio. Otras de las actividades importantes es la consulta médica que se realiza de manera mensual a las personas mayores quienes por su condición de discapacidad no pueden desplazarse al centro médico. De igual manera se realizan juegos y otras actividades de integración con esta población.

A continuación se presentarán hallazgos específicos para cada una de las etapas del ciclo vital en el territorio social Gran Yomasa:

ETAPA DE CICLO VITAL INFANCIA

El proyecto Salud al Colegio (SAC) desarrolló sus acciones en el territorio Gran Yomasa en las siguientes instituciones educativas: Federico García Lorca, Tejares, Almirante Padilla y San Andrés de los Altos. Jardines: Casa Vecinal Gran Yomasa, Casa Vecinal Marichuela y Casa Vecinal Chuniza. El equipo SAC en el proceso adelantado en dichas instituciones identificó problemáticas relacionadas con: Inadecuados hábitos alimentarios en los niños y niñas, falta de prácticas adecuadas para la utilización de tiempo libre, falta de compromiso por parte de los padres de familia en generar hábitos de limpieza y cuidado de la salud oral, se observaron también altos índices de violencia intrafamiliar (negligencia, abandono, abuso sexual, maltrato psicológico)¹⁶⁰

¹⁶⁰ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al Colegio. Documento aporte al diagnóstico local

Desde los grupos de mujeres gestantes y lactantes, se identificaron las siguientes necesidades o problemáticas: barreras de acceso a servicios de salud, relacionando las falencias en la orientación a los servicios prioritarios de salud para las gestantes y niños (as) menores de 2 años, la inasistencia de las gestantes a controles prenatales, inasistencia de las gestantes a los cursos psicoprofilácticos y de niños (as) a control de crecimiento y desarrollo, no consejería en lactancia materna, la baja orientación del personal de salud en el estado de nutrición actual de las gestantes y de los niños (as) menores de 2 años, baja cobertura o desconocimiento de programas con enfoque de prevención de violencia sexual, desconocimiento de las rutas de salud de la ESE y de los derechos y deberes de los usuarios en servicios de salud y de programas de salud pública, asó como inadecuada atención en salud oral¹⁶¹.

Falta de oportunidad laboral para las y los cuidadores de niños y niñas con discapacidad, ya que los mismos necesitan horarios especiales donde las personas bajo su cuidado no queden es estado de abandono, ausencia de una institución educativa para niños con discapacidad severa ya la respuesta existente se centra solo para los niños y niñas con discapacidad leve- moderada en edad de escolarización “normal”¹⁶².

Se observan hogares monoparentales que no tienen el tiempo suficiente para compartir con los niños delegando las responsabilidades a terceras personas (en este caso a las agentes educadoras). En estos hogares se han evidenciado actitudes agresivas en el entorno familiar y urbano, en lo cual es evidente la cultura de agresión como patrón socializador, imitación de roles vistos en la televisión, los juegos de los niños no son los adecuados para su edad pues están cargados de altos niveles de agresividad y violencia. También se detectaron prácticas de consumo de alucinógenos en las familias en presencia de menores de edad¹⁶³.

Otro dato relevante sobre la infancia en este territorio, es que la UPZ que presenta un mayor número de Niñas, Niños y Jóvenes (NNJ) trabajadores es Gran Yomasa, con 45 niños y niñas representando un 48% del total de la población caracterizada en estas edades. Esta es una zona cuya actividad económica principal es el comercio informal, siendo la que con mayor frecuencia realizan y luego se halla en algunas zonas las actividades asociadas al reciclaje. En segundo lugar se encuentra la UPZ Danubio con 19% seguida por La Flora con un 15%, Comuneros con un 11% y Alfonso López con 8% de la población identificada y caracterizada entre los 5 y 10 años de edad. Las actividades económicas más frecuentes siguen siendo las derivadas del comercio informal¹⁶⁴.

La población de niños y niñas trabajadores es más significativa entre las edades de 6 a 9 años ya que representaron un porcentaje del 81% de la población caracterizada para este año; sin embargo se presentó en menor porcentaje en el 2008 ya que era de un 79%, se evidencia que persiste la ocupación masculina con un 52% para este mismo grupo de edad. Según reporte del PDA salud mental, algunos de estos niños y niñas no encuentran alternativas para realizar actividades extraescolares, son pertenecientes a familias con bajo nivel escolar, poblaciones especiales como los desplazados, se encuentran bajo el cuidado de personas con situación de discapacidad y están rodeados de factores como la pobreza, familias mixtas, monoparentales y numerosas y con disfuncionalidad familiar.

Se evidencia que prevalece la población escolarizada con un 88% que los desescolarizados con

2010. [Disponible en magnético]

¹⁶¹ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Ibid.

¹⁶⁴ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al Trabajo. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

un 12%, esto debido a que la mayoría de niños y niñas caracterizados fueron identificados por las instituciones educativas en las cuales ejerce acciones el programa salud al colegio en la localidad y su articulación con la línea de trabajo infantil del ámbito laboral. Los 12 casos de desescolarizados detectados este año recibieron cupo escolar por parte de DILE pero no todos se matricularon en la localidad de Usme, a causa de su cambio de residencia fuera de la localidad o cambio de barrio por condición económica, por lo cual fue imposible la ubicación de alguno de los casos de trabajo infantil para el desarrollo completo del proceso de acceso escolar¹⁶⁵.

Desde Seguridad Alimentaria y Nutricional se observa que niños y niñas no cuentan con hábitos y rutinas alimentarias adecuadas, ya que algunos de ellos se alimentan con los mismos productos que venden (dulce, productos de paquete, entre otros), en otros casos consumen los mismos alimentos que reciben sus padres y/o cuidadores, lo que no garantiza una adecuada alimentación para su edad, puesto que el alimento a consumir depende de los ingresos registrados en el momento del día o en ocasiones solamente consumen uno o dos alimentos al día.

Las diferentes instituciones que manejan la problemática de trabajo infantil no están ubicadas en las diferentes zonas de la localidad y han solo priorizado la UPZ gran Yomasa, dejando los otros territorios de la localidad sin alternativas para la desvinculación de niños y niñas en la localidad. Es así como se ve con gran preocupación el gran aumento de lugares y sitios de encuentro de menores de edad como las denominadas “chiquitecas” que permiten que menores estén optando por prácticas no adecuadas para sus edades (consumo, prostitución y trabajo infantil) y la no utilización de parques y bibliotecas para un esparcimiento acorde a sus edades, complicando la búsqueda de nuevas expectativas de vida¹⁶⁶.

En la etapa de ciclo vital infancia en el Ámbito Familiar en los microterritorios de Santa Marta, Barranquillita, San Juan Sureña, San Juan Quintas, Betania, Olivares, Yomasa y Bosque de Salud A Su Casa se realizaron 176 seguimientos en la etapa del postparto durante el año 2009, realizando un comparativo del año 2008 se evidencia un incremento en los seguimientos en el postparto, en esta etapa se brinda educación en salud sexual y reproductiva, educación en lactancia materna, canalizaciones a planificación familiar a los centros de salud que le corresponda al usuario¹⁶⁷.

Desde la Red Social materno infantil se encuentra que en la UPZ Gran Yomasa confluye la mayor parte de la población gestante y se observa inasistencia a controles prenatales, falta de oportunidad en la atención, inadecuada orientación y canalización a los servicios ofertados por los II y III niveles de atención, lo que ha incrementado la mortalidad perinatal y población infantil, afectando de manera negativa los objetivos del milenio enmarcados en la política distrital Cero Indiferencia con la morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil¹⁶⁸.

ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD

Desde Salud al colegio, en esta etapa del ciclo vital se visibilizan problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva frente al aumento de embarazos en adolescentes, escasa adherencia a los métodos modernos de regulación de la fecundidad, violencias relacionadas con la inequidad de género. Por otro lado, se evidencia poca conciencia en torno al cuidado del medio ambiente al presentarse inadecuado manejo de residuos sólidos, también se presenta zonas críticas de expendio

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA de Salud mental. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

¹⁶⁷ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito familiar. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

¹⁶⁸ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA Salud sexual y reproductiva. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

de sustancias psicoactivas alrededor de las instituciones educativas de este territorio, lo cual aumenta la posibilidad que los jóvenes incurran en el consumo de las mismas, además se presenta una problemática de violencia escolar e intrafamiliar¹⁶⁹.

Según el trabajo realizado por el proyecto Comunidades Saludables, en la etapa del **ciclo vital juventud**, se perciben como mayores problemáticas en la comunidad, el incremento del consumo de alucinógenos y alcohol en la población entre los 8 y 18 años con las consecuentes riñas callejeras, homicidios y sobredosis por consumo de sustancias, lo anterior ha generado más inseguridad en los barrios, específicamente en los parques, que están siendo tomados por bandas de micro tráfico de alucinógenos (conocidos como jíbaros) y sus consumidores. También se identificó inadecuado uso del tiempo libre, aumento del sedentarismo principalmente en género femenino, alto consumo de alimentos fuentes de grasas saturadas y azúcares en población adolescente expresada en alto consumo de comidas rápidas y bebidas gaseosas, ignorancia frente a las ventajas que posee el consumo de alimentos como frutas y verduras¹⁷⁰.

Para el 2008 se reportaron, desde las diferentes intervenciones del plan de intervenciones colectivas, 73 casos de jóvenes consumidores de psicoactivos, principalmente marihuana y con una concentración de consumo en la UPZ Gran Yomasa¹⁷¹. Este consumo se asocia con la presencia de relaciones familiares disfuncionales, presión entre pares, inadecuado uso del tiempo libre y violencia intrafamiliar, frente a este aspecto desde el sistema de vigilancia epidemiológica de violencias (SIVIM)¹⁷² se atendieron 1283 casos que representan el 39.7% de la notificación en el 2009; siendo la más frecuente la violencia emocional con un 56.2% y se concentra en mayor proporción en la UPZ Gran Yomasa¹⁷³.

Ahondando en la lectura de realidades sobre Salud Sexual y Reproductiva con jóvenes, se evidencian las dificultades para comunicarse y hablar sobre el tema. Dentro de otras situaciones refieren embarazos no deseados, ITS, aborto, desacuerdo con la comunidad LGTBI, desconocimiento frente a los derechos en salud sexual y reproductiva, muestran un nivel de prevención frente a la temática, ven a la pareja de forma especial y su primera relación sexual como la más importante, reconocen el condón y las pastillas como los métodos de anticoncepción y desconocen otros métodos, ven la maternidad como un aspecto de realización sin importar las condiciones y finalmente resaltan el miedo y el machismo en la pareja como dos aspectos presentes en sus relaciones¹⁷⁴.

ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ

Se ha manifestado por parte de los docentes de las instituciones educativas preocupaciones frente a la salud mental debido a que el contexto escolar genera riesgos tanto físicos y psicológicos, que se traducen en estrés laboral, también se observa la falta de compromiso de padres y madres de familia frente al empoderamiento de la educación de cada uno de los hijos. Una de las problemáticas en los padres y madres de familia es la escasa apropiación de temáticas relacionadas con la sexualidad lo que hace difícil la comunicación e intercambio de saberes con los hijos e hijas en esta área¹⁷⁵.

¹⁶⁹ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al Colegio. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

¹⁷⁰ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

¹⁷¹ Hospital de Usme 2009 Informe proyecto de desarrollo de autonomía de salud mental [Disponible en magnético]

¹⁷² Hospital de Usme 2010 Informe sistema de vigilancia violencia intrafamiliar [Disponible en magnético]

¹⁷³ Este hecho es entendible en la medida que es la UPZ que concentra mayor número de instituciones de salud

¹⁷⁴ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

¹⁷⁵ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al colegio. Documento aporte al diagnóstico local

El ciclo vital de adultez describe necesidades o problemáticas relacionadas con el desconocimiento de las rutas para el acceso en salud, así como desconocimiento de los métodos de planificación familiar. No hay reconocimiento de la alimentación como un derecho fundamental para el mantenimiento de un adecuado estado de salud física y mental. Se han identificado inadecuadas prácticas de lactancia materna, dificultades en la introducción de la secuencia en la alimentación complementaria, alto consumo de alimentos fuentes de grasas saturadas y azúcares y mitos sobre la alimentación saludable¹⁷⁶.

Por otra parte las familias con personas en condición de discapacidad muestran necesidad de tener espacios de encuentro con personas que pasan por situaciones similares. Así mismo el desconocimiento en las aptitudes y habilidades de las personas en situación de discapacidad estableciendo un vínculo de dependencia general perjudicando la autonomía y autoestima de quienes se encuentran en esta condición, y consecuentemente la vulneración de sus habilidades latentes. Coyunturalmente las falencias en las estrategias para generar un proyecto de vida frente a la situación de discapacidad en la cual permanecen inmersas las cuidadoras y negando sus demás áreas sociales, y en poder contribuir a quienes cuidan¹⁷⁷.

Por otra parte, desinformación frente a redes de apoyo existentes, capacitación laboral y social. Bajo nivel educativo, bajo nivel de manejo de los sistemas de comunicación alternativo, (como lenguaje de señas y sistema braille), derecho y deberes de las personas con discapacidad, los temas que contemplan la accesibilidad.

Falta de oportunidad laboral para las y los cuidadores de personas con discapacidad, ya que los mismos necesitan horarios especiales donde las personas bajo su cuidado no queden en estado de abandono, ausencia de un lugar educativo para personas con discapacidad mayores de 18 años, lo que causa que las personas con limitantes no puedan trabajar por un nivel educativo medio y de este modo esperar lograr una vinculación a educación superior, la parte de rehabilitación también se ha convertido en un problema tanto para el cuidador como para la personas con discapacidad, ya que debido a la falta de recursos económicos, la participación en los procesos de Rehabilitación Funcional es bajo¹⁷⁸.

Así mismo, la población adulta de Gran Yomasa requiere fortalecimiento de la estructura de las organizaciones, refiriéndose a liderazgo, autonomía, proyección de trabajo, responsabilidad y compromiso, trabajo en equipo, relaciones interpersonales, formulación de proyectos, sentido de pertenencia al territorio, creación de huertas orgánicas, producción de compost, semillero de hortalizas, proyecto de recuperación de suelo afectado por quemadas¹⁷⁹.

PERSONA MAYOR

Para esta etapa del ciclo vital, fueron identificadas problemáticas tales como déficit en la participación de las personas mayores en los programas sociales desarrollados en la localidad, barreras en el acceso a los servicios de salud, incremento de enfermedades crónicas y asociadas al envejecimiento, maltrato asociado a estados de soledad no deseada, abandono, intolerancia, discriminación, conflictos intrafamiliares y falta de respeto por las diferencias intergeneracionales, así como también, accidentes domésticos en relación a la falta de prevención de riesgos en el entorno. Estos factores inciden de manera negativa en la implementación de una cultura de envejecimiento activo y vejez saludable.¹⁸⁰

2010. [Disponible en magnético]

176 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

177 Ibid.

178 Ibid.

179 Ibid.

180 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico

En segundo lugar se identifica como problemática el déficit de espacios adecuados para la práctica de actividad física en las personas mayores, relacionado con el mal estado en el que se encuentran estos escenarios, de otra forma el desinterés por el desarrollo de actividad física en la cotidianidad por parte de este grupo poblacional. Dentro de las causas mencionadas por los participantes se encuentran la apatía por integrarse y participar en los programas existentes, la falta de organización entre vecinos para practicar actividad física; además la situación de inseguridad en estos lugares, genera temor, stress, depresión y otros problemas a nivel de salud mental en la población mayor.

Las dificultades en la movilidad y la infraestructura de estos espacios generan riesgos de accidentalidad, afectando directamente la autonomía de las personas integrantes de este grupo poblacional. Los programas locales y distritales deben asegurar la promoción de estos espacios de interacción que posibiliten el desarrollo individual y colectivo de las comunidades.

Es importante mencionar que existe déficit en las redes de apoyo familiar, comunitaria e institucional, en la medida en que se presentan debilidades relacionadas con la atención social y de bienestar integral, la promoción de factores protectores, así como el fortalecimiento del tejido social, que no permiten realizar la prevención efectiva de problemas a nivel de salud mental, como depresión y baja autoestima.

En relación con la productividad, se identifica una ausencia significativa de programas y políticas en las cuales se promueva la inclusión laboral de las personas mayores, así como el desarrollo de proyectos productivos, que les permitan el desarrollo de sus habilidades. Es preciso mencionar la importancia de garantizar el acceso de las personas mayores a programas y servicios en los cuales se realice promoción de la salud mental y su integración a redes de apoyo social.

También existe déficit en el acceso a programas de bienestar, con oportunidad, calidad e integralidad en la prestación de los servicios para la vejez en la localidad de Usme, asociado a las barreras en el acceso a los programas sociales (Salud, hábitat, trabajo, educación, recreación – cultura), la falta de información y el abandono por parte del estado (falta de recursos), falta de reconocimiento y exigibilidad de derechos, así como de empoderamiento de la comunidad para realizar control social, en este sentido se evidencia el desconocimiento de los derechos, deberes y los mecanismos de exigibilidad.

Las barreras en el acceso a los servicios de salud impiden recibir una atención oportuna con calidad y calidez, así como las dificultades que se presentan para acceder a los medicamentos necesarios para el control de dichas enfermedades donde cabe mencionar las dificultades a nivel de movilidad y falta de recursos económicos para el acceso de servicios especializados de segundo nivel.

Esta problemática se relaciona directamente con el aumento de enfermedades crónicas en la vejez, asociadas a su vez con insuficiente promoción e implementación de estilos de vida saludable desde las etapas tempranas del desarrollo, que incluyen una adecuada alimentación, la práctica de actividad física y la participación activa en diferentes espacios a nivel social, cultural, económico, político entre otros (envejecimiento activo). Es de mencionar la falta de garantía del derecho a la seguridad alimentaria y nutricional, condicionado por la ausencia de recursos económicos, así como el desconocimiento de pautas para alimentarse de manera adecuada, en relación con el padecimiento de algunas enfermedades asociadas al envejecimiento como la obesidad, hiperlipidemia y diabetes.

Por otra parte se encontró que algunas de estas personas se desempeñan como amas de casa, empleadas domésticas, costureras, (las mujeres) y tanto hombres como mujeres, en ventas

local 2010. [Disponible en magnético]

informales, y en la actividad del reciclaje. En su mayoría se encuentran expuestas por erróneas ideas socioculturales de su valoración, además de la victimización y deshumanización frente a la integridad física y psicológica en el contexto familiar y social. Las personas mayores tienen una percepción negativa frente al proceso del envejecimiento, que impide visibilizar a los mayores como sujetos de derechos, componente fundamental del desarrollo social.

Se generan situaciones de maltrato contra las personas mayores, como son: la violencia intrafamiliar, el abandono, discriminación, y negligencia, incidiendo en el ejercicio de la autonomía y la dignidad de ellos, teniendo en cuenta los conflictos intrafamiliares, y la falta de respeto por las diferencias intergeneracionales. Se percibe el desconocimiento por parte de otras etapas del ciclo vital de la sabiduría y la importancia de los mayores en experiencia, y transmisión de valores culturales hacia la construcción y el desarrollo social; se asume el envejecimiento como sinónimo de enfermedad, discapacidad, improductividad y dependencia. Tanto mujeres como hombres perciben como práctica importante la oración en el hogar y en lugares como iglesias.

3.3.3 Expresiones de la relación territorio – población

En este apartado se presentan por ahora los daños en la salud, expresados en enfermedades o traumas, evidenciados a través de la morbilidad por Centro de Atención del Hospital de Usme que presta sus servicios dentro del territorio social abordado. Es en Gran Yomasa donde se cuenta con el mayor número de unidades de atención: las UPAS Santa Marta, San Juan Bautista, Betania, Yomasa, La Marichuela y el CAMI Santa Librada.

En la tabla 61 tenemos los principales diagnósticos en consulta externa en la UPA Santa Martha para la población en general. Encontramos en primer lugar las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 29,16%, seguido por la caries dental con un 18,95% y en tercer lugar la pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo con un 18,95%.

Tabla 61. Principales Diagnósticos En Consulta Externa UPA Santa Martha Población General 2009

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS EN CONSULTA EXTERNA UPA SANTA MARTHA					
N. DE ORDEN	DIAGNOSTICO – CAUSA	F	M	Total general	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	2353	1245	3598	29,16
2	Caries dental	1442	896	2338	18,95
3	Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	968	N.A	968	7,85
4	Personas en contacto con los servicios de salud por otras razones	812	288	1100	8,92
5	Atención para la anticoncepción	780	27	807	6,54
6	Trastornos de la acomodación y de la refracción	589	268	857	6,95
7	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	536	254	790	6,40
8	Otros trastornos de las vías genitourinarias	527	N.A	527	4,27
9	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	515	329	844	6,84
10	Gastritis y duodenitis	382	127	509	4,13
TOTAL		8904	3434	12338	100,00

Fuente: Hospital de Usme | Nivel ESE. Oficina de Estadística. Base de datos RIPS año 2009

Los principales diagnósticos en consulta externa de la UPA San Juan Bautista para la población en general de este territorio, encontramos en primer lugar las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 27,80%, seguido por la pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo con un 10,92% y en tercer lugar tenemos la atención para la anticoncepción con un 9,52%. Comparado con la UPA Santa Martha observamos que tienen la misma clasificación en sus tres diagnóstico principales.

En la UPA Yomasa los principales diagnósticos en consulta externa para la población en general, vemos en primer lugar las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 35,30%, seguido por las personas con diagnóstico de caries dental con un 15,76% y en tercer lugar tenemos la pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo con un 9,44%.

En la UPA Marichuela tenemos como primer diagnóstico en consulta externa las Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 33,08%, seguido de las personas diagnosticadas con caries dental con un 11,63% y en tercer lugar encontramos Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 11,70%.

Para el CAMI Santa Librada los principales diagnósticos en el servicio de urgencias, se clasifican en el primer lugar los traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo con 5032 casos que equivalen al 20,08% de la población atendida, seguido por el dolor abdominal y pélvico con 4609 casos que corresponden al 18,40% de la población atendida y en tercer lugar tenemos otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte con 3208 casos que corresponden al 12,40% . En consulta externa los principales dos diagnósticos son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con 905 casos que equivalen al 39,99% de la población atendida y la bronquitis aguda y la bronquiolitis con 456 casos que corresponden al 20,15%. Por último tenemos los principales diagnósticos en hospitalización : se observa el parto único espontáneo con 245 casos que equivalen al 17,35% de la población hospitalizada en este CAMI, seguido de las personas que presentaron bronquitis aguda y bronquiolitis con 214 casos que corresponden al 15,16%

A continuación se presentan algunos datos relevantes respecto a la salud de los habitantes del territorio Gran Yomasa¹⁸¹.

En este territorio se diagnosticaron durante 2009 el mayor número de enfermedades transmitidas por vectores con relación a los otros territorios, debido a que estas enfermedades requieren atención inmediata por la complejidad de los síntomas: como la Malaria donde se presentaron 2 casos en infancia y juventud, un caso de enfermedad de Chagas en ciclo vital adultez y un caso de Leishmaniasis en ciclo vital persona mayor, se resalta que todos estos eventos fueron importados ya que Bogotá no es zona endémica para estas patologías; sin embargo, fueron diagnosticados y tratados oportunamente. Adicionalmente se presentó un caso de tuberculosis en una persona del ciclo vital juventud.

Es importante mencionar que en este territorio es donde más se encuentran pacientes con enfermedades crónicas en las diferentes etapas del ciclo vital, sin embargo preocupa la detección de 15 pacientes del ciclo infancia y 37 pacientes del ciclo juventud con diferentes patologías crónicas que pueden ser evitables con buenos hábitos de vida, lo cual evidencia que se deben implementar programas educativos en estos ciclos vitales.

181 Hospital de Usme | Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito IPS. Documento aporte al Diagnóstico Local 2010. [Disponible en magnético]

Este territorio es el que presenta mayor número de atenciones a población en situación de desplazamiento principalmente en la UPA Yomasa. Así mismo es importante resaltar que los ciclos infancia, juventud y adultez son estables en cuanto al número de población atendida y disminuye considerablemente la atención a la persona mayor.

En cuanto al PDA de SSR para el 2009 se atendieron en las diferentes IPS de este territorio 1181 gestantes del ciclo juventud y en el CAMI se atendieron 316 partos (27%) de mujeres pertenecientes al ciclo vital juventud cifra preocupante frente al número de casos que se remitieron a II o III nivel de atención por diferentes complicaciones presentados durante este estado fisiológico.

En cuanto a Salas ERA en este territorio se encuentran ubicadas 2, las cuales atienden la gran mayoría de la población para el 2009 se atendieron 4217 y para el periodo enero – julio, 1469 lo que ha evidenciado una disminución significativa en la consulta de menores de 5 años.

En este territorio se cuenta con la IPS que atiende a población en situación de discapacidad: la UPA Betania, se inscribe en la IPS y allí se le indica como es el procedimiento para acceder a todos los procesos de rehabilitación y tratamiento dependiendo del tipo de discapacidad presentada por el usuario.

En cuanto al Programa de CCU durante el periodo enero – julio de 2010 se han tomado 348 citologías de las cuales 24 han presentado anomalías celulares a las cuales se les realiza seguimiento y remisión a II o III nivel de atención dependiendo de la severidad de la lesión, en este territorio por la alta movilización de la población es un poco complicado darle seguimiento a todas.

En cuanto a salud mental en el ciclo vital juventud se evidencia mayor atención en hombres que en mujeres debido a las problemáticas familiares y la edad de transición de la infancia a la adultez. En cuanto a la etapa ciclo vital de adultez se observa mayor número de mujeres atendidas por violencia intrafamiliar y es importante mencionar que se disminuyó la atención en mujeres en un 38% mientras que en hombres aumento en el 58% por falta de empleo, falta de oportunidades laborales y trabajo informal lo que conlleva a los diferentes tipos de violencia, en la etapa de ciclo vital de persona mayor hubo un incremento significativo del 60%.

3.3.4 Núcleos problemáticos territorio Gran Yomasa

Primer Núcleo: Existencia de entornos poco saludables afectados por contaminación de fuentes hídricas, presencia de animales mordedores y proliferación de vectores que afecta a la población residente con mayor énfasis en los niños y niñas.

- **Descripción del núcleo**

Todas las etapas del ciclo vital se ven afectadas por la problemática ambiental en este territorio, dado principalmente por los siguientes factores: contaminación de la quebrada Santa Librada, por invasión de ronda, lo cual pone en riesgo las viviendas allí ubicadas, vertimiento de residuos sólidos y aguas residuales, invasión del espacio público por el comercio informal, lo que genera contaminación visual y auditiva por exceso de avisos, pancartas y uso de altoparlantes.

Hay disposición inadecuada de escombros reconociéndose como puntos críticos los barrios Barranquillita y Villas de Santa Isabel¹⁸², actividades extractivas, específicamente en el barrio Betania, en el cual se observa una elevada emisión de partículas provenientes de los movimientos de tierra con maquinaria y explosivos, fuentes de contaminación atmosférica, dada por las avenidas Boyacá y Caracas, en las cuales hay alto tráfico vehicular. Los habitantes del microterritorio San Juan Quintas se encuentran afectados por la vecindad con el Relleno Sanitario distrital Doña Juana

y su planta de lixiviados, lo que ocasiona presencia de vectores como ratas, moscos, zancudos y mal olor. En esta UPZ es donde se presentan el mayor número de casos por animal mordedor potencialmente transmisor de rabia, atacando especialmente a la población en etapa de ciclo vital infancia y juventud. (Mapa 17). Todo lo anteriormente descrito genera un mayor riesgo de contraer enfermedades, sobre todo de tipo infeccioso tanto gastrointestinal y respiratorio en las poblaciones infantiles y personas mayores.

Segundo Núcleo: Deficientes condiciones de empleabilidad reflejadas en un concentrado comercio informal, en el cual se hace uso invasivo del espacio público con recurrente presencia de trabajo infantil afectando el desarrollo de niños y niñas.

- **Descripción del Núcleo**

Es en esta UPZ donde se encuentra un mayor número de menores de edad vinculados a la vida laboral (48%) en la localidad, debido a que la principal actividad económica en este territorio es el comercio informal; a ella se encuentran vinculados la mayor parte de niños y niñas, seguido del reciclaje. Lo anterior genera mayor exposición a riesgos derivados del trabajo en la calle y la clara vulneración de los derechos a la educación, salud y recreación propios de su edad. (Mapa 17).

Según información suministrada por el ámbito laboral, Gran Yomasa es la UPZ con mayor representatividad de población cubierta por este programa, debido principalmente a su extensión geográfica y su gran actividad comercial frente a las otras UPZ, seguida de Comuneros y Danubio en las cuales se incrementó la intervención a fin de abarcar toda la localidad. Se evidencia que la población de trabajadores del ciclo juventud es más significativa entre las edades de 19 a 26 años (Juventud), sin embargo se evidencia mayor ocupación masculina de 19 a 23 años con él, y en las mujeres de 18 a 25 años respecto al total de población para este ciclo vital. La juventud y la edad adulta se construyen socialmente durante la interacción entre los mismos durante su vida cotidiana, durante esta etapa y según la dinámica de la localidad, es cuando las personas logran y/o quieren alcanzar su independencia económica ya sea por su propia voluntad o impulsados por su nuevo proyecto de vida.

Aunque se encontraron casos muy puntuales de adolescentes en su etapa inicial, que en su momento se canalizaron a la respectiva línea de intervención, se estableció que se trataba de casos con disfuncionalidad familiar y/o inestabilidad económica al interior de las mismas, generando diversos conflictos y obligando a los padres a tenerlos consigo durante su jornada de trabajo realizando labores por las cuales los adolescentes recibían una remuneración que ayudaba al sostenimiento de su familia involucrándolos de igual forma en los procesos productivos. En cuanto al nivel educativo evidenciado por la población intervenida se encuentran los siguientes datos: Primaria incompleta con el 5.4%, Primaria completa con el 10.7%, Bachiller incompleto 33.7%, Bachiller completo 42.6%, Técnico / Tecnólogo Incompleto con el 3.7 %, Técnico / Tecnólogo completo con el 2.9 %, Universitario incompleto con el 1.7 %. En etnias encontramos once UTIS étnicas distribuidas así; 2 indígenas y 9 afrodescendientes¹⁸³.

En esta zona se encuentra la mayor cantidad de trabajadores de ciclo adultez, informales de la Localidad de Usme por ser la zona más comercial, encontrando actividades relacionadas con el reciclaje, la venta de comida, venta de ropa y zapatos, venta de verduras y frutas, ventas ambulantes, restaurantes y panaderías¹⁸⁴.

¹⁸³ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Ámbito Laboral. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

¹⁸⁴ *Ibid.*

Tercer Núcleo: Deterioro de tejido social por persistentes prácticas violentas en los escenarios barrial y familiar que se reflejan en la vinculación de población juvenil a pandillas, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar que afectan la seguridad de las familias y sujetos residentes.

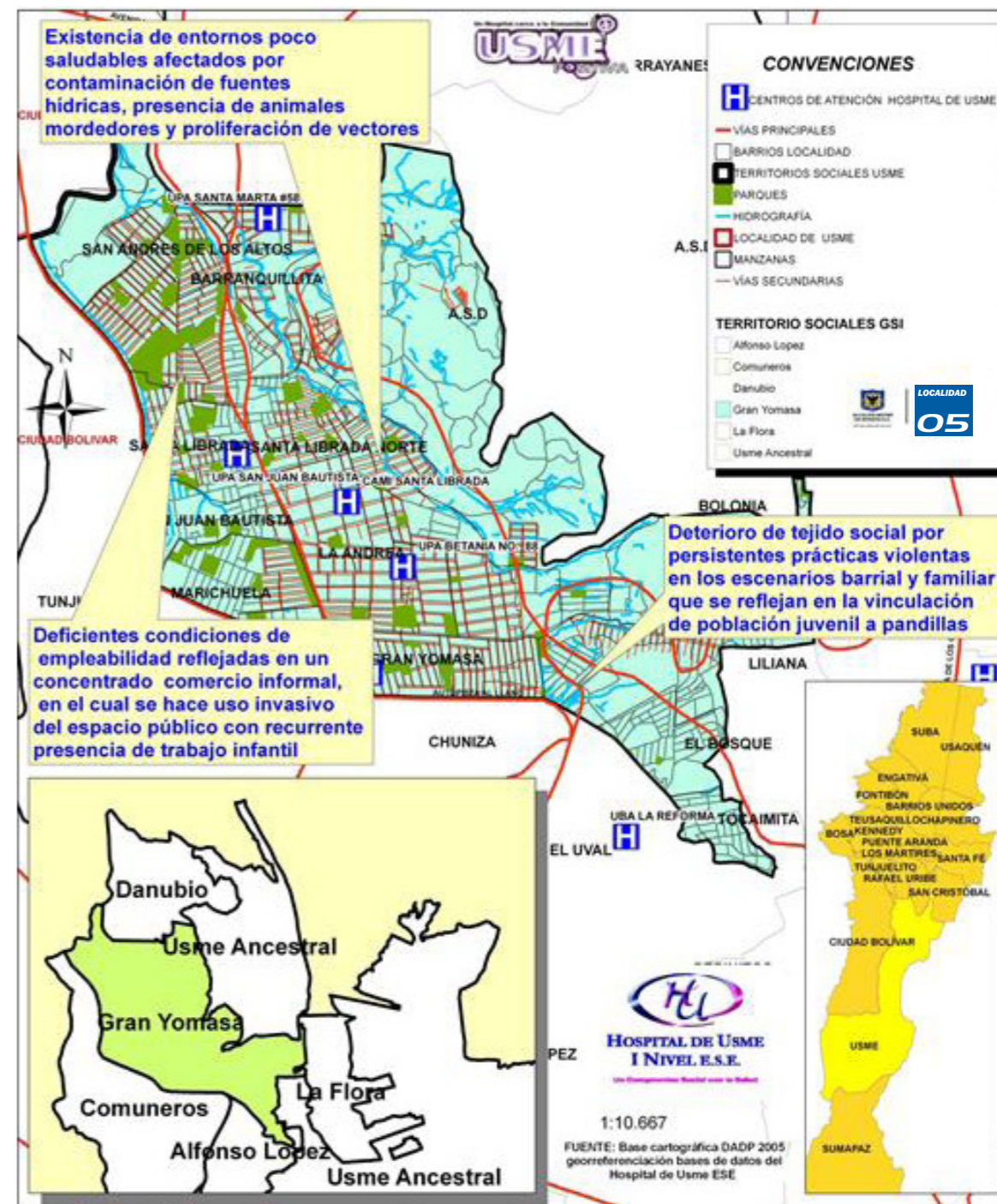
- **Descripción del Núcleo**

La situación anteriormente expuesta afecta principalmente a los niños y niñas víctimas de maltrato evidenciado en trabajo infantil, abuso sexual, consumo de SPA y explotación sexual comercial, también a los jóvenes que no tienen acceso a la educación superior, jóvenes consumidores de SPA y vinculados a hurtos en los siguientes puntos críticos: parque El Cortijo Sur, parque Los Pinos, entrada a Chapinerito y Altos del Pino, San Juan Quintas, San Luis Sur, Miravalle, Santa Librada, La Marichuela, La Andrea, El Cortijo Sur, Vianey, Tequendama, La Fortaleza, La Aurora I y II Sector, Yomasa, Betania y alrededor de las instituciones educativas, destacándose el frente del colegio Ofelia Uribe de Acosta, los adolescentes y jóvenes con conflictos en su vida sexual y reproductiva.

Los que se destacan: embarazo en adolescentes, escasa adherencia a los métodos modernos de regulación de la fecundidad, violencias relacionadas con la inequidad de género y agresión entre pares, Infecciones de Transmisión Sexual, aborto y desacuerdo con la comunidad LGTBI, personas mayores víctimas de maltrato, asociado a estados de soledad, abandono, intolerancia, discriminación, conflictos intrafamiliares y falta de respeto por las diferencias intergeneracionales, así como también, accidentes domésticos en relación a la falta de prevención de riesgos en el entorno. Estos factores inciden de manera negativa en la implementación de una cultura de envejecimiento activo y vejez saludable¹⁸⁵. (Ver Mapa 17).

El incremento en el micro tráfico de sustancias psicoactivas y un mayor consumo de éstas, desencadena en los jóvenes habitantes del territorio riñas callejeras, homicidios y sobredosis por consumo de alucinógenos, que a su vez genera graves problemas de seguridad en el sector y lleva a que sobre todo las personas mayores opten por no utilizar los parques de la zona. Como consecuencia de los altos índices de violencia intrafamiliar (negligencia, abandono, abuso sexual, maltrato psicológico) se observa que los niños, adolescentes y jóvenes buscan apoyo en la calle, con sus pares, en donde en su gran mayoría terminan vinculándose a grupos para el consumo de SPA como alternativa de “escape”, o a pandillas, en las cuales sienten el respaldo para reproducir la agresión recibida en el hogar. También según el PDA de salud mental, los muchachos comienzan a frecuentar lugares y sitios de encuentro de menores de edad como las denominadas “chiquitecas”, en las cuales se dan prácticas no adecuadas para sus edades (consumo de SPA, prostitución y trabajo infantil).

Mapa 17. Núcleos Problemáticos Territorio Social Gran Yomasa



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

- **Potencialidades**

1. 82 equipamientos de Educación

185 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

2. SDIS y Salones Comunales 29
3. Comedores ubicados en los barrios san Luis, la fortaleza y olivares, las acciones de SAN en el ámbito laboral se llevaron a cabo con comedor comunitario Barranquillita y fundación del niño y el anciano (El pedregal),
4. La mayor cantidad de IPS públicas: 5 UPAS y un CAMI
5. Biblioteca La Marichuela
6. Principales vías: Autopista al Llano y la Avenida Caracas. En el sector Bolonia existen dos corredores de movilidad (anillo Vial del sector Bolonia). Existen rutas de transporte público por la avenida Caracas y Autopista al Llano y el sistema Transmilenio también cubre parte de la demanda, a través de rutas alimentadoras por el sector de Santa Librada, La Aurora y Chuniza.
7. Servicios públicos: Acueducto: gran mayoría de los barrios de la UPZ 57 existe servicio oficial de acueducto. Las redes de alcantarillado sanitario existen en todos los barrios. Servicio de electricidad y Alumbrado Público en todos los barrios. Gas Natural: en la mayoría de los barrios (menos el Pedregal y parte de Sierra Morena).
8. 4 CAI
9. Instituciones inclusoras de niños con discapacidad
10. Intercambio de saberes con actores de la mesa territorial, líderes comunitarios con conocimiento del proceso, Participación en presupuestos participativos, Reconocimiento de actores sociales (instituciones y comunidad).
11. Se cuenta con un grupo calificado y entrenado desde el ámbito IPS quienes procuran mantener actualizado el personal de las IPS en las diferentes temáticas de interés y de mayor prevalencia en la localidad, debido a las altas problemáticas que se presentan en este territorio con los adolescentes, se cuenta con 2 IPS que prestan servicios amigables para jóvenes y adolescentes.

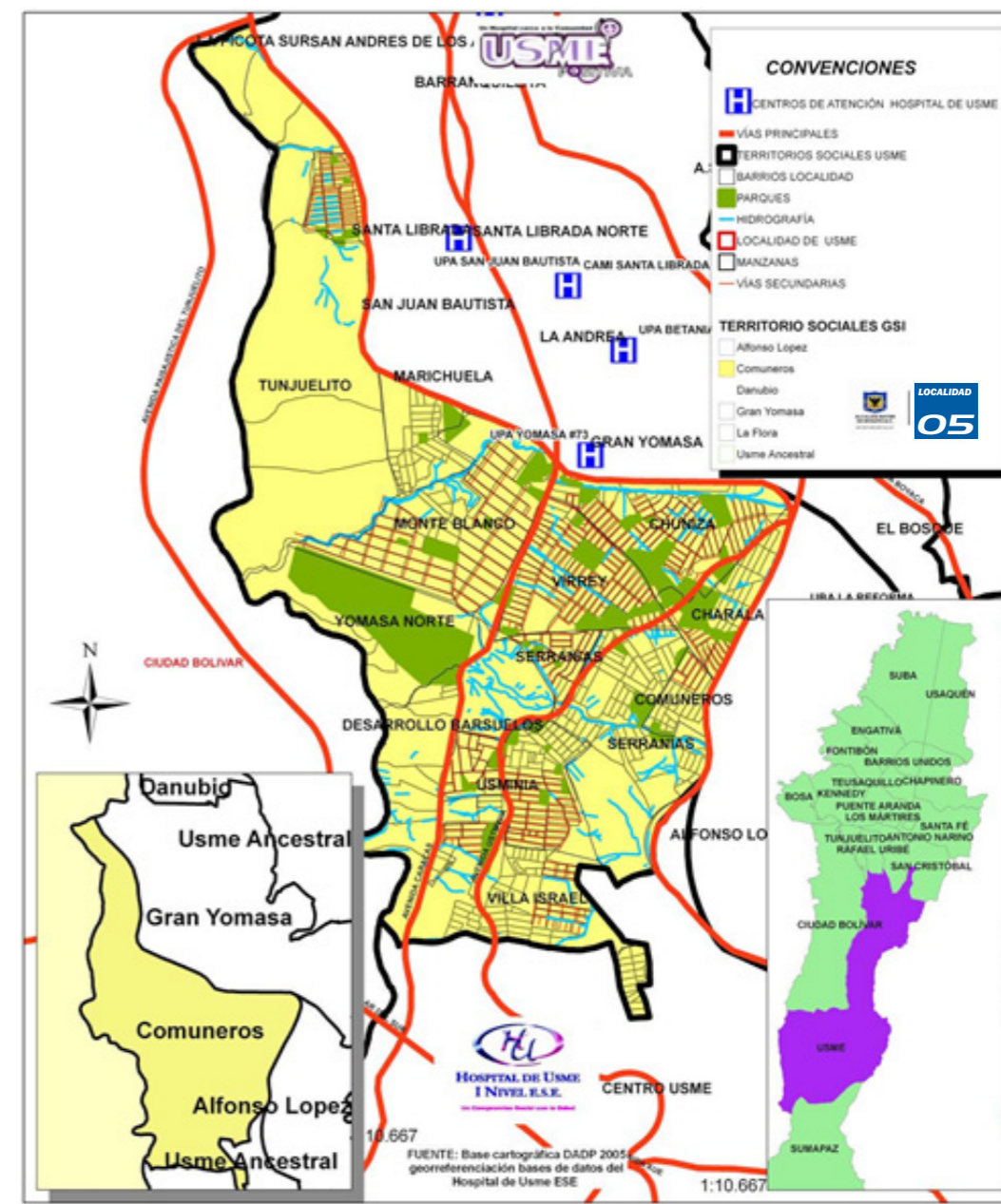
3.4 Territorio Social Comuneros (UPZ 58)

3.4.1 Territorio – población

La UPZ 58, ubicada en el costado sur occidental de la localidad, tiene una extensión de 483.22 hectáreas, de las cuales el 6.35% corresponden a zonas sin desarrollar. Limita al norte con el río Tunjuelo, al oriente, con la autopista al Llano y el predio de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (EAAB), al sur, con la quebrada El Piojo, el desarrollo El Tuno y con los predios de la EAAB, al occidente, con el río Tunjuelo y el Relleno Sanitario Doña Juana. Está integrada por 54 barrios: Tenerife, Valles de Cafam, Portal de San Marcos, La Esmeralda el recuerdo, La Esperanza Km 10, Las Brisas, Las Flores, Las Mercedes, Lorenzo Alcantuz I sector, Lorenzo Alcantuz II sector, Antonio José de Sucre, Antonio José de Sucre I, Antonio José de Sucre II, Antonio José de Sucre III, Bella Vista alta, Bella Vista II sector, El Bosque Limonar, Bosque Limonar II sector, Brazuelos, Brazuelos occidental, Brazuelos sector el Paraíso, Los altos del Brazuelo, Brazuelos sector la Esmeralda, Chapinerito, Chicó Sur, Chicó sur II sector, Ciudadela Canta Rana I, II y III sector, Comuneros, El Brillante, El Rubí, El Tuno, El Uval, El Virrey última etapa, Finca la Esperanza, Marichuela III sector (Cafam II sector), Monteblanco, Montevideo, Nuevo San Luis, San Joaquín El Uval, Sector Granjas de San Pedro, Urbanización Chuniza I, Urbanización Jarón Monte Rubio, Urbanización Líbano, Urbanización

Marichuela, Usminia, Villa Alemania, Villa Alemania II sector, Villa Anita I, Villa Anita II, El Espino, El Mortiño, Villa Israel I, y Villa Israel II, Alfonso López sector Charalá. (Ver Mapa 18).

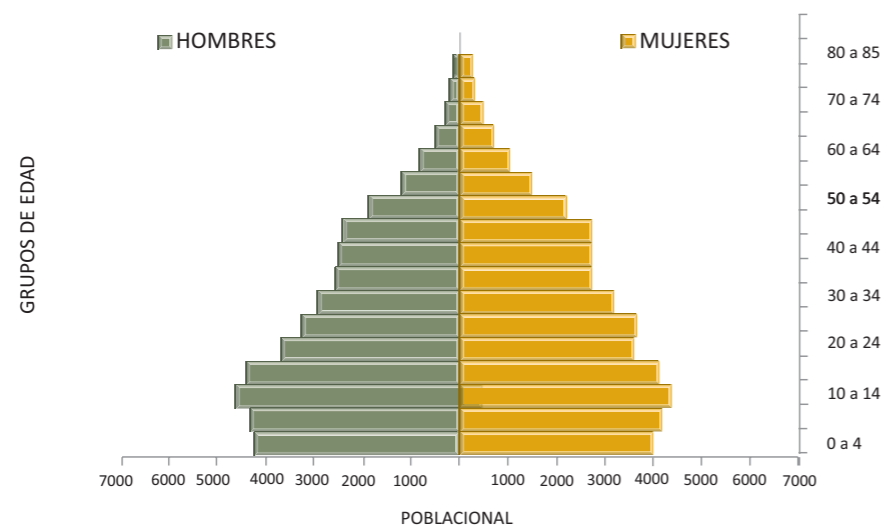
Mapa 18. Territorio Social Comuneros



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

De acuerdo a las proyecciones poblacionales del DANE para el 2.009, se estima que la población total de la UPZ Comuneros está cercana a los 81.676 habitantes, siendo el 23,39% de la población total de Usme, de los cuales 41.635 son mujeres y 40.041 son hombres, representando un 50.97% y un 49.02% respectivamente. (Grafica 18).

Gráfico 18. Pirámide Poblacional UPZ Comuneros



Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005; Proyección 2009.

Como se observa en la tabla 62, la etapa de ciclo vital que más habitantes aporta a este territorio es la de juventud con un 38,78%, seguida de adultez con un 34,93%, luego se encuentra infancia con un 20,47% y en último lugar persona mayor, que representa el 5,81%.

Tabla 62. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Comuneros 2009

ETAPA DE CICLO VITAL	Total	Hombres	Mujeres
INFANCIA	16724	8580	8144
JUVENTUD	31674	15999	15675
ADULTEZ	28530	13488	15042
P MAYOR	4748	1974	2774
TOTAL	81676	40041	41635

Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005, proyección 2009

Las UPZ Comuneros y Alfonso López inicialmente se encontraban unidas en un sólo territorio social de la estrategia de GSI con la justificación de unas problemáticas compartidas, tales como: accesibilidad, desempleo, educación, medio ambiente, seguridad, entre otras.

En la sesión del CLOPS del mes de diciembre de 2008, se realizó el primer acercamiento a las comunidades –después de seis meses de trabajo institucional–, donde los líderes asistentes manifestaron su inconformidad por la unión de los dos territorios.

Sus razones bien sustentadas y claras, respondían al conocimiento pragmático respecto al funcionamiento del estado, previendo los diferentes intentos que han hecho las administraciones por integrar el accionar de sus instituciones con las necesidades comunitarias; la planeación y la distribución de los recursos son primordiales para considerar el éxito del proceso y que esto se hace a partir de un ordenamiento centralizado que responde a la organización administrativa de la ciudad, es decir que posterior al plan de ordenamiento territorial que distribuyó a las 20 localidades

en UPZ. Los recursos financieros se planean y ejecutan bajo ese parámetro y que en tanto los territorios de gestión social integral tienen un alcance local, planeación continuaría trabajando por las unidades antes mencionadas. Lo anterior representaría una desventaja para la distribución de los recursos distritales, hecho que es evidente, por ejemplo con la ejecución del plan piloto¹⁸⁶.

Para el mes de julio de 2009, en la ejecución del Consejo Local de Gobierno, dada la contundencia de la argumentación de los líderes comunitarios, las autoridades locales allí presentes, decidieron la división de los territorios Comuneros y Alfonso López¹⁸⁷.

Las familias de la comunidad Inga identificadas se ubican en la **UPZ Comuneros** junto con algunas personas pertenecientes a la comunidad Koreguaje del Putumayo dedicándose a la venta de hierbas, cardamomo y artesanías como mochilas, collares, pulseras y aretes producidas por ellos mismos¹⁸⁸.

3.4.2 Consecuencias de la interrelación territorio – población

Las fuentes hídricas que recorren la UPZ son principalmente las quebradas Chuniza y Yomasa, que dado el carácter urbano de la UPZ, son objeto de factores contaminantes como el vertimiento de aguas servidas, específicamente en barrios como Antonio José de Sucre, Usminia, Tenerife y Marichuela¹⁸⁹. Este factor puede relacionarse con el asentamiento y la invasión de rondas de quebrada, característica observadas en sectores de la quebrada Chuniza y Yomasa. Igualmente, las fuentes hídricas reciben las aguas residuales de fábricas trituradoras de material pétreo ubicadas en la hacienda Canta Rana.

Como puntos críticos por disposición inadecuada de escombros en la UPZ se tienen reportes, en los barrios Uval, Tenerife y Brazuelos¹⁹⁰.

Como fuente emisora de contaminantes atmosféricos se encuentra en la UPZ la Autopista Vía al Llano y la Avenida Boyacá, por el alto tráfico de buses, volquetas, camiones de carga y motos. Dada su ubicación, la UPZ comuneros puede estar expuesta a los gases emanados del relleno sanitario Doña Juana; sin embargo para poder afirmarlo es necesario realizar el monitoreo de calidad de aire correspondiente, tarea específica de la Secretaría Distrital de Ambiente. Igualmente, desde el Hospital de Usme se está desarrollando un proceso de vigilancia epidemiológica en la comunidad que habita en la zona aledaña al relleno (barrios Valles de Cafam, Aurora, Granada) que parte de la morbilidad sentida referida por la población.

De acuerdo a información suministrada por la oficina de vigilancia sanitaria, en la UPZ se encuentra concentrada gran cantidad de las bodegas de compra y almacenamiento de materiales reciclables.

En las instituciones educativas distritales Fernando Gonzales Ochoa, Los Comuneros y Eduardo Umaña, desde el ámbito escolar se identificaron como problemáticas ambientales internas de las instituciones el ruido generado por los estudiantes, la falta de sentido de pertenencia por los colegios lo que conlleva al deterioro de los elementos físicos y estructurales de la institución y el inadecuado manejo de los residuos sólidos, así mismo en las afectaciones ambientales externas se evidencia alta presencia de material particulado en el aire debido a la falta de pavimentación de las calles y alta presencia de población canina callejera.

¹⁸⁶ Documento mesas territoriales Usme 2009. Disponible en magnético

¹⁸⁷ Ibid.

¹⁸⁸ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Etnias. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

¹⁸⁹ Diagnóstico Ambiental de las Localidades, elaborado por el DAMA en el año 2006

¹⁹⁰ Comité Local de Emergencias

Según información suministrada por la transversalidad de desplazamiento, se identificaron 19 familias en el 2007, 47 en el 2008 y en el 2009 se caracterizaron 32 familias correspondientes a 104 personas.

La concentración de la población en este territorio está asociada con la existencia de un alto número de predios baldíos, la proximidad de la oferta institucional y concentración de programas de apoyo alimentario, la disposición de espacios habitacionales a bajo costo y su ubicación a lo largo de la autopista al llano, sitio de acceso a la ciudad, caracterizado por la preservación de dinámicas productivas de tipo rural.

En los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial de atención establecido por el marco normativo generando la apropiación de nuevos conocimientos, habilidades y generando la conformación de redes sociales con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes.

Se trabajaron los grupos de PSD conformados en Villa Alemania y Sainville, junto con las acciones hechas en el tercer trimestre en ASOREDES los cuales constituyen el grupo poblacional de las personas abordadas en esta UPZ, siendo el más numeroso con 94 personas distribuidas así: 79 en situación de desplazamiento y 15 receptoras, 27 son hombres y 68 mujeres; tan solo 5 cuentan con una condición étnica, 53 son cabeza de hogar, 7 son infantes, 7 jóvenes, 76 adultos y 4 personas mayores.

Desde la intervención que busca acompañar la inclusión de la perspectiva diferencial en la atención de los niños, niñas y jóvenes en situación de desplazamiento en el contexto escolar a partir de la implementación de procesos pedagógicos en las instituciones educativas y la generación de procesos de cambio y adaptación en coordinación con el componente de promoción de la inclusión social y garantía de derechos, se identificaron 408 personas en la etapa de infancia correspondientes a 203 niños y 205 niñas y 88 jóvenes, 56 hombres y 32 mujeres.

En el proyecto que procura fortalecer la restitución de derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida se identificaron veintidós unidades de trabajo informal desarrolladas por un hombre joven, cuatro mujeres jóvenes, siete hombres adultos, siete mujeres adultas y dos hombres en etapa de vejez en condición de desplazamiento.

Con relación a seguridad alimentaria y nutricional, a continuación se presenta la información más relevante para este territorio: el 19,6% de las familias caracterizadas desde el 2004 hasta el 2008 manifestaron que faltó dinero en el hogar para comprar alimentos.¹⁹¹

En el 2009 desde el ámbito familiar se trabajaron 2 microterritorios en esta UPZ, Tenerife y Lorenzo Alcantúz y desde el ámbito comunitario se realizó trabajo con cuatro comedores ubicados en los barrios Chuniza, villa alemana, Lorenzo Alcantuz y Líbano. Las acciones de SAN en el ámbito laboral se llevaron a cabo con el comedor comunitario El Líbano. Por parte de la intervención promoción de patrones de alimentación saludable del ámbito escolar, se trabaja con 4 instituciones educativas en esta UPZ.

Dentro de las necesidades identificadas para este territorio se encuentra la baja sostenibilidad económica en cuanto a ingresos deficientes por oferta laboral y no optimización ni adecuada distribución de los recursos económicos para la adquisición de alimentos de alto valor biológico.

Hace falta promover educación alimentario nutricional en los niños y niñas para incentivar el consumo de frutas y verduras en comedores comunitarios e instituciones educativas que cuentan con comedores escolares pues se evidencia preferencia y por ende un alto consumo de alimentos ricos en carbohidratos y grasas saturadas “los niños prefieren consumir el arroz, la papa y la carne dejando de lado las verduras”. En la población joven se observa inadecuados hábitos saludables, sedentarismo y prevalencia en trastornos de la alimentación.

Además hay una problemática emergente el bajo consumo de alimentos fuente de hierro, razón por la cual se realiza suplementación con micronutrientes por parte del ámbito escolar en 6 colegios y 14 jardines de esta UPZ, lo cual corresponde a 4726 niños de 0 a 9 años y 1774 jóvenes de 10 a 26 años. Como parte de este proceso se realizó sensibilización a la comunidad educativa (docentes, padres de familia, niños), valoración médica y desparasitación, suplementación con micronutrientes (vitamina a y sulfato ferroso) en la población antes mencionada.

Para el año 2009 se intervinieron por parte de las diferentes acciones estratégicas de la ESE, 149 infantes menores de 9 años, 124 personas de la etapa de juventud, 78 adultos y 3 personas mayores. Vale la pena mencionar que entre los adultos hay 4 profesionales de IPS, 3 profesoras de jardín y 4 promotores SASC quienes participaron del curso AIEPI ofrecido por los ámbitos escolar y comunitario en donde se abordan temas relacionados con nutrición desde acciones de promoción y prevención, las actividades de desparasitación y suplementación, los cursos de maternidad y paternidad en los que se ofrecen recomendaciones de lactancia materna, alimentación complementaria y demás. En general con la población se realizó educación nutricional informal dirigida a la intervenida en las IEC de SISVAN: *gestantes* con quienes se trabajan los temas referentes a lactancia materna y alimentación. *Menores de 10 años*: alimentación complementaria, cuidados del menor, esquema de vacunación y *Recién Nacidos*: lactancia materna, alimentación durante la lactancia, cuidados del recién nacido, esquema de vacunación. Con la intervención de promoción de una alimentación saludable desarrollada con los colegios, se realizaron talleres de formación en lavado de manos (sensibilización sobre la correcta manera de lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño), sensibilización de los alimentos que son fuente de hierro y de la importancia de consumir sulfato ferroso, manipulación de alimentos (se socializó la importancia de algunos procesos de elaboración de alimentos con ejemplos de ensaladas donde nuestras mamás eran personas manipuladoras de alimentos), tren nutricional (socialización de los 7 vagones de alimentos), gripa h1n1/09 (socialización de que es la enfermedad, síntomas, cuidados, alimentos que se pueden consumir para evitar y tratar la enfermedad).

Por parte de la intervención de promoción de código de sucedáneos de la leche materna se trabaja con la población de gestantes, lactantes, madres comunitarias FAMIS y HOBIS que cuentan con apoyo de la red alimentaria, realizando con ellas talleres de formación y educación en ventajas y beneficios de dicho alimento, transición de la leche materna exclusiva a alimentación complementaria, promoción del Código Internacional de sucedáneos, la mujer fuera de casa sin su bebe, costos económicos de la lactancia materna natural vs. Fórmula infantil y caries en el lactante.

Finalmente este es el único territorio en el que se desarrolla la intervención de promoción de hábitos alimentarios saludables en la familia gestante, donde se realizan talleres de formación en estos temas durante la gestación y la lactancia a fin de mantener un peso saludable durante estas etapas. Se presentan las recomendaciones nutricionales para la familia gestante, alimentos saludables que se pueden seleccionar en el bono alimentario, alimentos fuentes de hierro, mitos y creencias en relación a la alimentación durante el embarazo, consecuencias del consumo de alcohol, bebidas gaseosas, yerbabuena, el limón y en general remedios caseros. Se observan las causas de mortalidad y morbilidad durante la gestación, pre eclampsia, eclampsia, cálculos en la vesícula, toxoplasmosis, con el manejo nutricional respectivo de cada una de estas enfermedades, las estadísticas de mortalidad materna y los medicamentos que se pueden ingerir durante el

191 Base de datos salud a su casa, Hospital de Usme I Nivel ESE, años 2004 a 2008.

embarazo. Con respecto al bebé, se brinda información relacionada con alimentación y cuidados en del mismo de manera prematura y en el periodo pos parto, crecimiento y desarrollo dando recomendaciones nutricionales por etapas del ciclo vital, (Lactante, preescolar, escolar) y plan alimentario para el lactante.

Desde el equipo de salud mental del programa Salud al Colegio, en la UPZ 58 Comuneros se evaluaron las necesidades de 6 instituciones educativas de las cuales se intervinieron 8 sedes en total desde las diferentes líneas de intervención. Las necesidades más relevantes evidenciadas por los colegios intervenidos en esta UPZ durante el 2009, fueron el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), agresividad entre pares, conducta suicida y violencia intrafamiliar resaltando el maltrato físico y abuso sexual. Los determinantes asociados a estas problemáticas son la baja autoestima de los estudiantes, condiciones de inseguridad de la zona, la falta de redes de apoyo y desconocimiento de las existentes, la presión de los pares y la falta de afecto por parte de sus familiares¹⁹².

Esta UPZ solo cuenta con dos micro territorios Lorenzo Alcantuz y Tenerife, en donde se identificaron 79 casos en intervención psicosocial y 16 casos intervenidos por conducta suicida para un total de 95 familias intervenidas. El hecho más frecuente que se evidenció nuevamente tiene que ver con el bajo ingreso económico, los hogares disfuncionales y reconstituidos que no logran empoderar a los hijos de los riesgos que en su comunidad existen como el consumo de Spa, el pandillismo y hurto entre los más frecuentes.

En esta UPZ se utilizan lotes desocupados para reunir jóvenes e instarlos al consumo de psicoactivos, claro ejemplo el caso del barrio el Brillante que por su difícil acceso no cuenta con la participación de las autoridades hecho que facilita mucho más estas prácticas. También es importante mencionar los casos de menores en gestación personas con discapacidad y el aumento en esta zona de la población desplazada¹⁹³.

Los factores de más incidencia en este territorio superando los diez casos por evento son las dificultades con el grupo primario de apoyo con 17 casos; en las de crianza del menor se destaca la negligencia, abandono emocional con 15 casos realizados, dificultades con el modo de vida con 16, por habilidades sociales inadecuadas, estrés y discapacidad entre otras y 11 casos con respecto a la educación por deserción y bajo rendimiento académico entre las más importantes¹⁹⁴.

Desde la UPZ Comuneros en donde se encuentran las IED Valles de Cafam y Chuniza las cuales cuentan con edificaciones que permiten la práctica de la actividad física (Salones amplios, Zonas libres, Zonas verdes, Canchas múltiples, entre otros, se observa la no utilización de los mismos como parte de un proceso de formación organizado y direccionado a generar hábitos saludables a partir del movimiento corporal, que surjan de la planeación curricular de los docentes y/o de la iniciativa de los estudiantes. Se encuentran en esta UPZ instituciones como Comuneros, Fernando Gonzales Ochoa y Tenerife que pese a no tener una planta física que brinde tantas posibilidades para la práctica de actividad física, hacen uso de los espacios externos que pertenecen a la zona haciendo uso de polideportivos como La Aurora, Valles de Cafam, El Virrey, Cantarana, Villa Alemán y las Piscinas del COL, que además de ser lugares cercanos a las IED brindan diferentes posibilidades de movimiento, aunque en ocasiones no ofrecen seguridad¹⁹⁵.

¹⁹² Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al Colegio. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

¹⁹³ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA Salud mental. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

¹⁹⁴ Ibid.

¹⁹⁵ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad de Actividad Física. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Al igual que en Gran Yomasa, en la UPZ Comuneros el consumo de alucinógenos por parte de jóvenes se presenta como una problemática, pues aunque existen los mejores escenarios deportivos de la localidad (Parque El Virrey, Cantarrana, Valles de Cafam, Piscina S.L.I.S.¹⁹⁶ y Parque Villa Alemania) en los parques de barrio y de bolsillo¹⁹⁷ están siendo utilizados para el consumo de sustancias ilícitas. Se repiten los mismos patrones sociales de subutilización de dichos espacios, situación que se ve agudizada por la poca interlocución del I.D.R.D. con las comunidades y también con la poca atención sobre el particular por parte de la Policía, caso similar al Polideportivo de La Aurora.

Se evidencia también en el Parque Villa Alemania, donde la administración de este espacio se reserva el derecho de admisión, so pena de cobrar el ingreso a los usuarios (especialmente jóvenes) que desean hacer uso de sus instalaciones para realizar alguna actividad deportiva. Igualmente el temor, sumado a la indiferencia de las comunidades de este sector de la Localidad es el caldo de cultivo para que los parques y las rondas de las quebradas Yomasa y Chuniza sean lugares para cometer robos, lesiones personales y consumo de sicotrópicos¹⁹⁸.

Finalmente, el que sea el Polideportivo Valles de Cafam el único escenario donde el I.D.R.D. ofrezca actividades deportivas los fines de semana, es un hecho bastante cuestionado por los participantes de los grupos que habitan en esta U.P.Z., y proponen el Parque Villa Alemania para llevar a cabo estas jornadas deportivas dominicales¹⁹⁹.

Las necesidades priorizadas en forma concertada en la mesa territorial Comuneros son las siguientes²⁰⁰:

1) Movilidad, estado de vías, mantenimiento y arreglos, conectividad, accesibilidad, seguimiento a priorización de vías a intervenir.

2) Seguridad en focos de consumo de SPA y delincuencia común.

Dentro de las principales dificultades para el desarrollo del trabajo en esta mesa territorial se encuentran²⁰¹:

1) Conceptualización de territorio social no coherente con el funcionamiento burocrático estatal por parte de las instituciones en contraste a los avances de las comunidades

2) La convocatoria de la totalidad de los sectores para participar en la mesa.

3) No presencia de actores claves institucionales que permiten legitimar el trabajo en la mesa.

4) No hay participación de los líderes institucionales que puedan tomar decisiones frente a las temáticas tratadas.

Otro espacio importante de construcción y de búsqueda de soluciones a las problemáticas encontradas en el territorio son los núcleos de gestión de Salud a Su Casa. A continuación se presenta información relevante como aporte de estos espacios al Territorio Comuneros.

¹⁹⁶ Subdirección Local de Integración Social, antes llamado COL ó Centro Operativo Local de Usme - Sumapaz

¹⁹⁷ Áreas recreodeportivas que tienen un área inferior a los 1000 mts2

¹⁹⁸ Ibid.

¹⁹⁹ Ibid.

²⁰⁰ Documento mesas territoriales Usme 2009. Disponible en magnético

²⁰¹ Ibid.

- **Microterritorios SASC en el territorio Comuneros202**

MICROTERRITORIOS TENERIFE Y MARICHUELA

El proceso realizado en los núcleos de gestión de los microterritorios de Tenerife y Marichuela, en un inicio en el año 2007 fue separado, en donde se adelantaron actividades relacionadas con medio ambiente y otras problemáticas presentes en los dos territorios. Posteriormente y viendo que los territorios están geográficamente unidos y se manejaban las mismas problemáticas, la comunidad participante, en consenso con los Equipos Básicos de Salud Familiar y comunitaria, toman la decisión de trabajar unidos en un espacio de participación para aunar esfuerzos en las actividades que se lleven a cabo en los dos territorios, sobre todo con lo relacionado con la contaminación de la ronda de la quebrada Yomasa que pasa por los dos microterritorios.

Durante este proceso han participado representantes de los barrios Monteblanco, Tenerife I, Tenerife II, Valles de Cafam I y II y Montevideo, además de algunos participantes del proyecto UEL 090 "Círculos de vida Saludable", de los barrios Tenerife I y Montevideo. En el núcleo de gestión predomina el ciclo vital de Adultez y en cuanto al género es mixto. En este núcleo de gestión se ha contado con la participación de diferentes Instituciones, empezando por quienes han liderado todo el proceso que son el Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria del Ámbito Familiar, por medio del programa Salud a su Casa, JAC, LIME, Acueducto y la oficina de participación social.

Las problemáticas identificadas por parte de la comunidad se encuentran relacionadas con la contaminación de la ronda de la Quebrada Yomasa, presencia de vectores (zancudos, moscas, ratas, malos hábitos higiénicos de la vivienda, mala utilización del tiempo libre y el ocio en los niños y adolescentes, consumo psicoactivos, aumento de población canina, inadecuada tenencia de mascotas (perros), aumento de embarazos en adolescentes

MICROTERRITORIO LORENZO ALCANTUZ

En el año 2009 en este Microterritorio se realizaron núcleos de gestión con una periodicidad mensual en el salón comunal Sucre, con los líderes comunitarios de los barrios Sucre, Usminia, Villa Anita, Brazuelos, Mortiño, Lorenzo Alcantuz, Bosque Limonar, Espino, Villa Israel, y Nuevo San Luis.

Las problemáticas identificadas fueron el manejo inadecuado de residuos sólidos y la poca conciencia ciudadana para responsabilizarse del problema, presencia de vectores, presencia de lotes baldíos sin cercamiento, inseguridad y falta de participación activa de la policía en el Microterritorio, presencia de caninos, consumo y expendio de sustancias psicoactivas.

A continuación se presentarán hallazgos específicos para cada una de las etapas del ciclo vital en el territorio social Comuneros.

ETAPA DE CICLO VITAL INFANCIA

El proyecto Salud al Colegio desarrolló sus intervenciones en este territorio con las siguientes instituciones educativas: Colegios Comuneros Oswaldo Guayasamín, Fernando González Ochoa, Chuniza, Atabanzha, Tenerife, Eduardo Umaña Mendoza, Ofelia Uribe de Acosta, Miguel de Cervantes Saavedra, Luis Eduardo Mora. Jardines: Casa Vecinal Comuneros, Casa Vecinal Monteblanco y Casa Vecinal Lorenzo Alcantuz. Es este trabajo, el equipo SAC pudo identificar dificultades como: poca actividad física, pérdida del tiempo libre, inadecuada alimentación, problemas del cuidado con el medio ambiente, la falta de compromiso por parte de los padres en llevar a los hijos para el

202 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Ámbito Familiar. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Desde el ámbito comunitario en este territorio se tienen mayores acciones con población perteneciente a la etapa del ciclo vital juventud. Según los hallazgos en las lecturas de necesidades realizadas en los grupos u organizaciones, los jóvenes refieren la falta de oportunidades laborales, así como escaso acceso a la educación superior. Por otra parte el consumo de sustancias psicoactivas, inadecuado manejo del tiempo libre, violencia intrafamiliar.

Se recalca la importancia de abordar el tema concerniente al proyecto de vida, cualificación de competencias y habilidades en el área laboral, paternidad y maternidad responsable y terminación de proceso escolar. Por tal razón dicha población solicita ampliar el abordaje en todo lo relacionado con salud sexual y reproductiva²⁰³.

Como problemáticas representativas se evidencia el aumento de adolescentes gestantes quienes tienen un bajo poder adquisitivo, además de la falta de acceso oportuno a servicios de salud. El bono alimentario, al cual tiene acceso el núcleo familiar de esta población, no cubre los requerimientos nutricionales de esta etapa.

ETAPA CICLO VITAL ADULTEZ

Dentro de esta etapa del ciclo vital, se ha manifestado por parte de las instituciones, el poder generar más trabajo con los padres de familia, la generación de escuelas de padres que permitan potenciar las siguientes temáticas: Pautas de crianza, factores protectores, factores de riesgo, como hablar de salud sexual con sus hijos, maltrato infantil, y hábitos cotidianos. De igual manera el poder potenciar el compromiso como padres dentro y fuera de las acciones académicas, ya que se está observando que no están apoyando los procesos de sus hijos dentro del hogar ni en la asistencia al colegio para entrega de las notas²⁰⁴.

En cuanto a la población perteneciente a la etapa de ciclo vital *Adultez* el poco consumo de verduras en la alimentación familiar, la discriminación de las verduras en la dieta de las familias y una alimentación inadecuada basada en consumo de carbohidratos, son los problemas que reseñan los participantes de este grupo en lo concerniente a los hábitos alimentarios, problemáticas originadas por el concepto de carestía con el que se refieren a las frutas y las verduras, a patrones culturales de alimentación y a falta de asesoría en este tema; dejando como consecuencias para la salud enfermedades crónicas no transmisibles y que los participantes mencionan tales como la obesidad, los altos niveles de colesterol, la anemia y la diabetes.

También aducen que los mayores problemas que enfrentan en el tema de Actividad Física hacen alusión a la falta de escenarios recreo-deportivos en la zona o el lamentable estado en el que se hallan los existentes, además del poco interés que despierta en los participantes realizar actividad física, lo cual conlleva como efectos de esta situación los participantes refieren el aumento de personas con obesidad, la fatiga y las enfermedades de tipo osteomuscular. Por otra parte, consideran que la falta de valores familiares, que se materializa en la falta de respeto entre las familias y vecinos, la desunión familiar y la intolerancia en las familias destacan como los mayores problemas que enfrenta la comunidad en este momento; ven con mayúscula preocupación la segregación de las familias por causa de estas situaciones.

Refieren que existe inseguridad en los barrios, específicamente en los parques, que están siendo tomados por bandas de micro tráfico de alucinógenos (conocidos como jíbaros) y los consumidores de este tipo de sustancias. Y además problemas de tipo ambiental como es el manejo de residuos

203 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

204 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al colegio. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

sólidos. Finalmente detallan la importancia que tiene la falla presente en el sistema de salud en relación a la falta de acceso a estos servicios. Aunque no es prioritario, se han identificado prácticas alimentarias que no dan lugar al consumo de frutas y verduras para el caso de la etnia Pijao. La presencia de líderes politizados o clientelistas y su consecuente secuela en los procesos organizativos en el nivel local, han llevado a la fragmentación o dispersión de la comunidad étnica que, en algunos casos, ya no le apuesta a la organización comunitaria como medio para el mejoramiento en su calidad de vida²⁰⁵.

En lo relacionado con la participación, los habitantes que desde las instituciones que intervienen en el territorio hay un desconocimiento de las organizaciones comunitarias y sociales presentes en el territorio y de parte de las comunidades también con respecto a la respuesta institucional, evidenciando que existen falencias en los procesos de información y, en consecuencia, los habitantes no se pueden beneficiar de los programas y proyectos que ofrecen las instituciones locales y distritales. Este desconocimiento implica a su vez, que las comunidades no puedan realizar control social frente a los recursos que se invierten en el territorio, por ello manifiestan que el erario es manejado de forma corrupta, acrecentado por la inexistencia de líderes idóneos que se comprometan a verificar el cómo se están manejando los recursos públicos²⁰⁶.

En coherencia, las comunidades indican que no se les reconoce como ciudadanos y que la participación que ofrecen las instituciones se limitan a la consulta y legitimación, nunca se dirige a la decisión y el seguimiento²⁰⁷.

De otra parte, desde la comunidad se plantea que en su interior también hay factores que limitan los procesos de participación efectiva, entre ellos la individualidad, la falta de solidaridad, falta de comunicación, tanto en socialización de la información como en los medios para hacerlo, deficiencia en los procesos organizativos de base, la falta de compromiso y continuidad en los procesos; además se sigue identificando la importancia de un líder que gestione las respuestas de las instituciones ante las necesidades comunitarias, pero que dadas las condiciones de participación, que exigen una cantidad de tiempo excesivo, se dificulta en tanto las personas destinan la mayor cantidad de tiempo a las actividades productivas²⁰⁸.

En general se puede indicar que las personas que se encuentran en la adultez, leen su realidad a través de los otros ciclos vitales, dando preponderancia al papel de proveedores y su rol familiar de socializador, opacando sus necesidades como un individuo en continua construcción²⁰⁹.

PERSONA MAYOR²¹⁰

Por último en el territorio de comuneros, para la etapa de ciclo correspondiente a **Persona Mayor o Vejez**, se determinó que en esta población la soledad no deseada es prevalente, afectando la salud mental con base a su estado emocional de tristeza ante el abandono de la familia, el déficit cognitivo como el estado de la función mental superior de la memoria siendo efecto del envejecimiento., la falta de reconocimiento de habilidades y herramientas sociales, el débil reconocimiento del adulto como sujeto de derechos limitando su desarrollo integral. Por otra

205 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

206 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Gestión Local. Documento de análisis de la lectura de realidades comunitarias, etapa de ciclo vital adultez 2008. [Disponible en magnético]

207 Ibid.

208 Ibid.

209 Ibid.

210 Hospital de Usme I Nivel E.S.E, Comunidades saludables. Informe Final Fortalecimiento de Tejido Social Persona Mayor, 2009.

parte la percepción de violencias como el maltrato y la falta de comunicación familiar, inseguridad, falta de espacios para el desarrollo de la actividad física, proyecto de vida, incompreensión, y el desconocimiento de redes de apoyo. No se tiene acceso a alimentos saludables, lo que conlleva a la prevalencia de enfermedades crónicas. La contaminación ambiental de las basuras y alcantarillados en mal estado, aumenta su situación de alto riesgo de enfermedad²¹¹.

Club Comuneros:

El Club Comuneros Saturnino Sepúlveda es un grupo conformado por Personas Mayores habitantes de la UPZ Comuneros y Alfonso López, moradores de los barrios Comuneros, Nuevo Portal, Casa Loma, El Brillante, El Virrey, Charalá, El Tuno, Chapinerito y Bellavista; cuyo lugar de encuentro es el salón comunal Comuneros. A este grupo pertenecen 45 personas, de las cuales el 86.6% son mujeres y sólo un 13.4% hombres. Dentro de las ocupaciones señaladas por sus integrantes se encuentran: ama de casa (trabajador familiar sin remuneración), comerciante y electricista (trabajador independiente por cuenta propia). Se caracterizan por su compromiso y responsabilidad frente al proceso que se inició con este grupo desde el 2009, así como por su diligencia para el desarrollo de las actividades programadas y dentro de sus fortalezas se pueden señalar la solidaridad y el trabajo en equipo.

Es importante mencionar que este grupo es coordinado por la Junta de Acción Comunal del barrio Comuneros, cuyo apoyo y compromiso ha facilitado el trabajo realizado con los integrantes del mismo. Dentro de los hallazgos encontrados, en el proceso de lectura de necesidades, realizado en articulación con salud mental se pueden mencionar la identificación de problemáticas relacionadas con la contaminación ambiental y la inseguridad, de las cuales se señalaron como causas la falta de una cultura de cuidado y protección del medio ambiente, recolección inadecuada de basuras y falta de recolección canina “*porque los perros rompen las bolsas y se riegan las basuras*”, como causas de inseguridad, se mencionan los robos y atracos en ciertos sectores de la localidad “*Robos, atracos para nuestros hijos que llegan heridos*”. Como consecuencias se establecen los efectos negativos en las condiciones de vida y salud de las personas mayores, las cuales expresan: “*Nos afecta la salud y en lo económico, porque vivimos estresados*”. Las diferentes formas de maltrato contra los integrantes de este grupo poblacional, se identifica como una problemática, el cual menciona dentro de sus causas los conflictos intrafamiliares reflejados en la “*Incompreensión por falta de cariño y comunicación con nosotros.*”. Se mencionan principalmente situaciones que afectan la salud mental de los mayores: tristeza, soledad, depresión y estrés.

El estado de soledad no deseada y abandono en el cual se encuentran algunas personas mayores, se reconoce en los integrantes del grupo comuneros como un problema que afectan la salud y la calidad de vida de las personas mayores, y que surge de la falta de reconocimiento del adulto como sujeto de derechos, la falta de afecto e intolerancia dentro del entorno familiar, generando situaciones que inciden de manera negativa en el desarrollo integral y la salud mental de las personas mayores.

Fundación Regreso de Emús:

La Fundación El Regreso de Emús tiene como objetivo el apoyo nutricional a las personas mayores, a través de la gestión realizada con el Banco de Alimentos y la pastoral social; de igual manera su interés es promover en las personas mayores hábitos de vida saludable y prácticas de auto cuidado. Dentro de las características del grupo se encuentran el compromiso, el trabajo en equipo y la diligencia al realizar las tareas establecidas dentro de la sesión. En este sentido es

211 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

importante mencionar que el respaldo e interés de la coordinación de dicha Fundación ha sido fundamental para el desarrollo de las acciones realizadas dentro de la intervención desde el año 2009.

Participan en las actividades realizadas 20 personas mayores, integrantes de esta fundación, los cuales son habitantes de los barrios el Virrey, Serranías, Villas de Israel, Antonio José de Sucre, Lorenzo Alcantuz, Monteblanco, y Villa Anita. Sus edades oscilan entre los 58 y 80 años de edad, es importante mencionar que se da una mayor participación de las mujeres con un 87% del total de los asistentes. Dentro de las actividades a las que se dedican se encuentran: amas de casa, vendedores informales, empleada doméstica, costurera y reciclador.

En este grupo se realizan actividades de manera conjunta con el programa Tu Vales, en el marco de las acciones por el grupo interdisciplinario que hace parte de este equipo donde se desarrolla proceso de lectura de necesidades, del cual se obtienen como resultado las siguientes problemáticas.

Alimentación inadecuada por parte de las personas mayores, que incluye una dieta basada en carbohidratos, y el déficit en el consumo de frutas y verduras, cuyas causas se fundamentan en el alto costo con el que se relacionan alimentos de la canasta familiar, falta de orientación y patrones culturales frente a la alimentación. Dentro de los efectos establecidos, se señalan aumento de enfermedades como obesidad, hiperlipidemia, anemia y diabetes. En segundo lugar, se identifica como problemática el déficit de espacios adecuados para la práctica de actividad física en las personas mayores, relacionado con el mal estado en el que se encuentran estos escenarios. De otra parte, el desinterés por el desarrollo de actividad física en la cotidianidad por parte de este grupo poblacional, dentro de las causas mencionadas por los participantes se encuentran la apatía por integrarse y participar en los programas existentes, la falta de organización entre vecinos para practicar actividad física y el déficit en el fomento de la misma en las etapas tempranas del desarrollo. Las consecuencias establecidas para esta problemática se relacionan con efectos negativos en las condiciones de salud de los mayores, especialmente asociados a la presencia de patologías, dentro de las cuales se mencionan la obesidad y enfermedades osteomusculares.

Finalmente, los conflictos intrafamiliares relacionados con falta de valores familiares, de respeto entre integrantes de las familias y vecinos y la intolerancia, son identificados como problemáticas sociales y se percibe preocupación por la desintegración familiar como consecuencia de los problemas mencionados. Dentro de las causas expuestas se encuentran la falta de unión entre la familia y vecinos, el escaso tiempo y de poca calidad en el que se comparte con la familia y la falta de solidaridad y como efectos se mencionan el abandono de la población vulnerable, que incluye infantes y personas mayores, así mismo la soledad no deseada.

3.4.3 Expresiones de la relación territorio – población

En este apartado se presentan por ahora los daños en la salud, expresados en enfermedades o traumas, evidenciados a través de la morbilidad por Centro de Atención del Hospital de Usme que presta sus servicios dentro del territorio social abordado. Se cuenta con 1 IPS, la UBA Lorenzo Alcantuz.

En la tabla 63 se presentan los principales diagnósticos en consulta externa de la UBA Lorenzo Alcantuz para la población en general, encontrando en primer lugar las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 49,99%, seguido de otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 9,24% y en tercer lugar las personas que presentan caries dental con un 8,48%.

Tabla 63. Principales Diagnósticos En Consulta Externa UBA Lorenzo Alcantuz Población General

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS EN CONSULTA EXTERNA UBA LORENZO ALCANTUZ					
N. DE ORDEN	DIAGNOSTICO - CAUSA	F	M	Total general	%
1	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	4792	2922	7714	49,99
2	Caries dental	825	483	1308	8,48
3	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	817	609	1426	9,24
4	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	753	350	1103	7,15
5	Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	747	N.A	747	4,84
6	Atención para la anticoncepción	565	33	598	3,88
7	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	564	333	897	5,81
8	Personas en contacto con los servicios de salud por otras razones	492	200	692	4,48
9	Gastritis y duodenitis	449	182	631	4,09
10	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	315	N.A	315	2,04
TOTAL		10319	5112	15431	100,00

Fuente: Hospital de Usme I Nivel ESE. Oficina de Estadística. Base de datos RIPS año 2009.

A continuación se presentan algunos datos relevantes respecto a la salud de los habitantes del territorio Comuneros para el año 2010²¹²: En cuanto al PDA de SSR se atendieron 154 mujeres gestantes del ciclo vital juventud en la IPS de este territorio. En cuanto al Programa de CCU durante el periodo enero – julio de 2010 se han tomado 43 citologías de las cuales 2 han presentado anomalías celulares a las cuales se les realiza seguimiento y remisión a II o III nivel de atención dependiendo de la severidad de la lesión.

Preocupa el hecho de que en este territorio solo se encuentra en servicios 1 IPS y este no presta servicio de salud mental, lo cual evidencia la desprotección de esta población frente a esta situación también hay un incremento en la población atendida en salud mental en los territorios Gran Yomasa y Alfonso López donde hay exceso de población en este servicio.

3.4.4 Núcleo problemático territorio Comuneros

Primer Núcleo: Inadecuadas condiciones ambientales y de movilidad relacionadas con el carácter de territorio en expansión, reflejadas en la contaminación de fuentes hídricas por vertimiento de aguas servidas y aguas residuales, la disposición incorrecta de escombros y el bajo desarrollo de equipamientos urbanos y malla vial afectando a la población residente.

- **Descripción del núcleo**

Con relación a lo ambiental, afecta a todas las etapas del ciclo vital, se observa contaminación de

212 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito IPS. Documento aporte al Diagnóstico Local 2010. [Disponible en magnético]

las quebradas Chuniza y Yomasa por el vertimiento de aguas servidas, específicamente en barrios como Antonio José de Sucre, Usminia, Tenerife y Marichuela²¹³. Es evidente la contaminación por los residuos de trituradoras de material pétreo ubicadas en la hacienda Canta Rana. Como puntos críticos por disposición inadecuada de escombros en la UPZ se tienen reportes, en los barrios Uval, Tenerife y Brazuelos²¹⁴. Los habitantes de este territorio se encuentran expuestos a los gases emanados del relleno sanitario Doña Juana. Estos hallazgos respecto a la afectación de tipo ambiental aquejan a todas las etapas del ciclo vital, generando enfermedades sobre todo de tipo infeccioso y alérgico, atacando los sistemas gastrointestinal y respiratorio. (Ver Mapa 19).

La comunidad habitante de este territorio en varios espacios ha manifestado como una de sus principales problemáticas es el tema de la movilidad, haciendo énfasis en el estado de las vías y el seguimiento a la priorización de vías a intervenir.

Puntualmente en lo que la comunidad identifica como sus principales problemas de salud están: la apatía por parte de los padres de familia en acudir al odontólogo con sus hijos y el cultivar las prácticas cotidianas de higiene, generando enfermedades de la cavidad oral y por otra parte se encuentra el aumento de adolescentes gestantes, quienes tienen un bajo poder adquisitivo, así mismo el bono alimentario al cual tiene acceso el núcleo familiar de esta población no cubre los requerimientos nutricionales de esta etapa.

Segundo Núcleo: Concentración de poblaciones migrantes al distrito en condiciones de alta fragilidad socioeconómica y con situaciones problemáticas de salud mental agravadas por relaciones inadecuadas con el sector institucional y una escasa comprensión de la alteridad por parte del contexto receptor.

- **Descripción del Núcleo**

Hablando particularmente de la población afrocolombiana habitante de este territorio, sobre todo en los colegios, se han evidenciado prácticas sociales que segregan a los estudiantes frente al racismo, generando aislamiento social y que poco a poco haya menor autorreconocimiento de los niños en los grupos étnicos.

En el territorio se evidencia baja sostenibilidad económica de las familias, por ingresos deficientes, escasa oferta laboral y es así como los jóvenes refieren falta de oportunidades laborales y poco acceso a la educación superior y además no hay optimización ni adecuada distribución de los recursos económicos para la adquisición de alimentos de alto valor biológico.

Respecto al tema de participación, la comunidad percibe como barrera para una participación efectiva, la creciente individualidad, la falta de solidaridad, falta de comunicación, tanto en socialización de la información, como en los medios para hacerlo-, deficiencia en los procesos organizativos de base, la falta de compromiso y continuidad en los procesos, y un total desconocimiento de las organizaciones comunitarias y sociales presentes en el territorio y con respecto a la respuesta institucional. La comunidad de este territorio también resalta que no se les reconoce como ciudadanos y que la participación que ofrecen las instituciones se limitan a la consulta y legitimación, pero nunca se dirige a la decisión y al seguimiento²¹⁵.

Tercer Núcleo: Deterioro de tejido social por persistentes prácticas violentas en los escenarios barrial y familiar que se reflejan en la vinculación de población juvenil a pandillas, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar que afectan la

²¹³ Diagnóstico Ambiental de las Localidades, elaborado por el DAMA en el año 2006

²¹⁴ Comité Local de Emergencias

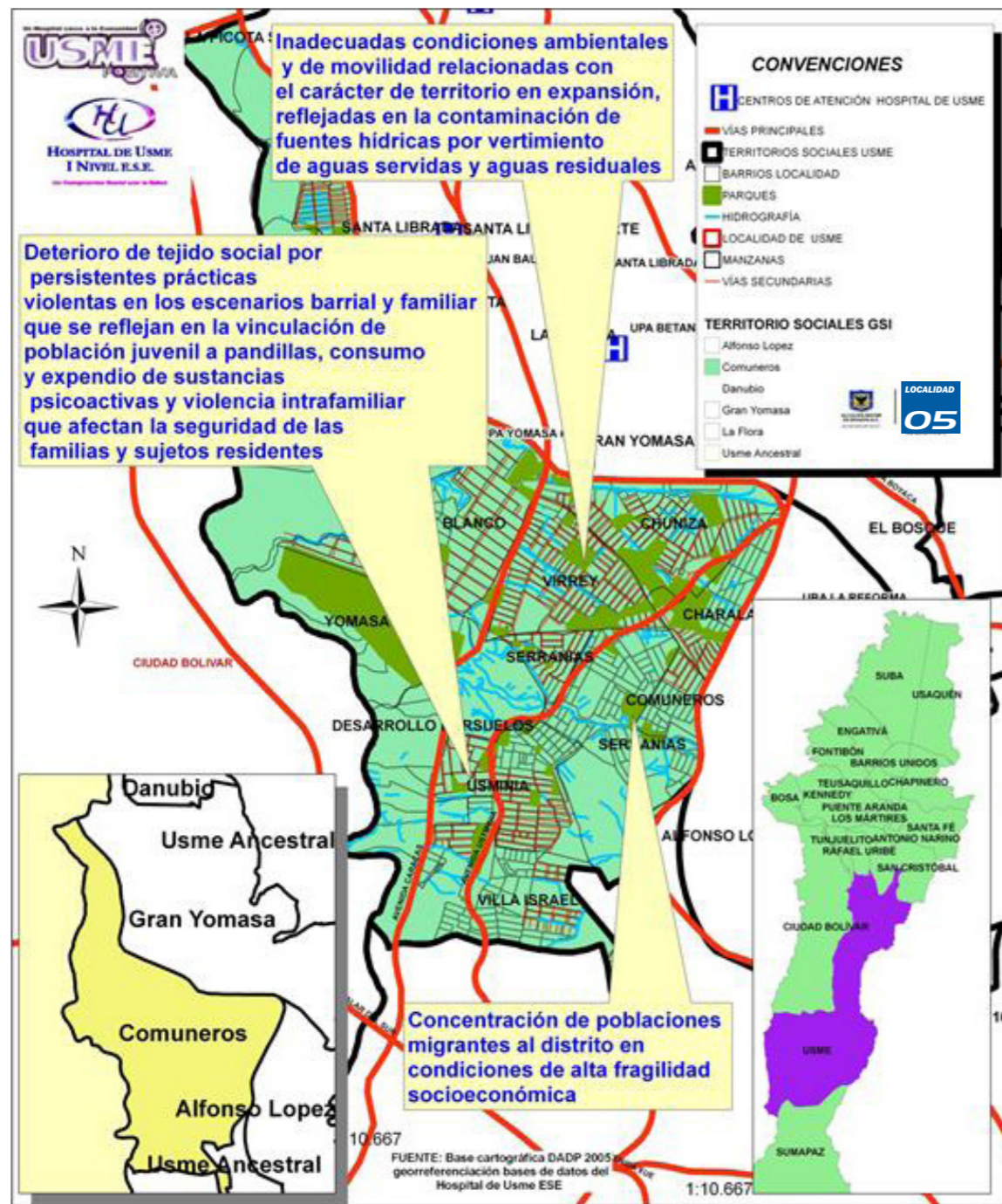
²¹⁵ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Gestión Local. Documento de análisis de la lectura de realidades comunitarias, etapa de ciclo vital adultez 2008. [Disponible en magnético]

seguridad de las familias y sujetos residentes.

- **Descripción del Núcleo**

La etapa del ciclo vital más involucrada en consumo de sustancias psicoactivas y delincuencia común es la de juventud, lo cual ha generado inseguridad en los barrios, específicamente en los parques, que están siendo tomados por bandas de micro tráfico de alucinógenos (conocidos como jíbaros) y los consumidores de este tipo de sustancias. Por otro lado, en esta Upz se utilizan lotes desocupados para reunir jóvenes e instarlos al consumo de psicoactivos, claro ejemplo es el caso del barrio el Brillante que por su difícil acceso no cuenta con la participación de las autoridades hecho que facilita mucho más estas prácticas. (Mapa 19).

Mapa 19. Núcleos Problemáticos Territorio Social Comuneros. Localidad de Usme



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005.

• **Potencialidades**

1. Instituciones educativas distritales Fernando Gonzales Ochoa, Los Comuneros Oswaldo Guayasamín, Chuniza, Atabanza, Tenerife Granada Sur, Eduardo Umaña Mendoza,

Ofelia Uribe de Acosta, Miguel de Cervantes Saavedra, Luis Eduardo Mora, Valles de Cafam

2. Jardines: Casa Vecinal Comuneros, Casa Vecinal Monteblanco y Casa Vecinal Lorenzo Alcantuz

3. Cuatro comedores ubicados en los barrios Chuniza, villa alemana, Lorenzo Alcantuz y Líbano.

4. Juntas de Acción Comunal, líderes comunitarios y fundaciones como Terre de hommes y Fundación Regreso de Emaus quienes trabajan en pro de las necesidades buscando fortalecer y potencializar las habilidades en la mejora de calidad de vida. Club Comuneros

5. La presencia de la Secretaría Distrital de Integración social a través de los diferentes programas como el proyecto años dorados y comedores comunitarios quienes brindan una ayuda alimentaria y nutricional, además de permitir la articulación con los profesionales del hospital para fortalecer el tejido social con los usuarios del mismo.

6. Los distintos grupos conformados e integrados por personas de las diferentes etapas de ciclo vital, representan redes de apoyo fundamentales en las cuales la interacción de los diversos actores, genera acciones tendientes a brindar herramientas para el desarrollo humano y comunitario, así como juegan un papel importante en la promoción de la salud mental, en especial de la población vulnerable.

7. Como principales logros del trabajo en esta mesa territorial se destacan: Acercamiento a las dinámicas comunitarias acogiendo sus prioridades y formas de actuación, comunicación eficiente de las instituciones con la comunidad, reconocimiento del territorio por parte de actores clave.

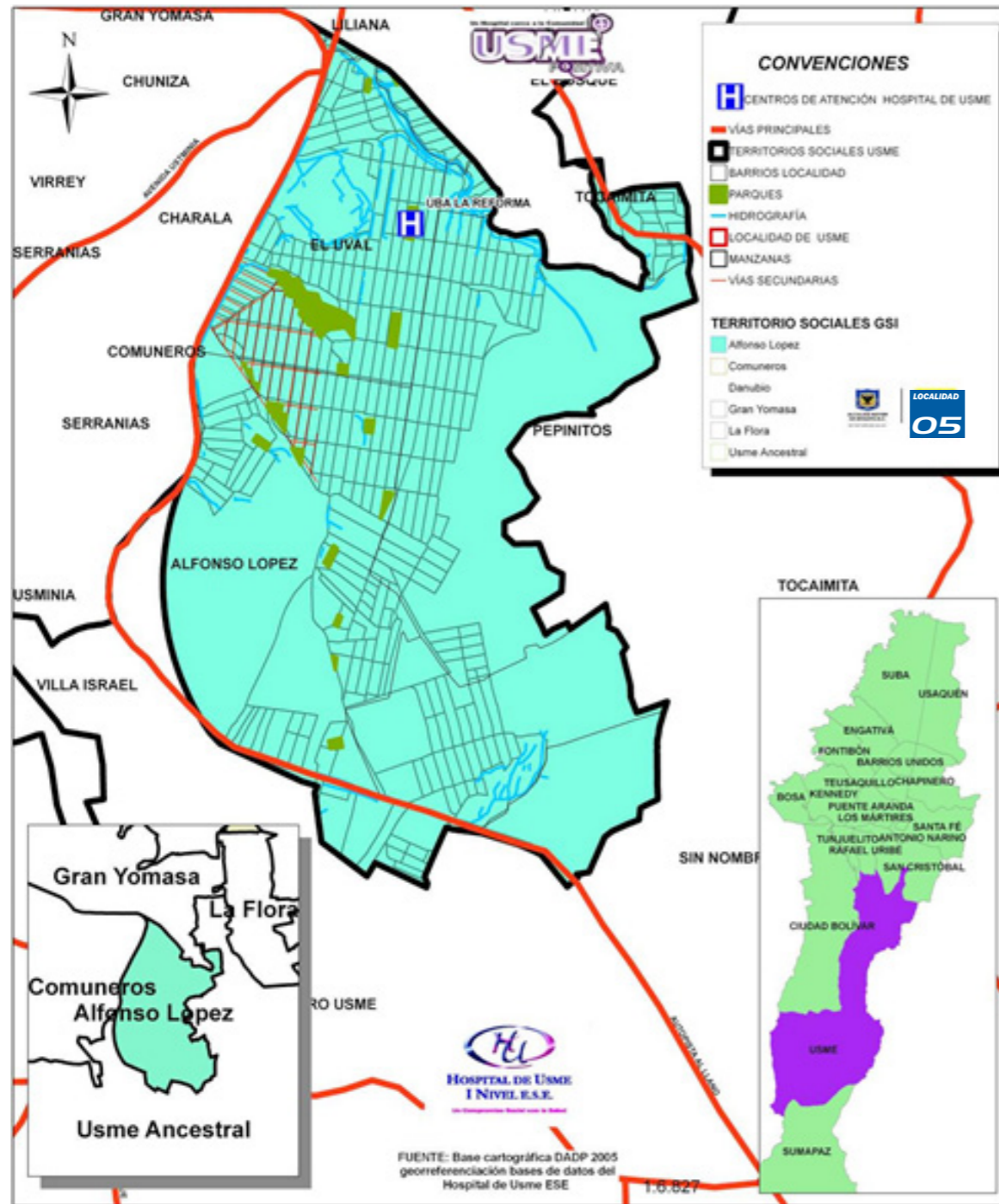
3.5 Territorio social Alfonso López (UPZ 59)

3.5.1 Territorio – población

La UPZ Alfonso López, ubicada en el costado sur de la localidad, tiene una extensión total de 233.54 hectáreas de las cuales el 0.85% son áreas protegidas de suelo urbano, el 28.61% suelo de expansión y el 0.76% zonas sin desarrollar. Limita al norte con las quebradas Yomasa y El Muerto, al oriente con el Parque Entre Nubes, al sur con la autopista al Llano y con los desarrollos Brisa del Llano, El Uval y La Huerta; y al occidente con la autopista al Llano. La zona urbana de la UPZ, limita con el cerro Cuchilla del Gavilán, el cual hace parte del Parque Ecológico Distrital Entrenubes, factor que ha favorecido la ubicación de asentamientos urbanos no regulados en los perímetros de la zona urbana.

La UPZ está integrada por 27 barrios: Nuevo Progreso, Nuevo Porvenir, Alborada, Villa Hermosa, Puerta al Llano, Puerta al Llano II, Refugio I, Refugio II, Triángulo, Portal de la Vega, Portal del Oriente, Portal del Divino, Nuevo Portal, El Paraíso, Portal I, Portal II, El Progreso Usme, Uval I, Uval II, Portal del Divino, Brisas del Llano, La Huerta, Alfonso López sector Buenos Aires, Alfonso López sector Charalá, Alfonso López sector el progreso, La Reforma y Orquídeas. (Ver Mapa 20).

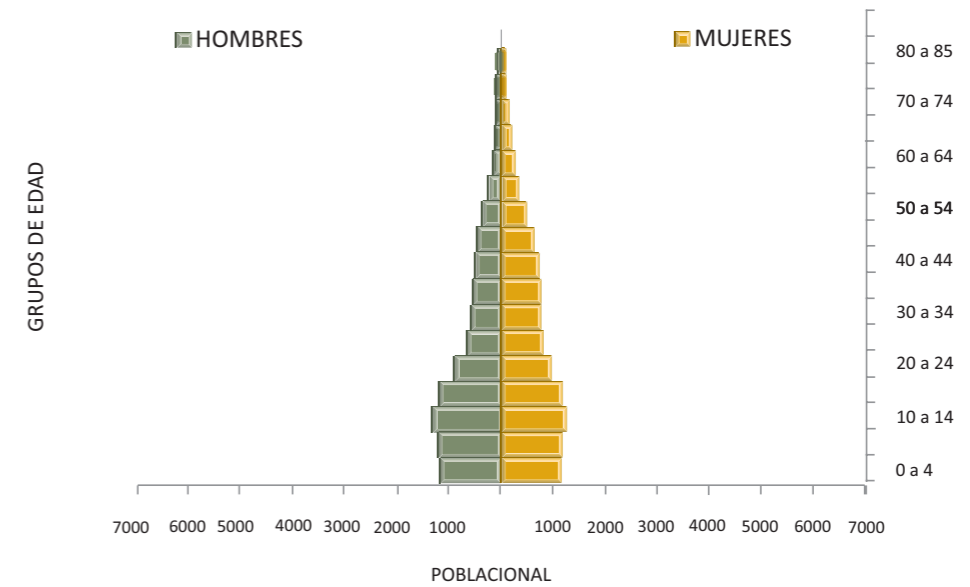
Mapa 20. Territorio Social Alfonso López



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

un 50.37% y un 49.62% respectivamente. (Gráfica 19).

Gráfico 19. Pirámide Poblacional UPZ Alfonso López



Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005; Proyección 2009

Como se observa en la tabla 64, la etapa de ciclo vital que más habitantes aporta a este territorio es la de juventud con un 39,27%, seguida de adultez con un 33,98%, luego se encuentra infancia con un 21,74% y en último lugar persona mayor, que representa el 4,98%.

Tabla 64. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Alfonso López 2009

ETAPA DE CICLO VITAL	Total	Hombres	Mujeres
INFANCIA	10209	5314	4895
JUVENTUD	18440	9251	9189
ADULTEZ	15955	7647	8308
P MAYOR	2342	1087	1255
TOTAL	46946	23299	23647

Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005, proyección 2009

3.5.2 Consecuencias de la interrelación territorio – población

En la UPZ 59, en el barrio El Uval, se encuentra ubicado el matadero El Triunfo, que a pesar de cumplir con lo estipulado en el Plan de Ordenamiento Territorial, por uso de suelo y ser objeto de vigilancia por parte del INVIMA, representa un factor de riesgo para la comunidad por la generación de olores ofensivos y proliferación de vectores.

La quebrada Yomasa, recibe las aguas servidas del sector, favoreciendo la proliferación de vectores y roedores.

El barrio Nuevo Porvenir se identifica como punto crítico por disposición inadecuada de escombros²¹⁶.

En el ámbito familiar, se ha identificado que la problemática más frecuente en los microterritorios El Uval, Nuevo Porvenir y Puerta al Llano, es el manejo inadecuado de los residuos al interior de la vivienda, por sus condiciones de almacenamiento.

Respecto a las intervenciones desarrolladas por el ámbito comunitario en el año 2009, se adelantó un proceso con miras al desarrollo de temáticas en Salud Ambiental, que vinculó a la etapa de ciclo vital adultez, abordando una asociación de madres comunitarias miembros del ICBF. Se evidencia en el grupo un desconocimiento y ausencia de acciones afirmativas frente a las problemáticas ambientales comunes a otras zonas de la localidad, como son mala disposición de residuos sólidos y malgasto del recurso hídrico.

En el barrio Chapinerito de la **UPZ Alfonso López** se ubican quienes convergen en ASOVENCHAPI asociación conformada por 40 vendedores informales del barrio Chapinerito, en la entrada principal de éste, dedicados a la venta informal de productos como alimentos perecederos y preparados, así mismo misceláneos.

Según información suministrada por la transversalidad de desplazados, se identificaron en este territorio 27 familias en el 2007, 44 familias en el 2008 y 140 personas distribuidas en 45 familias.

Este es el territorio que más concentra población en situación y en condición de desplazamiento debido a su ubicación en la entrada suroriental del distrito, al oriente de la Autopista al Llano. Si tenemos en cuenta que una alta proporción de la población desplazada proviene de las regiones suroccidental y suroriental del país y su vía de acceso al distrito es la Autopista al Llano, esta cobra importancia como arteria de movilidad de la capital y el territorio como receptor de las diferentes poblaciones migrantes sean desplazadas de manera forzada o voluntaria.

Se suman otros aspectos del territorio como la existencia de un alto número de predios baldíos, la relativa proximidad de la oferta institucional, la disposición de espacios habitacionales a bajo costo, la preservación de dinámicas productivas de tipo rural y el fácil acceso sea por la Autopista al Llano o por las múltiples rutas de transporte público del distrito.

En los procesos de formación a las organizaciones o grupos de población desplazada en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque diferencial de atención establecido por el marco normativo generando la apropiación de nuevos conocimientos, habilidades y generando la conformación de redes sociales con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida de sus integrantes, se concentra la Corporación Sin Muros, donde fueron abordadas 27 personas, distribuidas así: 21 en situación de desplazamiento y 8 receptoras, 10 son hombres y 19 mujeres tan sólo 3 son afrodescendientes. 7 son cabeza de hogar. 7 son infantes, 7 jóvenes, 11 adultos y 2 personas mayores.

Desde la intervención que busca acompañar la inclusión de la perspectiva diferencial en la atención de los niños, niñas y jóvenes en situación de desplazamiento en el contexto escolar a partir de la implementación de procesos pedagógicos en las instituciones educativas y la generación de procesos de cambio y adaptación en coordinación con el componente de promoción de la inclusión social y garantía de derechos se identificaron 144 personas en la etapa de infancia correspondientes a 76 niños y 68 niñas y 89 jóvenes correspondientes a 51 hombres y 38 mujeres.

Respecto a seguridad alimentaria y nutricional se presenta la siguiente información relevante para este territorio: el 17,3% de las familias caracterizadas desde el 2004 hasta el 2008 manifestaron que tuvieron que reducir la cantidad de alimentos de las comidas de los niños (as) menores de 5 años porque no se tuvo suficiente dinero para comprar alimentos.²¹⁷

216 Comité Local de Emergencias - Usme

217 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Seguridad Alimentaria y Nutricional.

En el 2009 desde el ámbito familiar se trabajaron 3 microterritorios en esta UPZ: Reforma, Puerta al Llano y Uval, desde el ámbito comunitario se realizó trabajo con comedores ubicados en los barrios buenos aires y villa hermosa, las acciones de SAN en el ámbito laboral se llevaron a cabo con los comedores comunitarios Villa Alemania y pioneritos

Se observa además como problemática emergente el bajo consumo de alimentos fuente de hierro, razón por la cual se realiza suplementación con micronutrientes por parte del ámbito escolar en 1 colegio y 2 jardines de esta UPZ, lo cual corresponde a 2717 niños de 0 a 9 años y 550 jóvenes de 10 a 26 años. Como parte de este proceso se realizó sensibilización a la comunidad educativa (docentes, padres de familia, niños), valoración médica y desparasitación, suplementación con micronutrientes (vitamina a y sulfato ferroso) en la población antes mencionada.

Para el año 2009 se intervinieron por parte de las diferentes acciones estratégicas de la ESE, 46 infantes menores de 9 años, 4 personas de la etapa de juventud y 30 adultos entre los cuales hay 10 profesionales de IPS y 10 promotores SASC quienes participaron del curso AIEPI ofrecido por el ámbito comunitario en donde se abordan temas relacionados con nutrición desde acciones de promoción y prevención, las actividades de desparasitación y suplementación, los cursos de maternidad y paternidad en los que se ofrecen recomendaciones de lactancia materna, alimentación complementaria y demás. En general con la población se realizó educación nutricional informal dirigida a la población intervenida en las IEC de SISVAN: *gestantes* con quienes se trabajan los temas referentes a lactancia materna y alimentación durante la gestación. *Menores de 10 años*: alimentación complementaria, cuidados del menor, esquema de vacunación y *recién nacidos*: lactancia materna, alimentación durante la lactancia, cuidados del recién nacido, esquema de vacunación.

Desde el equipo de salud mental del programa Salud al Colegio, en la UPZ Alfonso López, se evaluaron las necesidades de una (1) institución educativa con sede única.

Chuniza – Sede Única – Jornadas M y T

De acuerdo con la actualización de necesidades se logró detectar que los estudiantes están manejando altos niveles de agresividad, el consumo de SPA, pérdida del respeto, falta de tolerancia y violencia intrafamiliar. Los determinantes asociados a estas problemáticas son la baja autoestima de los estudiantes, falta de redes de apoyo y desconocimiento de las existentes, la carencia de un proyecto de vida estructurado y los canales de comunicación intrafamiliar inadecuada.

Esta UPZ es la segunda más extensa de la localidad de Usme se encuentran allí, los micro territorios de Reforma, Uval, Nuevo Porvenir, Bosque y Puerta al Llano. Donde se realizaron en 2009 un total de 167 intervenciones psicosociales de las cuales 39 fueron por conducta suicida lo que pone a esta Upz en segundo lugar con respecto a intentos de suicidio. Algunos de estos barrios de difícil acceso, se evidencia la presencia de expendios, se encuentra diversidad de grupos poblacionales con respecto a los ciclos vitales de infancia y juventud entre los que más se destacan, se focaliza en este territorio mayor auge en población desplazada, en lugares de mayor vulnerabilidad como son los barrios de Tocaimita, Puerta Llano, Refugio, donde se presenta bastante el bajo ingreso económico, desempleo, mujeres cabeza de hogar y bajo nivel cultural y de educación. Los factores de mayor incidencia con 26 casos, son los asociados a problemas con el grupo primario de apoyo y circunstancias familiares separaciones o rupturas familiares, duelos no elaborados, apoyo del núcleo no adecuado.²¹⁸

Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

218 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA Salud mental. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Es importante aclarar que en la UPZ Alfonso López el programa Salud al Colegio no tiene una amplia cobertura. Sin embargo, en los colegios que se implementan acciones de promoción de la actividad física como Eduardo Umaña y Ofelia Uribe, se evidencia que cuentan con una planta física en la que se pueden desarrollar movimientos corporales pero no son aprovechados por la comunidad educativa para tal fin; igualmente hay falta de claridad en el concepto de actividad física y su importancia; por otra parte solo existe el parque villa alemana como espacio externo que permite las prácticas pero su acceso es inseguro. Los aspectos relacionados con la intensidad horaria, y desarrollo curricular son iguales a las otras IED de las demás UPZ²¹⁹.

Las necesidades priorizadas en forma concertada en la mesa territorial Alfonso López son las siguientes: vías y transporte público, violencia en los colegios, consumo de SPA, embarazo en adolescentes, educación ambiental, seguridad, generar proyectos o procesos productivos que beneficien a la comunidad a nivel laboral, falta de equipamientos sociales, culturales y deportivos.

Dentro de los principales logros producto del trabajo en esta mesa territorial se encuentran: líderes comunitarios con conocimiento del proceso, acercamiento comunitario e institucional, difusión masiva de información manejada en la mesa. En su contraparte, como dificultades se ha identificado: incredulidad de la comunidad, Inconstancia de actores participantes, problemas de comunicación entre los líderes comunitarios e instituciones, las expectativas de la comunidad son grandes en relación al aporte de las instituciones.

Otro espacio importante de construcción y de búsqueda de soluciones a las problemáticas encontradas en el territorio son los núcleos de gestión de Salud a Su Casa; a continuación se presenta información relevante como aporte de estos espacios al Territorio Alfonso López:

- **Microterritorios SASC en el territorio Alfonso López²²⁰**

MICROTERRITORIO REFORMA

A comienzos del año 2008 emergió el núcleo de Gestión del microterritorio de Reforma con el objetivo de sensibilizar a la comunidad en la estrategia APS de Salud a su Casa, en el cual se llevó a cabo la participación de Policía, LIME, Hospital de Usme, los presidentes de la junta de acción comunal, líderes comunitarios, comunidad de los barrios Nuevo Progreso, El Paraíso, La Esmeralda, El Progreso, Tocaimita.

En el año 2009 se realizaron cambios en el microterritorio, ya que para ello el núcleo de gestión también cambiaba la participación de los líderes y presidentes de los barrios que comprendía ese mismo. Por georreferenciación se realizó el cambio del barrio Tocaimita al microterritorio de Bosque por cercanías a los barrios que corresponde a este microterritorio.

Durante todo el periodo 2009, empezando el primer semestre se realizaron jornadas solicitadas por medio de los núcleos de gestión: vacunación canina, jornadas de salud con atención a población en general, capacitación, a finales del primero y comienzos de segundo semestre surgió la problemática de inseguridad en el microterritorio, no había seguridad para los funcionarios del hospital y para ello se suspendieron actividades en ese microterritorio durante aproximadamente 3 meses. A partir del mes de agosto se da inicio de actividades convocando la participación de la comunidad para realizar el acompañamiento de los funcionarios de salud a su casa del hospital de Usme, para ello la comunidad se compromete, finalizando el año 2009 se realizaron capacitación en Deberes y Derechos en salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, AH1N1, Lavado de Manos,

²¹⁹ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Actividad Física. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

²²⁰ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Ámbito Familiar. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Tenencia Adecuada de Mascotas.

Debido a esto el núcleo de Gestión presentó una decaída, ya que se disminuyó la participación de la comunidad debido al cierre del microterritorio y la creencia que el programa había finalizado.

MICROTERRITORIO NUEVO PORVENIR

A comienzos del año 2008 emergió el núcleo de Gestión del microterritorio de NUEVO PORVENIR con el objetivo de sensibilizar a la comunidad en la estrategia APS de Salud a su Casa, en el cual se llevó a cabo la participación de Policía, LIME, Hospital, los presidentes de la junta de acción, líderes comunitarios, comunidad de los barrios Nuevo Porvenir, Alborada, Villa Hermosa.

Actualmente contamos con la participación activa de la presidente de Junta del barrio la Alborada, evidenciando la poca participación de los presidentes de las juntas de los barrios aledaños, quien ha estado más en contacto con el programa de Salud a Su Casa del Hospital de Usme, también contamos con la participación de Medio Ambiente, Instituciones, Participación Social integral, FAMI, Línea de Entorno Saludable, LIME, y Policía, otras instituciones.

No se debe olvidar el proyecto realizado en el barrio la Alborada por el equipo de entornos saludables del Ámbito Familiar, que por medio de los espacios de los núcleos realizaron jornadas de limpieza, capacitación el manejo de residuos sólidos, con el apoyo de la comunidad, líderes.

MICROTERRITORIO PUERTA AL LLANO

A comienzos del año 2008 emergió el núcleo de Gestión del microterritorio de PUERTA AL LLANO, con el objetivo de sensibilizar a la comunidad en la estrategia APS del programa Salud a su Casa, en el cual se llevó a cabo la participación de Policía, LIME, Hospital, los presidentes de la junta de acción, líderes comunitarios, comunidad de los barrios Puerta al Llano, Refugio, Triángulo, Portal del Oriente, Nuevo Portal, Portal I, Portal II. En este espacio se identificaron problemáticas ambientales, embarazo de Alto Riesgo Biopsicosocial y jóvenes consumidores de SPA

MICROTERRITORIO EL UVAL

A comienzos del año 2008 emergió el núcleo de Gestión del microterritorio de UVAL, con el objetivo de sensibilizar a la comunidad en la estrategia APS del programa Salud a su Casa, en el cual se llevó a cabo la participación de Policía, LIME, Hospital, los presidentes de la junta de acción, líderes comunitarios, comunidad de los barrios Uval I, Uval II, Portal del Divino, Brisas del Llano, Charalá, La Huerta, Buenos Aires, Orquídeas.

Actualmente se cuenta con la participación activa del presidente de la Junta del barrio Portal del Divino, evidenciando la poca participación de los presidentes de las juntas de los barrios aledaños, quien ha estado más en contacto con el programa de Salud a Su Casa del Hospital de Usme, también contamos con la participación de Medio Ambiente, Instituciones, Participación Social integral, Línea de Entorno Saludable, LIME y Policía, otras instituciones que asisten de manera esporádica.

A continuación se presentarán hallazgos específicos para cada una de las etapas del ciclo vital en el territorio social Alfonso López:²²¹

ETAPA DE CICLO VITAL INFANCIA

En primer lugar se resalta la falta de acciones desde el ámbito comunitario, en el desarrollo de actividades con población perteneciente al ciclo **Infancia** en este territorio. Como problemática en esta etapa de ciclo se encuentra el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar.

ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD

En relación a la Juventud existen procesos de movilización local basados en prácticas asistencialistas que intercambian dinero (auxilios) por participación (asistencia), perpetuando el ya perjudicial sistema paternalista y acentuando problemas tales como el consumo de S.P.A. por parte de Jóvenes. En el caso de Jóvenes Afrodescendientes, son claras las prácticas alimentarias desiguales por género, siendo los hombres los que mayor consumo representan en el hogar pues alimentaria y nutricionalmente cuentan con mayor variedad en su cotidianidad, a diferencia de las Jóvenes Afro que se han permeado por discursos más occidentalizados y dietistas, o por ser las encargadas del “oficio” en el hogar lo que les deja poco tiempo para su alimentación propia.

Igualmente, para la población juvenil afrodescendiente, lo referente a temas de aseguramiento y S.S.R. existe un completo desconocimiento, pues no dimensionan la importancia de estos aspectos y, por tanto, no cuentan con el interés para consultar al respecto. Cabe señalar, que en varios casos, su proyecto de vida contempla contar con núcleos familiares a temprana edad (18 o 19 años) en los que gestan de 3 a 5 niños en promedio.

ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ

En el grupo poblacional **Adulthood** bien sea por una simple división del trabajo (materialismo histórico), o por un uso del poder desigual, se han observado diferentes tendencias a la obediencia por parte de las mujeres hacia los hombres bajo un manto de temor, lo cual sugiere la posibilidad de violencia intrafamiliar. Utilización, en los procesos de crianza, de formas violentas para ejercer el poder en el hogar, particularmente en comunidades Afrodescendientes. Dificultades en el proceso de duelo frente a la situación de desplazamiento que ha perturbado y afectado la salud mental de las integrantes del grupo, percibiendo un estado emocional de tristeza y baja autoestima lo cual afecta su estado de ánimo y repercute en situaciones de conflicto en el entorno familiar. Aplazamiento o ausencia del proyecto de vida por las exigencias del rol asignado, que limita su capacidad de decisión y su desarrollo integral. Finalmente, el desconocimiento y las faltas de orientación frente a la crianza de los hijos (as), las redes de apoyo institucionales y sociales.

ETAPA DE CICLO VITAL PERSONA MAYOR

Al igual que con infancia, en este territorio de GSI no se llevan a cabo en este momento acciones con personas pertenecientes a la etapa de ciclo vital de **Persona Mayor o Vejez**; sin embargo, se logra determinar por las lecturas de necesidades realizadas, la inseguridad en este grupo, problemas en el acceso a servicios de salud, y el abandono al igual que el maltrato.

83. Expresiones de la relación territorio – población

En este apartado se presentan por ahora los daños en la salud, expresados en enfermedades o traumas, evidenciados a través de la morbilidad por Centro de Atención del Hospital de Usme que

²²¹ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

presta sus servicios dentro del territorio social abordado. Únicamente se cuenta con 1 IPS la UPA La Reforma, la cual atiende mucha población lo cual genera malestar en las personas pues las agendas médicas se encuentran a más de 3 días, en muchas oportunidades se ha manifestado la necesidad de tener otra IPS cercana.

En esta UPA como principales diagnósticos en consulta externa encontramos en primer lugar las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 37,13%, seguido por las personas que presentan caries dental con un 15,23% y en tercer lugar tenemos la pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo con un 7,83%.

A continuación se presentan algunos datos relevantes respecto a la salud de los habitantes del territorio Alfonso López²²²:

Para la población que se atiende en la UPA Reforma, frente a las necesidades de salud mental se observan graves disfunciones en los núcleos familiares, debido a situaciones de desplazamiento y factores socioeconómicos que si bien es cierto se presentan en todas las UPZ son más marcados en algunos sectores, siendo Alfonso López uno de los más vulnerables en su población.

En cuanto a la atención de gestantes del ciclo vital juventud corresponde a 295 mujeres en este territorio para lo corrido del año 2010. En cuanto al Programa de CCU durante el periodo enero – julio de 2010 se han tomado 38 citologías de las cuales 1 ha presentado anomalías celulares a las cuales se les realiza seguimiento y remisión a II o III nivel de atención dependiendo de la severidad de la lesión.

3.5.4 Núcleo problemático territorio Alfonso López

Primer Núcleo: Inadecuadas condiciones ambientales y de movilidad relacionadas con el carácter de territorio en expansión, reflejadas en la contaminación de fuentes hídricas por vertimiento de aguas servidas y aguas residuales y el bajo desarrollo de equipamientos urbanos y malla vial afectando a la población residente.

- **Descripción del núcleo**

En este territorio se identifican puntualmente tres problemáticas ambientales que afectan la salud de todas las personas pertenecientes a las cuatro etapas del ciclo vital, en primer lugar el matadero El Triunfo, que representa un factor de riesgo para la comunidad por la generación de olores ofensivos y proliferación de vectores, en segundo lugar la quebrada Yomasa, recibe las aguas servidas del sector, favoreciendo la proliferación de vectores y roedores y por último el barrio Nuevo Porvenir se identifica como punto crítico por disposición inadecuada de escombros.

Los habitantes de Alfonso López identifican como una de sus principales problemáticas, el mal estado de las vías y el escaso transporte público, lo que dificulta el acceso a bienes o servicios tanto al interior de la localidad como fuera de ella.

También identifican la falta de equipamientos sociales, culturales y deportivos en todo el territorio, ya que solo cuentan con el parque Villa Alemana. Respecto a las actividades laborales desarrolladas por los trabajadores informales ubicados en este territorio, se encuentran aquellas relacionadas con la confección y manufacturación de maletas, elaboración de artesanías, ventas ambulantes, reciclaje. Existe una relación directa entre el nivel de ingresos y el nivel educativo, la población tiene un nivel educativo bajo y por lo tanto un bajo nivel de ingreso. Se evidencia la falta de organizaciones externas dentro de la localidad que apoyen al trabajador informal, con

²²² Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito IPS. Documento aporte al Diagnóstico Local 2010. [Disponible en magnético]

capacitaciones de fortalecimiento empresarial, en la parte de manejo de economía (obtención de subsidios, créditos, etc.) y sobretodo que ofrezca posibilidades de acceso a recreación y espacios de esparcimiento.

Segundo Núcleo: Concentración de poblaciones migrantes al distrito en condiciones de alta fragilidad socioeconómica y con situaciones problemáticas de salud mental agravadas por relaciones inadecuadas con el sector institucional y una escasa comprensión de la alteridad por parte del contexto receptor

- **Descripción del Núcleo**

En esta UPZ encontramos la mayor concentración de afros de la localidad y respecto a lo laboral, su estructuración es menos organizada por lo que ellos no tienen tiempo para organizarse (según ellos). Los trabajadores informales afros no están asociados y no lo quieren estar por que según ellos trabajando solos están mejor. Se trabajó con ellos en la formación de líderes y en la red de salud y trabajo pero poco a poco fueron desistiendo hasta que no volvieron.

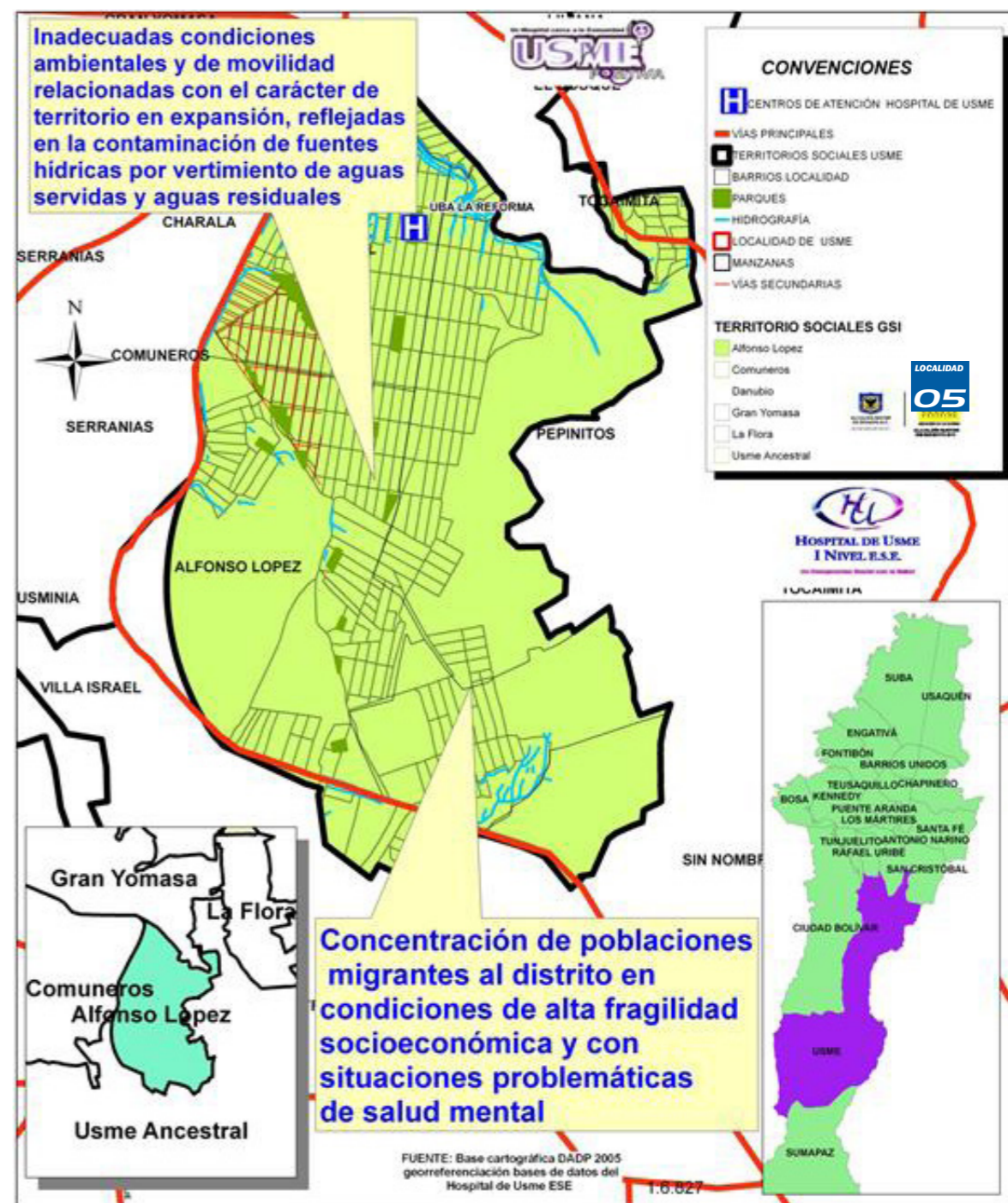
Este es el territorio que más concentra población en situación y en condición de desplazamiento debido a su ubicación en la entrada suroriental del distrito, al oriente de la Autopista al Llano., si tenemos en cuenta que una alta proporción de la población desplazada proviene de las regiones suroccidental y suroriental del país y su vía de acceso al distrito es la Autopista al Llano, esta cobra importancia como arteria de movilidad de la capital y el territorio como receptor de las diferentes poblaciones migrantes sean desplazadas de manera forzada o voluntaria. Se suman otros aspectos del territorio como la existencia de un alto número de predios baldíos, la relativa proximidad de la oferta institucional, la disposición de espacios habitacionales a bajo costo, la preservación de dinámicas productivas de tipo rural y el fácil acceso sea por la Autopista al Llano o por las múltiples rutas de transporte público del distrito²²³.

En esta población, según el PDA de salud mental, se evidencian dificultades en el proceso de duelo frente a la situación de desplazamiento que ha perturbado y afectado la salud mental de los integrantes del grupo, percibiendo un estado emocional de tristeza y baja autoestima lo cual afecta su estado de ánimo y repercute en situaciones de conflicto en el entorno familiar. (Ver Mapa 21).

También se ve con preocupación que es esta UPZ la que ocupa el segundo lugar en la localidad, respecto a intentos de Suicidio; los factores de mayor incidencia con 26 casos, son los asociados a problemas con el grupo primario de apoyo y circunstancias familiares como separaciones o rupturas familiares, duelos no elaborados, apoyo del núcleo familiar no adecuado; también se encuentra la utilización, en los procesos de crianza, de formas violentas para ejercer el poder en el hogar, particularmente en comunidades afrodescendientes²²⁴.

La comunidad habitante de este territorio ve con gran preocupación el incremento de la violencia en los colegios, expresado en altos niveles de agresividad, pérdida del respeto, falta de tolerancia y refieren que todo deriva de la violencia intrafamiliar y el creciente consumo de SPA, incluso en niños a partir de los 8 años; sumado a lo anterior los adultos del territorio ven con bastante inquietud el aumento de embarazos en adolescentes.

Mapa 21. Núcleos Problemáticos Territorio Social Alfonso López



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005.

223 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública. Transversalidad Desplazados. Documento aporte al diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

224 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito familiar – intervención psicosocial. Documento aporte al diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

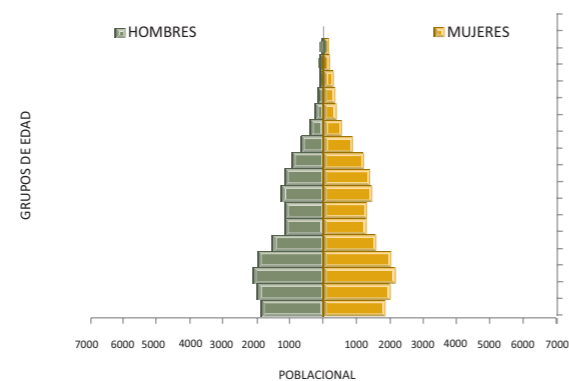
• **Potencialidades**

1. Líderes comunitarios con conocimiento del proceso, acercamiento comunitario e institucional, difusión masiva de información manejada en la mesa. En su contraparte, como dificultades se ha identificado: incredulidad de la comunidad, Inconstancia de actores participantes, Problemas de comunicación entre los líderes comunitarios e instituciones, Las expectativas de la comunidad son grandes en relación al aporte de las instituciones.
2. Los HOBIS o casas vecinales con base a la formación en la educación inicial
3. Comedores Comunitarios en asistencia alimentaria a los niños, niñas, jóvenes y personas mayores.
4. Institución educativa con sede única Chuniza
5. Un grupo de sectores del Consejo Local de Cultura (gestores independientes, artesanos, afrocolombianos), fomentar las habilidades y potencialidades de los niños, niñas y jóvenes como un espacio de aprovechamiento del tiempo libre
6. Grupos afrodescendientes y etnias para el enriquecimiento cultural
7. Las Iglesias un contexto de encuentro espiritual
8. Parque villa alemana

3.6 Territorio social Usme Ancestral: Usme Centro, Veredas y Parque Entre nubes (UPZ 61, UPR 3 y UPZ 60)

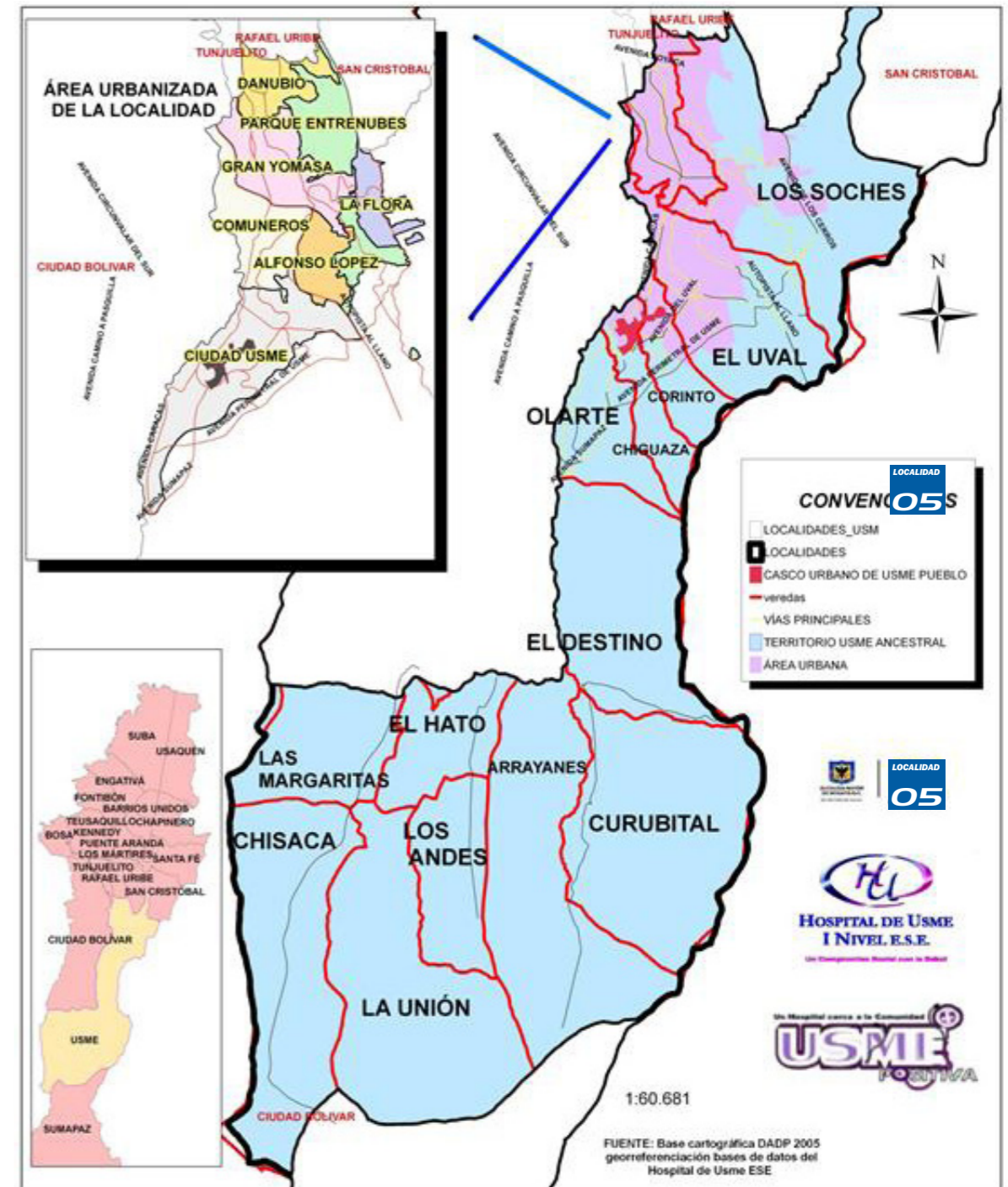
De acuerdo a las proyecciones poblacionales del DANE para el 2.009, se estima que la población total de este territorio social está cercana a los 35.409 habitantes, siendo el 10,13% de la población total de Usme, de los cuales 17.903 son mujeres y 17.506 son hombres, representando un 50.56% y un 49.43% respectivamente. Quien aporta población en menor proporción a este territorio, es la UPZ Parque Entre nubes con un 0.44% del total de la población local, lo anterior explicado por las características del territorio en el cual su suelo es protegido y de reserva natural. (Grafica 20).

Grafico 20. Pirámide Poblacional UPZ Usme Centro, Veredas y Parque Entre Nubes



Fuente: Secretaria de Planeación Distrital – Censo DANE 2005; Proyección 2009

Mapa 22. Territorio Social Usme Ancestral



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005

Como se observa en la tabla 65, la etapa de ciclo vital que más habitantes aporta a este territorio es la de juventud con un 38,41%, seguida de adultez con un 34,92%, luego se encuentra infancia con un 21,22% y en último lugar persona mayor, que representa el 5,42%.

Tabla 65. Distribución de la población por etapa de ciclo UPZ Usme Centro, Veredas y Parque Entre Nubes 2009

ETAPA DE CICLO VITAL	Total	Hombres	Mujeres
INFANCIA	7517	3862	3655
JUVENTUD	13602	6886	6716
ADULTEZ	12368	5928	6440
P MAYOR	1922	830	1092
TOTAL	35409	17506	23647

Fuente: Secretaría de Planeación Distrital – Censo DANE 2005, proyección 2009

A continuación se presentarán hallazgos específicos para cada una de las etapas del ciclo vital en el territorio social Alfonso López:²²⁵

ETAPA DE CICLO VITAL INFANCIA

En el territorio de gestión social integral se encuentran las instituciones educativas de: Francisco Antonio Zea de Usme, y veredas los colegios La Mayoría, Las Mercedes, La Unión, Los Andes y Chisacá. A partir del proceso desarrollado con los docentes en la fase I se evidencia que para el ciclo vital de infancia las problemáticas más relevantes que se reflejan en los niños y niñas son las necesidades educativas especiales y transitorias, puesto que manifiestan que no cuentan con las herramientas necesarias para el abordaje y acompañamiento de estas al interior de las instituciones educativas. Así mismo expresan que a esta necesidad se le suma las barreras de acceso a los servicios de salud en los centros y la dificultad de desplazamiento en especial la zona de las veredas. Otra de las necesidades que expresan los docentes son los malos hábitos de alimentación y de prácticas de autocuidado los cuales se relacionan con la cultura y costumbres de su entorno. Igualmente expresan la necesidad de trabajar con los niños y niñas todo lo relacionado con el cuidado del medio ambiente (construcción de huertas escolares, cuidado del recurso hídrico, manejo adecuado de los recursos naturales, manejo de los recursos sólidos, reciclaje) entre otros; puesto que es pertinente por su entorno brindar esas herramientas y habilidades para su diario vivir.²²⁶

Otra de las necesidades que se refleja es el abordaje a la prevención del abuso sexual infantil y violencia intrafamiliar desde la primera infancia abordando este tema con niños, niñas, padres de familia, docentes, así como la conducta transgeneracional del consumo de SPA en especial de alcohol que se refleja a temprana edad por las costumbres de su entorno; en el cual se sugiere abordar todo lo relacionado con el adecuado manejo del tiempo libre²²⁷.

Las problemáticas que se identifican en la población infantil del territorio se encuentran relacionadas con malnutrición por exceso o déficit en el estado nutricional²²⁸.

En cuanto a las cartografías sociales realizadas por la Red social Materno infantil se evidencia que los cuidadores de los niños y niñas no identifican las zonas de peligro dentro del hogar. En estos espacios se enseña a buscar la manera de evitar accidentes en el vivienda debido a la imprudencia de los adultos como: cocinar y en ese momento tener alzados a los niños y niñas, dejar envasado

225 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

226 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al Colegio. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

227 Ibid.

228 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

tóxicos en botellas de gaseosa o en espacios de fácil acceso para ellos, no desocupar baldes con agua después de realizar tareas en el hogar. En cuanto a la zona rural se arrojaron datos muy diferentes ya que por la cultura que se vive allí los niños son utilizados en trabajos de agricultura después de su jornada académica y se le explican a ellos que deben tener cuidado con la manipulación de plaguicidas que son usados para la tierra y sin la debida protección les pueden causar daños de tipo tóxico. Por otro lado, el uso de herramienta para la preparación de la tierra y para su cultivo también puede tener algún efecto en su vida, cargar bultos pesados, estar expuestos al sol o frío dependiendo el clima en la zona rural de la localidad. En cuanto a las niñas la problemática es diferente pues ellas son las encargadas de los oficios domésticos, lo que se aclara en la sesión es que ellas deben estar muy pendientes en la manipulación de ollas con líquidos hirviendo y la manipulación del fogón de leña²²⁹.

ETAPA DE CICLO VITAL JUVENTUD

Con relación a las necesidades identificadas por parte de los docentes para el ciclo vital de juventud, refieren los inadecuados estilos de vida que maneja esta población con relación al uso a temprana edad de sustancias psicoactivas, los bajos niveles de autoestima relacionado con el desconocimiento que tienen para el reconocimiento y autocuidado de su cuerpo, con el fin de prevenir embarazos a temprana edad; así mismo está ligado con la carencia de habilidades sociales para la vida. Del mismo modo se evidencia relaciones familiares disfuncionales, reflejándose en el interior de las instituciones al generar relaciones de convivencia conflictivas con su grupo de pares así como la vulnerabilidad de los derechos con relación a la población desplazada donde en ocasiones no se favorece la inclusión de esta población²³⁰.

Desde el proyecto Comunidades Saludables se obtuvo la siguiente información: los jóvenes identifican dentro de las problemáticas más sentidas, aquellas que tienen que ver con el ambiente: contaminación ambiental, mal manejo de los recursos naturales, deforestación, entre otras; además se encuentran necesidades correspondientes a la parte de organización de grupos, refieren la necesidad de apoyo en la formulación de un proyecto ambiental, ya que son sensibles del cuidado de este, así mismo porque existen recursos disponibles para tal fin en el Fondo de Desarrollo Local²³¹.

Dentro del grupo de juventud, en la zona rural, el tiempo libre es usado para ejecutar principalmente actividad Física, recreación y deporte (tales como participación en grupos juveniles, reuniones con amigos de la vereda o el trabajo de manera informal, jugar en sus casas entre otras), las mujeres adicionalmente emplean el tiempo libre en trabajos domésticos. Ninguna de estas actividades es planeada o dirigida, sino que se realiza espontáneamente, dependiendo de las circunstancias del momento (Disponibilidad de tiempo, dinero, época del año entre otras)²³².

En algunos casos los jóvenes refieren de la necesidad de habilitar zonas recreativas, pues expresan la necesidad de contar con estos espacios. En cuanto a actividades culturales o artísticas, se evidencia la gran falencia de este tipo de espacios en las veredas, ya que los pocos que existen en la localidad se hallan muy retirados y por dificultades socioeconómicas de la población no cuentan con el dinero para su transporte e insumos para la participación activa en este tipo de actividades lúdicas²³³.

229 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Red social materno infantil. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

230 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al Colegio. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

231 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

232 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad de Actividad física. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

233 Ibid.

ETAPA DE CICLO VITAL ADULTEZ

En la zona rural tenemos una cantidad de adultos y adultas que sostienen a sus familias a partir de su trabajo como agricultores o jornaleros –trabajo por días- y aunque existen familias económicamente estables, también las hay en condición de pobreza evidenciada en déficit de servicios e inadecuada vivienda.

Bajo esta perspectiva encontramos que las y los adultos presentan dificultades respecto a la seguridad alimentaria y nutricional asociado a la falta de ingreso²³⁴ que por su rol de cuidadores le dan prioridad a la alimentación de la infancia y la juventud, presentando un bajo consumo de proteína, verduras y frutas por dificultades en el acceso y la disponibilidad.

Esta inseguridad alimentaria también se relaciona con la ausencia de redes de producción y comercialización de alimentos a un precio adecuado, más, si se tiene en cuenta la zona rural con la cual cuenta la localidad y el desconocimiento de las posibilidades de aprovechamiento biológico de los alimentos.

En coherencia al analizar el abastecimiento como un proceso, se identifica a nivel local la desarticulación entre la oferta y la demanda, en donde la intermediación causada por este evento en particular, hace que los productores organizados no pueden tener la garantía de vender sus productos, así como los demás actores tenderos y vivanderos no vislumbran el impacto que tendría la no articulación o hasta qué punto vean la necesidad de articularse de acuerdo a sus volúmenes de compra e intereses particulares.

Con relación al eje de abastecimiento se debe afirmar que la mayoría de personas que intervienen en este integran la etapa de adultez. Este eje ha sido priorizado en el Plan Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2008-2012 en cuanto se identifican inadecuadas e ineficientes cadenas de abastecimiento. Compensar en convenio con la Secretaría de Desarrollo Económico realizó durante el 2009 el levantamiento de información tendiente al fortalecimiento y acompañamiento a las organizaciones sociales comunitarias de apoyo alimentario para el Plan Maestro de abastecimiento de Alimentos y Seguridad Alimentaria del distrito identificando 4 sectores relacionados con el abastecimiento. El primero denominado Sector *Solidario* está integrado por las organizaciones de apoyo alimentario tales como Comedores comunitarios, Asociaciones ICBF y comedores escolares. Estos manifiestan una preferencia por la compra de productos fuera de la localidad lo que implica un desaprovechamiento de los recursos producidos en Usme dado que son compradores de grandes volúmenes de alimentos respondiendo a la cobertura de los programas. Se considera que existe desarticulación entre oferta y demanda a nivel local lo que refleja su bajo estado de organización.

Los Productores y Transformadores de Lácteos son actores que se encuentran bajo el monopolio de grandes empresas y ante esta situación se encuentran desarrollando procesos organizativos con el fin de producir y comercializar de forma directa a nivel local, p. ej. “en la Vereda Los Soches actualmente se comercializa yogurt de alta calidad, sin embargo estos transformadores no tienen clientela fija, manejan la comercialización del yogurt dentro de paquetes a agroturismo, lo esperado es que con apoyo local se den los procesos necesarios para que se pueda consolidar la línea de lácteos a nivel local”²³⁵.

Para la población del ciclo vital de adultez se refleja la necesidad de trabajar con los padres de familia todo lo relacionado con la prevención de temas en salud mental (abuso sexual, violencia intrafamiliar, factores protectores y factores de riesgo para la prevención del consumo de sustancias

234 Hospital de Usme 2009 Informe gestión local, Transversalidad seguridad alimentaria y nutricional [Disponible en magnético]

235 COMPENSAR, Secretaría de Desarrollo Económico. CONVENIO DE ASOCIACIÓN 297-2009. Resultados Mapeo y Cartografía. Febrero- Marzo.

psicoactivas), educación sexual (prevención de embarazos, autoestima), manejo adecuado del tiempo libre, hábitos y prácticas de autocuidado como una buena alimentación y cómo abordar y manejar los casos de necesidades educativas transitorias a partir de escuelas de padres.

Por otra parte se refleja la importancia de trabajar con los docentes en dos aspectos: uno brindar herramientas necesarias para el abordaje de las problemáticas mencionadas para trabajar con los padres de familia y el segundo aspecto es trabajar todo lo relacionado con el bienestar docente, con el fin de motivarlos e involucrarlos en los proceso a desarrollar²³⁶.

En la población adulta se observa aumento progresivo y acelerado de peso, falta de interés por realizar actividad física por desconocimiento de la misma, bajos recursos para la adquisición de alimentos, inversión errada del presupuesto familiar a la hora de la compra de alimentos, aumento de signos y síntomas de enfermedades crónicas no transmisibles y otras por desconocimiento de recomendaciones nutricionales y falta de oportunidades a nivel laboral de las personas adultas²³⁷.

ETAPA DE CICLO VITAL PERSONA MAYOR

Con relación específicamente a las necesidades observadas en el ciclo vital Persona Mayor en este territorio, se observan problemáticas relacionadas con: inseguridad en la zona rural, barreras en el acceso a los servicios de salud, debido a demoras frente a la solicitud de citas médicas, en las cuales no se les da prioridad a las personas mayores, de igual forma las dificultades para el desplazamiento a hospitales de segundo y tercer nivel para acceder a los servicios médicos especializados. También se ha observado déficit en el consumo de una alimentación adecuada, asociada a los costos elevados de los productos e insumos para el desarrollo de cultivos que permitan abastecer a la comunidad, escasas e ineficientes rutas de transporte que permitan la movilidad de los habitantes de zona rural a la zona urbana del distrito capital.

En relación a la población en situación y condición de desplazamiento, se tienen los siguientes datos para este territorio: se identificaron 67 personas en el sector Entre Nubes en el 2009, 21 familias en este período posiblemente está relacionada con que anteriormente no se había abordado este sector debido a limitaciones en el acceso y falta de seguridad para el desarrollo de la intervención.

Desde la intervención que busca acompañar la inclusión de la perspectiva diferencial en la atención de los niños, niñas y jóvenes en situación de desplazamiento en el contexto escolar a partir de la implementación de procesos pedagógicos en las instituciones educativas y la generación de procesos de cambio y adaptación en coordinación con el componente de promoción de la inclusión social y garantía de derechos se identificaron 32 personas en la etapa de infancia correspondientes a 16 niños y 16 niñas y 23 jóvenes correspondientes a 9 hombres y 14 mujeres.

En el proyecto que procura fortalecer la restitución de derechos a la población desplazada a partir del asesoramiento y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, salud y calidad de vida se identificó una unidad de trabajo informal desarrollada por una mujer adulta en condición de desplazamiento.

Para este territorio social, la siguiente es la información más relevante respecto a seguridad alimentaria y nutricional: el 48,8% de las familias caracterizadas desde el 2004 hasta el 2008 manifestaron que faltó dinero en el hogar para comprar alimentos.²³⁸

236 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Salud al Colegio. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

237 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Comunidades Saludables. Documento aporte al diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

238 *Ibid.*

En el 2009 se trabajaron 2 microterritorios en esta UPZ: Usme y Destino. Las acciones de SAN en el ámbito laboral se llevaron a cabo con la fundación amigos del anciano y el niño. Por parte de la intervención promoción de patrones de alimentación saludable del ámbito escolar se trabaja con 6 instituciones educativas en esta UPZ.

Una de las problemáticas evidenciadas es el desconocimiento de esta población referente a la planeación de menús balanceados, a lo cual se suma la falta de acceso a alimentos variados de manera permanente lo que limita el consumo de frutas y verduras. Se observa que no hay acciones de educación orientadas al manejo de hábitos adecuados de higiene y otro de los inconvenientes es la dificultad en el desplazamiento, principalmente debido a la distancia y falta de transporte hacia esta zona lo cual hace que se desarrollen muy pocas intervenciones con esta población.

Se encuentran mayores dificultades geográficas de acceso a servicios de salud, especialmente en la zona rural, sin embargo existen algunas prácticas en los hogares que no perjudican la salud de los menores y que por el contrario pueden contribuir a evitar su traslado a los centros o a un nivel superior. Se nota la consulta a los servicios en momentos de deterioro evidente de los menores. Existen dificultades en la capacitación a profesionales del CAMI Usme por falta de tiempo y cruce en las diferentes actividades, de igual manera en la UBA el destino no ha sido posible la capacitación a la Médico del centro pues no hubo reemplazo para ella, se espera capacitar en este primer semestre de 2010

Se observa además como problemática emergente el bajo consumo de alimentos fuente de hierro, razón por la cual se realiza suplementación con micronutrientes por parte del ámbito escolar en 5 colegios y 2 jardines de esta UPZ, lo cual corresponde a 823 niños de 0 a 9 años y 341 jóvenes de 10 a 26 años. Como parte de este proceso se realizó sensibilización a la comunidad educativa (docentes, padres de familia, niños), valoración médica y desparasitación, suplementación con micronutrientes (vitamina a y sulfato ferroso) en la población antes mencionada.

Para el año 2009 se intervinieron por parte de las diferentes acciones estratégicas de la ESE, 92 infantes menores de 9 años, 37 personas de la etapa de juventud y 65 adultos entre los cuales hay 1 profesional de IPS y 1 profesora de jardín quienes participaron del curso AIEPI ofrecido por los ámbitos comunitario y escolar en donde se abordan temas relacionados con nutrición desde acciones de promoción y prevención, las actividades de desparasitación y suplementación, los cursos de maternidad y paternidad en los que se ofrecen recomendaciones de lactancia materna, alimentación complementaria y demás. En general con la población se realizó educación nutricional informal dirigida a la población intervenida en las IEC de SISVAN: *gestantes* con quienes se trabajan los temas referentes a lactancia materna y alimentación durante la gestación. *Menores de 10 años*: alimentación complementaria, cuidados del menor, esquema de vacunación y *recién nacidos*: lactancia materna, alimentación durante la lactancia, cuidados del bebé, esquema de vacunación. Por parte de la intervención de promoción de una alimentación saludable desarrollada con los colegios se realizaron talleres de formación en lavado de manos (sensibilización sobre la correcta manera de lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño), sensibilización de los alimentos que son fuente de hierro y de la importancia de consumir sulfato ferroso, manipulación de alimentos (se socializo la importancia de algunos procesos de elaboración de alimentos con ejemplos de ensaladas donde nuestras mamás eran personas manipuladoras de alimentos), tren nutricional (socialización de los 7 vagones de alimentos), gripa h1n1/09 (socialización de que es la enfermedad, síntomas, cuidados, alimentos que se pueden consumir para evitar y tratar la enfermedad).

Por parte de la intervención de promoción de código de sucedáneos de la leche materna se trabaja con la población de gestantes, lactantes, madres comunitarias FAMIS y HOBIS que cuentan con apoyo de la red alimentaria, realizando con ellas talleres de formación y educación en ventajas y beneficios de dicho alimento, transición de la leche materna exclusiva a alimentación

complementaria, promoción del Código Internacional de sucedáneos, la mujer fuera de casa sin su bebe, costos económicos de la lactancia materna natural vs. Formula infantil y caries en el lactante.

A continuación se presenta información sobre lectura de realidades del territorio Usme Ancestral, realizado por el ámbito comunitario del Hospital de Usme.

Dentro de las necesidades evidenciadas por los procesos ya mencionados en este territorio de Gestión Social Integral se observa escaso conocimiento y falta de variedad en las preparaciones que vinculan frutas y verduras; desconocimiento de porciones servidas por grupo etario, inadecuado manejo del presupuesto familiar asignado para la compra de alimentos, falta de conocimiento acerca de los grupos de alimentos, utilización inadecuada del tiempo libre, ausencia de espacios de esparcimiento y juego e inadecuadas prácticas de manipulación de alimentos, igualmente se evidencia falta de educación alimentaria nutricional y prevalencia en enfermedades crónicas no trasmisibles, sobrepeso y obesidad.

De acuerdo con las problemáticas identificadas, es necesario desarrollar la intervención de gestión social con actores comunitarios para mejorar la accesibilidad a alimentos saludables en el territorio hacia la promoción de prácticas de alimentación saludable, debido a que existe gran desconocimiento de cómo mantener unos hábitos saludables adecuados, enfocado hacia el aumento y mejoramiento de consumo de frutas y verduras, debido a que esta es una zona productora de alimentos y frecuentemente no se sabe utilizar los insumos en preparaciones saludables.

Es necesario incrementar los niveles de actividad física, esto estimado por el bajo conocimiento que se tiene sobre el aprovechamiento del tiempo libre; igualmente porque se observa sobrepeso y obesidad. Igualmente es necesario que los temas mencionados anteriormente sean precedidos del marco del derecho humano a la alimentación.

Las personas que componen el grupo son en su mayoría madres de niños y niñas pertenecientes al jardín infantil de veredas; por tanto, se prioriza las acciones en las necesidades que afectan directamente la salud y el estado nutricional del niño lactante, preescolar y escolar, proyectando acciones que contribuyan al mejoramiento del estado de salud con una alimentación adecuada, para disminuir las enfermedades prevalentes de la infancia.

Por otra parte, ahondando en la zona del Oasis, con la intervención en la Fundación Amigos del Anciano y el Niño Oasis, se observa aumento progresivo y acelerado de peso, falta de interés por realizar actividad física por desconocimiento de la misma, bajos recursos para la adquisición de alimentos, inversión errada del presupuesto familiar a la hora de la compra de alimentos, aumento de signos y síntomas de enfermedades crónicas no trasmisibles y otras por desconocimiento de recomendaciones nutricionales, inadecuada introducción de alimentación complementaria en niños y niñas menores de 1 año y falta de oportunidades a nivel laboral en los padres.

Para el territorio social Usme Ancestral se encuentra que el servicio asistencial de salud se encuentra ofrecido por el CAMI Usme y la UBA el Destino. Ésta última, la única ubicada en la zona rural de la localidad.

A continuación se presentan algunas cifras relevantes respecto a la salud de los habitantes del territorio Usme Ancestral²³⁹:

En cuanto a Salas ERA solo se cuenta con la ubicada en el CAMI, en el año 2009 se atendieron 792 pacientes frente a 552 del periodo enero – julio de 2010, de igual manera se mantienen las sesiones educativas con el fin de concientizar la población y evitar complicaciones en los menores.

239 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Ámbito IPS. Documento aporte al Diagnóstico Local 2010. [Disponible en magnético]

En cuanto a la atención de mujeres gestantes del ciclo vital juventud se encuentran 150 mujeres y en la atención del parto del mismo ciclo corresponde a 316.

En cuanto al Programa de CCU durante el periodo enero – julio de 2010 se han tomado 75 citologías de las cuales 5 han presentado anomalías celulares a las cuales se les realiza seguimiento y remisión a II o III nivel de atención dependiendo de la severidad de la lesión.

Se evidencian barreras de acceso de tipo geográficas puesto que la UBA se encuentra en el área rural y es difícil en algunas ocasiones sobre todo por las distancias para acceder a los servicios del CAMI.

Aunque por decisión del Consejo Local de Gobierno, estas dos UPZ y la UPR conforman un solo territorio social, a continuación se presentará información de manera independiente ya que cada uno tiene unas particularidades y especificidades que hacen difícil la lectura única del territorio.

3.6.1 UPZ 61 Ciudad Usme

Está ubicada al extremo sur del suelo urbano de Usme, tiene la mayor extensión con 992,37 hectáreas, equivalentes al 30,87% del total del área de esta localidad. Sus barrios son 12: La María, Urbanización, Urbanización Bosque de Usme, Bosque de Usme Km 11, Ciudadela El Oasis, El Oasis, Brisas del Llano, Centro Usme, El Pedregal la Lira, El Salteador, Urbanización EL Sol, Urbanización Eucaliptos de Usme, Urbanización Río Verde. La mayor parte de esta UPZ está conformada por inmensos sectores de predios sin desarrollar, sólo el 1.9% de las hectáreas han sido urbanizadas. Tiene el 12.89% de suelo protegido, 69.8% de las hectáreas en suelo de expansión y el 8.84% de las hectáreas de zonas sin desarrollar en suelo urbano. Ciudad Usme limita al norte con el predio de la EAAB futuro tanque Piedra Herrada, la quebrada El Piojo, la autopista al Llano y el perímetro del suelo de expansión urbana; al oriente con el perímetro del suelo de expansión urbana; al sur con el camino de La Horqueta y al occidente con el río Tunjuelito.

• Consecuencias de la interrelación territorio – población

En esta UPZ, considerada como zona de transición entre el suelo urbano y rural, una de las actividades económicas principales es el expendio de carne, producto abastecido por el matadero ubicado dentro de la zona urbana de la UPZ.

La ubicación del matadero, configura la primera problemática por incompatibilidad de uso del suelo, de acuerdo a lo establecido en el POT y de ésta misma se desprenden situaciones como la contaminación por ruido en horas de la madrugada, las actividades propias del mismo, contaminación de fuentes hídricas, manejo inadecuado de residuos orgánicos y por consiguiente proliferación de insectos y roedores. Cabe anotar que el matadero tiene orden de sellamiento; sin embargo, continúa funcionando sin el control de la autoridad sanitaria competente (INVIMA).

Otra problemática relacionada con el beneficio de animales de consumo, es la existencia de mataderos clandestinos de porcinos y bovinos, de acuerdo a las denuncias realizadas por la comunidad.

Para control vectorial, en la UPZ 61 se realizó fumigación en 76251m², siendo esta UPZ la segunda en tamaño de área fumigada, con un 25% del total de áreas fumigadas en la localidad.

En la UPZ Usme Centro, en comparación con el resto de UPZ, los casos por animal mordedor son poco frecuentes.

En las instituciones educativas de la UPZ Usme Centro y en la zona rural, las necesidades priorizadas en el tema ambiental son las relacionadas con prácticas agropecuarias alternativas,

como el manejo de especies menores (galpones de pollos), huerta escolar (siembra de hortalizas) y agricultura auto-sostenible (compostaje y lombricultura), protección y el manejo adecuado del recurso hídrico y de los residuos sólidos.

En el ámbito familiar, a partir de las visitas adelantadas por Entornos Saludables, se identificaron problemáticas por humedad y agrietamientos en las estructuras de las viviendas. Del manejo de los residuos sólidos, además del almacenamiento inadecuado, se identificaron prácticas como el enterramiento y la quema, a pesar de ser una zona cubierta por la empresa recolectora.

Según información del proyecto Salud al Colegio y las intervenciones realizadas en la institución Francisco Antonio Zea de Usme – Sedes A, B y C – Jornadas M y T, se lograron identificar como problemáticas prioritarias, la violencia intrafamiliar y la agresividad entre pares.

En las intervenciones realizadas se evidencia que en este y en el resto de territorios GSI, se observa que el principal generador de problemas en la comunidad tiene que ver directamente con la disfuncionalidad del sistema primario de apoyo “la familia”, que se debilita cada vez más frente a la solución de cualquier tipo de dificultad, no existen pautas de crianza adecuadas, no hay figuras de autoridad y el poco control que se ejerce en el tiempo de los menores conlleva a desencadenar más y más eventos que deterioran la dinámica familiar.

En Usme uno de los principales factores que afectan la comunidad es este mismo los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, la gestación a temprana edad, la inclusión de menores en el consumo de psicoactivos en especial en la urbanización Río Verde, El Sol entre otras la sustancia que más se evidencia en este lugar en pegante “bóxer”, y un nuevo tipo de consumo es el Cacao Sabanero²⁴⁰.

La IED Francisco Antonio Zea de Usme, cuenta con una sede con población juvenil, donde la actividad física está representada por la realización de actividades que corresponden al currículo de la asignatura de educación física y que no son cercanas a la realidad de los y las jóvenes ya que en su mayoría ellos vienen de zona rural y sus prácticas de movimiento corporal están asociadas a las labores del campo. Por otra parte la planta física de la Institución no brinda espacios físicos en los cuales los estudiantes encuentren la posibilidad de experimentar ejecuciones motrices diferentes a la fundamentación deportiva de su clase; los espacios externos con que cuenta esta UPZ son fincas y zonas verdes en donde las prácticas físicas de los y las jóvenes son libres²⁴¹.

Las necesidades priorizadas en forma concertada en la mesa territorial para Usme Centro son las siguientes:

- Inseguridad
- Consumo de sustancias Psicoactivas
- Los jóvenes y adultos no cuentan con oportunidades de formación a nivel técnico y profesional.
- Desempleo de madres jóvenes cabeza de familia.

Microterritorios SASC en el territorio Usme Centro²⁴²

240 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – PDA Salud mental. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

241 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad de Actividad Física. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

242 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Ámbito Familiar. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

MICROTERRITORIO USME

El núcleo de gestión del microterritorio de Usme se conformó en el mes de agosto del 2007, con la colaboración de la comunidad de los barrios El Sol, El Oasis, Bosques y la vereda Chiguaza quienes accedieron a la convocatoria realizada por las gestoras pertenecientes al equipo básico del microterritorio de Usme. En estas primeras reuniones se evidenció que los ciclos vitales predominantes eran Adulthood y Persona Mayor, siendo las mujeres el género sobresaliente. A finales del año 2008 se integran al núcleo de gestión la comunidad de los barrios La María y El Jardín, representados por el presidente de la Junta de Acción comunal del Barrio El Jardín.

El grupo artístico REFA del barrio La María, la Organización Juvenil AFEL que cuenta con la participación de jóvenes de todo el microterritorio, los cuales han desarrollado actividades ambientales dentro del microterritorio y comunidad en general, lo cual permitió vincular al núcleo de gestión los ciclos vitales de Infancia y Juventud, representantes Afrocolombianos, Juntas de acción Comunal y líderes y lideresas del microterritorio.

Durante los tres años de la conformación del núcleo de gestión se ha contado con la participación de diferentes Instituciones, empezando por quienes han liderado todo el proceso que son el Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria del Ámbito Familiar, por medio del programa Salud a su Casa, la oficina de participación social, el Ámbito Comunitario, Gestión Local e IPS del Hospital de Usme, Policía Comunitaria de Usme, Subdirección de Integración Social; Instituciones que a finales del año 2009 se articularon por medio de la estrategia de Gestión Social Integral, para fortalecer el proceso y dar respuesta integral a las problemáticas identificadas.

Inicialmente se abordó el aumento de embarazos de adolescentes, para lo cual se realizó un Taller de sensibilización sobre planificación familiar y derechos sexuales y reproductivos de las jóvenes y los jóvenes del microterritorio, además de la educación e información que realizan las gestoras en cada una de las visitas a los hogares. La problemática de inseguridad también se incluye dentro del plan de acción, para la cual se vincula a Policía Nacional en la que se compromete a aumentar el pie de fuerza en los diferentes barrios y a identificar los puntos de expendio de drogas y reportarlos a las entidades pertinentes.

Con relación a la problemática de aumento del consumo de sustancias psicoactivas, se realizan varias actividades incluidas en el plan de acción relacionadas con buscar estrategias para ocupar el tiempo libre de las jóvenes y los jóvenes del microterritorio y sensibilizar sobre la importancia del cuidado del cuerpo, para esto se organizaron en los años 2008 y 2009 dos Torneos Relámpago de microfútbol y al mismo tiempo se realizaron murales y actividades artísticas, culturales y recreativas, en el que se vincularon 16 equipos de jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas, los cuales encontraron en estos eventos, espacios para desarrollar habilidades y destrezas, además de reflexión en cuanto a la importancia del cuidado de la salud y fortalecimiento del autoestima. Es importante resaltar en estas actividades la colaboración de Instituciones como el Hospital de Usme, Subdirección de Integración Social, Policía Nacional y Orquesta Filarmónica de Bogotá, al igual que agrupaciones artísticas de la Localidad.

Otra problemática priorizada por la comunidad fue la Contaminación de la ronda del río Tunjuelo, para lo cual se realizaron tres caminatas de identificación de los focos de contaminación y se contó con la participación activa de la Organización Juvenil AFEL, quienes lideraron las caminatas y también recibieron capacitaciones de manejo de residuos sólidos y otras temáticas por parte de Entornos saludables del Hospital de Usme y la Fundación Metamorfosis

El núcleo de gestión del microterritorio de Usme, se caracteriza por ser constante, por tener líderes que están apropiados de su espacio y son conscientes de las problemáticas presentes en su territorio, además que cuentan con habilidades para realizar procesos de gestión en pro del

bienestar de su comunidad.

- **Expresiones de la relación territorio – población**

En este apartado se presentan por ahora los daños en la salud, expresados en enfermedades o traumas, evidenciados a través de la morbilidad por Centro de Atención del Hospital de Usme que presta sus servicios dentro del territorio social abordado que para este caso corresponde al CAMI Usme.

Como principales diagnósticos en urgencias para este CAMI encontramos en primer lugar el dolor abdominal y pélvico con 27,43% del total de la población atendida, seguido por las personas que presentaron otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte con un 21,97% y en tercer lugar tenemos los traumatismos por aplastamiento y amputaciones traumáticas de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo con un 10,98%.

En consulta externa como principal diagnostico tenemos las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 32,97%, seguido por otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 12,56% y en tercer lugar encontramos a las Personas en contacto con los servicios de salud por otras razones con un 12,40%.

En hospitalización se observa para este CAMI, como principal diagnostico el parto único espontaneo con 133 casos que equivalen al 20,37% de la población hospitalizada, seguido del dolor abdominal y pélvico con 94 casos correspondientes al 14,40% y en tercer lugar las personas que presentaron Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo con 71 casos reportados que representan el 10,87%.

3.6.2 Núcleo problemático Usme Centro

Primer Núcleo: Suelo de protección según POT deteriorado por el uso de agroquímicos para la producción agropecuaria y por inadecuada disposición de residuos sólidos, afectando la calidad de dicho suelo del cual depende la actividad económica de los y las campesinas de la localidad y la potabilidad del recurso hídrico.

- **Descripción del núcleo**

En este territorio se encuentra una incompatibilidad de uso del suelo (según el POT) debido a la ubicación del matadero, lo cual, según los habitantes aledaños al sector está generando situaciones como la contaminación por ruido en horas de la madrugada, por las actividades propias del mismo; contaminación de fuentes hídricas, manejo inadecuado de residuos orgánicos y por consiguiente proliferación de insectos y roedores. Cabe anotar que el matadero tiene orden de sellamiento; sin embargo, continúa funcionando sin el control de la autoridad sanitaria competente (INVIMA). Otra problemática relacionada con el sacrificio de animales de consumo, es la existencia de mataderos clandestinos de porcinos y bovinos que presentan las mismas consecuencias enunciadas anteriormente.

En este territorio particularmente se evidencia mal manejo de los residuos sólidos y además del almacenamiento inadecuado, se identificaron prácticas como el enterramiento y la quema, a pesar de ser una zona cubierta por la empresa recolectora.

En Usme - Centro, se observa una problemática creciente de desempleo, como producto de las pocas oportunidades de formación a nivel técnico y profesional con las que cuentan los jóvenes

y adultos; sumado a lo anterior, también se evidencia un aumento de madres jóvenes cabeza de familia que por la insuficiencia de equipamientos, tales como jardines infantiles y transporte que les facilite acceder a una actividad económica en la ciudad, prefieren no trabajar para no dejar a sus hijos en el abandono.

La comunidad habitante de esta zona, refiere como un gran generador de problemas, la disfuncionalidad del sistema primario de apoyo “la familia”, que se debilita cada vez más, no existen pautas de crianza adecuadas, no hay figuras de autoridad.

En relación a lo anterior, se evidencia inclusión de menores de edad en el consumo de psicoactivos en especial en las urbanizaciones Rio Verde y El Sol, la sustancia que más se consume en este lugar es pegante “bóxer”, y un nuevo tipo de consumo es el Cacao Sabanero. La situación que facilita estos eventos es el bajo costo que presentan los inhalantes en toda la localidad, el poco control existente para la venta de los mismos y en el caso del cacao sabanero, éste proviene de un árbol nativo predominante en la mayoría de cuencas hídricas ubicadas a lo largo de la localidad Usme.

- **Potencialidades**

1. Alcaldía local de Usme
2. Personería
3. Casa de Justicia
4. Policía
5. IED Francisco Antonio Zea
6. Fundación amigos del anciano y el niño

3.6.3 UPR 3 – Tunjuelo – Zona Rural

La localidad de Usme cuenta con un área rural equivalente al 84% de las 21.556 hectáreas que la conforman, dentro de la cual se encuentran 17 veredas que forman parte de la cuenca alta y media del río Tunjuelo, además de estar ubicadas en cotas que van desde los 2600 hasta los 3800 m.s.n.m. lo que la hace un área de gran interés debido a que comprende zonas de páramo y sub-páramo.

- **Consecuencias de la interrelación territorio – población**

En el sector rural la actividad económica principal es la producción agropecuaria y en forma secundaria la explotación de canteras. De las 21.432 hectáreas que conforman el área territorial rural de la localidad, 5.572 hectáreas (26%) están destinadas a la explotación ganadera, 1.286 hectáreas (6%) a la actividad agrícola, 3.215 hectáreas corresponden a bosques y las restantes 11.253 a páramo. Predominan los cultivos de papa con el 74,6% del área cultivada, seguido por arveja con 19,4% y haba 3,7%. Otros cultivos de menor importancia son cebolla, maíz, hortalizas, curuba, mora y otras frutas. La producción de estos cultivos se comercializa en las plazas de mercado locales de carácter informal y en Corabastos²⁴³.

Las actividades agropecuarias que se llevan a cabo en la zona rural de Usme, siguen siendo un factor de presión para todo el componente ambiental de la zona. Durante las visitas de caracterización, realizadas como parte de las actividades del convenio “cooperación técnica para el manejo y disposición final de productos post consumo –agroquímicos e insumos veterinarios

en la jurisdicción de las localidades de ciudad Bolívar y Usme”, efectuadas por el equipo de entornos saludables en el área rural, en lo corrido del año 2010, los agricultores han manifestado en forma frecuente la ineficiencia de los productos agroquímicos seleccionados por ellos, para el control de poblaciones perjudiciales en los cultivos (insectos, enfermedades y arvenses). Un factor que agrava esta situación es el hecho de que muchas de las tierras son propiedad de grandes terratenientes que hacen aprovechamiento de sus terrenos a través del arrendamiento, lo cual causa que personas venidas de otros sectores (Cundinamarca) realicen su actividad agrícola sin ningún sentido de pertenencia y respeto por el medio ambiente. Esta situación refleja la necesidad de brindar una asistencia técnica oportuna, de manera que los plaguicidas se utilicen en forma eficiente y sostenible, reduciendo los riesgos sobre la salud de los agricultores, sus familias y los efectos negativos sobre el ambiente.

Acorde a la labor agrícola se hace evidente que en la zona rural se presenta una problemática el uso del suelo, especialmente con la zonas calificadas como de alta fragilidad, en las cuales se desarrollan actividades de producción, en la mayoría de los casos sin estrategias y planes de conservación de suelos, agua y biodiversidad. Por el contrario se identifican prácticas como manejo inadecuado de residuos sólidos generados en las actividades agrícolas y su disposición en zonas de ronda y quebradas, y uso excesivo de agroquímicos, alterando la composición del suelo y contaminando fuentes hídricas que después abastecen a la misma comunidad, poniendo a la comunidad en riesgo de intoxicación, enfermedades crónicas, enfermedades agudas e incluso muerte²⁴⁴.

La localidad de Usme representa un potencial de desarrollo sustentable dado por contar con una amplia zona rural, categorizada como de transición al páramo de Sumapaz, siendo ambas productoras, en mayor importancia de agua, alimentos para la ciudad y diversidad cultural para la ciudad. Sin embargo dicha particularidad se ha visto afectada por la planeación no concertada de la ciudad, amparada legalmente por la implementación del plan de ordenamiento territorial²⁴⁵ que hace perdurar la segregación socioespacial y la estigmatización del sur²⁴⁶.

En este sentido algunas problemáticas relacionadas con el uso del suelo son: primero, invisibilización de la existencia de zonas rurales en el distrito, máxime si se tiene en cuenta que el 86.9% del territorio Bogotano está destinado para éste uso y el 85% Usme también lo es y con ello se desconoce su potencial de preservación, equilibrio ecológico, patrimonio cultural, depositario de actividades agrícolas y no agrícolas y un modelo propio de comunidad y desarrollo²⁴⁷. Para la localidad, se ha hecho evidente con la implementación del proyecto Nuevo Usme y la declaración como parte del sistema de áreas protegidas del distrito capital, lo cual impide la agricultura y la ganadería; con las consecuencias de desplazamiento de las y los campesinos y la pauperización de sus condiciones de vida. Segundo, el no reconocimiento de la deuda social con el territorio del sur por las afectaciones del botadero de Doña Juana²⁴⁸ frente a lo cual las organizaciones sociales y las comunidades de las localidades del sur presentan exigencias como la no expansión del basurero, aplicación de medidas de prevención, compensación, mitigación y resarcimiento del impacto negativo del relleno y el proceso de cierre y clausura del basurero. Y tercero, el reconocimiento de la labor de los acueductos comunitarios como estrategia legal para suplir un bien público,

²⁴⁴ Información suministrada para la elaboración del plegable 2008, referente Ambiente Gestión Local

²⁴⁵ Información suministrada por la población participante en la construcción de la política pública de Adulterez, Bogotá Hotel del Parque 5 y 6 de marzo de 2010

²⁴⁶ Para ver sobre esta discusión, remitirse al Informe de desarrollo humano de Bogotá 2008. PNDU. Capítulo Tres (3)

²⁴⁷ Pérez, M (2008) “La adaptabilidad de pobladores y asentamientos rurales en áreas de conurbación” En Cuadernos desarrollo rural, 5 60 Enero- Junio Bogotá.

²⁴⁸ Consigna del proceso popular Asamblea Sur. Extraído de la ponencia de Reyes, J Conflicto por el manejo y disposición de las basuras en Bogotá, basurero de Doña Juana.

²⁴³ Fuente: DAPD Recorriendo Usme diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá D.C 2004

dada la necesidad de contar con agua potable, saneamiento básico, la ausencia del estado y el no cumplimiento de su obligación de prestar el servicio; en este sentido se presenta una exigencia explícita del reconocimiento de la autogestión comunitaria en oposición a la privatización promulgada por la ley 142 de 1994, que mide a la eficiencia por la implementación de avances tecnológicos y no por la capacidad de adopción de técnicas no convencionales de transporte, potabilización y medición del agua²⁴⁹.

Los problemas de contaminación de los cauces de agua en el sector rural, se producen por pastoreo y pisoteo del ganado, lo que genera erosión del suelo, vertimiento de aguas residuales, de materia fecal humana y animal, disposición inadecuada de residuos (domésticos y de agroquímicos) y utilización de agroquímicos en los cultivos, propiciando riesgos biológicos y químicos que pueden provocar en la población enfermedades gastrointestinales y enfermedades de la piel.

El plan integral de entornos saludables adelantado durante el año 2009 desde el ámbito familiar, realizó un diagnóstico a pozos sépticos y letrinas, mediante visitas a campo y recolección de información en las reuniones de los acueductos veredales; el resultado de la inspección de estos sistemas arrojó los siguientes resultados.

La mayoría de los sistemas se encuentran totalmente cubiertos por capas de tierra superiores a los 15 cm. Esto debido al largo tiempo de instalación y al nulo mantenimiento, el criterio de funcionamiento de dichos sistemas, lo supeditan a la presencia de olores y rebose de aguas, situación presentada en la mayoría de los casos.

En otras viviendas, se opta por la elaboración de calicatas²⁵⁰ para la disposición de las aguas residuales, las cuales debido a su poca profundidad genera escorrentía²⁵¹ de aguas negras, colmatación²⁵² temprana y focalización de vectores y olores; adicionalmente, se emplean como contenedores de basura, agravando aún más el problema. Esta situación en varios predios genera inconvenientes de convivencia entre los vecinos debido, al rebose de las aguas residuales.

Esto ha conllevado a los habitantes del sector rural a tomar decisiones drásticas como la de destapar estos sistemas y dejarlos a cielo abierto, adicionalmente realizan estas actividades sin ningún tipo de protección, aumentando el riesgo de enfermedades de carácter respiratorio y/o gastrointestinal.

La potabilidad de agua está directamente relacionada con las fallas estructurales de los diferentes sistemas, que han resultado poco eficientes; además de la falta de interés participativo de los miembros de las comunidades rurales en los procesos. Los acercamientos y recorridos de campo a las diversas veredas, generaron un material de video en el que se muestra los diferentes sistemas de acueducto, para luego ser presentados a las comunidades. Durante los procesos de socialización del material se evidencia lo siguiente:

- Desconocimiento de ubicación y lugar de sistema de acueducto y fuente de captación.
- Falta de participación de la comunidad en las asambleas realizadas por la Junta Administradora de Acueducto, lo cual genera un vacío de información conllevando a un desconocimiento de condiciones y problemáticas que aquejan a los sistemas.

²⁴⁹ Información suministrada por la población participante en la construcción de la política pública de Adulter, Bogotá Hotel del Parque 5 y 6 de marzo de 2010

²⁵⁰ Perforación rectangular del suelo

²⁵¹ Escorrentía: Flujo de agua que circula superficialmente

²⁵² Se dice que un suelo está colmatado, cuando, su permeabilidad original se ha reducido sustancialmente, a causa del progresivo entupimiento de los poros existentes entre sus partículas, con materiales finos transportados en suspensión por el agua que se va infiltrando

- Desorganización de la comunidad involucrada puesto que solo se refleja el esfuerzo de unos pocos miembros²⁵³.

Desde de la perspectiva comunitaria: 1. Las problemáticas relacionadas con la potabilización del agua, parten de la mala disposición de recursos del Fondo Nacional de Desarrollo por la Unidad de Ejecución Local (UEL) de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá;

2. La falta de participación de las comunidades en los procesos respectivos se ha dado puesto que “están cansados de ser timados y utilizados”, frase manifiesta en una de las reuniones de la mesa de acueducto rural en el mes de Noviembre de 2009, realizada en la Alcaldía Local. 3. No hay respuesta por parte de ninguna de las instituciones responsables de las fallas en los sistemas de acueducto.

Estas descripciones, muestran la vulnerabilidad a la que se encuentra expuesta la comunidad rural frente a la privatización del servicio de acueducto. Las problemáticas y necesidades afectan directa e indirectamente a todos los ciclos vitales de infancia, juventud, adultez y persona mayor.

En la comunidad rural se evidencian primordialmente, situaciones que vinculan aspectos socio-ambientales, relacionados con la potabilidad del agua, la falta de organización comunitaria en zonas como Margaritas, Unión Andes, Curubital, Corinto, Chiguaza, Requilina, Olarte, y Destino, territorios que fueron abordados por la intervención de Entornos Comunitarios Saludables en conjunto con Gestión de Salud Ambiental (GESA) y Saneamiento Básico. Esta lectura se lleva a cabo con base en las observaciones y análisis realizados en el año 2009.

Respecto a la calidad del aire, de acuerdo con los recorridos realizados en algunas veredas que conforman la zona rural, se evidencia que la mayoría de la población campesina prepara sus alimentos con estufa de leña y de gas, aunque la mayor parte de las cocinas tienen ventanas que abren no es suficiente como ventilación pues son pequeñas y los techos son muy bajos, estos dos factores inciden en la acumulación de gases y partículas entre los que se encuentra el CO, el cual es un gas incoloro, insípido, inodoro, muy tóxico e inflamable; puede ser fatal si es inhalado; además de contribuir a la presencia de enfermedades respiratorias.

Se presenta una escasa oferta institucional en zonas vulnerables y apartadas del centro de la localidad (Flora, Usme centro-veredas), ausencia de un enfoque integral de algunos programas institucionales para la promoción de prácticas saludables (especialmente en lo referente a AIEPI y salud oral), barreras de acceso administrativas y ausencia de un enfoque diferencial en los servicios para las comunidades rurales y étnicas que habitan en los territorios, o llegan a ellos por situaciones de violencia en sus lugares de origen, situaciones que afectan también a la gestante, quien se constituye en un actor clave para garantizar el pleno desarrollo de la infancia.

Sólo una de las 150 visitas de SISVAN se realizó en la zona rural en la cual se encontró que todos los días se consumen cereales, raíces, tubérculos, leguminosas, lácteos y derivados así como aceites y azúcares; las frutas y verduras se consumen una vez por semana y las carnes, huevo y plátanos se consumen rara vez, datos obtenidos a través de una frecuencia de consumo de alimentos diligenciada en la visita.

Este hecho se hace más complejo ante las dificultades de disponibilidad en lo local de alimentos orgánicos a precios justos y las transformaciones de lo rural que obligan a su población a “tecnificar” sus procedimientos e incluir productos químicos para la siembra y adaptarse a los procesos de urbanización.

A continuación se presentará una información muy importante, producto del trabajo del Proyecto Salud al Trabajo en la zona rural de la localidad de Usme²⁵⁴.

En lo que a la zona rural se refiere las unidades de trabajo informal se hallan principalmente en las veredas de Olarte, La Requilina y Soches, ya que en extensión de tierras, tienen mayor cantidad de pequeñas unidades productivas informales en la localidad.

En la zona rural no se evidencian embarazos en adolescentes (de lo realizado hasta la presente fecha por el ámbito laboral en esta área), sino por lo contrario se evidencian gestaciones en mujeres mayores de 35 años que clínicamente ya tienen riesgos por este factor, cabe anotar que por cultura en esta zona se toma a la joven de 16 años como adulta, las gestantes se hallan en actividades laborales no remuneradas por ende no lo reconocen como trabajo, tienen variaciones psicosociales pues asumen las obligaciones de la casa, cuidado de niños y personas mayores y apoyo en el cultivo y/o cuidado de los animales de los sistemas productivos de la finca en la que viven, por tanto tienen exposiciones ocupacionales mayores que las de los agricultores pues en número tienen mayores actividades que los otros trabajadores de la finca.

Desde la intervención de salud mental en la zona rural se evidenció que se encuentran niños y niñas que trabajan como sembradores o cuidadores de animales, que se ausentan periódicamente o que desertaron en sus actividades académicas y que por esto deben apoyar a sus familias económicamente laborando en los cultivos y fincas. Los niños y niñas trabajan durante en largas jornadas laborales de más de 12 horas por día y 6 días de la semana, con poco o nulo pago y en constante contacto con químicos, herramientas que no están a su medida y expuestos o manipulando maquinaria pesada, además de la exposición a factores de riesgo ocupacional tales como el sol y a la lluvia que son generadores de enfermedades letales para la infancia o futuras enfermedades crónicas en los otros ciclos vitales.

Desde las intervenciones de la zona rural: Del total de población analizada, se evidencia que es mayor la cantidad de hombres (87,8%) que la de mujeres (12,2%) en el ciclo vital juventud, debido a que la mayoría de las actividades que se ejecutan en el campo, requieren de gran esfuerzo físico; por tanto, la contratación de hombres es mayor que la de mujeres, lo anterior acorde con la actividad económica y función a realizar. Por su parte las mujeres cumplen funciones específicas como las de preparar los alimentos a los trabajadores y llevarlos directamente a los cultivos.

Se destaca de todas formas que dentro del ciclo vital juventud, existe un 21.1% de la población que es menor de edad y laboran sin ningún tipo de permiso laboral otorgado por la autoridades competentes, la mayoría hijos de los dueños de los cultivos.

Del total de población intervenida en la zona rural, no se detectaron casos de población en situación de discapacidad o desplazamiento, de igual forma personas pertenecientes a grupos étnicos de la localidad.

Los trabajadores dentro del grupo de juventud en la zona rural, tanto hombres, 87.8%, como mujeres, 12.2%, devengan menos de un salario mínimo, esto demuestra la precarización del trabajo en el campo y todos están ubicados en el nivel 1 del SISBEN. Del total general para este ciclo vital se identifica que se hallan afiliados en el sistema de seguridad social Régimen subsidiado 83.3%, el restante no cuenta con ningún sistema de protección en salud, ninguno 16,7%, pensión y ARP 0% respectivamente. Cabe resaltar que a pesar de que están expuestos a distintos riesgos ocupacionales que les genera la predisposición dada su temprana e inmadurez biológica (para los jóvenes entre los 10 a 15 años), y sumado a la falta de experiencia en la labor que realizan para este mismo grupo etario, incrementan la factibilidad a accidentes laborales y en especial para las

actividades denominadas como peligrosas, logrando así en edades más tempranas enfermedades relacionadas con la actividades laborales que realizan.

Se observó que con sus ingresos laborales los jóvenes trabajadores logran cubrir sus necesidades básicas para la subsistencia, por tanto se relaciona que: logran cubrir su alimentación y la de sus personas a cargo, los gastos relacionados con el pago de su vivienda (teniendo en cuenta que la mayoría de los caracterizados residen en arriendo), tan sólo un reducido grupo cubre educación y en esto se ve representado al bajo nivel educativo que se evidenció para este ciclo vital; los servicios de salud son solventados mediante la afiliación al régimen subsidiado de salud y vinculado, por ende no logran obtener la cobertura para el pago al derecho de su salud como para la afiliación a un régimen contributivo. Cubren lo relacionado en cuanto a vestido para el joven y sus personas a cargo y tan sólo destinan unos pocos recursos para recreación.

Del total de las UTIs identificadas, se encontraron 90 jóvenes caracterizados durante la primera fase del estudio, se han encontrado por las búsquedas activas que se desarrollaron y que son ubicadas en las veredas en las cuales se reconoce que existe la mayor cantidad de actividad agrícola.

La población trabajadora de este ciclo vital se encuentra en muchos más ámbitos del desarrollo de la vida familiar y puede ser observada por otros actores de salud pública dentro y fuera de la localidad

La mayoría de los agricultores tienen estudios de primaria incompleta, 45%, es un problema cultural, se considera que para cultivar la tierra no es necesaria la educación, concepto que recientemente ha cambiado y los padres se preocupan por que sus hijos asistan a la escuela

El siguiente es un análisis de los riesgos a los que están expuestos los agricultores/as de acuerdo a las tareas que realizan

- **Riesgo Químico**

El riesgo químico está presente en la actividad agrícola debido al contacto directo con los productos agroquímicos para realizar actividades de fertilización y control de malezas y plagas.

La población trabajadora percibe como peligroso el manejo y almacenamiento de productos agroquímicos, sin embargo no se protege en la preparación ni en la aplicación de los mismos, actividades para las cuales no emplean elementos de protección personal (EPP), o en las pocas ocasiones que los utilizan éstos son inadecuados de acuerdo a los factores de riesgo a los que están expuestos. Además, ignoran el uso adecuado de los EPP y cada cuanto cambiar los elementos de protección, como guardarlos y realizarles mantenimiento para estar seguros de que éstos les están proporcionando la protección necesaria.

La protección personal para la exposición al riesgo químico en la actividad agrícola de la localidad se reduce a la utilización de botas de caucho, muy ocasionalmente al uso de mascarillas para material particulado y guantes de caucho, los cuales resultan ser elementos de protección personal inadecuados para la exposición a los vapores generados por la preparación y la aplicación de los agroquímicos y al contacto dérmico con los solventes que éstos contienen. Los trabajadores en general desconocen que deberían usarse máscaras para gases y vapores y los guantes que recomiendan las hojas de seguridad de cada producto empleado. De forma esporádica muy pocos trabajadores emplean ropa impermeable y monogafas.

Para la actividad de fumigación los agricultores emplean plaguicidas de todas las categorías toxicológicas y administran concentraciones y dosis de forma indiscriminada sin tener en cuenta las necesidades y áreas de los terrenos de acuerdo a las recomendaciones técnicas contempladas en las etiquetas de los productos. Además, para la aplicación de los agroquímicos utilizan máquinas de fumigación de espalda y máquinas estacionarias.

254 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Proyecto Salud al Trabajo. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010

Las máquinas estacionarias generalmente son puestas en funcionamiento con niveles de presión bastante altos lo que genera mayor cantidad de rocío que se impregna en la ropa y la piel de los fumigadores, incrementando así considerablemente el riesgo. Es importante señalar que tanto las máquinas como las canecas en las que se preparan los agroquímicos son lavadas en las zonas aledañas a los cultivos desconociendo que esta actividad debe realizarse en un sitio especial para tal fin. Adicionalmente, los trabajadores no realizan señalización para la aplicación de los plaguicidas ni se respeta la franja de seguridad para la aplicación de los mismos.

Los trabajadores desconocen los efectos en la salud derivados de la exposición prolongada a los productos agroquímicos y consideran que el grado de toxicidad se reduce a producir una intoxicación aguda. Adicionalmente, ignoran que los agroquímicos pueden ingresar al organismo, no solo por vía respiratoria, sino por vía dérmica y oral, por ejemplo al ingerir alimentos, generalmente dentro del mismo cultivo, sin lavarse las manos, la cara ni cambiarse de ropa después de haber estado en contacto con estos productos.

Adicionalmente, el almacenamiento de los agroquímicos generalmente es inadecuado, bajo condiciones locativas carentes de adecuada iluminación, ventilación, orden y aseo, señalización y de zonas específicas para su apilamiento, además los agricultores ignoran las contraindicaciones de almacenar ciertas sustancias químicas con otras con las que pueden reaccionar. Los agricultores no poseen hojas de seguridad desconociendo los procedimientos adecuados en caso de incendio, derrame o accidente.

La disposición de los residuos de los productos agroquímicos es realizada básicamente a través de la quema, el entierro, la disposición junto con los residuos comunes o el abandono en las zonas aledañas a las áreas de cultivo. Las formas de disposición anteriormente descritas de este tipo de residuos considerados peligrosos generan riesgos sobre la vida de personas y animales, cuencas hídricas y suelos. Es de anotar que los agricultores a pesar de ser conscientes de lo riesgoso de este tipo de prácticas y de tener la seria intención de mejorar esta situación, no poseen de otra vía para realizar la disposición de estos residuos, ya que no existen centros de acopio de los mismos para ser destruidos o reciclados bajo condiciones controladas por entes responsables. Adicionalmente, los distribuidores y comercializadores de los agroquímicos no están informando a los usuarios y consumidores sobre los riesgos de los plaguicidas y las recomendaciones para su manejo seguro.

- **Riesgo Mecánico**

El riesgo mecánico está presente debido al manejo de máquinas y herramientas necesarias para la realización de diferentes actividades a lo largo de todo el proceso productivo. La gran mayoría de los trabajadores refieren realizar mantenimiento preventivo y correctivo a las máquinas y herramientas (engrase, afilado y limpieza), sin embargo el riesgo continúa latente, debido a la falta de conocimiento técnico y a las inadecuadas condiciones de almacenamiento.

- **Riesgo Físico**

El riesgo físico se debe a cuatro factores: vibraciones, ruido, temperaturas extremas y radiación no ionizante.

Las vibraciones de cuerpo entero son generadas por el tractor al momento de la preparación de la tierra, en esta actividad no hay rotación de personal pues la persona que maneja el tractor generalmente se dedica de manera exclusiva a la misma, pasando de finca en finca realizando la prestación de su servicio, de manera que frecuentemente se exceden los tiempos de exposición y no se realizan las pausas activas. El ruido obedece a dos fuentes básicas, la primera, el funcionamiento del tractor y la segunda, el funcionamiento de la máquina de fumigación estacionaria. Estos dos factores de riesgo afectan a una pequeña parte de la población trabajadora, pero son bastante peligrosos si se tiene en cuenta su capacidad de ocasionar enfermedades profesionales al ser riesgos higiénicos.

Las temperaturas extremas dadas por el frío se presentan con mayor severidad en algunas partes de la localidad (especialmente en la veredas Los Soches, El Destino y El Curubital partes altas) cuando confluye la época de invierno, donde se reportan temperaturas por debajo de los 0° grados centígrados acompañadas de borrascas constantes con viento helado de una velocidad bastante elevada. La radiación no ionizante es causada por la radiación solar a la que están expuestos el 100% de los trabajadores durante toda su jornada laboral.

- **Carga física**

El riesgo ergonómico está motivado principalmente por los siguientes aspectos:

Carga Dinámica: presente en el levantamiento de cargas en el momento de realizar el pesaje y cargue de los bultos a los camiones y por esfuerzos musculares constantes al manipular herramientas mal diseñadas con cabos demasiado cortos que implican tener que realizar mayores inclinaciones. Además, movimientos forzados e inadecuados presentes en la mayor parte de las actividades (sembrado, aporque, colgado, abonado, cosecha) a lo largo de toda la jornada laboral debido a una inadecuada higiene postural con presencia de movimientos fuera de los ángulos de confort.

Movimientos repetitivos: derivados principalmente de la actividad de colgado de arveja y de la recogida de papa, arveja, cubios y otros. En el momento de la cosecha y por las maniobras realizadas para accionar la máquina de fumigación de espalda.

Analizando más detalladamente el riesgo ergonómico por procesos se puede destacar que en los procesos de surcado, aporque, corte de ramas y cosecha los trabajadores recurren a movimientos forzados para la columna lumbar teniendo en cuenta que realizan frecuentes inclinaciones anteriores de tronco, que ejecutan de manera inadecuada por desconocimiento de las normas básicas de higiene postural. Además, esta situación es agravada por la utilización de herramientas ergonómicamente inadecuadas con cabos muy cortos que agudizan aún más los ángulos de inclinación anterior.

En el proceso de fumigación se realiza a través de máquinas estacionarias y máquinas de espalda, estas últimas son de dos clases: manuales y motorizadas. Las máquinas de accionar manual representan un mayor riesgo a nivel ergonómico para los trabajadores, debido a los movimientos repetitivos a nivel de muñeca que requieren ejecutar para maniobrar la máquina.

La actividad de colgado de arveja es una actividad crucial para el riesgo ergonómico que no sólo implica gran cantidad de movimientos repetitivos sino la presencia de movimientos forzados que conllevan a realizar constantes inclinaciones anteriores de tronco.

Finalmente, en el proceso de cosecha los trabajadores se ven expuestos a alta carga dinámica debida por una parte, a los desplazamientos, movimientos forzados y movimientos repetitivos que se ven abocados a realizar en la actividad de sacar los tubérculos o de recoger las legumbres y por otra, a la manipulación manual de cargas que realizan durante el pesaje y el cargue de los bultos a los camiones.

Es de vital importancia reconocer que el riesgo ergonómico está presente en todos los procesos de la actividad agrícola y la totalidad de los trabajadores se ven expuestos a éste durante gran parte de la jornada laboral, lo que conlleva a que este riesgo adquiera un alto grado de peligrosidad tanto por el porcentaje de personas expuestas como por el tiempo de exposición y las graves consecuencias patológicas en la salud.

Además, es de destacar que los trabajadores desconocen la importancia y la forma de realizar las

pausas activas de trabajo durante la jornada laboral, práctica que en caso de realizarse disminuiría el grado de riesgo que representa la carga física.

- **Riesgo Biológico**

El riesgo biológico está presente por el permanente contacto con material vegetal y algunos insectos propios de los cultivos, al igual que por el consumo de alimentos dentro de los mismos sin realizar procedimientos básicos de higiene como el lavado de manos. Sin embargo, a simple vista no se puede evaluar la real afectación de los trabajadores por la exposición a este tipo de riesgo, aunque algunos trabajadores refieren eventuales picaduras de insectos y dolor de estómago, seguramente relacionado con esta última condición.

Otro factor a tener en cuenta que genera riesgo biológico es el contacto con animales domésticos principalmente perros y gatos sin estar vacunados contra virus como el de la rabia, ya que los trabajadores reportan que no se realizan jornadas de vacunación para estos animales.

- **Riesgo Eléctrico**

El riesgo eléctrico está presente en las áreas de almacenamiento de las herramientas y de los productos agroquímicos dado principalmente por cajas de breaker sin cerrar adecuadamente que puede permitir el fácil acceso a cualquier persona y la presencia de un accidente. El número de trabajadores expuestos a este riesgo es bastante bajo, ya que generalmente quienes acceden al área de son pocas personas, el patrono o el encargado, y permanecen en este sitio muy poco tiempo.

- **Riesgo Psicosocial**

El riesgo psicosocial en la población agricultora resulta difícil de identificar y valorar debido a las características de personalidad de la población campesina, ya que tienden a ser concretos, no presentan mayores expectativas respecto a sus condiciones laborales y no reportan estrés o mayor sintomatología en la encuesta de morbilidad sentida. Sin realizar las mediciones correspondientes de los factores de riesgo psicosocial y sus respectivas correlaciones con el nivel de estrés, a continuación se intenta describir a grandes rasgos lo observado a este respecto, aclarando que esto no indica de ninguna manera que este riesgo no sea mayor, para lo cual necesariamente tendría que hacerse un estudio cuantitativo de caracterización de los factores de riesgo psicosocial y evaluación del estrés de la población agricultora de la localidad.

A nivel de las condiciones internas de trabajo y más específicamente del medio ambiente de éste, el riesgo psicosocial está presente debido la presencia de agentes físicos adversos especialmente las bajas temperaturas las cuales ocasionan que los trabajadores frecuentemente tengan que suspender sus actividades y acarrear las consecuencias económicas de este hecho. Es de anotar que aunque la existencia de agentes químicos, biológicos y ergonómicos que afectan la salud podrían ocasionar un riesgo psicosocial alto en la población, el hecho de ignorar los efectos adversos que estos pueden producir casi que anula esta posibilidad al no desencadenar una percepción amenazante de éstos para la integridad física.

En cuanto a las condiciones de la tarea, la alta carga física representa un factor de riesgo psicosocial ya que la presencia de fatiga muscular y de alteraciones musculoesqueléticas ocasionan una disminución de la productividad y una sensación de disconfort en los trabajadores. Otro factor de riesgo es el aislamiento producido en zonas de trabajo muy amplias en las cuales los trabajadores distan mucho entre sí limitándose la posibilidad de comunicación. Además, la mayoría de las actividades, excepto la cosecha y la fumigación con estacionaria) las desarrollan por medio de grupos paralelos y no requieren trabajar de forma cooperativa.

Es importante tomar en cuenta que la población trabajadora al ser nómada y con las características de la tarea que desarrollan tienen pocas posibilidades de crear relaciones de apoyo que favorezcan un buen clima laboral, sin embargo esto se ve mitigado debido a que generalmente se van desplazando por grupos pequeños trabajando de tres a seis agricultores de finca en finca.

Los sistemas de contratación y salariales podrían representar un riesgo psicosocial en la población al no poder planear su futuro ni siquiera a muy corto plazo, ya que los trabajadores no tienen asegurado su trabajo a lo largo de todo el mes y la mayor parte de la población trabaja en promedio de 3 a 4 días a la semana por ausencia de oportunidades laborales, hecho que los afecta de manera marcada a nivel económico y posiblemente desencadena la aparición de ansiedad, la cual se observó de forma incipiente en los trabajadores al referirse a este tema. Sin embargo, esto solo se podría corroborar evaluando de forma específica este factor de riesgo en los trabajadores.

En cuanto a las condiciones externas de trabajo, la percepción colectiva de inseguridad y las condiciones de pobreza de la población, que no les facilita ejecutar actividades de desarrollo humano tales como recreación y educación, que les permitan aspirar a tener una mejor calidad de vida. Igualmente, es muy marcada la desconfianza y la poca credibilidad que tienen en las autoridades, particularmente de las de salud, al manifestar muy frecuentemente las dificultades e inconvenientes que se les presentan en el momento que asisten a solicitar los servicios de salud (no aparecen en el sistema, asignación de citas muy distantes, largas filas para conseguir una cita, suministro insuficiente de todos los medicamentos y pérdida de tiempo y dinero por costos de desplazamiento en la realización de los trámites). Estos hechos determinan en buena medida las preocupaciones de los trabajadores, sus necesidades y la forma como asumen las condiciones que les presenta su trabajo, como lo pudo observar de manera muy evidente el grupo ejecutor.

Respecto a las condiciones individuales es poco lo que pueda afirmarse sin una evaluación juiciosa de las características de personalidad y de los moderadores cognoscitivos, afectivos y demográficos de la población, sin embargo lo que pudo observarse es que muy posiblemente la mayoría de la población tiene personalidad tipo B, la cual les permite asumir de una mejor forma los estresores a los que están expuestos, disminuir el riesgo psicosocial y por ende las alteraciones en la salud derivadas de éste.

- **Riesgo de incendio**

El riesgo de incendio está presente en las áreas de almacenamiento de herramientas y agroquímicos debido a la presencia de material combustible, en algunos casos almacenamiento adicional de líquidos inflamables, desorden y poca ventilación. Adicionalmente, el almacenamiento inadecuado de los agroquímicos incrementa el riesgo de incendio, ya que la totalidad de los agricultores desconoce la importancia de tener en cuenta las características de las sustancias químicas almacenadas para separar unas de otras aquellas que pueden reaccionar entre sí. Sin embargo, al igual que en el riesgo eléctrico generalmente, son pocas las personas expuestas a este riesgo y durante poco tiempo de la jornada laboral.

- **Riesgo de origen natural**

El riesgo de origen natural está dado principalmente por la ocurrencia de algunas heladas, además de temblores y terremotos muy poco frecuentes.

Con relación a los hallazgos del programa Salud al Colegio, el cual desarrolló sus actividades con las instituciones educativas rurales Las Mercedes - Sede Única – Jornada M, La Mayoría - Sede Única – Jornada M y La Unión - Sede Única – Jornada M, se identificó lo siguiente: la problemática prioritaria es la violencia intrafamiliar. Los determinantes que influyen en la aparición y/o mantenimiento de las problemáticas son la influencia cultural que se transmite generacionalmente

entre la familia (de padres a sus hijos) como por ejemplo la conducta de consumo de SPA (Alcohol principalmente), hábitos, creencias, costumbres, actitudes y comportamientos, desigualdad socioeconómica, las condiciones de vivienda traducidas en hacinamiento.

Respecto al trabajo de la mesa territorial, dadas las características particulares de las veredas, se dificulta la convocatoria de participación en la mesa de trabajo por las grandes distancias entre veredas y la falta de medios de telecomunicación. Sin embargo, por iniciativa de la referente territorial de la Secretaría Local de Integración Social: Marcela Duarte Lemus, se tomó la decisión de realizar la convocatoria para la mesa de trabajo tomando la población de padres de familia de los niños y niñas usuarios del Centro de Desarrollo Infantil y Familiar (CDIF), ubicado en la vereda el Destino, quienes desde el inicio se vincularon en el proceso de trabajo de la mesa territorial. La estrategia de convocatoria fue acertada y permitió que los mismos asistentes se comprometieran a convocar a otras personas de las veredas y socializar e invitar al proceso a los líderes de las Juntas de Acción Comunal (JAC). Es así como la misma comunidad es quien realiza la movilización social necesaria para activar el trabajo territorial del sector de las veredas de la localidad de Usme²⁵⁵.

En este nivel de trabajo, la comunidad del sector de Veredas, representado por algunos líderes presidentes de la JAC y otros representantes de la comunidad, cuestionan el trabajo separado de los sectores Usme Centro y Veredas, por lo que se analiza los pro y contra de esta forma de adelantar el proceso territorial y se decide unir el trabajo de estos dos sectores, colocando un punto central de reunión en Usme Centro en la Casa de Justicia, lugar donde a partir del mes Septiembre se iniciaron las reuniones territoriales de Usme Centro y Veredas²⁵⁶.

Las necesidades priorizadas en forma concertada en la mesa territorial para el sector veredas son las siguientes: ausencia de canales efectivos de comunicación, dificultades de accesibilidad, Operación Nuevo Usme, deficiencia en la prestación de servicios de salud, dificultades para la movilidad y Medio ambiente.

Como principales dificultades en el proceso se evidencian las siguientes: baja participación de comunidad por dificultad de desplazamiento y comunicación en veredas, no se logró realizar reconocimiento del territorio (dificultades logísticas), Baja participación de instituciones, Cancelación de jornada de servicios por SDIS.

Microterritorios SASC en el territorio Veredas²⁵⁷

MICROTERRITORIO DESTINO

El núcleo de gestión del microterritorio de Destino ha sido fluctuante desde sus inicios en el año 2007, debido a las características propias del territorio, ya que es sector rural y las grandes distancias son una limitante para lograr constancia de participación en un espacio. En un inicio lo conformó el grupo de Hipertensos de la UBA Destino, que se reunían cada dos meses, siendo el ciclo vital de Persona Mayor el mayor participante, lo cual era una limitante debido a que no se tenían en cuenta otras necesidades que podían percibir los demás ciclos vitales. A mediados del año 2009, se vincularon al núcleo de gestión los participantes del proyecto UEL 090 componente "Círculos de vida saludable", en donde participan todos los ciclos vitales, que tenían un proceso de formación participativa adelantada ya que dentro de las etapas del proyecto UEL contemplaba apropiación conceptual en temáticas como Salud, Participación Comunitaria, derechos y deberes, lo cual facilitó el abordaje a esa comunidad, pero tenía una limitante que era que la comunidad participante era solo de la vereda El Destino.

²⁵⁵ Documento mesas territoriales Usme 2009. Disponible en magnético

²⁵⁶ *Ibid.*

²⁵⁷ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Ámbito Familiar. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

A finales de 2009 y principios de 2010 se vinculan al proceso líderes, lideresas y algunos presidentes de JAC de las veredas de "Las Margaritas sector campamento", "Las Margaritas sector la avanzada", "Las Mercedes", "Arrayanes" y "Olarte", gracias a la convocatoria de los gestores y de los mismos integrantes del núcleo quienes vieron la necesidad de fortalecer el espacio.

En este núcleo de gestión se ha contado con la participación de diferentes Instituciones, empezando por quienes han liderado todo el proceso que son el Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria del Ámbito Familiar, por medio del programa Salud a su Casa, La Institución Educativa El Destino, la oficina de participación social y Subdirección de Integración Social.

A finales de 2009 y principios de 2010 se realiza la lectura de necesidades, en donde se utiliza la metodología de lluvia de ideas, en donde cada participante presenta una problemática en salud de su territorio encontrando los siguientes hallazgos: falta de medicamentos y atención medica los fines de semana en las diferentes veredas del microterritorio al igual que urgencias y consultas prioritarias en horarios adicionales a los establecidos en la UBA, descuido de higiene oral, problemas de violencia intrafamiliar, psicosociales y psicológicos.

También prevención del consumo de sustancia psicoactivas, especialmente de consumo de bebidas alcohólicas que se presenta debido a los aspectos culturales y las prácticas de crianza, deficiente servicio de recolección de basuras e inadecuado manejo de residuos sólidos, tenencia inadecuada de mascotas se desconoce los riesgos para la salud y enfermedades compartidas.

La mayoría de las actividades se han realizado durante el 2010 y están encaminadas a programar mensualmente brigadas de salud en cada una de las veredas del Microterritorio, hasta el momento se han realizado dos, una en la vereda "Arrayanes" y otra en la "Vereda Las margaritas sector la avanzada". Se han realizado reuniones con el personal de la UBA Destino en donde se ha concertado la metodología a seguir en cuanto a asignación de citas, debido a que se estaban presentando inconvenientes. En las próximas reuniones la comunidad convocará a un representante del COPACO y a la Subgerencia del Hospital de Usme para tratar la problemática del acceso a salud y la falta de medicamentos.

El núcleo de gestión del microterritorio de Destino, se ha venido fortaleciendo gracias a la participación de líderes que están apropiados de su espacio y que son conscientes de las problemáticas presentes en su territorio, además que cuentan con habilidades para realizar procesos de gestión en pro del bienestar de su comunidad.

• Expresiones de la relación territorio – población

En este apartado se presentan por ahora los daños en la salud, expresados en enfermedades o traumas, evidenciados a través de la morbilidad por Centro de Atención del Hospital de Usme que presta sus servicios dentro del territorio social abordado, que para este caso es la UBA Destino.

En consulta externa para esta UBA como principal diagnostico tenemos las personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes con un 55,53%, seguido por la caries dental con un 10,75% y en tercer lugar encontramos a las Personas con faringitis aguda y amigdalitis aguda con un 6,12%.

3.6.4 Núcleo problemático UPR 3 Tunjuelo – Zona Rural

Primer Núcleo: Problemáticas de tipo ambiental, de potabilidad del agua, déficit en equipamientos y sistemas de telecomunicación, acceso, movilidad, desempleo, trabajo al jornal y alta dependencia económica, consumo de SPA (principalmente bebidas alcohólicas y cigarrillo), exposición a múltiples riesgos tanto en el hogar como fuera de él

por las actividades desarrolladas en sus labores agropecuarias, inseguridad alimentaria y nutricional, barreras de acceso a los servicios de salud (veredas muy lejanas, restringida oferta de transporte incluyendo ambulancias) y mala prestación del servicio, lo cual afecta negativamente la calidad de vida de los habitantes de la ruralidad de Usme, vulnerando sus derechos a un ambiente sano, movilidad, recreación, cultura, educación, trabajo, seguridad económica, alimentación y nutrición, libre desarrollo de la personalidad, comunicación y salud.

- **Descripción del núcleo**

La situación antes mencionada respecto a la problemática ambiental dada por el inadecuado uso del suelo, especialmente con las zonas calificadas como de alta fragilidad, en las cuales se desarrollan actividades de producción, afecta a todas las etapas del ciclo vital y/o diferentes grupos poblacionales que se encuentran ubicados allí. Por otra parte, se encuentran ingiriendo agua no apta para el consumo humano, ya que por el pastoreo y pisoteo del ganado, el agua se contamina por materia fecal humana y animal, inadecuada disposición de residuos tanto domésticos como agroquímicos, y el regular estado de pozos sépticos y letrinas, potenciando la aparición de enfermedades gastrointestinales, enfermedades de la piel y el difícilmente recuperable daño ambiental de las cuencas hidrográficas.

Con relación al déficit en equipamientos, infraestructura, sistemas de telecomunicación, acceso y movilidad, de igual manera que lo ambiental, también aqueja a todas las etapas del ciclo vital, pues estas carencias afectan el acceso a bienes y/o servicios de todos los habitantes de la zona rural de Usme. Particularmente los **jóvenes habitantes de este territorio han expresado en diferentes espacios la necesidad de habilitar zonas recreativas, culturales o artísticas, así como más y eficientes rutas de transporte que faciliten la movilidad hacia la zona urbana tanto de la localidad como al resto de la ciudad. Precisamente estas dificultades en el desplazamiento hacen que se realicen muy pocas intervenciones por parte de las diferentes instituciones con la población rural de Usme y que haya incluso una re intervención en la zona de fácil acceso en el área urbana de la localidad.**

También se evidencia un aumento creciente del desempleo para jóvenes y adultos cuyo nivel de estudios en la gran mayoría no supera el bachillerato, de hecho, el 45% de agricultores en Usme solo tienen estudios de primaria incompleta. Por lo anterior, los trabajadores dentro de los ciclos vitales mencionados en la zona rural, tanto hombres (87.8%), como mujeres (12.2%), devengan menos de un salario mínimo, demostrándose así la precarización del trabajo en el campo. De igual manera se observa que dentro del ciclo vital juventud, existe un 21.1% de la población que es menor de edad y trabajan sin ningún tipo de permiso laboral otorgado por las autoridades competentes, la mayoría hijos de los dueños de los cultivos²⁵⁸.

Por otra parte niños y jóvenes se ven influenciados e inducidos desde muy tempranas edades por sus propias familias al consumo de SPA, especialmente bebidas alcohólicas y cigarrillo debido al entorno cultural de la vida campesina. Se observa con gran preocupación el aumento en el ausentismo y deserción escolar de menores para apoyar a sus padres en las labores del campo.

Toda la población campesina, por su labor, se encuentra expuesta a diferentes tipos de riesgos dentro de los que se destacan mecánico, físico, ergonómico, biológico y psicosocial, que por la temprana edad de vinculación al trabajo, afecta a todas las etapas del ciclo vital. Sumado a ello, enfrentan mayor probabilidad de sufrir accidentes en el hogar, sobre todo la población infantil, que por la falta de previsión de los adultos, exponen a los infantes a múltiples situaciones desfavorables que atentan contra su integridad.

²⁵⁸ Hospital de Usme I Nivel E.S.E. Salud pública - Ámbito laboral. Documento aporte al Diagnóstico local 2010. [Disponible en magnético]

Toda la población habitante de la zona rural se enfrenta a graves barreras en el acceso a los servicios de salud, debido a la distancia entre veredas, que solo hay una IPS para cubrir la ruralidad, la cual sólo presta atención durante el día, no atiende fines de semana y se han presentado inconvenientes con la entrega de medicamentos, esto sin contar con las enormes dificultades en cuanto al desplazamiento a hospitales de segundo y tercer nivel para acceder a los servicios médicos especializados.

Respecto a seguridad alimentaria y nutricional se presenta déficit en el consumo de una alimentación adecuada, asociada a los costos elevados de los productos e insumos para el desarrollo de cultivos que permitan abastecer a la comunidad y según datos de Salud a su Casa, el 48,8% de las familias caracterizadas desde el 2004 hasta el 2008 manifestaron que faltó dinero en el hogar para comprar alimentos. Relacionado con esta problemática, se presenta ausencia de redes de producción y comercialización de alimentos a un precio adecuado, más si se tiene en cuenta la zona rural con la cual cuenta la localidad y el desconocimiento de las posibilidades de aprovechamiento biológico de los alimentos, así como una desarticulación entre oferta y demanda a nivel local lo que refleja su bajo estado de organización.

- **Potencialidades**

1. Colegios La Mayoría, Las Mercedes, La Unión, Los Andes y Chisacá
2. Participación en discusiones relacionadas con aspectos como la escasez de agua en el sector por la época de verano.
3. Generación de espacios de formación y fortalecimiento, abordando temáticas relacionadas con el recurso hídrico y las implicaciones en la salud por la no potabilización del mismo.
4. Continuidad, coherencia, y persistencia en el trabajo desarrollado por los presidentes y fontaneros de los acueductos rurales, frente a las diferentes problemáticas a solucionar, involucradas con la infraestructura, calidad de agua suministrada a la comunidades, administración, y planteamiento de nuevos mecanismos de solución para beneficiar a las familias.
5. Gestión para la solución de las problemáticas evidenciadas en los sistemas, ejecutada por los diferentes presidentes de Junta de Acueducto Comunitario, especialmente: Destino y Olarte, quienes han trabajado arduamente por el bienestar de la comunidad.
6. Apoyo del CDIF para convocatoria a población rural.
7. Participación de líderes y comunidad en general.
8. Procesos: Capacitación en derecho humano a la alimentación.
9. Jornada de infancia que vinculó niños y niñas de zona rural.
10. Empoderamiento de "Gestión Social Integral".
11. Organizaciones comunitarias Asamblea sur, SINTRAPARB, ACUALCOS,²⁵⁹ sindicato agrario, las organizaciones de mujeres –Anmucic, Asodemuc y Fedemuc- Mesa Local de Acueductos Veredales.

²⁵⁹ Es una asociación donde convergen los acueductos comunitarios de diferentes localidades: San Cristóbal, Chapinero, Usaquén, Sumapaz, la Calera, Choachí, Sibaté, Soacha, Ciudad Bolívar, Usme –arrayanes, argentina, aguas doradas, el Destino, Aguas Claras, Asoagualida, Aguamar, Asocristalina-

3.6.5 UPZ 60 Parque Entre nubes

La UPZ 60, es un Parque Ecológico Distrital, localizado en el extremo Sur- Oriental de Bogotá. El reconocido Parque Entre Nubes es una reserva natural y es el punto de atención y de tranquilidad que atrae a varios turistas y ciudadanos. Está conformado por 10 barrios: Arrayanes, Bolonia, El Bosque central, El Nuevo portal II, El Refugio I, La Esperanza sur, Los Olivares, Pepinitos, Tocaimita Oriental y Tocaimita Sur.

- **Consecuencias de la interrelación territorio – población**

En su territorio nacen siete quebradas: Seca, Chiguaza, Bolonia, Verejones, La Hoya del Ramo, Santa Librada y Yomasa, que desembocan en el río Tunjuelo, uno de los tres principales afluentes del río Bogotá. Indudablemente, Entre nubes posee una importante red hidrográfica, que se amplía con las quebradas que la atraviesan como son: La quebrada Chiguaza, La Nutria y la quebrada Morales, entre otras. También entran a la quebrada de la Chiguaza las quebradas Puente Colorado y las Mercedes. Los cerros de Guacamayas, Juan Rey y cuchilla del Gavilán, presentan gran variedad de plantas, como: musgos, hierbas, helechos, orquídeas, arbustos y árboles que a pesar de su degradación son refugio de especies de fauna nativa, entre la cual se puede encontrar: mirla de páramo, gorriones, palomas, chisgas, gavilanes, garrapateros, cardenal alinegro, toche y colibrí e igualmente hay animales como armadillos, conejos, lagartos, ranas, salamandras.

Según el Censo del Arbolado Urbano realizado por el Jardín Botánico de Bogotá, la UPZ con mayor número de árboles es Parque Entre nubes con 36.236 árboles.

La UPZ Parque Entre nubes afronta problemáticas específicamente relacionadas con el uso de suelo, identificando en sus predios actividades de extracción minera, usos agrícolas, asentamientos humanos informales; causantes de la destrucción de flora y fauna nativa y degradación del ecosistema del parque.

A nivel barrial, Altos del Pino de la UPZ Gran Yomasa se destacó por estar relacionado con el Parque Ecológico Distrital Entre Nubes, precisando su interés por elaborar proyectos ambientales que vincularan su comunidad. Teniendo en cuenta éstas características, en el año 2009, la intervención de Entornos Comunitarios Saludables junto con Entornos Saludables, inicia un proceso en el que se introducen aspectos de Salud Ambiental, destacando temas como: liderazgo, reconocimiento de fortalezas y debilidades ambientales en el territorio, usos del agua, problemáticas asociadas a la mala disposición de residuos sólidos, en las etapas de ciclo vital: infancia y juventud.

Estas acciones permiten evidenciar e identificar a través de salidas pedagógicas en el territorio y fuera del mismo, la afectación de cuerpos hídricos con basuras, la erosión del suelo por tala de árboles nativos con el objeto de habilitar viviendas en condiciones de ilegalidad, trayendo como consecuencia situaciones de drogadicción, robo, violencia e inseguridad, característicos de la zona, y manifestados a través de ejercicios de cartografía social, realizada por los infantes y jóvenes.

Se evidencia que la identificación de los infantes y jóvenes como líderes ambientales, proporcionó un sentido de pertenencia al territorio, transformándose en veedores, frente a lo cual el presidente de la Junta de Acción Comunal de Altos del Pino manifiesta: “Un día un vecino arrojó un papel frente a la panadería de Don Jaime y uno de los niños que se estaba formando como líder expresó: -señor, yo soy líder ambiental y no puedo permitir que vote papeles en el piso”. Éste tipo de ejemplo refleja el impacto generado en el grupo comunitario, partiendo de la acción barrial.

El proceso organizativo en la Mesa Territorial inició con la articulación al Núcleo de Gestión del Hospital de Usme en el micro-territorio El Bosque en el mes de Julio de 2008 y se dio a partir de dos fases, que permitieron la creación de dos escenarios sociales²⁶⁰.

En primer lugar se realizó una identificación y acercamiento a los líderes de las JAC de los barrios Los Pinos y San Felipe, así como al líder y administrador del Comedor Comunitario del barrio Bosque. Esta gestión fue posible gracias a la iniciativa de la Jefe del equipo de Salud a su casa –SASC- de los micro-territorios en mención. La respuesta de los líderes fue inmediata y proactiva, abriéndose a la posibilidad de emprender un proceso en torno a los Núcleos de Gestión de SASC. Esta primera fase de mutuo reconocimiento sirvió para identificar procesos sociales en marcha dentro del micro-territorio, así como la presencia de otras instituciones con quienes articular acciones.

En segundo lugar, se abre paso a un proceso de reunión entre los líderes, las instituciones y los habitantes mediante la convocatoria masiva al Núcleo de Gestión de SASC. La participación comunitaria es amplia, así como la presencia institucional y es en este escenario donde se socializa en el mes de Julio de 2009 la propuesta de abordar la estrategia de la Gestión Social Integral al Territorio.

Entre los meses de Agosto a Octubre de 2008, el proceso se articula a partir de (I) un escenario de Mesa de trabajo, en el que confluyen los líderes de los barrios Bosque, San Felipe y Los Pinos, y (II) un escenario de Núcleo de Gestión amplio, al que asiste la comunidad en general con un promedio de participantes de 80 personas. Tras una lectura de necesidades realizada en el escenario del Núcleo de Gestión, la mesa de trabajo validó y priorizó las necesidades, estableciendo una plan de acción concertado.

Debido a la capacidad de gestión de los líderes y al carácter apremiante de las necesidades en este micro-territorio, las reuniones de la mesa de líderes se realizan cada quince días, mientras los núcleos se han realizado cada dos meses.

En Noviembre de 2008, se realizó un recorrido con representantes del núcleo de gestión de El Bosque, identificando problemáticas relacionadas con amenaza por deslizamiento de una ladera continua al barrio. Al parecer se presentaba un proceso de reptación, fenómeno de remoción en masa que se lleva a cabo durante largos periodos de tiempo, y que puede ser indicador de un deslizamiento, si se acompaña de procesos de deforestación, manejo inadecuado de aguas residuales y tipo de suelo. En respuesta, la comunidad realizó un proceso de reforestación de la ladera con el fin de detener el fenómeno. Como compromiso del recorrido, se planea gestionar con la DPAE una visita técnica para recomendaciones al respecto.

En Febrero de 2009 se realiza visita técnica al predio aledaño al barrio Altos del Pino, con acompañamiento de funcionaria del Jardín Botánico, para determinar las acciones a tomar con respecto a la iniciativa comunitaria de reforestar el sector correspondiente al parque Entre nubes. Durante la visita se define que es necesario retirar los eucaliptos sembrados recientemente por representar una amenaza potencial para la comunidad, además de ser especie foránea, así mismo se realiza listado de las especies nativas que podrían sembrarse y la metodología para realizarlo. A partir de esta visita se inician las tareas pertinentes en la ULATA y la ESE para realizar la actividad propuesta.

Se adelanta durante el mes de marzo de 2009 la gestión y ejecución de la jornada de reforestación, coordinando las acciones con la Junta de Acción Comunal del barrio y el Centro Pastoral Champagnat que realiza labores sociales en el sector. La jornada de reforestación se considera exitosa, ya que cumple con su propósito ambiental de iniciar la recuperación del terreno vecino al barrio con especies nativas, en el marco de la gestión del riesgo, por medio del retiro de especies arbóreas que en su edad madura representan un riesgo potencial por la altura que alcanzan, lo cual genera una amenaza de volcamiento, y finalmente su propósito social de captar la atención de niños, niñas y jóvenes para iniciar organización de grupo juvenil.

Durante el mes de abril, se realiza la gestión con la administración del parque Entre Nubes, socializando los avances del núcleo de gestión en el tema ambiental y de agricultura urbana, y logrando concertar visita por parte de la administradora y representante de la Secretaría Distrital de Ambiente al barrio Altos del Pino. Inicia también durante este mes la planeación del proceso de educación ambiental que lidera Entornos Saludables y Entornos Comunitarios Saludables con niños, niñas y jóvenes del sector.

Durante el mes de mayo se adelantan mesas de trabajo con el centro de atención Bolonia (médico, enfermera jefe y equipo SASC), que manifiesta su intención de vincularse al proceso del núcleo, programando inicialmente capacitación acerca del virus AH1N1 con comunidad.

La visita de la administración del parque Entre Nubes se realiza también durante mayo, logrando una articulación directa al proceso del núcleo, en respuesta a la organización comunitaria y su interés de recuperar y aprovechar para recreación los predios del parque que colindan con el sector Bolonia. Durante el encuentro se socializan tanto la dinámica de la administración que la secretaria Distrital de Ambiente ejerce sobre el parque en la Localidad de San Cristóbal, como los avances en actividades y gestiones para el desarrollo del proyecto de recreación ecológica que ha adelantado la comunidad, inicialmente la realización de la jornada de reforestación que se adelantó con apoyo del Hospital de Usme y a partir de lo cual se manifiesta el dueño del predio con su desconocimiento de los planes de la Secretaría Distrital de Ambiente con respecto a la compra del mismo.

De igual forma se realiza por parte de la comunidad la presentación del documento del proyecto a la Unión Europea que expresa su interés de invertir recursos económicos y además se cuenta con el conocimiento que tiene el Alcalde Local del proceso. A partir de este primer encuentro se adelantan gestiones con Secretaría Distrital de Ambiente por parte de la administración del parque definiendo que la Secretaría de Hábitat cuenta con recursos para la compra de los predios vecinos del sector Bolonia en el parque Entre Nubes pero deben definirse responsabilidades de operación y mantenimiento del parque con la administración local. También en el primer encuentro se organiza la caminata al parque para conmemoración de la Semana Ambiental Distrital programada para el 14 de junio/2009.

Las necesidades priorizadas en forma concertada en la mesa territorial para el sector entre Nubes son las siguientes: movilidad, inseguridad, seguridad alimentaria, Medio Ambiente: reforestación, tenencia inadecuada de animales, manejo inadecuado de residuos sólidos, proliferación de vectores, consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes, desempleo de mujeres cabeza de familia (capacitadas en manejo de máquina plana), habitante de calle.

Dentro de los principales logros alcanzados en este territorio se encuentran: fortalecimiento del trabajo comunitario, vinculación de actores comunitarios 9 de los 16 barrios del sector, apropiación comunitaria del territorio PEDEN, comunidad empoderada de su realidad social, contar con un proyecto radicado a la Alcaldía Local en espera de respuesta de ejecución, Trabajo en Equipo entre Instituciones y Comunidad, Optimización de recursos: físicos, logísticos y de talento humano.

Como dificultades en este proceso de trabajo comunitario se encuentran las siguientes: ausencia de sectores institucionales que fortalecerían el proceso, desarticulación interinstitucional, falta de compromiso de parte de la Alcaldía Local frente al proyecto comunitario.

Microterritorios SASC en el territorio Parque Entre Nubes²⁶¹

MICROTERRITORIO EL BOSQUE

261 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud pública – Ámbito Familiar. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

El plan de acción concentraba su mayor parte en las problemáticas ambientales “parque entre Nubes”, invasión de este por consumidores de sustancias psicoactivas, mantenimiento de cambuches, embarazo de Alto Riesgo Biopsicosocial, información y/o capacitación Derechos y Deberes en Salud y jornadas de salud (vacunación canina, recolección canina, consulta por profesional de enfermería, Toma de Tensión Arterial, Consulta médica). Durante todo el periodo 2009, empezando el primer semestre se realizaron jornadas solicitadas por medio de los núcleos de gestión: vacunación canina anual, apoyo de la policía en jornada de limpieza del parque, jornadas de salud con atención a población en general, capacitación.

Para el segundo semestre se realizaron actividades de capacitación en Deberes y Derechos en salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, AH1N1, Lavado de Manos, Tenencia Adecuada de Mascotas, jornadas de Salud abordando la etapa de infancia ,para lo cual se realizó control de crecimiento y desarrollo en articulación con el centro de Salud del sector Bolonia y Salud a Su Casa ,realizado en el Salón Comunal de Altos del Pino, también se realizó jornada de salud en el barrio Tocaimita con atención a población en general.

3.6.6 Núcleo problemático territorio Parque Entre Nubes

Primer Núcleo: Problemáticas ambientales, que se encuentran relacionadas con el uso inadecuado del suelo; también se identifica como uno de los principales déficits el tema de movilidad, la inseguridad, el desempleo y el aumento del consumo de sustancias psicoactivas; esta situación se torna más álgida en el barrio Tocaimita, el cual se encuentra habitado principalmente por personas en situación y condición de desplazamiento. Esta realidad vulnera principalmente los derechos que tienen estos habitantes a gozar de un ambiente sano, a la movilidad, a la seguridad e integridad personal, al trabajo, a la seguridad económica, a la vivienda, la educación, la alimentación y nutrición, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud.

- **Descripción del núcleo**

A continuación se mostrará quiénes se afectan y qué consecuencias generan las problemáticas enunciadas anteriormente.

En este sector, se encuentran problemáticas específicamente relacionadas con el uso de suelo, identificando en sus predios actividades de extracción minera, usos agrícolas, asentamientos humanos ilegales, causantes de la destrucción de flora y fauna nativa y degradación del ecosistema del parque, que a su vez se convierten en factor de riesgo de remoción en masa, ya que todo lo anterior viene acompañado de procesos de deforestación, manejo inadecuado de aguas residuales y residuos sólidos, tenencia inadecuada de animales, llevando a su vez a la proliferación de vectores.

Este territorio enfrenta serios problemas de movilidad, por déficit de malla vial y rutas de transporte público, lo cual se convierte en un obstáculo más para el acceso a bienes o servicios, bien sea en el resto de la localidad o fuera de ella; de igual manera es notoria la ausencia de espacios de esparcimiento y juego para la realización de actividades recreativas y deportivas de todos los habitantes de esta zona.

Tocaimita es un barrio ilegal, en donde habitan personas en situación y condición de desplazamiento y se encuentra ubicado dentro del Parque Ecológico Distrital Entre Nubes, los pobladores del barrio han mantenido a través de los años, un conflicto con el estado por el territorio en el que habitan, ya que allí no cuentan con los servicios de acueducto y alcantarillado; sin embargo, tienen acceso al servicio de energía, el cual es producto de la lucha y organización de la comunidad. En este sector se observa precariedad de las viviendas, las cuales en el mejor de los casos son elaboradas en madera y plástico, pero la población que va llegando al territorio se ve en la

penosa necesidad de habitar en cambuches, precisamente por ser desplazados. En su gran mayoría se encuentran desempleados ya que según relatan ellos, no les dan el trabajo por su condición misma; se encuentran bastantes mujeres cabeza de familia, quienes vienen de sus territorios de origen con sus hijos (en promedio 2 a 4) y donde las gestantes cursan con embarazos de alto riesgo Biopsicosocial. Este sector es catalogado como de los más inseguros de la localidad, dado por el elevado consumo de SPA sobre todo en población juvenil, pero que según los habitantes del sector, quienes consumen en mayor medida y delinquen allí, en la gran mayoría de los casos son personas de otras zonas de la localidad, que aprovechan la poca presencia de las autoridades para cometer sus delitos y posteriormente culpar a los desplazados de los delitos allí cometidos.

- **Potencialidades**

1. Importante red hidrográfica
2. Los cerros de Guacamayas, Juan Rey y cuchilla del Gavilán, presentan gran variedad de plantas, como: musgos, hierbas, helechos, orquídeas, arbustos y árboles que a pesar de su degradación son refugio de especies de fauna nativa, entre la cual se puede encontrar: mirla de páramo, gorriones, palomas, chisgas, gavilanes, garrapateros, cardenal alinegro, toche y colibrí. Igualmente hay animales como armadillos, conejos, lagartos, ranas, salamandras.
3. La UPZ con mayor número de árboles es Parque Entre Nubes con 36.236 árboles.
4. Altos del Pino de la UPZ Gran Yomasa se destacó por estar relacionado con el Parque Ecológico Distrital Entre Nubes, precisando su interés por elaborar proyectos ambientales que vincularan su comunidad.
5. Fortalecimiento del trabajo comunitario, Vinculación de actores comunitarios 9 de los 16 barrios del sector, Apropiación comunitaria del territorio PEDEN, Comunidad empoderada de su realidad social, Contar con un proyecto radicado a la Alcaldía Local en espera de respuesta de ejecución, Trabajo en Equipo entre Instituciones y Comunidad, Optimización de recursos: físicos, logísticos y de talento humano.

3.7 Análisis de la Respuesta Social Institucional y Comunitaria

3.7.1 Aseguramiento

El aseguramiento en salud, dentro del marco de la protección social, es la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual una persona o familia es protegida o amparada de unos riesgos en salud específicos, a través de un plan de beneficios, que se encuentra financiado por una unidad de pago por capitación (UPC). El concepto de aseguramiento en salud, implica entonces, la gestión del riesgo en salud de los afiliados, lo cual puede definirse como la determinación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho o daño, que es incierto, afecta la salud o requiere un servicio de salud y que en consecuencia puede vulnerar la economía familiar.

La UPC del Régimen Subsidiado se definió inicialmente en el sistema mediante el análisis de la demanda y costos en salud de la población pobre, se incluyó la observación de variables como: modelo de atención, la definición de frecuencias de uso, el perfil de salud de la población pobre, las características demográficas, la priorización de problemas y eventos, factores condicionantes y la determinación de los gastos de administración. Posteriormente el ajuste del valor de la UPC-S se realiza anualmente por medio de acuerdo del CNSSS, reconociendo el valor de la inflación, algunas diferencias regionales y de dispersión geográfica y la necesidad incluir algunos servicios o medicamentos teniendo en cuenta el estado de los recobros ante el FOSYGA.

El plan de beneficios del Régimen Subsidiado de Salud, POS-S, expresa la cobertura de un conjunto de prestaciones, servicios y/o reconocimientos a que tienen derecho los afiliados y beneficiarios y que tienden a cubrir los riesgos en salud, de acuerdo con el grupo objeto de cada plan. El plan de beneficios deberá ser integral y permitir la gestión del riesgo en salud por las aseguradoras, desde la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, hasta la rehabilitación. En este sentido, en el Régimen Subsidiado de Salud, las entidades territoriales contratarán con empresas sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de los servicios no cubiertos por subsidios a la demanda.

En las siguientes tablas se presenta la situación actual de la población de la localidad de Usme afiliada al régimen subsidiado.

En la localidad quinta, 164.524 personas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, lo que equivale al 10.3% de la población afiliada a este régimen en Bogotá. Respecto al tipo de género o sexo, en Usme, el 51.6% son hombres y el 48.4% son mujeres, cifras que proporcionalmente no distan mucho de las distritales ya que el aporte por sexo en Bogotá es de 53.1% para hombres y de 46.9% afiliadas al régimen subsidiado.

Respecto al grupo de edad, en la localidad quinta, las personas de 0 a 18 años son quienes presentan mayor número de afiliados al régimen subsidiado con el 42.8% del total de la población afiliada al régimen mencionado. Respecto a las otras localidades, Usme es la cuarta en poseer un gran número de afiliados al régimen subsidiado en el rango de edad de los 0 a los 18 años, encabeza la lista Ciudad Bolívar, seguida de Bosa y en tercer lugar se encuentra la localidad de San Cristóbal.

De la población afiliada al régimen subsidiado en la localidad de Usme, el 99.9% recibe subsidio total y tan solo el 0.1 % recibe subsidio parcial. Respecto a las otras localidades del distrito, Usme ocupa la cuarta posición en recibir subsidios totales para la atención en salud de su población.

Con relación al nivel de SISBEN, el 55.7% de la población de Usme afiliada al régimen subsidiado pertenece al nivel 1 y respecto a Bogotá, la localidad quinta es la segunda con más población perteneciente a este nivel, lo que significa que más de la mitad de los afiliados a este régimen de seguridad social viven en condiciones de extrema pobreza o miseria. Para el nivel 2 la población asciende al 39.5%, en el nivel 3 se encuentra el 0.48%; las poblaciones especiales ocupan el 3.9% de la población afiliada al régimen subsidiado. Hay un 0.36% del cual no se tiene información y podría tratarse de población con otro nivel de SISBEN, pero teniendo en cuenta la cifra tan pequeña, indica que muy poca gente tiene acceso a condiciones de vida dignas.

Como se mencionó anteriormente, la población especial afiliada al régimen subsidiado en la localidad de Usme es del 3.9% del total de afiliados a este régimen. Dentro de la población especial local afiliada al régimen subsidiado el primer lugar lo ocupan los desplazados con el 79.9%, en segundo lugar en la localidad quinta se encuentran las madres comunitarias con el 5.9% y en tercer lugar los cabildos indígenas con el 5.7%.

3.7.2 Análisis de los servicios y el modelo de salud

La Empresa Social del Estado Hospital de Usme es una entidad de I Nivel de atención en salud, cuenta con 14 IPS, divididas en 2 Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), 6 Unidades Primarias de Atención (UPA) y 6 Unidades Básicas de Atención (UBA), en cada una de estas IPS funcionan equipos de Salud a su Casa, ya que ellos son quienes ayudan con la demanda inducida a los servicios de salud. Todas las IPS se encuentran habilitadas. (Ver Mapa 23).

Oferta Institucional y de servicios

Las IPS se encuentran bajo la dirección de los coordinadores de Unidades Funcionales, adicionalmente cada una de las IPS cuenta con un jefe de centro.

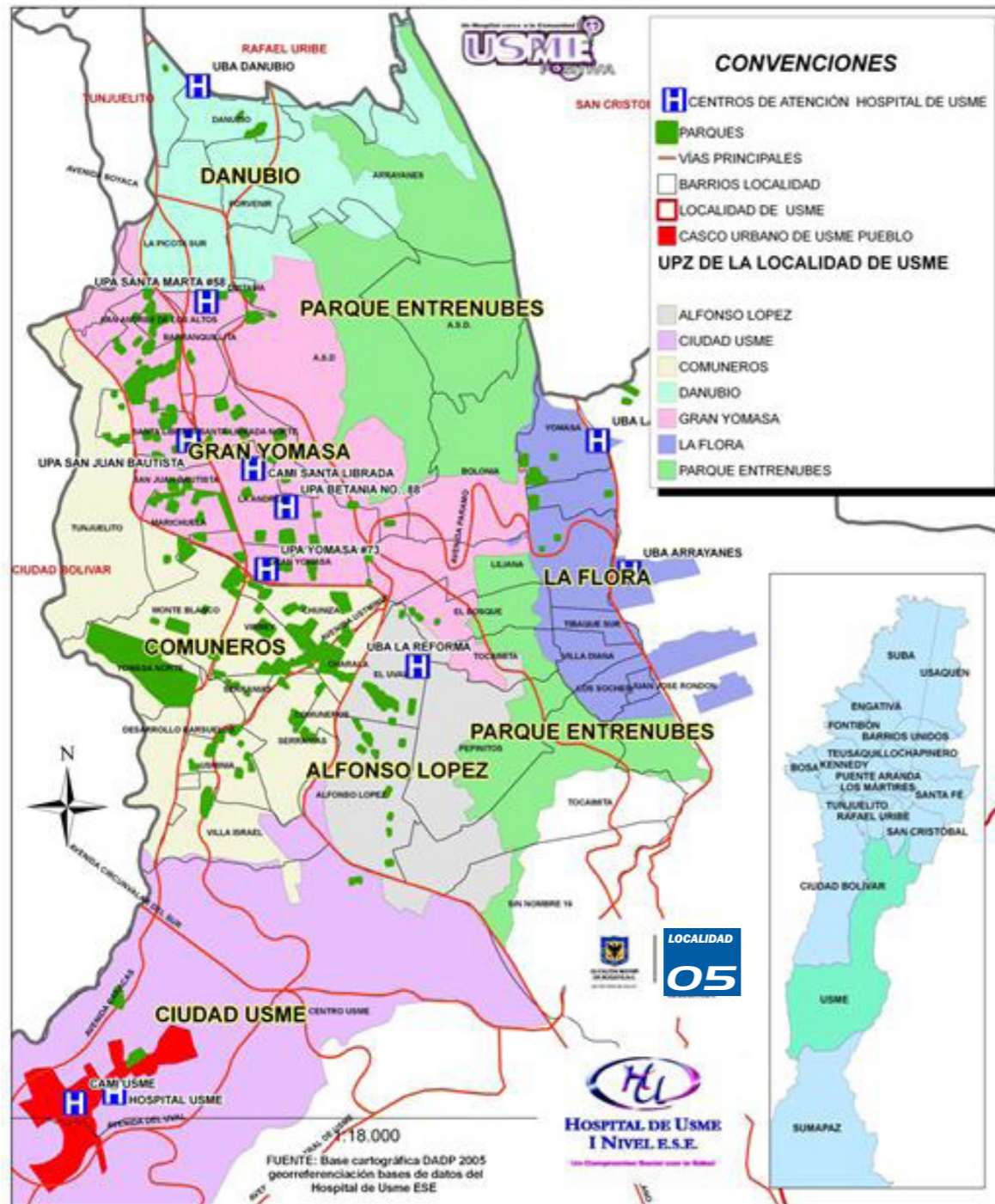
- Consulta de Crecimiento y desarrollo en todas las IPS excepto CAMI Santa Librada.
- Consulta para crónicos en todas las IPS excepto CAMI Santa Librada
- Se cuenta con 4 salas ERA institucionales ubicadas en CAMI Usme, CAMI Santa Librada, UPA Marichuela y UBA La Flora
- Consulta Adolescente en todas las IPS excepto CAMI Santa Librada
- Control Prenatal en todas las IPS
- Atención del Parto solamente se presta en CAMI Usme y CAMI Santa Librada
- Regulación de la Fecundidad en todas las IPS excepto CAMI Santa Librada
- Consulta para VIH, ITS/SIDA en todas las IPS excepto CAMI Santa Librada
- Prevención y Detección de Cáncer de Cuello en todas las IPS excepto CAMI Santa Librada
- Prevención y Detección de Cáncer de Seno en todas las IPS excepto CAMI Santa Librada
- Nutrición el servicio se presta en todas las IPS excepto CAMI Santa Librada, Fiscala, Destino, Arrayanes. En las demás IPS la nutricionista realiza consulta 2 veces al mes, los pacientes de Fiscala se remiten al Danubio, Destino a CAMI Usme y Arrayanes a La Flora para ser atendidos.
- Rehabilitación solamente se presta en la UPA Betania de Lunes a viernes, todos los pacientes deben ser remitidos allí.
- Terapia Respiratoria solamente se presta en las Salas ERA Institucionales pero servicio como tal no se tiene en la institución, ya que es una especialidad que corresponde a II nivel de atención.
- Terapia Física solamente en la UPA Betania con rehabilitación
- Optometría solamente se presta en 6 IPS CAMI Usme, Betania, Marichuela, Yomasa, Santa Marta y San Juan, los pacientes de las demás IPS deben ser remitidos a las IPS que prestan el servicio.
- Odontología se presta en todas las IPS excepto CAMI Santa Librada y Fiscala.
- Laboratorio Clínico se presta en 3 IPS CAMI Usme, CAMI Santa Librada y Marichuela; los CAMI prestan el servicio las 24 horas, Marichuela de 6am a 4pm. Cabe resaltar que en todas las IPS se toman muestras pero son llevadas a la UPA La Marichuela para ser analizadas.

- Apoyo Diagnostico: este servicio solo presta en CAMI Usme y CAMI Santa Librada; en Marichuela solamente se toman Ecografías Obstétricas en el horario de 6am a 11am
- Farmacia: este servicio se presta en 6 IPS CAMI Santa Librada, CAMI Usme, UPA La Flora, UPA Marichuela, UBA Danubio y UBA El Destino.
- Ginecobstetricia en CAMI Santa Librada como consulta externa y control de primera vez para gestantes solamente, el resto de la población debe ser remitida a II Nivel
- Psicología se presta en 7 IPS Marichuela, Betania, Yomasa, Santa Marta, Reforma, Flora, Fiscala, San Juan Bautista y Arrayanes, los pacientes de las otras IPS deben ser remitidas a las IPS que prestan el servicio.
- Psiquiatría no se presta en la ESE, se remite a II Nivel de atención.
- Hospitalización General se presta solamente en CAMI Santa Librada y CAMI Usme
- Urgencias se presta solamente en CAMI Santa Librada y CAMI Usme

Respecto a la oportunidad en la asignación de citas se tienen los siguientes promedios en días de acuerdo a los servicios ofrecidos: medicina general: 1.9 días, enfermería y odontología 1.5 días, nutrición, optometría y psicología un día. Lo anterior evidencia mejora en este indicador respecto al año 2007, en el cual para la mayoría de servicios la oportunidad en la asignación de citas se encontraba en 2 días.

Teniendo en cuenta el resultado de los indicadores de referencia y contra referencia, tenemos que el promedio de las remisiones realizadas por el Hospital de Usme para el año 2008 sobre el total de las atenciones realizadas fue del 8,6 %. En cuanto al promedio de remisiones realizados por urgencias fue del 8,1 en lo relacionado con el promedio por motivo (consulta externa) fue de 80,9 y por (urgencias) 21,3, y por último el promedio de usuarios aceptados con hospitales de otra Sub red correspondió al 23,1. Al indicador de las contra referencias enviadas por los hospitales de segundo y tercer nivel no tenemos información²⁶².

Mapa 23. Centros de Atención del Hospital de Usme



Fuente: Georreferenciación a partir de las bases de datos del H. Usme E.S.E 2010-Base cartográfica DADP 2005.

• **Atención al usuario Hospital de Usme I Nivel ESE 2008**

Para el año 2008 la oficina de atención al usuario del hospital de USME estuvo orientada a los siguientes aspectos:

- Orientar a los usuarios y funcionarios acerca del sistema de seguridad social en salud: todo usuario que ingresa o que llama a la oficina de atención al usuario es informado y orientado oportunamente sobre el manejo y aplicación del sistema de seguridad social en Colombia.
- Identificar y orientar al usuario para acceder a los servicios de salud en el Distrito Capital: los usuarios se verifican en las bases de datos como son. COMPROBADOR DE DERECHOS. BASE DE DATOS DE FOSYGA Y BASE DE DATOS DEL PLANEACION NACIONAL y les direcciona para la obtención de servicios de salud.
- Tramitar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias manifestación y felicitaciones. Para el año 2008 se tramitaron 145 quejas, sugerencia 85, reclamos 62, derechos de petición 21 y el motivo por el cual se recibieron el mayor número de solicitudes tiene que ver con: demora en asignación de citas, inconformidades con el servicio de ecografías, fallas en el sistema de facturación, demora en la atención en odontología, falta de amabilidad de funcionarios y demora en atención de urgencias.
- Brindar servicios asistenciales en Trabajo Social, se canalizan situaciones de violencia intra familiar, fármaco dependencia, gestantes sin controles prenatales, menores maltratados.
- Coordinar la aplicación de encuestas de satisfacción y socializar los hallazgos de las mismas. En proceso de aplicación de encuestas de satisfacción se estableció un promedio de 84 % y los hallazgos encontrados para el año 2008 correspondieron a: usuarios solicitan mejorar la comodidad en salas de espera, mejorar oportunidad en asignación de citas y ampliación de centros de Danubio, Santa librada, reforma y Lorenzo.
- Coordinar el contrato de oxígeno domiciliario (febrero a Octubre): se dejó al día la contratación y liquidación del anterior contrato.
- Sensibilización de funcionarios sobre la humanización del servicio se realizaron capacitaciones a funciones mediante las ULG, se socializa la política de atención al usuario.
- Realizar gestiones de abogacía Interinstitucional (ICBF, SDIS, COMISARIA DE FAMILIA CADEL), se realizaron acciones para la protección de menores, integración de personas a los programas de la Secretaria de integración Social.
- Apoyar Procesos de Aseguramiento: se realizó acompañamiento a eventos de carnetización al régimen subsidiado en el Parque el Tunal y Parque la Marichuela.
- Realizar los procesos para cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno y aplicación del Sistema de Garantía de la Calidad, se realizó la actualización a procesos y procedimientos del área, auditorias y planes de mejora.

3.7.3 Análisis de la respuesta social y propuesta del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC

A continuación se presenta el análisis del déficit de respuestas a la luz de la cobertura, suficiencia, pertinencia e integralidad de las acciones desarrolladas por cada uno de los Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA), las Transversalidades (TV), ámbitos de vida cotidiana y componentes del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme enfocado por territorios sociales y núcleos

problemáticos. La información aquí plasmada, es fruto de la labor comprometida de cada uno de los equipos de trabajo del PIC anteriormente mencionados, en diferentes espacios, algunos de ellos han sido: Grupo técnico por PDA y TV, Comités de coordinación de componentes del PIC, Unidades de análisis de respuesta y Grupo técnico de la Gestión Territorial.

- **Territorio La Flora**

Primer Núcleo: “Condiciones ambientales y de movilidad deficientes referidas al carácter de suelo de reserva y protección que influyen negativamente en la calidad de vida de los habitantes del territorio La Flora en los últimos 20 años, vulnerando el derecho a un ambiente sano y afectando a la población residente en general.”

- **Tema Generador**

Acuerdos entorno al ordenamiento territorial, el manejo ambiental y la movilidad entre instituciones y comunidad habitante que potencien su calidad de vida, respondiendo tanto a las condiciones de protección de la zona de reserva como a la calidad de vida de los y las habitantes del territorio.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y medio ambiente identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Ámbito Familiar: PIES realiza procesos de promoción y prevención de los temas, saneamiento básico alternativo, residuos de agroquímicos y sólidos en zona urbana, agricultura urbana, vivienda saludable.

La herramienta fundamental de Entornos Saludables es el Plan Integral, a través del cual se formulan y desarrollan procesos que abordan los determinantes socioambientales en los territorios de Salud a Casa. El programa de vivienda saludable vincula las variables del contexto social que por medio de la estrategia educativa, busca facilitar la identificación de medidas factibles en la reducción de riesgos en salud.

Como propuesta de trabajo para el 2011 se plantea avanzar en la promoción de hábitos saludables a partir de la ampliación de Planes Integrales de Entornos Saludables, aumentando la cobertura de las familias que son beneficiarias de esta línea de intervención la cual es una de las que más tiene reconocimiento local en los espacios de participación social como los núcleos de gestión.

Ámbito Escolar: Teniendo en cuenta la pertinencia del Hospital de Usme como entidad al servicio de la comunidad se han desarrollado procesos educativos desde el ámbito escolar, en donde se trabaja con los comités ambientales el fortalecimiento de la educación ambiental mediante instrumentos tales como la promoción de la adecuada disposición de los residuos en el colegio y el uso adecuado de los recursos que nos ofrece la naturaleza y la ciudad tal como lo es el colegio. De tal forma que estos procesos contribuyen a generar conciencia frente a la importancia de cuidar el entorno a través de la adecuada disposición de los residuos sólidos así como del aprovechamiento de los mismos mediante la reutilización y el reciclaje, la protección de los recursos y demás temáticas de salud y ambiente; es decir, que aunque no se da una respuesta directa sobre la problemáticas, de forma indirecta se abordan los temas a través de una herramienta eficaz de

transformación cultural tal como lo es la educación. Por lo tanto aun cuando los resultados no son inmediatos, a largo plazo se está inculcando nuevas costumbres y nuevos hábitos de vida saludable que propendan por el cuidado del entorno entendiéndolo como factor determinante en la salud de cada una de las personas.

Dado el carácter promocional del programa salud al colegio el componente PAESA ha desarrollado actividades de promoción de la salud ambiental con los estudiantes pertenecientes a los comités ambientales escolares de la institución educativa distrital nueva Esperanza a través de talleres, jornadas y campañas ambientales al interior de la IED tendientes a resaltar las potencialidades ambientales de este territorio desde la riqueza faunística y florística del lugar debido a las condiciones físico - químicas del suelo de esta zona y sus diferentes formas de conservación.

Adicionalmente se han generado espacios de reflexión y análisis sobre los efectos que se ha causado a la salud debido a los procesos de urbanización y expansión que ha sufrido la zona en la que habitan y la posibles propuestas de mitigar desde su cotidianidad los efectos ambientales, ya que se conoce que la urbanización no sólo le resta estabilidad ecológica por el cambio drástico del uso del suelo, sino que la utilización para expansión de vivienda y comercio genera problemáticas de manejo de residuos sólidos y contaminación en general.

Como propuesta de continuidad para el 2011 se propone dar continuidad al trabajo desarrollado desde PAESA en el año anterior pero en una segunda etapa que implique la aplicación de todo lo aprendido y reflexionado en estrategias de manos a la obra que implique que la población estudiantil de cobertura del programa desarrolle actividades de conservación y educación ambiental con el resto de la comunidad del territorio.

Ámbito Comunitario: Con relación a los procesos ambientales, se están realizando acciones desde la línea de Entornos comunitarios saludables, a través del Núcleo de Gestión de Arrayanes, donde se avanza en la promoción de técnicas sencillas para dar un buen manejo al agua que se deposita en los tanques comunitarios; entre otros temas, los cuales permiten evitar la prevalencia de enfermedades con la participación y compromiso de la comunidad.

Se hace referencia a la ausencia de intervención en la zona rural, teniendo en cuenta que la localidad de Usme presenta un 80% de zona rural y es allí donde no se ha centrado la atención en el uso del suelo, uso indiscriminado de agroquímicos, uso inadecuado de canteras generando la contaminación del agua residual y por sólidos, expansión urbana entre otros. Por esta razón desde el ámbito se dio un mayor abordaje en cuanto a la formación, acompañamiento y seguimiento de líderes comunitarios, sujetos políticos en los temas ambientales e integrando organizaciones comunitarias para la participación de la misma, además de fortalecer los procesos de vivienda saludable, vigilancia sanitaria.

Ámbito IPS: Las condiciones del ambiente y los entornos poco saludables de la UPZ La Flora afectan a las personas en todas las etapas del ciclo vital; así los infantes y personas mayores, por la vulnerabilidad propia de estos rangos de edad, se enfrentan a factores como contaminantes en el aire, agua y alimentos, que aportan a la presencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, por lo que desde el ámbito IPS se genera respuesta a través de la atención en salud en las UBAs La Flora y Arrayanes, en donde se promueven acciones de promoción y prevención entorno a la salud ambiental y estilos de vida saludables, en salas de espera y en las asesorías durante las consultas y en la atención que se brinda en las sala ERA institucional de la UBA La Flora. Desde las estrategias materno-infantiles se desarrollan acciones de promoción y prevención con la comunidad y procesos de fortalecimiento del talento humano en diferentes temáticas de manera permanente, por medio del plan de capacidades ciudadanas y de las asesorías y asistencias técnicas.

Para el 2011 el ámbito propone que se debe dar la apertura de la sala ERA de la Flora lo que nos permite la atención integral a los menores de 5 años y promover directamente acciones educativas a los padres y/o cuidadores, así mismo se propone crear las salas era para los adultos mayores ya que esta población se ve gravemente afectada por las enfermedades respiratorias agudas.

Vigilancia Sanitaria: IVC a establecimientos que prestan bienes y servicios, establecimientos que manejan alimentos, establecimientos donde se manejan sustancias químicas. Control vectorial, control de población canina, prevención de enfermedad de la rabia. Operativos de alimentos y licores.

Proyecto especial de acueductos veredales y comunitarios.

En el 2011 se propone articulación a intervenciones de promoción y prevención **Ámbito Familiar:** se propone dar continuidad al proceso del Núcleo Integral Productivo, que viene desarrollándose con líder comunitaria en el barrio San Pedro. En torno al núcleo integral productivo se trabajan temas de seguridad alimentaria, manejo de residuos sólidos orgánicos e inorgánicos, producción limpia, manejo del tiempo libre para población en etapa de ciclo vital infancia, entre otros.

Proyectos UEL: Por parte de proyectos financiados por el fondo de desarrollo Local con presupuesto y vigencia del 2008 y desarrollados en el 2009 se ejecutó el Proyecto no 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad (comunidades saludables) componente: promocionar y prevenir integralmente contra vectores, roedores, campañas de aseo (apoyo a la erradicación de vectores y programas en salud ambiental, cuyo objetos es reducir el impacto generado a la comunidad por los vectores y roedores, controlando y disminuyendo la población de plagas y focos que habitan en las zonas verdes y rondas de las quebradas y exteriores ubicados en las zonas de mayor vulnerabilidad e impacto sobre la población e incrementar las buenas prácticas de higiene y disposición adecuada de residuos sólidos, como factor de riesgo en la afectación de la salud y calidad de vida de la localidad de Usme modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario- apoyo a las acciones de salud a su hogar - desarrollo tecnológico de equipos básicos, conformación e implementación de círculos de vida saludables por ciclo vital en zonas de condiciones de vida y salud en donde opera la estrategia APS en la localidad de Usme (contrato 05-03).

En el 2011 se propone poder dar continuidad al proyecto en vigencia 2010.

Es así como también desde la comunidad se proponen acciones que apunten a solucionar las problemáticas identificadas en el núcleo desde: fortalecimiento de los entornos comunitarios saludables, a través de la vigorización y apertura de más procesos pedagógicos en espacios comunitarios donde se evidencia la necesidad frente a problemáticas ambientales.

Proceso Pedagógico de promoción y prevención de actividades para la modificación de patrones frente a calidad del aire, espacios libres de humo, exposición a monóxido de carbono, seguridad vial, transporte seguro de personas, movilidad segura, exposición a rayos UV y daño de capas de ozono, de acuerdo a las fases de la EPCVS (Lecturas de necesidades y Planes de acción concertados con la comunidad.

Segundo Núcleo: “Condiciones socioeconómicas frágiles que manifiestan relaciones violentas ante la carencia de oportunidades de desarrollo laboral y educativo, en un contexto de insuficiente respuesta institucional que agrava situaciones problemáticas en nutrición y salud mental.”

- **Tema Generador**

Oportunidades socioeconómicas y de empleabilidad fortalecidas en las familias residentes en el territorio La Flora para el fomento del manejo y resolución de conflictos y la satisfacción de sus necesidades alimentarias y nutricionales.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

Ámbito Familiar: La Intervención Psicosocial es un proceso dirigido a brindar apoyo psicológico a la familia que presenta uno o más problemas como consecuencia de factores que afectan negativamente el estado de salud mental individual o colectivo y por lo tanto la calidad de vida y salud de la familia.

Se interviene con la familia en su domicilio con el fin de favorecer y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales en contexto para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de riesgos asociados con factores que influyen en el estado de salud en un momento específico de vulnerabilidad, recuperar en el menor tiempo posible el control de la situación, activando sus recursos, capacidades, fortalezas y potencialidades, orientando un aprendizaje para aprehender y utilizar soluciones positivas en futuros eventos negativos.

Canalización a Servicio POS para proceso terapéuticos en la Uba la Flora, los eventos que más tiene relevancia en este lugar son los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y circunstancias familiares que desafortunadamente afectan a la mayor parte de la población y ciclos vitales, la infancia y juventud son ciclos neurálgicos y vulnerables que requieren de gran atención se limitan por falta de actividades que desarrollen sus potencialidades, por ello se identifican cada mes más eventos como consumo de sustancias, deserción escolar, conductas delictivas y conducta suicida.

Dado lo anterior el ámbito plantea como propuesta dar continuidad a este trabajo dado que muestra de forma integral la respuesta a una necesidad muy marcada en los territorios de SASC y es el trabajo y los procesos productivos dentro de las viviendas lo que ha generado cierto impacto en la salud de las mismas, por ello se evidencia la necesidad de seguir con la intervención ya que es la forma de tener un poder adquisitivo de la familia pero se debe generar el menor riesgo posible sobre los miembros de las mismas. Por tal razón, se debe continuar el proceso en 300 familias para lo cual se necesitará de un tecnólogo de tiempo completo, además de crear un proceso de seguimiento al menos una vez al año a las familias intervenidas.

Ámbito Escolar: En el ámbito Escolar por parte del Programa Salud Al Colegio, se trabaja con la ruta de canalización de alertas en salud de estudiantes que han sido víctimas de violencias; en articulación con el SIVIM, se han llevado a cabo escuelas de padres que permiten el fortalecimiento de las relaciones familiares. DEFICIT RESPUESTA Igualmente, los participantes de estas tres (3) UPZ (La Flora, Alfonso López y Gran Yomasa), esgrimen que urge un plan local de Actividad Física que permita “retomar” por parte de las comunidades los parques y espacios de recreación activa y pasiva, que vayan más allá de torneos deportivos. Ojalá los parques y áreas deportivas sean escenario para que las entidades que tengan relación con este tema ofrezcan en los mismos programas donde la Actividad Física facilite la integración barrial y local a través de actividades puntuales tales como juegos tradicionales, sesiones dirigidas que fomenten una mejor calidad de vida y prevengan enfermedades crónicas no transmisibles y alejen a otros sectores de la comunidad del consumo y venta de sustancias sicotrópicas en los escenarios recreo deportivos.

Dadas las anteriores razones se propone que las acciones a desarrollar sean vinculadas a la SDS, dentro de los procesos de SPA y las validen desde la articulación interna. Asimismo, cabe resaltar que faltan más programas de actividad física destinados para las poblaciones de adultez e infancia, dentro de los cuales los adultos son trabajadores en donde dichos programas deben ser realmente pertinentes y acordes a las dinámicas laborales y necesidades propias de dicha población. Para los

niños y niñas de la localidad, se debe ver involucrada la familia para así tener una responsabilidad conjunta y se evidencie la importancia de la actividad física para mejorar los hábitos saludables y optimizar la calidad de vida.

Ámbito Comunitario: Se está abordando desde Salud Mental las problemáticas de maltrato intrafamiliar e infantil, desescolarización, mal manejo del tiempo libre, consumo de sustancias psicoactivas, inseguridad, vandalismo, pandillismo, Proyecto de Vida, convivencia, las temáticas de suicidio, trabajado con un grupo de 15 jóvenes entre 10 y 20 años en el barrio Villa Diana basado en fortalecimiento de líderes en el tema de promoción de la salud mental, el buen trato, expresión individual y colectiva del ejercicio de la autonomía para disminuir la violencia en el territorio además de generar la movilización de la comunidad.

Igualmente se trabaja de manera articulada con organizaciones y sectores como fundación restaurando la simiente, fundación social doña Adelaida, Corpobogotá, Corpoflora, Corporación Bachué, red vía oriente, Secretaria de Integración Social, grupo de danzas del Lagada Palenque, Asociación Villa Diana, Asocaucacho entre otros. Además, se abordan desde los procesos de ámbito comunitario, Promoción de la Alimentación Saludable, SAN, Fortalecimiento a grupos juveniles, y acompañamiento en temas culturales con grupos de infancia, y en adolescencia se realiza exploración en el tema de salud sexual y reproductiva con los jóvenes pertenecientes a la población afrocolombiana.

Sin embargo, sólo se desarrollan las acciones en tres grupos y/u organizaciones del barrio Villa Rosita y uno en Villa Diana; por lo cual se considera que la respuesta aún es insuficiente en este territorio, teniendo en cuenta el número de población vulnerable por sus condiciones de vida y ubicación territorial en la localidad. Existe mínima intervención con población adulta ya que se priorizó la población infancia y juventud, debido a que los tiempos establecidos en lineamiento no permiten responder esta demanda.

Ámbito Laboral: Las respuestas a estas problemáticas son fraccionadas, poco sostenibles y no cuentan con continuidad estratégica, hay segmentación del proceso de intervención y no se evidencia territorialización de las intervenciones que den respuesta de la problemática en toda la localidad, Por medio del programa trabajo infantil de la ESE se realiza identificación e intervención de casos a nivel individual y al núcleo familiar y se lleva a cabo promoción y prevención de la problemática en la localidad.

La dificultad de acceso a la zona rural, por las condiciones topográficas, implica que las acciones ejecutadas por las instituciones sean limitadas y mínimas. Las canalizaciones de casos de instituciones con presencia en la zona rural, no surten el efecto esperado debido entre otras situaciones, a la distancia entre los lugares donde se brindan los servicios y las viviendas de estas familias. Actualmente no hay atención en salud mental de las personas en condición de desempleo y de las personas que trabajan fuera de la localidad de Usme, teniendo en cuenta que sus condiciones de salud también se ven afectadas por el estrés que genera cada situación. En la zona rural los casos de trabajo infantil que se identifican, son reportados al ámbito laboral para que la línea de trabajo infantil programe su intervención desde el Ámbito laboral, de acuerdo a los reportes de la comunidad y de las diversas instituciones que operan. Las problemáticas de peores formas de trabajo infantil PFTI y explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes ESCNNA, están presentes en la localidad de Usme pero no visibles, ya sea por la seguridad de los trabajadores o de las personas que conocen la situación, en gran parte por los ingresos obtenidos que mejoran la condición económica familiar y permite al niño, niña y adolescente obtener un reconocimiento social ante los pares y otros grupos relacionados con la PFTI y ESCNNA. Las personas que ejercen dicha actividad o los promotores conocen la legislación y ocultan o entrenan a los niños, niñas y jóvenes de revelar su ejecución.

Existen inconvenientes para que la restitución de derechos se lleve a cabo, ya sea porque la problemática no es visible y además genera altos ingresos y posicionamiento social para los niños,

niñas y jóvenes; además aún se desconoce el impacto social, cultural, educativo y económico que causa las PFTI y la ESCNNA. Por otro lado, actualmente no hay atención en salud mental de las personas en condición de desempleo y de las personas que trabajan fuera de la localidad de Usme, teniendo en cuenta que sus condiciones de salud también se ven afectadas por el estrés que genera cada situación.

La mayoría de las actividades de peores formas de trabajo infantil y de explotación sexual comercial de niños y niñas están en condiciones de desescolarización, ya que estos menores, al hacer el balance inmediato, descubren que brinda mayores beneficios económicos, sociales y apoyados cultural y transgeneracionalmente; por otro lado para los menores escolarizados no hay suficientes respuestas ni alternativas para realizar actividades extraescolares, pertenecientes a familias con bajo nivel escolar, poblaciones especiales como los desplazados, las personas con situación de discapacidad, además de factores como la pobreza, familias mixtas, mono parentales, numerosas y con disfuncionalidad familiar. La dificultad de acceso a la zona rural, por las condiciones topográficas, implica que las acciones ejecutadas por las instituciones sean limitadas y mínimas. Las canalizaciones de casos de instituciones con presencia en la zona rural, no surten el efecto esperado debido entre otras situaciones, a la distancia entre los lugares donde se brindan los servicios y las viviendas de estas familias.

Desde la ESE para los trabajadores en la economía informal, se realizó intervención con el enfoque diferencial para 20 UTIS nuevas y 10 antiguas en el año 2009 en los cuales se realizan sensibilizaciones a la población frente a la importancia de exigibilidad de derechos en salud y trabajo, igualmente frente a la importancia de los deberes en salud y trabajo, asesoría en gestión para organización, sensibilización en riesgo ocupacional y canalización a otras intervenciones según las necesidades individuales de los trabajadores identificados. La respuesta que se brinda desde la ESE se orienta a la asesoría, acción que se agota frente a la gestión que se debe realizar con organismos del Estado tales como los educativos para acceder a trabajos en condiciones dignas.

Dado la problemática anteriormente planteada, se requiere abarcar la zona rural ya que las dinámicas socio culturales de ésta población hace que no cuenten con buenas prácticas alimentarias, de salud mental y actividad física, por lo tanto las herramientas brindadas desde la intervención pueden contribuir al mejoramiento de su bienestar. Brindar a las familias proyectos de capacitación y productivos para fomentar el trabajo formal y la empleabilidad de las familias con el fin de prevenir las peores formas de trabajo infantil, con el pertinente enfoque de género y diferencial tanto para los grupos étnicos, la población en la zona rural, atención en salud mental, médica y jurídica de tiempo completo con el fin de restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta la intervención con el pertinente enfoque de género y diferencial tanto para los grupos étnicos, la población en la zona rural.

Por otro lado, es importante la articulación entre los diversos sectores tanto públicos como privados acerca los paquetes de intervención y la cobertura a la población sujeto y a las familias, ya que no hay suficiente articulación en proyectos nuevos que llegan a la Localidad de Usme con el pertinente enfoque de género y diferencial tanto para los grupos étnicos, la población en la zona rural. El niño, niña y joven trabajador de la zona rural, debe ser vinculado formalmente al sistema de seguridad social que le permita aspirar a acceder a servicios de salud y pensión. Se deben promover el trabajo cooperativo y la formalización de su vinculación laboral.

Ámbito IPS: El Hospital de USME I NIVEL E.S.E cuenta con un grupo de profesionales en Psicología y Trabajo Social en las UBAs La Flora y Arrayanes, los cuales durante el 2009 brindaron atención psicoterapéutica por medio del “paquete de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual” contratado con Secretaría Distrital de Salud, por medio del cual se da respuesta a los eventos reportados por cada uno de los ámbitos y por el sistema de vigilancia SIVIM.

La atención a las y los pacientes tiene todo el aporte de calidez y calidad que desde la ética y la empatía del profesional debe aportarse, se reconoce el esfuerzo que se despliega permanentemente en las UBAs La Flora y Arrayanes para acoger y atender de la mejor manera a las personas que demandan los servicios de salud mental. Se ha logrado un posicionamiento progresivo de la atención a través de paquetes en las localidades, lo que se refleja en la variedad de canalizaciones provenientes de las instituciones de los diferentes sectores.

Se continúa con la lucha por mantener profesionales idóneos y con experiencia en los diferentes puntos de atención de esta UPZ, generando ganancia entorno a la experiencia en la realización de interconsultas en los servicios de urgencias y de hospitalización.

La articulación de los profesionales POS Y PIC en la localidad de USME es adecuada debido a que en el comité de salud mental del hospital los referentes del PDA y del POS participan activamente y convocan a los profesionales del PIC Y POS.

En las IPS de este territorio se llevó a cabo un proceso de calidad donde se estandarizaron procesos de salud mental en relación a las historias clínicas, guías para la atención de los usuarios y formatos necesarios para el funcionamiento de los paquetes. Desde el PDA de Salud Mental del ámbito IPS se desarrollan asesorías y asistencias técnicas permanentes a las IPS de este territorio donde se busca capacitar y sensibilizar al profesional en diferentes temáticas del abordaje a la comunidad en diferentes problemáticas que afectan la salud mental.

Para seguir dando respuesta con calidad se propone incrementar el número de profesionales y el tiempo de los mismos que realizan atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar, intervención psicoterapéutica e intervención por trabajo social, con el fin de garantizar el cubrimiento de los casos reportados en la UPZ y la terminación de los tratamientos.

Se propone generar un proceso de fortalecimiento de la salud mental en grupos y organizaciones priorizadas al interior del ámbito comunitario, con énfasis en grupos conformados por ciclos y desplazamiento. Posterior a los procesos realizados con los grupos, se realizará la sistematización de la experiencia e identificación de líderes para la conformación de una red de promotores en salud mental.

Fortalecer todo lo relacionado con la sensibilización en información sobre hábitos adecuados a nivel alimentario y nutricional, estilos de vida saludable y defender el conocimiento y el posicionamiento de la lactancia como primer alimento y factor protector de enfermedades. Es evidente la necesidad de brindar herramientas a la población en general a fin de que estas se encuentren en capacidad de construir una alimentación saludable con poco dinero.

Se considera necesario generar y potenciar las competencias en las familias y actores sociales para que sean facilitadores y transformadores de las dinámicas que favorezcan la salud en busca de generar cambios en los estilos de vida de las personas.

Desde el ámbito IPS se propone fortalecer las sesiones de atención a los paquetes de violencia y que estos puedan beneficiar a toda la población de la localidad y no solo a los mayores de edad ya que este tipo de conductas se reflejan en todas las etapas del ciclo vital. Por otro lado se buscarán las formas de fortalecer de manera más directa los profesionales del área social de las IPS en diferentes temáticas que puedan apoyar el desarrollo de la consulta puesto que todos los esfuerzos se concentran en los profesionales de la salud.

Desde la Comunidad: se propone Fortalecimiento y acompañamiento a organizaciones juveniles identificadas en la UPZ La Flora, con el fin de compartir y movilizar saberes entorno a las prácticas del uso del tiempo libre y la prevención de la violencia.

Proyectos UEL: Apoyar la prevención de la mendicidad y el maltrato infantil en la localidad quinta de Usme con el objeto acompañar procesos de integración e interacción con los niños, niñas y adolescentes privilegiando el encuentro, la protección y la restitución de derechos a partir

de un enfoque de responsabilidad de la institucionalidad y de fortalecimiento, potencialización y generación de iniciativas de los participantes para la ciudadanía.

- **Territorio Danubio**

- **Primer Núcleo: Presencia de prácticas industriales extractivas que determinan altos niveles de contaminación atmosférica y de las fuentes hídricas afectando a residentes del territorio en general.**

- **Tema Generador**

Acuerdos en torno a la normatividad ambiental que reduzca el impacto de la contaminación producida por las industrias presentes en el territorio y viabilice el seguimiento a las mismas

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y medio ambiente identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Ámbito Familiar: La herramienta fundamental de Entornos Saludables es el Plan Integral, a través del cual se formulan y desarrollan procesos que abordan los determinantes socio ambientales en los territorios de Salud a su Casa. El programa de vivienda saludable vincula las variables del contexto social que por medio de la estrategia educativa, busca facilitar la identificación de medidas factibles en la reducción de riesgos.

El ámbito propone el desarrollo de una evaluación de la carga ambiental de la contaminación atmosférica en la salud de los habitantes de las zonas de extracción minera de la UPZ Danubio.

Ámbito Escolar: Teniendo en cuenta la pertinencia del Hospital de Usme como entidad al servicio de la comunidad se han desarrollado procesos educativos desde el ámbito escolar, en donde se trabaja con los comités ambientales en el fortalecimiento de la educación ambiental mediante instrumentos tales como la promoción de la adecuada disposición de los residuos en el colegio y el uso adecuado de los recursos que nos ofrece la naturaleza y la ciudad tal como lo es el colegio. De tal manera que estos procesos contribuyen a generar conciencia frente a la importancia de cuidar el entorno a través de la adecuada disposición de los residuos sólidos así como del aprovechamiento de los mismos mediante la reutilización y el reciclaje, la protección de los recursos y demás temáticas de salud y ambiente.

Aunque no se da una respuesta directa sobre la problemáticas, de forma indirecta se abordan los temas a través de una herramienta eficaz de transformación cultural tal como lo es la educación, por lo tanto aun cuando los resultados no son inmediatos, a largo plazo se está inculcando nuevas costumbres y nuevos hábitos de vida saludable que propendan por el cuidado del entorno entendiéndolo como factor determinante en la salud de cada una de las personas.

De igual manera, la respuesta dada por el Programa SAC fue en términos sensibilizar a la comunidad educativa sobre las consecuencias para la salud de este tipo de prácticas, a través del análisis de los beneficios y consecuencias en cuanto a las actividades económicas extractivas. Se hace énfasis en las consecuencias a largo plazo no sólo para nuestra salud debido a la contaminación por material particulado sino también en términos del agotamiento del recurso natural que le resta capacidad ecológica a la zona, aumenta el riesgo de deslizamiento por efecto erosivo y, por ende, menor beneficio para la comunidad en un corto plazo.

Como propuesta es necesario que el sector salud aumente el talento humano y así la cobertura de los colegios en las UPZ de Danubio, Usme Centro y Alfonso López y en las restantes UPZ, se hace pertinente dar continuidad y fortalecer los procesos, para lo cual se requiere de igual forma aumentar el talento humano para desarrollar las acciones, puesto que esto aumentaría notoriamente el interés y va visualización de la actividad física como un satisfactor real de múltiples necesidades en la localidad y como aspecto preponderante frente al desarrollo humano y frente a la creación de hábitos de vida saludable para mejorar condiciones y calidad de vida. En cuanto a la suficiencia de la respuesta se tiene en cuenta lo expuesto en los apartados anteriores, asegurando que se requiere mayor idoneidad, pues la implementación de las acciones no depende exclusivamente de los desarrollos del profesional, si no que esta mediada por elementos físicos, actitudinales y conceptuales de la comunidad educativa frente a la disponibilidad de materiales y recursos para la generación de estrategias que debe brindar la ESE.

Ámbito Comunitario: Existe un cubrimiento parcial en la promoción del Derecho Humano a la alimentación, observándose insuficiencia en la respuesta a la demanda presentada por la comunidad, teniendo en cuenta que dicha línea sólo se está desarrollando en un comedor del barrio La Fiscala. Este Territorio de Gestión Social Integral cuenta con otros comedores comunitarios en los barrios Fiscala alta, Danubio, y la Paz, los cuales integran un promedio de mil beneficiarios entre niños y niñas.

Ámbito IPS: Los determinantes ambientales que presumiblemente afectan la salud de la población del territorio Danubio son intervenidos desde el ámbito ISA a través de los servicios de atención en salud prestados por las UBAs El Danubio y La Fiscala- San Camilo, en torno a la preservación de la salud en toda la población por medio de educación en consulta o en salas de espera frente a las medidas de protección y prevención de enfermedades respiratorias agudas en menores de 5 años y mayores de 60 y prevención de enfermedad diarreica aguda en la población.

De igual manera se trabaja permanentemente con los esquemas de suplementación e inmunización de los niños. Para continuar con estas acciones se propone trabajar fuertemente en dos aspectos desde el ámbito IPS y la atención materno infantil que se centra principalmente en el fortalecimiento y capacitación del 100% del talento humano en las estrategias materno Infantiles IAMI-IAFI-AIPI-ERA y se debe promover la creación de las salas de rehidratación oral aunque este último se debe trabajar a la par con el proceso educativo de diferentes actores como son padres o cuidadores, docentes, madres FAMI, auxiliares de enfermería y promotoras.

Vigilancia Sanitaria: IVC a establecimientos que prestan bienes y servicios, establecimientos que manejan alimentos, establecimientos donde se manejan sustancias químicas. Control vectorial, control de población canina, prevención de enfermedad de la rabia. Operativos de alimentos y licores.

Se propone Ampliación de coberturas, Articulación a intervenciones de promoción y prevención.

Segundo Núcleo: Poblamiento disperso y desordenado del territorio que se refleja en el bajo desarrollo de infraestructura y equipamiento urbano.

- **Tema Generador**

Estrategias para el desarrollo de infraestructura y equipamientos urbanos que redunden en el mejoramiento de la calidad de vida de la población residente en el territorio.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud, Infraestructura

y equipamiento urbano identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Desde el Ámbito Laboral: Se realiza transmisión de conocimiento acerca de los temas de derechos y deberes en el Sistema de General de Seguridad Social Integral (SGSSI) fomentando acciones de exigibilidad del derecho. Estas acciones, en la mayoría de los casos, se ven truncadas frente a los trámites que se deben realizar y también por la falta de documentación de algunas personas cuando tienen que abandonar su tierra. Este conocimiento transmitido involucra temas de autocuidado para la conservación salud con relación al trabajo que realizan, y se hace canalización a proyectos especiales con relación al trabajo a nivel local.

Por proyectos de la ESE se realizan sensibilizaciones a la población frente a la importancia de exigibilidad de derechos en salud y trabajo, igualmente frente a la importancia de los deberes en salud y trabajo, asesoría en gestión para organización, sensibilización en riesgo ocupacional y canalización a otras intervenciones según las necesidades individuales de los trabajadores identificados. La respuesta que se brinda desde la ESE se orienta a la asesoría, acción que se agota frente a la gestión que se debe realizar con organismos del Estado tales como los educativos para acceder a trabajos en condiciones dignas. Continúan las dificultades frente a la generación y ejecución de proyectos productivos, ya que las barreras de acceso dificultan que las personas en condición de desplazamiento logren realizar sus proyectos con el apoyo de entidades estatales. Se ha posicionado la intervención de trabajo infantil, peores formas y ECSNNA en la localidad de Usme a partir del proceso de búsqueda activa, actividades de articulación intersectorial, actividades de sensibilización y caracterización poblacional, de igual forma hay reconocimiento de la problemática y de las implicaciones negativas que esta genera en los niños y niñas. Si bien es cierto que dentro de la ESE existe el programa de trabajo infantil, éste no contiene el enfoque diferencial para el abordaje de la problemática de trabajo infantil dentro de las comunidades étnicas y de la zona rural de la localidad.

En este orden de ideas se propone para dar continuidad a la respuesta desarrollar para todos los ciclos vitales el Proyecto especial: “Programa de intervención integral para trabajadores y trabajadoras en la economía informal pertenecientes a los grupos étnicos de la localidad de Usme”, se realizará no sólo como continuidad sino se brindará una integralidad en las acciones a realizar en el 2011, ya que según la intervención realizada por el grupo desde años anteriores, se considera necesario continuar con el proceso de búsqueda activa, sensibilización, caracterización, canalización a salud, diseño y concertación de plan de mejora, asesorías y seguimientos a nuevas unidades de trabajo informal

Ámbito IPS: Las condiciones del territorio y los entornos poco saludables de la UPZ El Danubio afectan la salud de las personas en todas las etapas del ciclo vital, por lo que desde el ámbito IPS, se genera respuesta a través de la atención en salud en las UBAs El Danubio y La Fiscala, en donde se promueven acciones de promoción y prevención entorno a la salud ambiental y estilos de vida saludables, en salas de espera y en las asesorías durante las consultas. Por lo anterior, se cuenta en estas IPS con los siguientes servicios: cáncer de cuello uterino, salud oral, psicología, atención a gestantes, planificación familiar, asesoría en VIH, atención a pacientes con enfermedades crónicas, atención a pacientes con enfermedades transmisibles, atención a población desplazada y las estrategias materno infantiles (IAMI-IAFI-AIEPI).

Realizar un diagnóstico actualizado en cada una de las instituciones y que contenga, las características de la Localidad, específicamente de la UPZ El Danubio, inventario de Oferta de Recursos Locales, identificación de las amenazas, análisis de vulnerabilidad, compromisos institucionales, sitios de trabajo, inventario del recurso humano en salud, rescate, logística y apoyo,

recursos físicos infraestructura y transporte . Todo lo anterior con el propósito de elaborar un plan de emergencias real y aplicable a las necesidades de la población.

Es así como se propone dar continuidad a las capacitaciones sobre gestión del riesgo y asesorías sobre planes de emergencias en grupos comunitarios consolidados de la localidad.

Para el 2011 se pretende mejorar los estándares de atención a la población en materia de calidad, calidez y humanización de los servicios de salud, continuando desde el ámbito IPS las asesorías y las asistencias técnicas lo que permite el fortalecimiento y posicionamiento de cada uno de los programas, así como y entrenamiento del talento humano en diferentes temáticas.

Proyectos UEL: Proyecto: apoyar la prevención de la mendicidad y el maltrato infantil en la localidad quinta de Usme con el objeto acompañar procesos de integración e interacción con los niños, niñas y adolescentes privilegiando el encuentro, la protección y la restitución de derechos a partir de un enfoque de responsabilidad de la institucionalidad y de fortalecimiento, potencialización y generación de iniciativas de los participantes para la ciudadanía.

Se propone desarrollar estrategias que promuevan el trabajo decente en términos de condiciones, espacios de trabajos saludables, seguros y accesibles y movilización social frente a la exigibilidad del derecho a la salud y el trabajo.

Desarrollo de oportunidades de educación formal y no formal desde y hacia la familia para la modificación de hábitos saludables desde intervenciones como PyP, UTIS, Salud mental (intervención psicosocial, conducta suicida)

Diseño de estrategias para el fortalecimiento de la infraestructura y el mejoramiento de la atención en salud en términos de accesibilidad, oportunidad, calidad y cobertura (IPS, AEIPI, IAMI, IAFI)

Seguimiento a eventos en salud pública a través de las intervenciones de Vigilancia en Salud pública.

Tercer Núcleo: Deterioro de tejido social por persistentes prácticas violentas en los escenarios barrial y familiar que se reflejan en la vinculación de población juvenil a pandillas, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar que afectan la seguridad de las familias y sujetos residentes.

- **Tema Generador**

Estrategias de promoción del trabajo decente, la educación en prácticas saludables y la prevención de eventos de salud mental que fomenten el aprovechamiento del tiempo libre, así como el empoderamiento de la comunidad en general.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y tejido social identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Ámbito Familiar: La intervención del ámbito familiar se basa en una estrategia que tiene como objetivo fortalecer a la familia como red de apoyo de tal forma que se consolide un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia,

favoreciendo de esta manera la autonomía de la mujer gestante, el reconocimiento y exigibilidad de derechos en salud y los derechos de SSR, la identificación y solicitud de ayuda en forma oportuna en caso de presentar algún signo o señal de alarma.

En este sentido en el ciclo vital infancia esta intervención realiza procesos tales como: captar la gestante desde el inicio de gestación y de esta manera evitar o mitigar riesgos tanto psicosociales como biológicos para obtener un buen fruto de la gestación o un neonato sano y realizar acompañamiento en el posparto canalizando al recién nacidos a los servicios de control de su estado de salud, al programa de crecimiento y desarrollo y el programa ampliado de inmunización, identificando algún riesgo biológico o psicosocial que lo pueda llevar a la muerte, creando espacios pedagógicos con la madre en donde se les da información sobre la importancia de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento y extracción de la leche. Así mismo identificar los signos de alarma del recién nacido para acudir al servicio de urgencias y las enfermedades prevalentes en la infancia como la enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria.

Desde el Ámbito Familiar la Intervención Psicosocial es un proceso dirigido a brindar apoyo psicológico a la familia que presenta uno o más problemas como consecuencia de factores que afectan negativamente el estado de salud mental individual o colectivo y por lo tanto la calidad de vida y salud de la familia. Se interviene con la familia en su domicilio con el fin de favorecer y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales en contexto para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de riesgos asociados con factores que influyen en el estado de salud en un momento específico de vulnerabilidad, recuperar en el menor tiempo posible el control de la situación, activando sus recursos, capacidades, fortalezas y potencialidades, orientando un aprendizaje para aprehender y utilizar soluciones positivas en futuros eventos negativos.

Se fundamenta en el desarrollo de las potencialidades humanas para emprender acciones que permiten propiciar el sentido de pertenencia, la comunicación efectiva, la solidaridad, los lazos afectivos duraderos, la resolución de conflictos de manera adecuada e inmediata.

En el territorio Danubio y micro territorios que la componen para 2009 se contó con proceso terapéuticos en la Upa San Camilo en 2010 en la Upa Danubio se contó con el servicio de psicología.

Los Eventos que más tiene relevancia en este lugar son los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y circunstancias familiares que desafortunadamente afectan a la mayor parte de la población y ciclos vitales, la infancia y Juventud son ciclos neurálgicos y vulnerables que requieren de gran atención se limitan por falta de actividades que desarrollen sus potencialidades, por ello se identifican cada vez más eventos como consumo y expendio de sustancias , deserción escolar, conductas delictivas , conducta suicida, peores formas de trabajo infantil y violencias entre las más comunes.

Dado lo anterior, para seguir dando respuesta a las necesidades de la comunidad, se propone ampliar la capacidad de acción del ámbito representada en mayor cantidad de profesionales que amplíen la cobertura de las acciones y así poder aumentar a 200 familias en atención psicosocial.

En la línea de Salud sexual y reproductiva se continuara participando en los diferentes escenarios de discusión y toma de decisiones de salud pública como los nodos y los comités también se hace necesario aumentar la cobertura de las gestantes con riesgo psicosocial, por lo que se deben destinar más horas (36horas) de las enfermeras de los equipos para dicha intervención.

Desde el Ámbito Escolar: La implementación del Programa Salud Al Colegio, se desarrollaron acciones tales como: Escuelas de Padres, teniendo en cuenta el rol de los padres y madres de familia como actores claves en el proceso de formación y desarrollo de sus hijos, elaborando un proceso de información en torno a las situaciones de riesgo que se generan al interior de la familia

y que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas y en algunas oportunidades de manera inadvertida por la falta de comunicación e información entre padres e hijos evidenciándose en el consumo masivo presentado en la localidad.

En estos espacios se procura fomentar los factores protectores desde el núcleo familiar teniendo como temática principal la crianza positiva a través del fortalecimiento de la comunicación asertiva, la afectividad, el proyecto de vida y la prevención de la violencia intrafamiliar, en busca del mejoramiento de las dinámicas familiares.

Sensibilización a Docentes y Directivos en el proceso de la prevención del consumo de SPA, los Docentes se constituyen en un apoyo importante dentro de la escuela para la identificación temprana de factores de riesgo ante el consumo de SPA y fomentar los factores protectores dentro de la misma, así como para establecer vínculos positivos entre la escuela y la comunidad, que permitan un trabajo de corresponsabilidad en busca del bienestar de los niños, niñas y jóvenes de la localidad.

Para estos encuentros se han diseñado presentaciones en power point y un folleto informativo que retoma categorías conceptuales del consumo de SPA, factores protectores y de riesgo en la escuela, información acerca del cacao sabanero (síntomas y consecuencias del consumo) y notificación de casos de consumo de SPA; además se explica el proceso de notificación de casos de consumo de SPA y se explica el diligenciamiento del formato de notificación de alertas normalizado para el ámbito escolar del Hospital de Usme.

Se realizaron acciones de Bienestar Docente y manejo de estrés con el fin mantener una adecuada salud mental y por ende un ambiente sano al interior de los colegios distritales de la cobertura de la UPZ, como lo son Fabio Lozano Simonelli, Nuevo San Andrés de los Altos y Paulo Freire, espacios escolares en que se propició las buenas relaciones entre los estudiantes y los docentes como factor protector.

Semilleros estudiantiles y/o grupos líderes de formación: dentro de las acciones de las profesionales que lideran esta intervención, se han conformado grupos de formación de estudiantes, con quienes en un primer momento se implementaron diferentes actividades que tienen como objetivo convertirlos en multiplicadores de la información y formación en cuanto a temáticas que promueven la salud mental y previenen el consumo de SPA, a través de diversas estrategias lúdico pedagógicas mediante las cuales los niños, niñas y jóvenes forman parte activa de los procesos de prevención, a su vez se exploraron imaginarios acerca de las temáticas y se aclararon puntos de vista en torno a las mismas.

Dichas estrategias fueron el “Gran Casino Monarca” a través de sus juegos: Bingo, Tablero del saber, Ruleta y Carrera de observación. Otras contenían actividades como: escaleras y toboganes, el árbol de la vida, fichas de SSR, análisis de casos, nubes y soles, lecturas.

Con relación a la respuesta que se da desde el programa salud al colegio a las problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los niños y niñas escolarizados en la cobertura del programa, se establecen acciones de carácter promocional y restitutivo, enfocadas principalmente a garantizar los derechos de los niños y niñas a través de la disminución de los posibles riesgos y potencialización de los factores protectores, en temas como la prevención del abuso sexual infantil, la explotación sexual, el reconocimiento del cuerpo, la identificación de los géneros Sin embargo, se hace necesario trabajar en los diferentes ámbitos de la escuela, para fortalecer los proyectos de SSR, en articulación permanente con el programa y contar con el apoyo permanente de padres de familia y maestros, para que aborden el tema desde cada uno de sus espacios y con ello contribuir a la disminución de diversos riesgos que se puedan presentar debido a una mala orientación de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. En la UPZ Danubio la implementación

de las acciones de la intervención Promoción de la Actividad Física en las IED de esta UPZ ha presentado dificultades debido a que las comunidades educativas no reconocen la importancia de promover prácticas saludables a través del movimiento, por lo cual la apertura de espacios para la intervención son escasos, difíciles de concertar y presentan constantes reprogramaciones.

Por parte de la intervención el déficit que se presenta en la respuesta está relacionado con la continuidad de las acciones, esto obedece a las dificultades en el acceso a las sedes educativas por cuestiones de distancia y seguridad.

Como propuesta de respuesta para el siguiente año se debe implementar más programas de (Actividad física) destinados para las poblaciones de adultez e infancia, dentro de los cuales los adultos son trabajadores en donde dichos programas deben ser realmente pertinentes y acordes a las dinámicas laborales y necesidades propias de dicha población, y para los niños y niñas de la localidad se debe ver involucrada la familia para así tener una responsabilidad conjunta y se evidencie la importancia de la actividad física para mejorar los hábitos saludables y optimizar la calidad de vida. Ahora bien, claramente como se ha expuesto de manera detallada anteriormente, se aprecia un déficit muy marcado en las U.P.Z. Danubio, Parque Entre nubes y Ciudad de Usme; en ese sentido urge desde el Hospital de Usme fortalecer la presencia de los programas que desde el Ámbito Comunitario, laboral y escolar en donde se adelanten planes frente al tema de Actividad Física, armonizando estas líneas de acción hacia la ruralidad, respondiendo a las realidades de estas zonas de la Localidad y estimulando así la práctica de la Actividad Física como una acción social incluyente.

Cátedra de “Salud pública a docentes y directivos”: se propone que los gestores territoriales trabajen con los actores líderes de la institución, organizando una agenda con temáticas de interés en donde los profesionales de cada intervención socialicen dicha temática (de acuerdo a su área) y además presenten avances y dificultades de su grupo de trabajo (niños, padres y docentes) dentro de la institución, que permita a la comunidad educativa saber actuar y manejar determinadas situaciones o eventos en salud pública.

Se propone realizar mesas de trabajo que permitan generar una ficha técnica para esta intervención que oriente el operar en las comunidades educativas con unos mínimos en el marco de la inclusión social y la garantía de derechos.

Se propone que la intervención cubra hasta grado Sexto (6) de bachillerato puesto que los niños de estos grados pueden al igual que los más pequeños, realizar un alto grado de afianzamiento de las prácticas para mantener una adecuada salud oral.

Ámbito Comunitario: De acuerdo con las necesidades y problemáticas de barreras de acceso, se requiere la continua articulación y sensibilización con los funcionarios del Hospital, especialmente en los servicios del POS, ya que las acciones desarrolladas desde Salud Pública deben ser reforzadas en los diferentes centros de salud a donde asiste la población, máxime en procesos con adolescentes y jóvenes gestantes, personas en situación de desplazamiento y grupos étnicos, los cuales requieren de servicios especiales pues se abordan de acuerdo con un enfoque diferencial, que en muchas ocasiones no es conocido por los funcionarios que atienden esta población, lo cual evidencia la falta de capacitación en algunos casos o la rotación del personal de los centros de atención de Salud.

Igualmente para la población en general, quienes identifican en los servicios del POS, dificultades para acceder a los servicios de salud, pese que en algunos casos han sido canalizados por profesionales de los diferentes procesos de Salud Pública, particularmente de los pertenecientes al ámbito Comunitario, por lo cual se observa la importancia aumentar la articulación entre el PIC y el POS, siendo la misma una falencia en este momento.

Por otra parte, mayor sensibilización en la parte ambiental, ya que sólo se está llevando a cabo fumigación para la eliminación de vectores y roedores, y recolección canina. Por lo tanto es necesario incluir acciones de prevención realizando un proceso con la comunidad para disminuir esta problemática y lograr un verdadero impacto, teniendo en cuenta que ésta es una de las problemáticas más sentidas por la población.

Es necesario que desde el nivel central, se generen procesos de concertación y/o cooperación distrital en el abordaje de problemáticas de este nivel ya que el déficit de respuesta es cada día mayor ante las necesidades locales, lo anterior se debe generar con instituciones de rehabilitación y atención, con el fin de remitir a los estudiantes que tienen un alto grado de consumo de sustancias psicoactivas, puesto que esta es una necesidad evidente en las instituciones educativas.

En cuanto a la Red del Buen Trato, se debe realizar un balance frente al cumplimiento e impacto de los planes de acción que allí se trabajan, fortalecer la convocatoria para mejorar la respuesta como red de apoyo social.

Ámbito IPS: Las UBAs El Danubio y La Fiscala- San Camilo cuenta con psicólogos los cuales durante el 2009 brindaron atención psicoterapéutica por medio del “paquete de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual” contratado con Secretaría Distrital de Salud, por medio del cual se da respuesta a los eventos reportados por cada uno de los ámbitos y por el sistema de vigilancia SIVIM

En cuanto a la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, durante el año 2009, se atendieron en promedio 10 sesiones desde el área de psicología y tres sesiones desde el área de trabajo social para un total de trece sesiones en el cual se hace un cierre de caso para los pacientes con los cuales se cumplen los objetivos terapéuticos encaminados hacia el restablecimiento de los derechos y la salud mental de las víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales.

La atención a las y los pacientes tiene todo el aporte de calidez y calidad que desde la ética y la empatía del profesional debe aportarse. Se reconoce el esfuerzo que se despliega permanentemente en los diferentes puntos de atención para acoger y atender de la mejor manera a las personas que demandan los servicios de salud mental.

Se ha logrado un posicionamiento progresivo de la atención a través de paquetes en las localidades, lo que se refleja en la variedad de canalizaciones provenientes de las instituciones de los diferentes sectores.

Es también pertinente resaltar que se sigue luchando por mantener profesionales idóneos y con experiencia en los diferentes puntos de atención, se ha venido ganando experiencia en la realización de interconsultas en los servicios de urgencias y de hospitalización.

La articulación de los profesionales POS Y PIC en la localidad de USME es adecuada debido a que en el comité de salud mental del hospital los referentes del PDA y del POS Participan activamente y convocan a los profesionales del PIC Y POS.

Así mismo, en las IPS de este territorio se llevó a cabo un proceso de calidad donde se estandarizaron procesos de salud mental en relación a las historias clínicas, guías para la atención de los usuarios y formatos necesarios para el funcionamiento de los paquetes.

Desde el PDA de Salud Mental del ámbito IPS se desarrollan asesorías y asistencias técnicas permanentes a las IPS de este territorio donde se busca capacitar y sensibilizar al profesional en diferentes temáticas del abordaje a la comunidad en diversas problemáticas que afectan la salud mental.

Desde el PDA SSR se logró el posicionamiento y reconocimiento de los servicios amigables en salud para jóvenes y adolescentes, los cuales se implementaron en el año 2010 en las IPS de la UPZ El Danubio, en donde se busca asesorar a esta población tanto en temas de salud como en el manejo del tiempo libre.

En este orden de ideas se propone realizar jornadas masivas para el fortalecimiento de la salud sexual en las que se inviten representantes de la comunidad educativa del territorio El Danubio (grupos de estudiantes, docentes y padres de familia), y en las que se cuente con la participación de entidades expertas en el tema que realicen actividades con metodologías y materiales que generen impacto en la comunidad.

Realizar desde Nivel Central convenios o alianzas interinstitucionales con las entidades encargadas de la restitución de derechos de las presuntas víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (comisaría de familia, ICBF, SIS, Fiscalía, casa de la igualdad, salud, educación entre otras) con el fin de garantizar una canalización efectiva, una atención preferencial y una retroalimentación oportuna que permita el seguimiento del caso y un impacto favorable a la población afectada y su entorno familiar y social.

Proyectos UEL: proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad componente Salud a su Casa, con el objeto de promover procesos de autogestión a través del acompañamiento técnico a los planes de acción de los CVS y la implementación de dos equipos de salud a su casa con el fin de posicionarlos en la promoción del ejercicio de la ciudadanía en salud.

Proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad escuelas promotoras de calidad de vida y salud componente: salud al colegio, con el objeto de afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada de la localidad de Usme, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar.

Proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad componente: comunidades saludables, promocionar y prevenir integralmente en salud oral, visual, auditiva a los habitantes de la localidad con el objeto de contribuir con el mejoramiento de la salud de la población en la etapa de infancia, juventud, adulto y persona mayor de la localidad de Usme, mediante la implementación de acciones promocionales, preventivas, educativas y de rehabilitación, que fomenten hábitos saludables, competencias y habilidades sociales.

Propuesta de acción desde Otros Sectores: Se propone que en los periodos de vacaciones escolares el programa salud al colegio implemente actividades para el manejo adecuado del tiempo libre, donde todas las intervenciones aporten a este enfoque con estrategias lúdico pedagógicas similares a las vacaciones recreativas, de esta forma se realizará promoción del autocuidado y de la autonomía en salud en los niños y jóvenes. Esta propuesta se realiza por solicitud de rectores y coordinadores para la gestión y consecución de recursos se podría realizar con las Alcaldías locales y SDS

Es necesario que desde el nivel central, se generen procesos de concertación y/o cooperación distrital en el abordaje de problemáticas de este nivel ya que el déficit de respuesta es cada día mayor ante las necesidades locales. Lo anterior se debe generar con instituciones de rehabilitación y atención con el fin de remitir a los estudiantes que tienen un alto grado de consumo de sustancias psicoactivas, puesto que esta es una necesidad evidente en las instituciones educativas.

- **Territorio Gran Yomasa**

Primer Núcleo: Existencia de entornos poco saludables afectados por contaminación de fuentes hídricas, presencia de animales mordedores y proliferación de vectores que afecta a la población residente con mayor énfasis en los niños y niñas.

- **Tema Generador**

Acuerdos entorno al manejo ambiental entre instituciones y comunidad habitante que potencien su calidad de vida, respondiendo tanto a las características del territorio como a las necesidades identificadas.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y medio ambiente identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Desde el Ámbito Familiar: PIES, realiza procesos de promoción y prevención los temas: Saneamiento básico alternativo, residuos de agroquímicos, residuos sólidos en zona urbana, agricultura urbana, vivienda saludable.

La herramienta fundamental de Entornos Saludables es el Plan Integral, a través del cual se formulan y desarrollan procesos que abordan los determinantes socio ambientales en los territorios de Salud a su Casa. El programa de vivienda saludable vincula las variables del contexto social que por medio de la estrategia educativa, busca facilitar la identificación de medidas factibles en la reducción de riesgos en salud.

Es importante como propuesta seguir en la parte de intervenciones que se llevan a cabo de viviendas saludables con una meta de 2200 familias además de aumentar la cobertura de las familias que son beneficiarias de esta línea de intervención la cual es una de las que más tiene reconocimiento local en los espacios de participación social como los núcleos de gestión.

Ámbito Escolar: El proyecto Salud al Colegio (SAC) desarrolló sus acciones en el territorio Gran Yomasa en las siguientes instituciones educativas: Federico García Lorca, Tejares, Almirante Padilla y San Andrés de los Altos. Jardines: Casa Vecinal Gran Yomasa, Casa Vecinal Marichuela y Casa Vecinal Chuniza.

Teniendo en cuenta la pertinencia del Hospital de Usme como entidad al servicio de la comunidad se han desarrollado procesos educativos desde el ámbito escolar, en donde se trabaja con los comités ambientales el fortalecimiento de la educación ambiental mediante instrumentos tales como la promoción de la adecuada disposición de los residuos en el colegio y el uso adecuado de los recursos que nos ofrece la naturaleza y la ciudad tal como lo es el colegio.

Teniendo en cuenta la pertinencia del Hospital de Usme como entidad al servicio de la comunidad, se han desarrollado procesos educativos desde el ámbito escolar, en donde se trabaja con los comités ambientales el fortalecimiento de la educación ambiental mediante instrumentos tales como la promoción de la adecuada disposición de los residuos en el colegio y el uso adecuado de los recursos que nos ofrece la naturaleza y la ciudad tal como lo es el colegio. En este caso la sensibilización se encaminó a las formas de recolección, transporte y disposición adecuada de residuos sólidos, las consecuencias y efectos de la ubicación inadecuada de los diferentes tipos

de desechos (domiciliarios, hospitalarios, químicos e industriales) que posibilita la generación de vectores. En este caso se abordó desde los efectos para la salud (enfermedades digestivas, epidérmicas y respiratorias) y la riqueza hídrica de la zona que se está perdiendo por inadecuada utilización del recurso.

Adicional a la sensibilización con los grupos de formación al interior de las IED se propone hacer estrategias de educación ambiental movilizadas desde los grupos de estudiantes que tengan incidencia a nivel comunitario. Por tal razón, se propone generar una estrategia articulada desde los ámbitos de Salud pública que manejan el componente ambiental, dado que esta es la problemática ambiental más evidente en la localidad.

Ámbito Comunitario: En lo concerniente a la prevalencia de enfermedades por transmisión alimentaria, enfermedades crónicas, enfermedades relacionadas con la falta de promoción de la lactancia materna y promoción de la alimentación saludable son abordados desde las líneas Tu Vales, promoción de la alimentación saludable materno infantil y en organizaciones o grupos, estrategias materno- infantiles, y la red social materno infantil. Sin embargo, estos procesos requieren hacer mayor énfasis en lo correspondiente al tema y aumentar el número de población a abordar por el requerimiento de la misma.

Ámbito IPS: Las condiciones del ambiente y los entornos poco saludables de la UPZ Gran Yomasa afectan la salud de las personas en todas las etapas del ciclo vital principalmente la infancia, las cuales se enfrentan a factores como contaminantes en el aire, agua y alimentos que aportan a la presencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, por lo que desde el ámbito IPS, se genera respuesta a través de la atención en salud en las 6 IPS de esta UPZ (incluyendo el CAMI Santa Librada), en donde se promueven acciones de promoción y prevención, tratamiento, rehabilitación y atención inicial de urgencias. Es importante mencionar que en esta última juega un papel muy importante el sistema de referencia y contrareferencia con los hospitales de II y III nivel de atención de la red, pues nos permite tener un seguimiento cercano a la salud del usuario.

Para el 2011 se propone mejorar los estándares de atención a la población en materia de calidad, calidez y humanización de los servicios de salud, continuando desde el ámbito IPS las asesorías y las asistencias técnicas lo que permite el fortalecimiento y posicionamiento de cada uno de los programas, así como el fortalecimiento y entrenamiento del talento humano en diferentes temáticas. De igual manera se buscarán alternativas para mejorar los sistemas de referencia y contra referencia con las ESEs de II y III nivel de la red que nos pueda permitir canalización oportuna de los usuarios a las diferentes especialidades que se requieran.

Proyectos UEL: Apoyar la prevención de la mendicidad y el maltrato infantil en la localidad quinta de Usme con el objeto acompañar procesos de integración e interacción con los niños, niñas y adolescentes privilegiando el encuentro, la protección y la restitución de derechos a partir de un enfoque de responsabilidad de la institucionalidad y de fortalecimiento, potencialización y generación de iniciativas de los participantes para la ciudadanía.

Segundo Núcleo: Deficientes condiciones de empleabilidad reflejadas en un concentrado comercio informal, en el cual se hace uso invasivo del espacio público con recurrente presencia de trabajo infantil afectando el desarrollo de niños y niñas.

- **Tema Generador**

Estrategias de promoción del trabajo decente, la educación en prácticas saludables y la prevención de eventos de salud mental que reconozca y vele por el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y trabajo identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Ámbito Comunitario: Respecto a la actividad física, se debe abarcar todos los ciclos de vida, aumentar el cubrimiento y desarrollar más acciones entorno al buen manejo del tiempo libre. Se requiere mayor sensibilización a la población frente a la importancia de su participación en espacios de concertación y decisión, con el propósito de lograr que otras instituciones se encarguen del equipamiento de la zona centros recreativos y deportivos, parques, polideportivos, entre otros, y de esta manera complementar la respuesta en la parte de actividad física.

Por otra parte, mayor sensibilización en la parte ambiental, ya que sólo se está llevando a cabo fumigación para la eliminación de vectores y roedores, y recolección canina; por lo tanto, es necesario incluir acciones de prevención realizando un proceso con la comunidad para disminuir esta problemática y lograr un verdadero impacto, teniendo en cuenta que ésta es una de las problemáticas más sentidas por la población.

Ámbito Laboral: En la estrategia integrada se han intervenido 6 grupos con la implementación de 22 sesiones en cada uno de estos, los grupos se encuentran ubicados en la UPZ gran Yomasa, la Flora y Danubio.

Por otro lado, se ha identificado la necesidad de remitir casos de trabajadores informales a la atención en salud mental ya que estas actividades son las que más desempeñan los trabajadores y se relacionan con problemáticas de trabajo infantil, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, violencia intrafamiliar, sentimientos de tristeza, conflictos conyugales y/o fraternales, duelos por separación o muerte de alguien cercano, discriminación en el hogar. Para el trabajador muchas de las situaciones que vive en su hogar, con sus hijos, parejas, dificultades económicas, entre otras, se relacionan con el desempeño laboral y el estrés.

El acompañamiento en salud mental es una estrategia para brindar herramientas en pautas para mejorar aspectos negativos familiares o de otras variables psicosociales que son importantes para el bienestar del trabajador. Este acompañamiento ha sido con el fin de propiciar la adopción de diversas prácticas y conductas saludables, prevención del estrés y de posibles factores de riesgo para la salud mental del trabajador informal sin desvincularlo de las diferentes esferas en las que está inmerso y que afecta significativamente (familiar, académica, conyugal, etc.).

De acuerdo a la gestión realizada por el ámbito se evidencia una consecución de las metas propuestas las cuales se pueden medir en términos de cumplimiento con los indicadores propuestos durante la vigencia 2009. Se ha logrado intervenir un gran número de población trabajadora informal, donde cabe destacar la sensibilización que se ha logrado frente al mejoramiento de condiciones de salud y trabajo y la opción de implementar un entorno de trabajo saludable

Se observó una buena disposición para mejorar sus condiciones del entorno de trabajo y mostraron interés por conocer las consecuencias que puede generar algunas condiciones de riesgo identificadas en los lugares de trabajo y que son fácilmente controlables.

En los seguimientos al plan de mejoramiento se evidenció que las personas implementaron las recomendaciones concertadas, pero en algunos casos se ha dificultado debido a las dificultades económicas de la población.

De acuerdo con los planes realizados con cada una de las unidades de trabajo informal de la localidad, la mayoría de las recomendaciones fueron llevadas a cabo. Es necesario mencionar que los temas de capacitación ayudaron bastante en el resultado.

A continuación se presentan los aspectos más relevantes.

- La asistencia a los servicios de salud de las personas
- Los temas de capacitación en transporte de cargas e higiene postural, manejo seguro de máquinas y herramientas, uso de elementos de protección personal, limpieza, desinfección y lavado de manos.
- Las indicaciones referentes al mejoramiento de pisos, paredes y techos (locativas).
- En lo referente a orden y aseo, realizaron jornadas que en cierta medida mejoraron la apariencia y organización de las unidades de trabajo.
- La adquisición de elementos de protección personal acorde con la actividad.
- Las recomendaciones de adquirir, ubicar y señalar el botiquín y extintor.
- La sensibilización en el tema del Virus de Influenza AH1N1, fue integral en todas las unidades. Se trataron de forma alterna los temas de síntomas, métodos de control y lavado de manos. Esto convierte a la intervención en un canal para comunicar temas de salud pública dentro de la localidad.
- Se fortaleció el área personal de los trabajadores informales, potencializando sus habilidades sociales, creativas, a fin de que visualicen espacios alternos de aprendizaje y de encuentros socio relacionales.
- Se reforzó la promoción de estilos de vida saludables a través del ingreso de frutas y verduras para el consumo en sus almuerzos y en sus casas ya que se dieron cuenta de los beneficios que estas tienen.
- Se identificó modificación frente al consumo de frutas y verduras de forma positiva, al igual que se bajó los índices de sedentarismo e inactividad a través de la promoción de caminatas y el uso de la bicicleta como medio de transporte y se mantiene el factor positivo del bajo consumo de cigarrillo. Se establece una disminución de las problemáticas de la salud evidenciadas durante el proceso como es hipertensión y algunas enfermedades cardíacas y el sobrepeso.

En este orden de ideas se propone entonces desarrollar una búsqueda de proyectos integrales que respondan de manera articulada a todos los territorios de la localidad de Usme ya que en todos ellos se han encontrado problemáticas de trabajo infantil asociadas a la mendicidad, reciclaje, venta ambulante, desescolarización, violencia intrafamiliar, desplazamiento, familias con gran número de hijos entre otros que acrecientan la problemática en la localidad.

Ámbito IPS: Brindar atención en salud con calidad y calidez en las IPS de esta UPZ a los usuarios canalizados y recepcionados por los diferentes ámbitos y componentes de la vida cotidiana del PIC.

Desde el ámbito IPS las acciones que se enfocan a este ciclo vital son: salud oral, salud mental y las estrategias materno infantiles, desde las cuales se busca educar a padres y/o cuidadores en prevención de accidentes en el hogar, evitar el trabajo infantil y la deserción escolar, maltrato infantil y la importancia del autocuidado, fortalecimiento del autoestima y hábitos de vida saludables propios de este ciclo vital.

Se propone gestionar proyectos de asesoramiento y orientación hacia la formación y reconocimiento de valores y respeto por la vida, que pretende evitar la vulneración de los niños, niñas y jóvenes así como la prevención de trabajo infantil a nivel local.

Se deben generar proyectos que apunten a la creación y consolidación de espacios lúdico formativos que tengan en cuenta la integralidad de los niños y niñas y continuidad en las acciones realizadas en años anteriores en relación a búsqueda, caracterización, sensibilización, asesoría, intervención familiar, seguimiento y gestión.

Generar espacios formativos los cuales se vinculen entidades educativas como apoyo a la forma de organización juvenil.

Proyectos UEL: apoyar la prevención de la mendicidad y el maltrato infantil en la localidad de Usme con el objeto acompañar procesos de integración e interacción con los niños, niñas y adolescentes privilegiando el encuentro, la protección y la restitución de derechos a partir de un enfoque de responsabilidad de la institucionalidad y de fortalecimiento, potencialización y generación de iniciativas de los participantes para la ciudadanía.

Desde los proyectos UEL se propone para seguir dando respuesta a estas necesidades dar continuidad al proyecto vigencia 2010 en el 2011

Tercer Núcleo: Deterioro de tejido social por persistentes prácticas violentas en los escenarios barrial y familiar que se reflejan en la vinculación de población juvenil a pandillas, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar que afectan la seguridad de las familias y sujetos residente

• **Tema Generador**

Estrategias de promoción del trabajo decente, la educación en prácticas saludables y la prevención de eventos de salud mental que fomenten el aprovechamiento del tiempo libre, así como el empoderamiento de la comunidad en general..

• **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y tejido social identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Ámbito Familiar: La intervención del ámbito familiar se basa en una estrategia que tiene como objetivo fortalecer a la familia como red de apoyo de tal forma que se consolide un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia, favoreciendo de esta manera la autonomía de la mujer gestante, el reconocimiento y exigibilidad de derechos en salud y los derechos de SSR, la identificación y solicitud de ayuda en forma oportuna en caso de presentar algún signo o señal de alarma.

En este sentido en el ciclo vital infancia esta intervención realiza procesos tales como: captar la gestante desde el inicio de gestación y de esta manera evitar o mitigar riesgos tanto psicosociales como biológicos para obtener un buen fruto de la gestación o un neonato sano y realizar acompañamiento en el posparto canalizando al recién nacidos a los servicios de control de su estado de salud, al programa de crecimiento y desarrollo y el programa ampliado de inmunización, identificando algún riesgo biológico o psicosocial que lo pueda llevar a la muerte, creando espacios pedagógicos con la madre en donde se les da información sobre la importancia de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento y extracción de la leche También identificar los signos de alarma del recién nacido para acudir al servicio de urgencias y las enfermedades prevalentes en la infancia como la enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria.

Desde el Ámbito Familiar la Intervención Psicosocial es un proceso dirigido a brindar apoyo psicológico a la familia que presenta uno o más problemas como consecuencia de factores que afectan negativamente el estado de salud mental individual o colectivo y por lo tanto la calidad de vida y salud de la familia.

Se interviene con la familia en su domicilio con el fin de favorecer y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales en contexto para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de riesgos asociados con factores que influyen en el estado de salud en un momento específico de vulnerabilidad, recuperar en el menor tiempo posible el control de la situación, activando sus recursos, capacidades, fortalezas y potencialidades, orientando un aprendizaje para aprehender y utilizar soluciones positivas en futuros eventos negativos. Se fundamenta en el desarrollo de las potencialidades humanas para emprender acciones que permiten propiciar el sentido de pertenencia, la comunicación efectiva, la solidaridad, los lazos afectivos duraderos, la resolución de conflictos de manera adecuada e inmediata.

En el territorio Gran Yomasa y micro territorios que la componen, se realizaron canalizaciones a servicios de psicoterapia individual para Upa Marichuela, Upa Yomasa, Upa Betania, Upa San Juan Bautista.

Los eventos que más tiene relevancia en este lugar son los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y circunstancias familiares que desafortunadamente afectan a la mayor parte de la población y ciclos vitales, infancia, juventud, y adultos se afectan en mayor proporción por ser este territorio el más extenso de la localidad.

Por ello existe mayor incidencia en eventos de salud mental como consumo y expendio de sustancias, deserción escolar, conductas delictivas, la conducta suicida (intento, amenaza, ideación) mayormente identificada en comunidades escolares, peores formas de trabajo infantil y violencias entre las más comunes.

En este orden de ideas se propone aumentar el número de familias a atender para lograr mayor impacto en las problemáticas anteriormente descritas.

Ámbito Escolar: La implementación del Programa Salud Al Colegio, en las Instituciones Educativas Distritales Almirante Padilla, Miguel de Cervantes Saavedra, Tejares, Federico García Lorca, se desarrollaron acciones tales como escuelas de padres teniendo en cuenta el rol de los padres y madres de familia como actores claves en el proceso de formación y desarrollo de sus hijos. Se ha desarrollado un proceso de información en torno a las situaciones de riesgo que se generan al interior de la familia y que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas, en algunas oportunidades de manera inadvertida por la falta de comunicación e información entre padres e hijos evidenciándose en el consumo masivo presentado en la localidad.

En estos espacios se procura fomentar los factores protectores desde el núcleo familiar teniendo como temática principal la crianza positiva a través del fortalecimiento de la comunicación

asertiva, la afectividad, el proyecto de vida y la prevención de la violencia intrafamiliar, en busca del mejoramiento de las dinámicas familiares. Una sensibilización a docentes y directivos es un proceso de prevención del consumo de SPA, ya que ellos constituyen en un apoyo importante dentro de la escuela para la identificación temprana de factores de riesgo ante el consumo de SPA y fomentar los factores protectores dentro de la misma, así como para establecer vínculos positivos entre la escuela y la comunidad que permitan un trabajo de corresponsabilidad en busca del bienestar de los niños, niñas y jóvenes de la localidad.

Para estos encuentros se han diseñado presentaciones en power point y un folleto informativo que retoma categorías conceptuales del consumo de SPA, factores protectores y de riesgo en la escuela, información acerca del cacao sabanero (síntomas y consecuencias del consumo) y notificación de casos de consumo de SPA; además se explica el proceso de notificación de casos de consumo de SPA y el diligenciamiento del formato de notificación de alertas normalizado para el ámbito escolar del Hospital de Usme. Se realizaron acciones de bienestar docente y manejo de estrés con el fin mantener una adecuada salud mental y por ende un ambiente sano al interior del plantel educativo, favoreciendo las buenas relaciones entre los estudiantes y los docentes como factor protector. Se hacen semilleros estudiantiles y/o grupos líderes de formación dentro de las acciones de las profesionales que lideran esta intervención, se han conformado grupos de formación de estudiantes, con quienes en un primer momento se implementaron diferentes actividades que tienen como objetivo convertirlos en multiplicadores de la información y formación en cuanto a temáticas que promueven la salud mental y previenen el consumo de SPA.

A través de diversas estrategias lúdico pedagógicas, niños, niñas y jóvenes forman parte activa de los procesos de prevención y a su vez se exploraron imaginarios acerca de las temáticas y se aclararon puntos de vista en torno a las mismas. Dichas estrategias fueron el “Gran Casino Monarca” a través de sus juegos: bingo, tablero del saber, ruleta y carrera de observación. Otras estrategias contenían actividades como escaleras y toboganes, el árbol de la vida, fichas de SSR, análisis de casos, nubes y soles, lecturas.

También se desarrollaron acciones con el grupo de estrategias de afrontamiento en articulación con colegios protectores y con estudiantes que presentaban problemáticas de agresividad en cuanto al fortalecimiento de habilidades para la vida, de manera que se procurara la disminución de esta conducta.

Con relación a la respuesta que se da desde el programa salud al colegio a las problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los niños y niñas escolarizados en la cobertura del programa, se establecen acciones de carácter promocional y repositivo, enfocadas principalmente a garantizar los derechos de los niños y niñas a través de la disminución de los posibles riesgos y potencialización de los factores protectores, en temas como la prevención del abuso sexual infantil, la explotación sexual, el reconocimiento del cuerpo, la identificación de los géneros. Sin embargo se hace necesario trabajar en los diferentes ámbitos de la escuela para fortalecer los proyectos de SSR, en articulación permanente con el programa y contar con el apoyo permanente de padres de familia y maestros, para que aborden el tema desde cada uno de sus espacios y con ello contribuir a la disminución de diversos riesgos que se puedan presentar debido a una mala orientación de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

En busca de propiciar acciones protectoras contra el consumo de SPA, se desarrollaron acciones desde el componente de actividad física como un eje fundamental en el desarrollo de los niños niñas y jóvenes, partiendo de lo que conocen de la actividad física y de la forma en que ellos la practican en su vida cotidiana, con el fin que al interior de las IED se generen espacios diferentes a la clase de Educación Física para así relacionar estas con la promoción de la salud, de esta manera con los y las jóvenes se generaron procesos a través del reconocimiento de la actividad física como un proceso básico en el desarrollo motriz, psicológico y social de los individuos.

De igual forma, la respuesta en la UPZ Gran Yomasa es limitada debido a la priorización de intervenciones que realizan las IED como consecuencia a las problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas y embarazos que viven los y las jóvenes lo cual reduce el tiempo facilitado por la IED para la ejecución de las acciones. Por parte de la intervención, el déficit de respuesta está representado en la poca vinculación de docentes en el proceso de sensibilización frente a la práctica de la actividad física, para generar en ellos un reconocimiento e importancia de la temática, que sirva de argumento en la concertación de espacios para el desarrollo de las acciones de la intervención.

Se propone que en los periodos de vacaciones escolares el programa salud al colegio implemente actividades para el manejo adecuado del tiempo libre, donde todas las intervenciones aporten a este enfoque con estrategias lúdico – pedagógicas similares a las vacaciones recreativas, de esta forma se realizará promoción del autocuidado y de la autonomía en salud en los niños y jóvenes. Esta propuesta se lleva a cabo por solicitud de rectores y coordinadores para la gestión y consecución de recursos se podría articular con las Alcaldías locales y SDS.

Se propone realizar mesas de trabajo que permitan generar una ficha técnica para esta intervención que oriente el operar en las comunidades educativas con unos mínimos en el marco de la inclusión social y la garantía de derechos.

Se recomienda que la intervención cubra hasta grado Sexto (6) de bachillerato puesto que los niños de estos grados pueden al igual que los más pequeños, realizar un alto grado de afianzamiento de las prácticas para mantener una adecuada salud oral.

Ámbito Comunitario: Frente a la orientación a gestantes, principalmente en jóvenes, se ha avanzado en la implementación de los servicios amigables en cuatro centros del Hospital, pero es precisa su implementación en más centros de atención para tener mayor cobertura y dar respuesta a la demanda. Igualmente es importante ampliar la cobertura en el proceso de territorios efectivos, ya que no se ha podido dar cubrimiento a todo el territorio teniendo en cuenta que en la zona existe presencia de gran número de población juvenil. También se requiere avanzar en acciones en salud sexual y reproductiva en la población adulta.

Es de gran importancia adelantar acciones de Salud Mental en este territorio que aborde todos los ciclos de vida, con el propósito de contrarrestar las problemáticas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil trabajo infantil, pautas de crianza, convivencia, consumo de sustancias psicoactivas, ausencia de valores, desescolaridad. Durante el 2009 se inician acciones de medio tiempo y con un enfoque de formación de líderes en el ejercicio de la autonomía. Sin embargo el temas de prevención de violencias se generan acciones pero con mayor centralización en el territorio de la Flora, por lo que no se logra dar cubrimiento ni acciones de impacto a otros territorios durante el 2009.

Ámbito Laboral: Por medio del programa trabajo infantil de la ESE se realiza identificación e intervención de casos a nivel individual y al núcleo familiar, se lleva a cabo promoción y prevención de la problemática en la localidad.

Se vienen adelantando programas de intervención en salud pública de la ESE a través de los cuales se sensibiliza acerca de pautas de crianza, se canaliza a servicios de salud, P y P, entre otros. Para los temas de explotación sexual, comercial y peores formas de trabajo infantil se realizan actividades de sensibilización e intercambio de experiencias en cuanto a la explotación sexual comercial en niños, niñas y adolescentes. A partir de las sensibilizaciones se ha logrado la canalización de casos, prevención de la problemática en espacios locales dirigida a niños y niñas que se encuentran también dentro de las peores formas de trabajo infantil (PFTI).

Igualmente se realiza recepción de alertas de diferentes espacios locales, promoción de factores protectores y prevención de factores de riesgo. El trabajo también se orienta al posicionamiento de la temática a nivel local y al trabajo articulado con la comunidad, en lo relacionado con la denuncia de casos, pues por diferentes razones (desconfianza, temor, desconocimiento, indiferencia, etc.). La comunidad aún no accede a establecer las denuncias correspondientes.

Para los jóvenes que pueden acceder a permisos de trabajo, también se ha realizado identificación de casos de jóvenes, se hace sensibilización y asesoría a padres o empleadores frente al trabajo protegido, se adelantan procesos de sensibilización para reconocimiento de efectos psicosociales y físicos que conlleva el inicio de actividad laboral a temprana edad. Frente a esta respuesta, algunos empleadores deciden desvincular laboralmente a las y los jóvenes evitando afiliarlos al Sistema General de Seguridad Social Integral, ya que se incrementa el costo de su contratación.

Se resalta la intervención en los Ciclos Vitales Juventud y Adulthood a través de dos intervenciones importantes tales como asesoría a las empresas formales y a las unidades de trabajo informal. En estos dos ciclos vitales se ha venido promoviendo el derecho al trabajo de los hombres y mujeres con discapacidad en edad productiva, el desarrollo de entornos favorables, información sobre sus derechos sociales para la preservación de la autonomía en trabajadores y trabajadoras informales con discapacidad y la prevención de limitaciones evitables por eventos relacionados con el trabajo en población trabajadora informal. Se ha logrado asesorar 15 empresas del sector formal, 37 unidades de trabajo informal en las cuales se resalta un trabajo articulado en relación con la divulgación de la política pública de discapacidad y el desarrollo de acciones preventivas del cuidado de la salud que refleje el desarrollo de un trabajo en condiciones dignas y seguras para la población con discapacidad.

Se propone como acción estratégica:

- Asesorar a las personas con discapacidad frente a la importancia de la productividad y funcionalidad. y puestos de trabajo según la discapacidad.
- Fomentar acciones que incentiven a la construcción de una empresa formal. Es necesario hacer la debida identificación de los signos de alerta de situaciones que los pongan en riesgo, para así promover la pertinente canalización y movilización de redes de apoyo secundarias, ó servicios sociales e institucionales que brinden la atención y servicios especializados para los NNA y adultos trabajadores en UTIS, promocionando la autonomía, la salud mental, la prevención de PFTI y la ESCNNA, y la línea 106.

De igual forma generar espacios de discusión a nivel familiar, local y comunitario tendientes a generar procesos de reflexión frente a la vulneración de los niños, niñas y adolescentes trabajadores a peores formas de trabajo infantil.

Articular la intervención de salud mental intersectorialmente, participando en mesas distritales y locales en el marco de las acciones de promoción de la Salud Mental y el Buen Trato y del plan nacional para la prevención y erradicación de la explotación comercial de niños, niñas y adolescentes, peores formas de trabajo infantil, promoción del buen trato en los planes del Distrito para la prevención de los mismos y canalizar eventos activando la ruta distrital de atención si se requiere.

Es importante exponer la temática para que proyectos que son ejecutados en otras localidades también realicen cobertura en la localidad de Usme con el fin de que haya mayor apoyo económico para los niños, niñas y adolescentes trabajadores y en riesgo de estarlo de la Localidad. Por otro lado, es importante la articulación entre los diversos sectores tanto públicos como privados acerca

los paquetes de intervención y la cobertura a la población sujeto y a las familias, ya que no hay suficiente articulación en proyectos nuevos que llegan a la localidad de Usme con el pertinente enfoque de género y diferencial tanto para los grupos étnicos, la población en la zona rural.

Apoyo profesional integral en la atención a estas problemáticas y para esto es importante la atención en salud mental, médica y jurídica de tiempo completo con el fin de restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta la intervención con el pertinente enfoque de género y diferencial tanto para los grupos étnicos, la población en la zona rural.

Brindar a las familias proyectos de capacitación y productivos para fomentar el trabajo formal y la empleabilidad de las familias con el fin de prevenir las peores formas de trabajo infantil, el pertinente enfoque de género y diferencial tanto para los grupos étnicos, la población en la zona rural.

Fomentar los espacios en cuanto al manejo de tiempo libre, valorizando a nivel social y económico las diferentes actividades deportivas y culturales que realizan los niños, niñas y adolescentes, con el pertinente enfoque de género y diferencial tanto para los grupos étnicos, la población en la zona rural.

Ámbito IPS: Las IPS del Hospital de este territorio cuenta con un grupo de profesionales en Psicología y Trabajo Social, los cuales durante el 2009 brindaron atención psicoterapéutica por medio del “paquete de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual” contratado con Secretaría Distrital de Salud, por medio del cual se da respuesta a los eventos reportados por cada uno de los ámbitos y por el sistema de vigilancia SIVIM.

En cuanto a la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, durante el año 2009, se atendieron en promedio 10 sesiones desde el área de psicología y tres sesiones desde el área de trabajo social para un total de trece sesiones en el cual se hace un cierre de caso para los pacientes con los cuales se cumplen los objetivos terapéuticos encaminados hacia el restablecimiento de los derechos y la salud mental de las víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales.

La atención a las y los pacientes tiene todo el aporte de calidez y calidad que desde la ética y la empatía del profesional debe aportarse. Se reconoce el esfuerzo que se despliega permanentemente en los diferentes puntos de atención para acoger y atender de la mejor manera a las personas que demandan los servicios de salud mental.

Se ha logrado un posicionamiento progresivo de la atención a través de paquetes en las localidades, lo que se refleja en la variedad de canalizaciones provenientes de las instituciones de los diferentes sectores.

Es también pertinente resaltar que se sigue luchando por mantener profesionales idóneos y con experiencia en los diferentes puntos de atención, se ha venido ganando experiencia en la realización de interconsultas en los servicios de urgencias y de hospitalización.

La articulación de los profesionales POS Y PIC en la localidad de USME es adecuada debido a que en el comité de salud mental del hospital los referentes del PDA y del POS participan activamente y convocan a los profesionales del PIC Y POS.

Así mismo, en la localidad quinta se llevó a cabo un proceso de calidad donde se estandarizaron procesos de salud mental en relación a las historias clínicas, guías para la atención de los usuarios y formatos necesarios para el funcionamiento de los paquetes.

Desde el PDA de Salud Mental del ámbito IPS se desarrollan asesorías y asistencias técnicas permanentes a las IPS de este territorio donde se busca capacitar y sensibilizar al profesional en diferentes temáticas del abordaje a la comunidad en diferentes problemáticas que afectan la salud mental.

Desde el PDA SSR se logró el posicionamiento y reconocimiento de los servicios amigables en salud para jóvenes y adolescentes, los cuales se implementaron en el año 2010 en las IPS de la UPZ Gran Yomasa, en donde se busca asesorar a esta población tanto en temas de salud como en el manejo del tiempo libre.

Se propone entonces para el próximo año realizar jornadas masivas para el fortalecimiento de la salud sexual en las que se inviten representantes de la comunidad educativa del territorio Gran Yomasa (grupos de estudiantes, docentes y padres de familia), y en las que se cuente con la participación de entidades expertas en el tema que realicen actividades con metodologías y materiales que generen impacto en la comunidad.

Realizar desde nivel central convenios o alianzas interinstitucionales con las entidades encargadas de la restitución de derechos de las presuntas víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual. (comisaría de familia, ICBF, SIS, Fiscalía, casa de la igualdad, salud, educación entre otras) con el fin de garantizar una canalización efectiva, con una atención preferencial y una retroalimentación oportuna que permita el seguimiento del caso y un impacto favorable a la población afectada y su entorno familiar y social.

En cuanto a los servicios amigables se busca prestar atención integral (involucrando todos los servicios que se presenten en esta IPAS) a los jóvenes y adolescentes de la UPZ, para lo cual se debe generar nuevamente proceso masivo de sensibilización y formación de los equipos de la IPS con el fin de ser pioneros en la implementación exitosa de estos servicios.

Proyectos UEL: Proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad cuyo componente es salud a su casa con el objeto de promover procesos de autogestión a través del acompañamiento técnico a los planes de acción de los CVS y la implementación de dos equipos de salud a su casa con el fin de posicionarlos en la promoción del ejercicio de la ciudadanía en salud.

Proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad escuelas promotoras de calidad de vida y salud. Su componente, salud al colegio, con el objeto de afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada de la localidad de Usme, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar.

Proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad. Su componente, comunidades saludables para promocionar y prevenir integralmente en salud oral, visual, auditiva a los habitantes de la localidad con el objeto de contribuir con el mejoramiento de la salud de la población en la etapa de infancia, juventud, adulto y persona mayor de la localidad de Usme, mediante la implementación de acciones promocionales, preventivas, educativas y de rehabilitación, que fomenten hábitos saludables, competencias y habilidades sociales.

Apoyar la prevención de la mendicidad y el maltrato infantil en la localidad quinta de Usme con el objeto de acompañar procesos de integración e interacción con los niños, niñas y adolescentes privilegiando el encuentro, la protección y la restitución de derechos a partir de un enfoque de responsabilidad de la institucionalidad y de fortalecimiento, potencialización y generación de

iniciativas de los participantes para la ciudadanía.

- **Territorio Comuneros**

Primer Núcleo: Inadecuadas condiciones ambientales y de movilidad relacionadas con el carácter de territorio en expansión, reflejadas en la contaminación de fuentes hídricas por vertimiento de aguas servidas y aguas residuales, la disposición incorrecta de escombros y el bajo desarrollo de equipamientos urbanos y malla vial afectando a la población residente.

- **Tema Generador**

Acuerdos entorno al manejo ambiental entre instituciones y comunidad habitante que potencien su calidad de vida, respondiendo tanto a las características del territorio como a las necesidades identificadas.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y medio ambiente identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Ámbito Familiar: PIES, realiza procesos de promoción y prevención los temas: Saneamiento básico alternativo, residuos de agroquímicos, residuos sólidos en zona urbana, agricultura urbana, vivienda saludable.

La herramienta fundamental de Entornos Saludables es el Plan Integral, a través del cual se formulan y desarrollan procesos que abordan los determinantes socio ambientales en los territorios de Salud a su Casa.

El programa de vivienda saludable vincula las variables del contexto social que por medio de la estrategia educativa, busca facilitar la identificación de medidas factibles en la reducción de riesgos en salud.

El ámbito propone aumentar la cobertura para el 2011 la cobertura de las familias que son beneficiarias de viviendas saludables

Ámbito Escolar: Teniendo en cuenta la pertinencia del Hospital de Usme como entidad al servicio de la comunidad se han desarrollado procesos educativos desde el ámbito escolar, en donde se trabaja con los comités ambientales el fortalecimiento de la educación ambiental mediante instrumentos tales como la promoción de la adecuada disposición de los residuos en el colegio y el uso adecuado de los recursos que nos ofrece la naturaleza y la ciudad tal como lo es el colegio.

De tal forma que estos procesos contribuyen a generar conciencia frente a la importancia de cuidar el entorno a través de la adecuada disposición de los residuos sólidos así como del aprovechamiento de los mismos mediante la reutilización y el reciclaje, la protección de los recursos y demás temáticas de salud y ambiente. Es decir que, aunque no se da una respuesta directa sobre la problemáticas, de forma indirecta se abordan los temas a través de una herramienta eficaz de transformación cultural tal como lo es la educación, por lo tanto aun cuando los resultados no son inmediatos, a largo plazo se está inculcando nuevas costumbres y nuevos hábitos de vida saludable

que propendan por el cuidado del entorno entendiéndolo como factor determinante en la salud de cada una de las personas.

Este aspecto se abordó desde el panorama de riesgo de deslizamiento por construcción en zonas inadecuadas y por ende la utilización de fuentes hídricas como zona de vertimientos y producto de desecho de actividades domiciliarias, la sensibilización se encaminó a la promoción de hábitos saludables con el entorno y con ellos mismos como elemento de interrelación con el ambiente.

Desde el ámbito escolar se propone continuar con las sesiones de sensibilización y propuestas de generación de iniciativas de educación ambiental y promoción de hábitos saludables.

Ámbito IPS: Las condiciones del ambiente y los entornos poco saludables de la UPZ Comuneros afectan la salud de las personas en todas las etapas del ciclo vital principalmente la infancia, las cuales se enfrentan a factores como contaminantes en el aire, agua y alimentos que aportan a la presencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, por lo que desde el ámbito IPS se genera respuesta a través de la atención en salud en las IPS de esta UPZ, en donde se promueven acciones de promoción y prevención, entorno a estilos de vida saludables y salud ambiental.

Ámbito IPS: Para el 2011 se pretende mejorar los estándares de atención a la población en materia de calidad, calidez y humanización de los servicios de salud, continuando desde el ámbito IPS las asesorías y las asistencias técnicas lo que permite el fortalecimiento y posicionamiento de cada uno de los programas, así como el entrenamiento del talento humano en diferentes temáticas. De igual manera, se buscarán alternativas para mejorar los sistemas de referencia y contra referencia con las ESEs de II y III nivel de la red que nos pueda permitir canalización oportuna de los usuarios a las diferentes especialidades que se requieran.

Vigilancia Sanitaria: IVC a establecimientos que prestan bienes y servicios, establecimientos que manejan alimentos, sustancias químicas, control vectorial, control de población canina, prevención de enfermedad de la rabia, operativos de alimentos y licores.

Proyecto especial de vigilancia epidemiológica del relleno sanitario.

Proyectos UEL: por parte de proyectos UEL financiados por el fondo de desarrollo local con presupuesto y vigencia del 2008 y desarrollados en el 2009 se desarrolló el proyecto no. 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad comunidades saludables cuyo componente es promocionar y prevenir integralmente contra vectores, roedores, campañas de aseo, apoyo a la erradicación de vectores y programas en salud ambiental, cuyo objetivo es reducir el impacto generado a la comunidad por los vectores y roedores, controlando y disminuyendo la población de plagas y focos que habitan en las zonas verdes y rondas de las quebradas y exteriores ubicados en las zonas de mayor vulnerabilidad e impacto sobre la población e incrementar las buenas prácticas de higiene y disposición adecuada de residuos sólidos, como factor de riesgo en la afectación de la salud y calidad de vida de la localidad de Usme modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario. Así mismo., apoyo a las acciones de salud a su hogar, desarrollo tecnológico de equipos básicos, conformación e implementación de círculos de vida saludables por ciclo vital en zonas de condiciones de vida y salud en donde opera la estrategia APS en la localidad de Usme (contrato 05-03).

Desde Proyectos UEL se propone dar continuidad de proyecto en vigencia 2010.

Segundo Núcleo: Concentración de poblaciones migrantes al distrito en condiciones de alta fragilidad socioeconómica y con situaciones problemáticas de salud mental agravadas por relaciones inadecuadas con el sector institucional y una escasa comprensión de la alteridad por parte del contexto receptor.

- **Tema Generador**

Estrategias de territorialización de la respuesta institucional en reconocimiento del acceso equitativo a la oferta, así como de las necesidades diferenciadas.

Fortalecimiento y cumplimiento de las normas y rutas de acceso a la oferta institucional proyectadas para población migrante.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y fragilidad económica con situaciones problemáticas de salud mental agravadas identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Ámbito Escolar: Teniendo en cuenta la pertinencia del Hospital de Usme como entidad al servicio de la comunidad se han desarrollado procesos educativos desde el ámbito escolar, en donde se trabaja con los comités ambientales el fortalecimiento de la educación ambiental mediante instrumentos tales como la promoción de la adecuada disposición de los residuos en el colegio y el uso adecuado de los recursos que nos ofrece la naturaleza y la ciudad tal como lo es el colegio.

De tal forma que estos procesos contribuyen a generar conciencia frente a la importancia de cuidar el entorno a través de la adecuada disposición de los residuos sólidos así como del aprovechamiento de los mismos mediante la reutilización y el reciclaje, la protección de los recursos y demás temáticas de salud y ambiente. Es decir que, aunque no se da una respuesta directa sobre la problemáticas, de forma indirecta se abordan los temas a través de una herramienta eficaz de transformación cultural tal como lo es la educación, por lo tanto aun cuando los resultados no son inmediatos, a largo plazo se está inculcando nuevas costumbres y nuevos hábitos de vida saludable que propendan por el cuidado del entorno entendiéndolo como factor determinante en la salud de cada una de las personas.

Este aspecto se abordó desde el panorama de riesgo de deslizamiento por construcción en zonas inadecuadas y por ende la utilización de fuentes hídricas como zona de vertimientos y producto de desecho de actividades domiciliarias, la sensibilización se encaminó a la promoción de hábitos saludables con el entorno y con ellos mismos como elemento de interrelación con el ambiente.

Ámbito Comunitario: Se abordan procesos de territorios afectivos con la prevención de embarazo en adolescentes y manejo de sexualidad responsable. En relación a la actividad física y tiempo libre, se abordan acciones desde Muévete comunidad, sin embargo falta mayor participación de las instituciones como Alcaldía Local e IDRD. La promoción de la alimentación saludable, se trabaja desde las líneas de Tu vales, con población Materno Infantil y Organizaciones. Se desarrollan acciones con población étnica y en situación de desplazamiento, pero de acuerdo con la demanda, se debe realizar mayor intervención con la población especial ya mencionada. En salud oral, se llevan a cabo procesos de promoción de hábitos saludables en relación a este tema, sin embargo, la población demanda mayor ejecución de éstas acciones, ya que es una UPZ con un alto número de habitantes que al igual que en otros territorios de la localidad, presentan problemas relacionadas con el cuidado de los dientes.

Ámbito Laboral: Se realiza transmisión de conocimiento acerca de los temas de derechos y deberes en el Sistema de General de Seguridad Social Integral (SGSSI) fomentando acciones de exigibilidad del derecho. Estas acciones en la mayoría de los casos, se ven truncadas frente a los

trámites que se deben realizar y también por la falta de documentación de algunas personas cuando tienen que abandonar su tierra. Este conocimiento transmitido involucra temas de autocuidado para la conservación salud con relación al trabajo que realizan, y se hace canalización a proyectos especiales con relación al trabajo a nivel local.

Por proyectos de la ESE: Se realizan sensibilizaciones a la población frente a la importancia de exigibilidad de derechos en salud y trabajo, igualmente frente a la importancia de los deberes en salud y trabajo, asesoría en gestión para organización, sensibilización en riesgo ocupacional y canalización a otras intervenciones según las necesidades individuales de los trabajadores identificados. La respuesta que se brinda desde la ESE se orienta a la asesoría, acción que se agota frente a la gestión que se debe realizar con organismos del Estado tales como los educativos para acceder a trabajos en condiciones dignas. Igualmente continúan las dificultades frente a la generación y ejecución de proyectos productivos, ya que las barreras de acceso dificultan que las personas en condición de desplazamiento logren realizar sus proyectos con el apoyo de entidades estatales.

Se ha posicionado la intervención de trabajo infantil, peores formas y ECSNNA en la localidad de Usme a partir del proceso de búsqueda activa, actividades de articulación intersectorial, actividades de sensibilización y caracterización poblacional, de igual forma hay reconocimiento de la problemática y de las implicaciones negativas que esta genera en los niños y niñas. Si bien es cierto que dentro de la ESE existe el programa de trabajo infantil, éste no contiene el enfoque diferencial para el abordaje de la problemática de trabajo infantil dentro de las comunidades étnicas y de la zona rural de la localidad.

Desde el ámbito laboral, se considera necesario continuar con el proceso de búsqueda activa, sensibilización, caracterización, canalización a salud, diseño y concertación de plan de mejora, asesorías y seguimientos a nuevas unidades de trabajo informal. También se considera necesario aprovechar la gestión realizada en años anteriores con el fin de no olvidar el tema para lo cual se sugiere realizar actividades con ellos con menor intensidad horaria pero de igual o mayor impacto y con los ajustes realizados según lo solicitado por la comunidad y con el aporte de los equipos interdisciplinarios

Ámbito IPS: Desde la transversalidad de desplazados del ámbito IPS se realizan asesorías y asistencias técnicas permanentes a los funcionarios de las IPS con el fin de capacitarlos y sensibilizarlos frente a normatividad vigente en cuanto a eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud; así mismo se mantiene articulación permanente con la oficina de atención al usuario y participación social con el objetivo de mejorar los accesos a los servicios de salud de la ESE.

Adicionalmente en la vigencia 2010, desde la transversalidad de desplazados y el programa de cáncer de cuello uterino del ámbito IPS se generó articulación y se realizó sensibilización a la comunidad étnica en la importancia de la toma de la citología cérvico uterina donde se logró la toma de 9 citologías lo cual fue positivo ya que las mujeres de esta comunidad no veían esta práctica benéfica ni necesaria para la salud.

Desde el ámbito IPS se propone realizar un proceso donde se fortalezcan las acciones afirmativas en salud y para el rescate de la cultura afrodescendiente con grupos comunitarios a través de Encuentros de saberes.

Promoción de espacios comunitarios que propicien el intercambio de saberes y experiencias de las comunidades étnicas relacionadas con la salud y el ambiente desde la perspectiva étnica y de diversidad cultural.

Se proponen encuentros de saberes ancestrales alrededor de la medicina tradicional, construcción de cartilla de medicina tradicional y Fortalecimiento de organizaciones étnicas teniendo en cuenta temáticas identificadas en procesos anteriores (Manejo Tiempo libre y problemáticas ambientales).

Se propone dar continuidad al ejercicio de actualización del diagnóstico local de los grupos étnicos, fortalecimiento del posicionamiento político en los espacios institucionales y locales, facilitar la participación de los grupos étnicos en los espacios locales a través del trabajo de la mesa étnica; y generar un liderazgo local en la formulación de la política pública de salud para los grupos étnicos.

La propuesta para el 2011 es que la TV de desplazados trabaje de manera articulada con Salud Mental con el fin de ofrecer atención más integrar a la población en situación de discapacidad y es importante resaltar que la articulación de esta con las demás intervenciones del ámbito IPS es fundamental ya que así se podrán eliminar de manera más directa las barreras de acceso a otros servicios de salud. También se generaran estrategias para poder abordar la población étnica con el fin de que estos asistan a los servicios de salud promoviendo servicios de PyP.

Proyectos UEL: apoyar la prevención de la mendicidad y el maltrato infantil en la localidad quinta de Usme con el objeto acompañar procesos de integración e interacción con los niños, niñas y adolescentes privilegiando el encuentro, la protección y la restitución de derechos a partir de un enfoque de responsabilidad de la institucionalidad y de fortalecimiento, potencialización y generación de iniciativas de los participantes para la ciudadanía.

Tercer Núcleo: Deterioro de tejido social por persistentes prácticas violentas en los escenarios barrial y familiar que se reflejan en la vinculación de población juvenil a pandillas, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar que afectan la seguridad de las familias y sujetos residentes.

- **Tema Generador**

Estrategias de promoción del trabajo decente, la educación en prácticas saludables y la prevención de eventos de salud mental que fomenten el aprovechamiento del tiempo libre, así como el empoderamiento de la comunidad en general.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y tejido social identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Desde el Ámbito Familiar: La intervención del ámbito familiar se basa en una estrategia que tiene como objetivo fortalecer a la familia como red de apoyo de tal forma que se consolide un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia, favoreciendo de esta manera la autonomía de la mujer gestante, el reconocimiento y exigibilidad de derechos en salud y los derechos de SSR, la identificación y solicitud de ayuda en forma oportuna en caso de presentar algún signo o señal de alarma.

En este sentido en el ciclo vital infancia esta intervención realiza procesos tales como: captar la gestante desde el inicio de gestación y de esta manera evitar o mitigar riesgos tanto psicosociales como biológicos para obtener un buen fruto de la gestación o un neonato sano y realizar acompañamiento en el posparto canalizando al recién nacidos a los servicios de control de su

estado de salud, al programa de crecimiento y desarrollo y el programa ampliado de inmunización, identificando algún riesgo biológico o psicosocial que lo pueda llevar a la muerte, creando espacios pedagógicos con la madre en donde se les da información sobre la importancia de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento y extracción de la leche, así mismo identificar los signos de alarma del recién nacido para acudir al servicio de urgencias y las enfermedades prevalentes en la infancia como la enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria.

Desde el Ámbito Familiar, la Intervención Psicosocial es un proceso dirigido a brindar apoyo psicológico a la familia que presenta uno o más problemas como consecuencia de factores que afectan negativamente el estado de salud mental individual o colectivo y por lo tanto la calidad de vida y salud de la familia. Se interviene con la familia en su domicilio con el fin de favorecer y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales en contexto para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de riesgos asociados con factores que influyen en el estado de salud en un momento específico de vulnerabilidad, recuperar en el menor tiempo posible el control de la situación, activando sus recursos, capacidades, fortalezas y potencialidades, orientando un aprendizaje para aprehender y utilizar soluciones positivas en futuros eventos negativos. Se fundamenta en el desarrollo de las potencialidades humanas para emprender acciones que permiten propiciar el sentido de pertenencia, la comunicación efectiva, la solidaridad, los lazos afectivos duraderos, la resolución de conflictos de manera adecuada e inmediata.

En el territorio Comuneros y micro territorios que la componen, se realizaron canalizaciones a servicios de psicoterapia individual para Upa Marichuela, Upa Yomasa, por Georreferenciación con los sitios más cercanos a estos barrios.

Los eventos que más tiene relevancia en este lugar son los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y circunstancias familiares que desafortunadamente afectan a la mayor parte de la población y ciclos vitales, infancia, juventud, Adulto y Adulto Mayor, se afectan en menor proporción se evidencia la incidencia en eventos de salud mental como Policonsumo, Microtráfico y expendio de sustancias, deserción escolar, conductas delictivas, la conducta suicida (Intento, Amenaza, Ideación) mayormente identificada en comunidades escolares, peores formas de trabajo infantil y violencias entre las más comunes.

Desde el ámbito familiar, se propone en la línea de salud sexual y reproductiva se continuará participando en los diferentes escenarios de discusión y toma de decisiones de salud pública como los nodos, y los comités también se hace necesario aumentar la cobertura de las gestantes con riesgo psicosocial, por lo que se deben destinar más horas (36horas) de las enfermeras de los equipos para dicha intervención.

Ámbito Escolar: En el ámbito escolar por parte del Programa Salud Al Colegio, se desarrollaron acciones tales como escuelas de Padres, teniendo en cuenta el rol de los padres y madres de familia como actores claves en el proceso de formación y desarrollo de sus hijos. Se ha desarrollado un proceso de información en torno a las situaciones de riesgo que se generan al interior de la familia y que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas, en algunas oportunidades de manera inadvertida por la falta de comunicación e información entre padres e hijos evidenciándose en el consumo masivo presentado en la localidad.

En estos espacios se procura fomentar los factores protectores desde el núcleo familiar teniendo como temática principal la crianza positiva a través del fortalecimiento de la comunicación asertiva, la afectividad, el proyecto de vida y la prevención de la violencia intrafamiliar, en busca del mejoramiento de las dinámicas familiares. Hay sensibilización a docentes y directivos y en ese proceso de la prevención del consumo de SPA, los docentes se constituyen en un apoyo importante dentro de la escuela para la identificación temprana de factores de riesgo ante el consumo de SPA y fomentar los factores protectores dentro de la misma, así como para establecer vínculos

positivos entre la escuela y la comunidad, que permitan un trabajo de corresponsabilidad en busca del bienestar de los niños, niñas y jóvenes de la localidad.

Para estos encuentros se han diseñado presentaciones en power point y un folleto informativo que retoma categorías conceptuales del consumo de SPA, factores protectores y de riesgo en la escuela, información acerca del cacao sabanero (síntomas y consecuencias del consumo) y notificación de casos de consumo de SPA, además se explica el proceso de notificación de casos de consumo de SPA y se explica el diligenciamiento del formato de notificación de alertas normalizado para el ámbito escolar del Hospital de Usme.

Así mismo, se realizó acciones de Bienestar Docente y manejo de estrés con el fin mantener una adecuada salud mental y por ende un ambiente sano al interior del plantel educativo, favoreciendo las buenas relaciones entre los estudiantes y los docentes como factor protector.

Semilleros estudiantiles y/o grupos líderes de formación: Dentro de las acciones de las profesionales que lideran esta intervención, se han conformado grupos de formación de estudiantes, con quienes en un primer momento se implementaron diferentes actividades que tienen como objetivo convertirlos en multiplicadores de la información y formación en cuanto a temáticas que promueven la salud mental y previenen el consumo de SPA, a través de diversas estrategias lúdico pedagógicas mediante las cuales los niños, niñas y jóvenes forman parte activa de los procesos de prevención, a su vez se exploraron imaginarios acerca de las temáticas y se aclararon puntos de vista en torno a las mismas. Dichas estrategias fueron el “Gran Casino Monarca” a través de sus juegos: bingo, tablero del saber, ruleta y carrera de observación. Otras estrategias contenían actividades como: escaleras y toboganes, el árbol de la vida, fichas de SSR, análisis de casos, nubes y soles, lecturas.

En un segundo momento, se contó con un proceso de multiplicación y aprendizaje entre pares en el que los estudiantes de los grupos han creado y puesto en práctica estrategias que han sido presentadas en espacios dentro y fuera de las Instituciones Educativas, tales como presentaciones musicales, obras de teatro, trabajo de prevención con otros estudiantes. Por parte de la Línea 106 se presentó una obra de teatro de maltrato infantil la cual procuraba sensibilizar a la comunidad educativa frente a la problemática, la prevención de los eventos violentos y la promoción de la Línea como una red de apoyo. En SSR y como parte de la respuesta al embarazo adolescente se trabaja en la UPZ Comuneros, por evidenciarse un alto número de conformación de familia adolescente, desarrollándose acciones encaminadas a incentivar la realización personal e intelectual de las padres adolescentes, pretendiendo que en una meta de mediano o largo plazo esta realización personal e intelectual sea un factor protector para los hijos de padres adolescentes, aun así se enfatiza en las pautas de crianza y cuidados. Se resaltan además los servicios de promoción y prevención dirigidos a esta etapa, no se ejecutan acciones encaminadas a trabajar a nivel de comunidades que incentiven la adecuada crianza de los niños y niñas y que se involucre la perspectiva de género, al igual que en otras UPZ, las adolescentes lactantes se desescolarizan antes de poder hacer intervención en torno a los anteriores temas. En busca de propiciar acciones protectoras contra el consumo de SPA, se desarrollaron acciones desde el componente de actividad física como un eje fundamental en el desarrollo de los niños niñas y jóvenes, partiendo de lo que conocen de la actividad física y de la forma en que ellos la practican en su vida cotidiana, con el fin que al interior de las IED se generen espacios diferentes a la clase de Educación Física para así relacionar estas con la promoción de la salud, de esta manera con los y las jóvenes se generaron procesos a través del reconocimiento de la actividad física como un proceso básico en el desarrollo motriz, psicológico y social de los individuo.

DEFICIT RESP: En cambio, en la UPZ Comuneros desde la implementación de acciones con los y las jóvenes se ha logrado sensibilizar a los mismos y se ha contado con el apoyo de los docentes de educación física quienes contribuyen a la realización de las acciones; sin embargo, los directivos no

reconocen la importancia de implementar de actividades de promoción de actividad física lo cual entorpece los acuerdos generados y no permite que los objetivos multiplicadores del grupo líder se lleven a cabo por la falta de apertura de espacios para tal fin. Por parte de la intervención, se evidencia falta de gestión del componente con los docentes de las demás asignaturas y directivos de las IED, con el fin de posicionar las acciones del grupo líder y transversalizar las temáticas para vincular a toda la comunidad educativa en la promoción de la actividad física.

Se recomienda continuar el proceso para unos pocos grupos se recomienda cambiar o reorganizar el grupo, en los balances reflexivos se da la recomendación para cada uno de los grupos. En cuanto a las problemáticas abordadas, es importante continuar con estas ya que por las dinámicas sociales, políticas y económicas se han ido incrementando en la localidad por lo que hay una mayor demanda en la ejecución de intervenciones que brinden respuestas a estas problemáticas. También se evidenció la necesidad de incluir la intervención de Línea 106 en los Colegios de Zona Rural.

Se propone que la intervención cubra hasta grado Sexto (6) de bachillerato puesto que los niños de estos grados pueden al igual que los más pequeños, realizar un alto grado de afianzamiento de las prácticas para mantener una adecuada salud oral

Desde el Ámbito Comunitario: Se realizan acciones encaminadas al abordaje de temas de violencia sexual, inseguridad, consumo de sustancias psicoactivas, convivencia, maltrato infantil, pese a ello hace falta aumentar acciones relacionadas con las personas mayores, como son el manejo de la soledad y proyecto de vida.

Desde el Ámbito Laboral: Por medio del programa trabajo infantil de la ESE se realiza identificación e intervención de casos a nivel individual y al núcleo familiar, se lleva a cabo promoción y prevención de la problemática en la localidad.

Se vienen adelantando programas de intervención en salud pública de la ESE a través de los cuales se sensibiliza acerca de pautas de crianza, se canaliza a servicios de salud, P y P, entre otros. Para los temas de explotación sexual, comercial y peores formas de trabajo infantil se realizan actividades de sensibilización e intercambio de experiencias en cuanto a la explotación sexual comercial en niños, niñas y adolescentes.

A partir de las sensibilizaciones se ha logrado la canalización de casos, prevención de la problemática en espacios locales dirigida a niños y niñas que se encuentran también dentro de las peores formas de trabajo infantil (PFTI). Igualmente se realiza recepción de alertas de diferentes espacios locales, promoción de factores protectores y prevención de factores de riesgo.

El trabajo también se orienta al posicionamiento de la temática a nivel local y al trabajo articulado con la comunidad, en lo relacionado con la denuncia de casos, pues por diferentes razones (desconfianza, temor, desconocimiento, indiferencia, etc.), la comunidad aún no accede a establecer las denuncias correspondientes.

Para los jóvenes que pueden acceder a permisos de trabajo, también se ha realizado identificación de casos de jóvenes, se hace sensibilización y asesoría a padres o empleadores frente al trabajo protegido, se adelantan procesos de sensibilización para reconocimiento de efectos psicosociales y físicos que conlleva el inicio de actividad laboral a temprana edad. Frente a esta respuesta, algunos empleadores deciden desvincular laboralmente a las y los jóvenes evitando afiliarlos al Sistema General de Seguridad Social Integral, ya que se incrementa el costo de su contratación.

Se resalta la intervención en los Ciclos Vitales Juventud y Adulthood a través de dos intervenciones importantes tales como asesoría a las empresas formales y asesoría a las unidades de trabajo informal, en estos dos ciclos vitales se ha venido promoviendo el derecho al trabajo de los hombres

y mujeres con discapacidad en edad productiva, el desarrollo de entornos favorables, información sobre sus derechos sociales para la preservación de la autonomía en trabajadores y trabajadoras informales con discapacidad y la prevención de limitaciones evitables por eventos relacionados con el trabajo en población trabajadora informal. Se ha logrado asesorar 15 empresas del sector formal, 37 unidades de trabajo informal en las cuales se resalta un trabajo articulado en relación con la divulgación de la política pública de discapacidad y el desarrollo de acciones preventivas del cuidado de la salud que refleje el desarrollo de un trabajo en condiciones dignas y seguras para la población con discapacidad.

Desde el ámbito laboral se propone desarrollar un Programa integral que afecte positivamente el ciclo vital juventud y adultez que genere la vinculación las personas con discapacidad

También se propone desarrollar un programa de atención integral para los niños, niñas, adolescentes y trabajadores(as) de la localidad Usme

En cuanto a los trabajadores de la economía informal de la Localidad de Usme, es importante visualizar la importancia de esta población ya que dentro del territorio se encuentran más población en esta condición que en empresas formales. Tanto la salud física como la mental son importantes, además porque a nivel cultural y social pueden incidir factores como la flexibilización del trabajo, la violencia intrafamiliar, el trabajo infantil, la falta de capacitación, el estrés laboral, inconsistencias en la afiliación y falta de proyectos tanto económicos como de capacitación y productivos para los grupos de trabajadores informales. Mucha población en condición de desempleo opta por este tipo de actividad laboral la sobre capacitación para puestos de trabajo o la falta de esta para acceder a mejores actividades laborales.

Es importante realizar acompañamiento por un profesional en salud mental que abordara la población de trabajadores informales jóvenes mayor de 18 años, adultos y adultos mayores, que generará respuestas frente a las problemáticas específicas y amplíe el cubrimiento en la población general de trabajadores informales, en trabajadores con discapacidad, grupos étnicos y desplazados de las UPZ's de la localidad de Usme, con el pertinente enfoque de género y diferencial tanto para los grupos étnicos, la población en la zona rural.

Desde el Ámbito IPS: El Hospital de USME I NIVEL E.S.E cuenta con un grupo de profesionales en Psicología y Trabajo Social, los cuales durante el 2009 brindaron atención psicoterapéutica por medio del "paquete de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual" contratado con Secretaría Distrital de Salud, por medio del cual se da respuesta a los eventos reportados por cada uno de los ámbitos y por el sistema de vigilancia SIVIM.

En cuanto a la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, durante el año 2009, se atendieron en promedio 10 sesiones desde el área de psicología y tres sesiones desde el área de trabajo social para un total de trece sesiones en el cual se hace un cierre de caso para los pacientes con los cuales se cumplen los objetivos terapéuticos encaminados hacia el restablecimiento de los derechos y la salud mental de las víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales.

La atención a las y los pacientes tiene todo el aporte de calidez y calidad que desde la ética y la empatía del profesional debe aportarse. Se reconoce el esfuerzo que se despliega permanentemente en los diferentes puntos de atención para acoger y atender de la mejor manera a las personas que demandan los servicios de salud mental.

Se ha logrado un posicionamiento progresivo de la atención a través de paquetes en las localidades, lo que se refleja en la variedad de canalizaciones provenientes de las instituciones de los diferentes sectores.

Es también pertinente resaltar que se sigue luchando por mantener profesionales idóneos y con experiencia en los diferentes puntos de atención, se ha venido ganando experiencia en la realización de interconsultas en los servicios de urgencias y de hospitalización.

La articulación de los profesionales POS Y PIC en la localidad de USME es adecuada debido a que en el comité de salud mental del hospital los referentes del PDA y del POS participan activamente y convocan a los profesionales del PIC Y POS.

Así mismo, en la localidad quinta, se llevó a cabo un proceso de calidad donde se estandarizaron procesos de salud mental en relación a las historias clínicas, guías para la atención de los usuarios y formatos necesarios para el funcionamiento de los paquetes.

Desde el PDA de Salud Mental del ámbito IPS se desarrollan asesorías y asistencias técnicas permanentes a las IPS de este territorio donde se busca capacitar y sensibilizar al profesional en diferentes temáticas del abordaje a la comunidad en diferentes problemáticas que afectan la salud mental.

Desde el PDA SSR se logró el posicionamiento y reconocimiento de los servicios amigables en salud para jóvenes y adolescentes, los cuales se implementaron en el año 2010 en las IPS de la UPZ El Danubio, en donde se busca asesorar a esta población tanto en temas de salud como en el manejo del tiempo libre.

Desde el Ámbito IPS: Realizar jornadas masivas para el fortalecimiento de la salud sexual en las que se inviten representantes de la comunidad educativa del territorio Comuneros (grupos de estudiantes, docentes y padres de familia), y en las que se cuente con la participación de entidades expertas en el tema que realicen actividades con metodologías y materiales que generen impacto en la comunidad.

Realizar, desde nivel Central, convenios o alianzas interinstitucionales con las entidades encargadas de la restitución de derechos de las presuntas víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (comisaría de familia, ICBF, SIS, Fiscalía, casa de la igualdad, salud, educación, entre otras), con el fin de garantizar una canalización efectiva, una atención preferencial y una retroalimentación oportuna que permita el seguimiento del caso y un impacto favorable a la población afectada y su entorno familiar y social.

En cuanto a los servicios amigables se busca prestar atención integral involucrando todos los servicios que se presenten en esta IPAS a los jóvenes y adolescentes de la UPZ, para lo cual se debe generar nuevamente proceso masivo de sensibilización y formación de los equipos de la IPS con el fin de ser pioneros en la implementación exitosa de estos servicios.

También se busca mantener la articulación entre los profesionales PIC-POS para el desarrollo de diferentes actividades y procesos de formación.

Desde Proyectos UEL: Proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad y su componente, salud a su casa, con el objeto de promover procesos de autogestión a través del acompañamiento técnico a los planes de acción de los CVS y la implementación de dos equipos de salud a su casa con el fin de posicionarlos en la promoción del ejercicio de la ciudadanía en salud. Proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad escuelas promotoras de calidad de vida y salud y su componente, salud al colegio, con el objeto de afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada de la localidad de Usme, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar.

Proyecto No. 580: apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad. Componente: comunidades saludables: promocionar y prevenir integralmente en salud oral, visual, auditiva a los habitantes de la localidad con el objeto de contribuir con el mejoramiento de la salud de la población en la etapa de infancia, juventud, adulto y persona mayor de la localidad de Usme, mediante la implementación de acciones promocionales, preventivas, educativas y de rehabilitación, que fomenten hábitos saludables, competencias y habilidades sociales.

Apoyar la prevención de la mendicidad y el maltrato infantil en la localidad quinta de Usme con el objeto de acompañar procesos de integración e interacción con los niños, niñas y adolescentes privilegiando el encuentro, la protección y la restitución de derechos a partir de un enfoque de responsabilidad de la institucionalidad y de fortalecimiento, potencialización y generación de iniciativas de los participantes para la ciudadanía.

- **Territorio Alfonso López**

Primer Núcleo: Inadecuadas condiciones ambientales y de movilidad relacionadas con el carácter de territorio en expansión, reflejadas en la contaminación de fuentes hídricas por vertimiento de aguas servidas y aguas residuales y el bajo desarrollo de equipamientos urbanos y malla vial afectando a la población residente.

Segundo Núcleo: Concentración de poblaciones migrantes al distrito en condiciones de alta fragilidad socioeconómica y con situaciones problemáticas de salud mental agravadas por relaciones inadecuadas con el sector institucional y una escasa comprensión de la alteridad por parte del contexto receptor

- **Tema Generador**

Estrategias de territorialización de la respuesta institucional en reconocimiento del acceso equitativo a la oferta, así como de las necesidades diferenciadas.

Fortalecimiento y cumplimiento de las normas y rutas de acceso a la oferta institucional proyectadas para población migrante.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud, medio ambiente, fragilidad socioeconómica y problemas mentales identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Desde el Ámbito Escolar: En el ámbito Escolar por parte del Programa Salud Al Colegio, se trabaja con la comunidad educativa en cuanto a la inclusión social y con estudiantes en condición de desplazamiento y líderes de promoción de hábitos saludables. Se desarrollaron acciones como Sensibilizaciones a Docentes y Directivos a través de la promoción de la ruta de desplazados en articulación con el GAP, además se explicó el proceso de notificación de casos de consumo de SPA y el diligenciamiento del formato de notificación de alertas normalizado para el ámbito escolar del Hospital de Usme. Adicionalmente, se trabajó con estudiantes en condición de desplazamiento como parte de un proceso de inclusión social en grupos de formación.

Desde el Ámbito Comunitario: Se abordan temas de alimentación saludable, encuentro de saberes con los grupos étnicos y personas en situación de desplazamiento. Es importante el desarrollo de más actividades de promoción y prevención en esta UPZ, si se tiene en cuenta que

es uno de los territorios donde llegan personas de diferentes lugares de Colombia, a los cuales le han sido vulnerados sus derechos fundamentales y golpeados por la violencia, además porque en ésta reside un número importante de afrocolombianos e indígenas. De igual manera, con relación a intervenciones de tipo ambiental, no se están realizando procesos, únicamente en control de vectores, roedores e insectos y en recolección canina.

Desde el Ámbito Laboral: Se realiza transmisión de conocimiento acerca de los temas de derechos y deberes en el Sistema de General de Seguridad Social Integral (SGSSI) fomentando acciones de exigibilidad del derecho; estas acciones en la mayoría de los casos, se ven truncadas frente a los trámites que se deben realizar y también por la falta de documentación de algunas personas cuando tienen que abandonar su tierra. Este conocimiento transmitido involucra temas de autocuidado para la conservación salud con relación al trabajo que realizan, y se hace canalización a proyectos especiales con relación al trabajo a nivel local.

Por proyectos de la ESE: Se realizan sensibilizaciones a la población frente a la importancia de exigibilidad de derechos en salud y trabajo, igualmente frente a la importancia de los deberes en salud y trabajo, asesoría en gestión para organización, sensibilización en riesgo ocupacional y canalización a otras intervenciones según las necesidades individuales de los trabajadores identificados.

La respuesta que se brinda desde la ESE se orienta a la asesoría, acción que se agota ante la gestión que se debe realizar con organismos del Estado tales como los educativos para acceder a trabajos en condiciones dignas.

Igualmente continúan las dificultades frente a la generación y ejecución de proyectos productivos, ya que las barreras de acceso dificultan que las personas en condición de desplazamiento logren realizar sus proyectos con el apoyo de entidades estatales. Se ha posicionado la intervención de trabajo infantil, peores formas y ECSNNA en la localidad de Usme a partir del proceso de búsqueda activa, actividades de articulación intersectorial, actividades de sensibilización y caracterización poblacional, de igual forma hay reconocimiento de la problemática y de las implicaciones negativas que esta genera en los niños y niñas. Si bien es cierto que dentro de la ESE existe el programa de trabajo infantil, éste no contiene el enfoque diferencial para el abordaje de la problemática de trabajo infantil dentro de las comunidades étnicas y de la zona rural de la localidad.

Desde el Ámbito Laboral: Para todos los ciclos vitales Proyecto especial: “Programa de intervención integral para trabajadores y trabajadoras en la economía informal pertenecientes a los grupos étnicos de la localidad de Usme.

Se realizará no sólo continuidad sino se brindará una integralidad en las acciones a realizar en el 2011, ya que según la intervención realizada por el grupo desde años anteriores, se considera necesario continuar con el proceso de búsqueda activa, sensibilización, caracterización, canalización a salud, diseño y concertación de plan de mejora, asesorías y seguimientos a nuevas unidades de trabajo informal. Igualmente, se considera necesario aprovechar la gestión realizada en años anteriores con el fin de no olvidar el tema para lo cual se sugiere realizar actividades con ellos con menor intensidad horaria pero de igual o mayor impacto y con los ajustes realizados según lo solicitado por la comunidad y con el aporte de los equipos interdisciplinarios.

Desde el Ámbito IPS: Desde la transversalidad de desplazados del ámbito IPS se realizan asesorías y asistencias técnicas permanentes a los funcionarios de las IPS con el fin de capacitarlos y sensibilizarlos frente a normatividad vigente en cuanto a eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud. Igualmente se mantiene articulación permanente con la oficina de atención al usuario y participación social con el fin de mejorar los accesos a los servicios de salud de la ESE.

Se propone realizar un proceso donde se fortalezcan las acciones afirmativas en salud y para el rescate de la cultura afrodescendiente con grupos comunitarios a través de Encuentros de saberes.

Promoción de espacios comunitarios que propicien el intercambio de saberes y experiencias de las comunidades étnicas relacionadas con la salud y el ambiente desde la perspectiva étnica y de diversidad cultural.

Se proponen encuentros de saberes ancestrales alrededor de la medicina tradicional, construcción de cartilla de medicina tradicional y fortalecimiento de organizaciones étnicas teniendo en cuenta temáticas identificadas en procesos anteriores (Manejo Tiempo libre y problemáticas ambientales).

Se propone dar continuidad al ejercicio de actualización del diagnóstico local de los grupos étnicos, fortalecimiento del posicionamiento político en los espacios institucionales y locales, facilitar la participación de los grupos étnicos en los espacios locales a través del trabajo de la mesa étnica; y generar un liderazgo local en la formulación de la política pública de salud para los grupos étnicos.

La propuesta para el 2011 es que la TV de desplazados trabaje de manera articulada con Salud Mental con el fin de ofrecer atención más integrada a la población en situación de discapacidad, de igual manera es importante resaltar que la articulación de esta con las demás intervenciones del ámbito IPS es fundamental ya que así se podrán eliminar de manera más directa las barreras de acceso a otros servicios de salud. También se generarán estrategias para poder abordar la población étnica con el fin de que estos asistan a los servicios de salud promoviendo servicios de PyP.

Desde Proyectos UEL: apoyar la prevención de la mendicidad y el maltrato infantil en la localidad quinta de Usme con el objeto acompañar procesos de integración e interacción con los niños, niñas y adolescentes privilegiando el encuentro, la protección y la restitución de derechos a partir de un enfoque de responsabilidad de la institucionalidad y de fortalecimiento, potencialización y generación de iniciativas de los participantes para la ciudadanía.

- **Territorio Usme Ancestral**

Primer Núcleo: Suelo de protección según POT deteriorado por el uso de agroquímicos para la producción agropecuaria y por inadecuada disposición de residuos sólidos, afectando la calidad de dicho suelo del cual depende la actividad económica de los y las campesinas de la localidad y la potabilidad del recurso hídrico.

- **Tema Generador**

Estrategias de reconocimiento de las necesidades y potencialidades del territorio, adecuación de la oferta, definición de agenda conjunta entre instituciones y comunidad que permitan la proyección de respuestas acordes con el cumplimiento de los derechos a la educación, información, ambiente sano, territorio y trabajo.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y actividad económica identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Desde el Ámbito Familiar: PIES: Realiza procesos de promoción y prevención los temas: saneamiento básico alternativo, residuos de agroquímicos, residuos sólidos en zona urbana, agricultura urbana, vivienda saludable.

La herramienta fundamental de Entornos Saludables es el Plan Integral, a través del cual se formulan y desarrollan procesos que abordan los determinantes socio ambientales en los territorios de Salud a su Casa.

El programa de vivienda saludable vincula las variables del contexto social que por medio de la estrategia educativa, busca facilitar la identificación de medidas factibles en la reducción de riesgos en salud.

Se hace importante seguir en la parte de intervenciones que se llevan a cabo de Viviendas Saludables con una meta de 2200 familias además de aumentar la cobertura de las familias que son beneficiarias de esta línea de intervención la cual es una de las que más tiene reconocimiento local en los espacios de participación social como los núcleos de gestión.

Desde el Ámbito Escolar: Teniendo en cuenta la pertinencia del Hospital de Usme como entidad al servicio de la comunidad se han desarrollado procesos educativos desde el ámbito escolar, en donde se trabaja con los comités ambientales el fortalecimiento de la educación ambiental mediante instrumentos tales como la promoción de la adecuada disposición de los residuos en el colegio y el uso adecuado de los recursos que nos ofrece la naturaleza y la ciudad tal como lo es el colegio.

De tal forma que estos procesos contribuyen a generar conciencia frente a la importancia de cuidar el entorno a través de la adecuada disposición de los residuos sólidos así como del aprovechamiento de los mismos mediante la reutilización y el reciclaje, la protección de los recursos y demás temáticas de salud y ambiente. Es decir, que aunque no se da una respuesta directa sobre la problemáticas, de forma indirecta se abordan los temas a través de una herramienta eficaz de transformación cultural tal como lo es la educación. Por lo tanto, aun cuando los resultados no son inmediatos, a largo plazo se está inculcando nuevas costumbres y nuevos hábitos de vida saludable que propendan por el cuidado del entorno entendiéndolo como factor determinante en la salud de cada una de las personas.

En cuanto al uso del suelo para producción agrícola, se sensibilizó en cuanto a los efectos ecológicos por el empleo de productos químicos y la expansión de la frontera agrícola desestabiliza las condiciones ambientales de la zona reduciendo las potencialidades naturales por procesos de infertilización de los suelos y la generación de eventos erosivos.

Desde el Ámbito Escolar: Reconocimiento de las necesidades de la población rural y trabajo mancomunado para generar la utilización de biofertilizantes que favorezcan la producción agrícola sin causa deterioro y reducción de la fertilidad de los suelos desde iniciativas y propuestas generadas en los comités ambientales escolares de las IED.

Desde el Ámbito Comunitario: Se observa mínimo cubrimiento en el tema de Nutrición Saludable; Salud Mental, especialmente en Personas Mayores, así como también en el tema de derechos y deberes como ciudadanos y en seguridad. Así mismo, se está avanzando en el abordaje de la temática ambiental donde se desarrollan procesos con los acueductos Veredales.

Se observa mínimo cubrimiento en el tema de Nutrición Saludable, Salud Mental, especialmente en Personas Mayores, así como también en el tema de derechos y deberes como ciudadanos y en seguridad.

Desde el Ámbito IPS: Brindar atención en salud a toda la población rural y urbana de todas las etapas de ciclo vital a través de los diferentes profesionales ubicados en las IPS de esta UPZ.

Desde el ámbito IPS se asesoran las IPS de la ESE en las siguientes intervenciones: cáncer de cuello uterino, salud oral, atención a gestantes, planificación familiar, asesorías en VIH, atención a personas en condición crónica, atención a personas con enfermedades transmisibles, atención a población desplazada, estrategias materno infantiles IAMI, IAFI, AIEPI ERA y desde el CAMI Usme se ofrece hospitalización, urgencias, laboratorio clínico y farmacia.

Fortalecimiento de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la vigorización de los procesos de articulación con el programa Salud a su Casa del ámbito Familiar.

Se propone generar procesos pedagógicos, de participación comunitaria, movilización social y fortalecimiento de sujeto político y organizativo que dé respuesta integral a las necesidades, a partir de la construcción de diagnóstico con base en lectura de necesidades por territorio (vereda), formulación de planes de acción, ejecución de los planes de acuerdo a lo concertado con la comunidad y con cada grupo del equipo de la ESE y posterior seguimiento.

Fortalecimiento de temáticas de seguridad alimentaria en grupos y organizaciones rurales, según lectura de necesidades.

Desarrollo de habilidades y competencias en actores institucionales y comunitarios orientado a promoción de prácticas alimentarias saludables a las familias gestantes, lactantes y madres cuidadoras del menor y promoción del cumplimiento del código de sucedáneos de la leche materna.

Se propone generar un proceso pedagógico frente a la nutrición de gestantes y lactantes, que incluya la promoción de código de sucedáneos, no dos procesos separados. El proceso debe estar generado desde la lectura conjunta de necesidades con la red materna infantil en acciones articuladas con otras intervenciones del ámbito como salud oral y estrategias.

Desde el ámbito IPS se propone mantener las acciones en la zona rural de la localidad aunque se trabajar fuertemente en la atención con calidad, calidez y humanización con el fin de que los pacientes se encuentren satisfechos con la prestación del servicio y se adhieran a los programas de PyP.

Desde Vigilancia Sanitaria: IVC a establecimientos que prestan bienes y servicios, establecimientos que manejan alimentos, establecimientos donde se manejan sustancias químicas. Control vectorial, control de población canina, prevención de enfermedad de la rabia. Operativos de alimentos y licores.

Vigilancia Sanitaria: presenta dificultades para desarrollar las actividades por dificultades de transporte y acceso. No hay cobertura de IVC para establecimientos, solamente se desarrolla proyecto de acueductos

Se propone la ampliación de coberturas. articulación de intervenciones de promoción y prevención.

Ámbito Familiar: Dar continuidad al proceso articulado con FEDEPAPA para recolección de envases producto del uso de agroquímicos. En 2011 se hará énfasis en los procesos de capacitación acerca del manejo adecuado de los insumos en los cultivos propios de la región.

Saneamiento Básico: Se propone retomar en 2011 la construcción del inventario de sistemas de saneamiento básico en zona rural, como insumo para gestión de recursos por parte de las

asociaciones administradoras de los sistemas, actualización del diagnóstico local y línea de base para implementar estrategia de capacitación a la comunidad en manejo y mantenimiento de sistemas de saneamiento convencionales y alternativos.

Desarrollo de acciones de sensibilización a la comunidad en protección del recurso hídrico.

Desde Proyectos UEL: Por parte de proyectos UEL financiados por el fondo de desarrollo local con presupuesto y vigencia del 2008 y desarrollados en el 2009 se desarrolló el proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad (comunidades saludables) componente: promocionar y prevenir integralmente contra vectores, roedores, campañas de aseo (apoyo a la erradicación de vectores y programas en salud ambiental, cuyo objeto es reducir el impacto generado a la comunidad por los vectores y roedores; controlando y disminuyendo la población de plagas y focos que habitan en las zonas verdes y rondas de las quebradas y exteriores ubicados en las zonas de mayor vulnerabilidad e impacto sobre la población e incrementar las buenas prácticas de higiene y disposición adecuada de residuos sólidos, como factor de riesgo en la afectación de la salud y calidad de vida de la localidad de Usme modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario- apoyo a las acciones de salud a su hogar - desarrollo tecnológico de equipos básicos, conformación e implementación de círculos de vida saludables por ciclo vital en zonas de condiciones de vida y salud en donde opera la estrategia APS en la localidad de Usme (contrato 05-03).

Segundo Núcleo: Problemáticas de tipo ambiental, de potabilidad del agua, déficit en equipamientos y sistemas de telecomunicación, acceso, movilidad, desempleo, trabajo al jornal y alta dependencia económica, consumo de SPA (principalmente bebidas alcohólicas y cigarrillo), exposición a múltiples riesgos tanto en el hogar como fuera de él por las actividades desarrolladas en sus labores agropecuarias, inseguridad alimentaria y nutricional, barreras de acceso a los servicios de salud (veredas muy lejanas, restringida oferta de transporte incluyendo ambulancias) y mala prestación del servicio; lo cual afecta negativamente la calidad de vida de los habitantes de la ruralidad de Usme, vulnerando sus derechos a un ambiente sano, movilidad, recreación, cultura, educación, trabajo, seguridad económica, alimentación y nutrición, libre desarrollo de la personalidad, comunicación y salud.

Tema Generador

Estrategias de reconocimiento de las necesidades y potencialidades del territorio, adecuación de la oferta, definición de agenda conjunta entre instituciones y comunidad que permitan la proyección de respuestas acordes con el cumplimiento de los derechos a la educación, información, ambiente sano, territorio y trabajo.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y medio ambiente identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Desde Ámbito IPS: Brindar atención en salud a toda la población rural y urbana de todas las etapas de ciclo vital a través de los diferentes profesionales ubicados en las IPS de esta UPZ.

Desde el ámbito IPS se asesoran las IPS de la ESE en las siguientes intervenciones: cáncer de cuello uterino, salud oral, atención a gestantes, planificación familiar, asesorías en VIH, atención a personas en condición crónica, atención a personas con enfermedades transmisibles, atención a

población desplazada, estrategias materno infantiles IAMI, IAFI, AIEPI ERA y desde el CAMI Usme se ofrece hospitalización, urgencias, laboratorio clínico y farmacia.

Fortalecimiento de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la vigorización de los procesos de articulación con el programa Salud a su Casa del ámbito Familiar.

Se pretende generar procesos pedagógicos, de participación comunitaria, movilización social y fortalecimiento de sujeto político y organizativo que dé respuesta integral a las necesidades, a partir de la construcción de diagnóstico con base en lectura de necesidades por territorio(vereda), formulación de planes de acción, ejecución de los planes de acuerdo a lo concertado con la comunidad y con cada grupo del equipo de la ESE y posterior seguimiento.

Refuerzo de temáticas de seguridad alimentaria en grupos y organizaciones rurales, según lectura de necesidades.

Desarrollo de habilidades y competencias en actores institucionales y comunitarios orientado a, promoción de prácticas alimentarias saludables a las familias gestantes, lactantes y madres cuidadoras del menor y promoción del cumplimiento del código de sucedáneos de la leche materna.

Se propone generar un proceso pedagógico frente a la nutrición de gestantes y lactantes, que incluya la promoción de código de sucedáneos, no dos procesos separados, Dicho proceso debe estar generado desde la lectura conjunta de necesidades con la red materna infantil en acciones articuladas con otras intervenciones del ámbito como salud oral y estrategias.

Desde el ámbito IPS se propone mantener las acciones en la zona rural de la localidad aunque se trabaje fuertemente en la atención con calidad, calidez y humanización con el fin de que los pacientes se encuentren satisfechos con la prestación del servicio y se adhieran a los programas de PyP.

Desde Proyectos UEL: Proyecto No 580 apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad. Su componente, salud a su casa, con el objeto de promover procesos de autogestión a través del acompañamiento técnico a los planes de acción de los CVS y la implementación de dos equipos de salud a su casa con el fin de posicionarlos en la promoción del ejercicio de la ciudadanía en salud.

Proyecto No 580: apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad escuelas promotoras de calidad de vida y salud componente: salud al colegio, con el objeto de afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada de la localidad de Usme, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar.

Proyecto No 580: apoyo a programas de promoción y prevención integral en salud a los habitantes de la localidad. El componente: comunidades saludables, y su misión promocionar y prevenir integralmente en salud oral, visual, auditiva a los habitantes de la localidad con el objeto de contribuir con el mejoramiento de la salud de la población en la etapa de infancia, juventud, adulto y persona mayor de la localidad de Usme, mediante la implementación de acciones promocionales, preventivas, educativas y de rehabilitación, que fomenten hábitos saludables, competencias y habilidades sociales.

Apoyar la prevención de la mendicidad y el maltrato infantil en la localidad quinta de Usme con el objeto de acompañar procesos de integración e interacción con los niños, niñas y adolescentes privilegiando el encuentro, la protección y la restitución de derechos a partir de un enfoque de

responsabilidad de la institucionalidad y de fortalecimiento, potencialización y generación de iniciativas de los participantes para la ciudadanía.

Tercer Núcleo: Problemáticas ambientales, que se encuentran relacionadas con el uso inadecuado del suelo; también se identifica como uno de los principales déficits el tema de movilidad, la inseguridad, el desempleo y el aumento del consumo de sustancias psicoactivas; esta situación se torna más álgida en el barrio Tocaimita, el cual se encuentra habitado principalmente por personas en situación y condición de desplazamiento. Esta realidad vulnera principalmente los derechos que tienen estos habitantes a gozar de un ambiente sano, a la movilidad, a la seguridad e integridad personal, al trabajo, a la seguridad económica, a la vivienda, la educación, la alimentación y nutrición, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud.

- **Tema Generador**

Estrategias de reconocimiento de las necesidades y potencialidades del territorio, adecuación de la oferta, definición de agenda conjunta entre instituciones y comunidad que permitan la proyección de respuestas acordes con el cumplimiento de los derechos a la educación, información, ambiente sano, territorio y trabajo.

- **Respuesta desde el Hospital Usme:**

A través del Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital de Usme se llevan a cabo una serie de acciones para impactar sobre los determinantes intermedios y particulares en salud y medio ambiente identificados a través de los diferentes actores intersectoriales, desde donde se articula la respuesta social para mejorar las condiciones de salud y mejorar la calidad de vida de los habitantes de este territorio. Esta respuesta está dada de la siguiente forma:

Desde el Ámbito Familiar: La Intervención Psicosocial es un proceso dirigido a brindar apoyo psicológico a la familia que presenta uno o más problemas como consecuencia de factores que afectan negativamente el estado de salud mental individual o colectivo y por lo tanto la calidad de vida y salud de la familia.

Se interviene con la familia en su domicilio con el fin de favorecer y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales en contexto para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de riesgos asociados con factores que influyen en el estado de salud en un momento específico de vulnerabilidad, recuperar en el menor tiempo posible el control de la situación, activando sus recursos, capacidades, fortalezas y potencialidades, orientando un aprendizaje para aprehender y utilizar soluciones positivas en futuros eventos negativos.

Se fundamenta en el desarrollo de las potencialidades humanas para emprender acciones que permiten propiciar el sentido de pertenencia, la comunicación efectiva, la solidaridad, los lazos afectivos duraderos, la resolución de conflictos de manera adecuada e inmediata.

En el territorio Usme Centro y micro territorios que la componen, con gran dificultad se realizaron canalizaciones a servicios de psicoterapia individual para Upa Marichuela, Upa Yomasa, no hay adhesión a procesos terapéuticos especialmente para la población que se encuentra ubicada en veredas por circunstancias económicas y culturales.

Los eventos que más tiene relevancia en este lugar son los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo y circunstancias familiares que desafortunadamente afectan a la mayor parte de la población y ciclos vitales, infancia, Juventud, Adulto y Adulto Mayor se afectan en mayor proporción por ser este territorio muy alejado, incidiendo en eventos de salud mental,

deserción escolar, la conducta suicida (Intento, Amenaza, Ideación) mayormente identificada en comunidades escolares, peores formas de trabajo infantil y violencias dentro de los núcleos familiares entre las más comunes.

Desde el Ámbito Comunitario: Como se refería anteriormente, por el número de acciones que se desarrollan desde el ámbito comunitario en zona rural, no se ha logrado hacer una identificación real de las necesidades presentes en este territorio, sin embargo algunas de estas se evidencian por parte de la comunidad participante en los grupos con los cuales desarrolla acciones el proceso de promoción de la alimentación saludable en organizaciones y grupos y la línea de Persona Mayor.

Se observa mínimo cubrimiento en el tema de Nutrición Saludable, Salud Mental, especialmente en Personas Mayores, así como también en el tema de Derechos y Deberes como ciudadanos y en seguridad.

4.8 Propuestas en las Líneas de Intervención

Teniendo en cuenta que el componente de gestión local opera de manera transversal, tanto en el territorio y el ciclo vital, se presentan las propuestas, donde en los casos en los que se requiera se señalan específicamente estos dos aspectos.

Equipo Base.

El equipo de coordinación, en otras palabras la gestión del componente, debe como primera medida fortalecer las acciones de posicionamiento político de productos como el diagnóstico local en salud y la agenda social, en espacios institucionales y locales que conlleven a tomar decisiones efectivas frente al direccionamiento de la respuesta social. De otro lado, se plantea una intervención clara frente al seguimiento y monitoreo al Plan de Intervenciones Colectivas, teniendo como puntos de partida los objetivos de desarrollo del milenio y los planes distrital y local de desarrollo que permitan eficazmente medir la coherencia y el cumplimiento de los mismos a nivel local. En este sentido también se plantea el fortalecimiento de la gestión social integral, a través de la formulación, seguimiento y evaluación de indicadores de gestión e impacto social a mediano y largo plazo. Por último, desde este equipo se plantea generar un plan de acción que abarque a todo el equipo de gestión local, en torno al fortalecimiento del reconocimiento, implementación y evaluación de las políticas públicas en el nivel local.

Teniendo en cuenta que la gestión local, está puesta para generar espacios de análisis situacional que trasciendan hacia los escenarios políticos y logren incidir en las toma de decisiones, se plantea que el ejercicio de sala situacional sea retomado por el equipo de gestión local, redireccionando sus propósitos y alcances, además que exista la posibilidad que desde el nivel local se programe y organice la sala situacional acorde a los resultados del diagnóstico local en salud.

Para el proceso de análisis situacional de la salud, cuyo producto central es el diagnóstico local en salud, se propone que además de tener continuidad, sea posible el redireccionamiento frente al abordaje de aspectos que hasta el momento se han dejado de lado, pues el diagnóstico para el 2.010 debe apuntar a la integralidad y transectorialidad, frente a lo cual se propone que sea un diagnóstico que abarque información de todos los sectores sociales y se enfatice prioritariamente en el tema de la ruralidad, además que tenga un componente muy fuerte en la georreferenciación de las necesidades y las respuestas.

Frente al proceso de comunicaciones, se propone que para dar continuidad a esta intervención, se dirija hacia la inclusión de un ejercicio de mapa de actores institucionales locales, cuyo propósito sea realizar una evaluación que permita fortalecer la articulación y la respuesta social. De otro lado, para el caso del Hospital de Usme, se debe poner en juego operativamente la propuesta

de caja de herramientas al interior de salud pública elaborada en el 2.009. Finalmente y articulado a la gestión social integral, la comunicación social debe incidir de manera directa en los procesos adelantados en dicha estrategia, desde el punto de vista de la sistematización de las experiencias y la elaboración de lecturas contextuales.

Como una intervención nueva, se propone que exista un gestor territorial con un perfil de las ciencias sociales o de la salud con experiencia de por lo menos un año en procesos de gestión local, cuya tarea fundamental sea, además del acompañamiento en los territorios, la evaluación de la estrategia de gestión social integral teniendo en cuenta el enfoque conceptual que ella plantea, así como su estructuración y componentes, para que de manera oportuna se puedan generar planes de mejoramiento en los territorios. Además se propone que el gestor territorial realice un papel fuerte en la convocatoria y gestión con otros sectores sociales para fortalecer la respuesta social. Sus productos deben ser: la evaluación del proceso, la gestión transectorial, la elaboración de lecturas contextuales y análisis críticos y el acompañamiento en el fortalecimiento del diagnóstico transectorial.

Etapas del Ciclo Vital

El papel fundamental de las etapas del ciclo vital para el 2.010 debe ir enfocado en tres vías: en la primera la creación de estrategias efectivas para el posicionamiento de las políticas públicas en escenarios institucionales y locales, frente a lo cual se propone una articulación fuerte con el ámbito comunitario y familiar para desarrollar el trabajo con la comunidad captada por estos dos ámbitos y también el trabajo planteado para la zona rural de manera coordinada acorde a la propuesta del proyecto especial del ámbito comunitario que permita el desarrollo de acciones en la zona rural; la segunda vía es el fortalecimiento de los grupos funcionales en torno al desarrollo de unidades de análisis situacional, a partir de los núcleos problemáticos definidos en el 2.009 y se articule a las salas situacionales, el diagnóstico local y además pueda trascender a escenarios locales. Finalmente las etapas del ciclo vital, deben generar acciones de posicionamiento de los núcleos problemáticos y temas generadores en escenarios locales como las mesas territoriales de calidad de vida y salud y la fase de formulación de las agendas territoriales.

Para la etapa del ciclo vital de infancia, la intervención debe priorizar sus acciones hacia fomentar el proceso del posicionamiento de la política pública, la oferta institucional, el desarrollo de jornadas de movilización social y piezas comunicativas. También se debe fortalecer el proceso de participación intersectorial en el grupo funcional al igual que la articulación con el POS.

En el caso de la etapa del ciclo vital de juventud, el direccionamiento de las acciones también se debe centrar en priorizar las acciones tendientes al posicionamiento político de la política pública de juventud a nivel institucional e intersectorial.

En lo referente a la etapa del ciclo vital de adultez, se propone fomentar las actividades que vinculen esta etapa del ciclo en la consolidación de la política pública. Por otro lado, se debe suprimir el proyecto promocional del lineamiento, pues no tiene proyección, ni tampoco ha tenido incidencia en el desarrollo de acciones.

Para la etapa del ciclo vital de persona mayor, existe un acumulado interesante frente al trabajo con el proyecto de desarrollo de autonomía de crónicos, por lo tanto la propuesta debe ir encaminada a fortalecer los grupos de trabajo con énfasis en crónicos, lo que permitiría visibilizar a las personas mayores en el marco del posicionamiento político.

Transversalidad de Actividad Física.

Sus acciones se encaminen hacia la sensibilización a nivel local e institucional de la promoción

y práctica de la actividad física, recreación y deporte como en espacios locales para posicionar la actividad física.

En este sentido, fomentar un espacio local donde se discutan y propongan acciones en pro de la práctica de la actividad física, recreación y deporte a nivel local, además de la creación del plan local. Creación y divulgación de una pieza comunicativa como producto final del proceso. Un ejercicio fortalecido frente a la actualización el diagnóstico local que trascienda hacia lo intersectorial. En el plano local, se debe propender por el fortalecimiento de la estrategia de gestión social integral en el sentido de visibilizarla como un aspecto transversal problemático o potenciador para el desarrollo local. En el plano institucional se debe fortalecer la transversalidad de actividad física mediante la generación de un plan de trabajo articulado al interior de salud pública que integre todas las intervenciones de su pertinencia.

Transversalidad de Ambiente

Como producto del trabajo de gestión social integral, se propone para las UPZ de Danubio, Gran Yomasa y Usme Centro, veredas y Parque Entre Nubes, el posicionamiento e implementación de la Política Distrital de Salud y Ambiente en los espacios como: Mesa Distrital de Salud y Ambiente, Comisión Ambiental Local, Mesa Local de Acueductos, Abordaje territorial Tunjuelo y Mesas Territoriales de Calidad de Vida y Salud de estos territorios. De otro lado, se debe apostar a la construcción permanente de respuestas integrales a partir de la articulación institucional a nivel local y distrital, realizando el respectivo seguimiento y monitoreo de las mismas en espacios como: reunión mensual GESA, transversalidad de ambiente y la reunión del equipo de gestión local. En la categoría de construcción del conocimiento en salud ambiental se debe fortalecer el proceso de análisis de la determinación social y ambiental en la salud, por medio de ejercicios implementados a nivel local y distrital, como: grupos funcionales de etapas de ciclo vital, espacios de discusión de la Política distrital de salud y ambiente, el observatorio de salud y ambiente y los espacios de trabajo de COMPES 3550 y la sala situacional.

En la intervención de abordaje territorial, se propone generar núcleos informativos en temas como la política ambiental; en el territorio sur, abrir espacios de discusión frente a la configuración del abordaje territorial; realizar el análisis global frente de la transversalidad de ambiente en los hospitales pertenecientes al territorio sur; apoyar procesos de ordenación de cuencas hidrográficas en el distrito y participar en mesas de trabajo frente a temas de medioambiente establecidos desde nivel central y a nivel local.

Transversalidad de Desplazamiento

Las acciones proyectadas responden a los programas dispuestos por la Corte Constitucional como parte de las acciones necesarias para el cumplimiento de los derechos de la población en desplazamiento.

Por esta razón no se proponen modificaciones o alteraciones pues con los tiempos y recursos dispuestos actualmente, apenas se logra dar respuesta a las exigencias de la población y de la Corte. Las acciones propuestas son: continuidad al ejercicio de diagnóstico local de la población desplazada en la localidad: actualización del mapa de actores institucional y consolidación del mapa de actores de la transversalidad; reconocimiento local de la situación de salud de la población desplazada a partir de la participación en espacios de análisis de la situación de salud de la población; posicionamiento político de la política distrital de salud para la población desplazada; agenda social local, con la temática de desplazamiento incluida y el proceso de socialización de la política incluido; plan local de salud, con el componente desplazados incluido; proceso de evaluación a partir del seguimiento y monitoreo interno que permita conocer la dinámica local y las respuestas construidas desde la ESE. Finalmente la implementación de técnicas para la reducción del agotamiento emocional del equipo de la transversalidad.

Transversalidad de Discapacidad

En razón a la continuidad de dicha intervención, se realizan algunas propuestas de ajuste al lineamiento dirigidas a: ajustar los tiempos para cada acción con base a las prioridades de la localidad; articular el trabajo territorial de las mesas de calidad de vida y salud con las acciones del concejo local de discapacidad, asignación de un rubro para el desarrollo de las piezas comunicativas y financiamiento de los procesos de divulgación, generar estrategias de cohesión de la RBC al interior y exterior de la ESE y fortalecer el posicionamiento de la RBC en el plan local de discapacidad y en el plan local de gobierno.

Transversalidad de Etnias

Para esta intervención se propone: dar continuidad al ejercicio de actualización del diagnóstico local de los grupos étnicos, fortalecimiento del posicionamiento político en los espacios institucionales y locales, facilitar la participación de los grupos étnicos en los espacios locales a través del trabajo de la mesa étnica; y generar un liderazgo local en la formulación de la política pública de salud para los grupos étnicos. Como proyecto especial, se propone el proyecto de inclusión de la medicina tradicional, espacios generadores de discusión y formación con temáticas de salud-enfermedad y derecho a la salud de los pueblos étnicos y medicinas propias y/o tradicionales.

Transversalidad de Género

Para la localidad de Usme, se propone que las acciones de esta transversalidad logren una trascendencia más allá del abordaje a través del componente de mujer, reconociendo también a los hombres bajo la perspectiva de la equidad e integralidad. Algunas intervenciones que se proponen son: articular la intervención con mujeres desplazadas que permita evidenciar la situación de salud, establecer redes de apoyo en la construcción de sus derechos y realizar seguimiento de las acciones POS de acuerdo al auto 0092,, generar estrategias de atención de acuerdo a la sentencia c- 344 de mayo 10/2006 con sus tres componentes, realizar acciones de reconocimiento y seguimiento del cumplimiento de la sentencia C-355 IVE, sensibilizar en el reconocimiento de los derechos de las mujeres de la zona rural; acciones de articulación con salud mental para la conformación de grupos para la promoción de la salud mental y la prevención de las violencias desde la perspectiva de género. Finalmente, abordar la salud sexual y reproductiva desde la importancia del cuerpo como el territorio en el cual se materializa el ser para fortalecer la posibilidad de la autonomía y la soberanía.

Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Como una de las problemáticas sentidas, desde el componente de gestión local en el posicionamiento político de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional, se sugiere implementar la estrategia de movilización social de la seguridad alimentaria y nutricional, en la zona rural, es decir aumentar la cobertura de los cursos abordados, coherente con los núcleos problemáticos definidos por etapas del ciclo vital donde se evidencia la problemática nutricional y su impacto en la zona rural. También se propone transversalizar el tema del derecho humano a la alimentación y nutrición fortaleciendo el trabajo al interior de los ámbitos de vida cotidiana, tal y como se explicita a través de las intervenciones propuestas para cada uno de ellos.

Transversalidad de Trabajo

Frente al desarrollo de la transversalidad al interior de gestión local, se propone fortalecer el posicionamiento y reconocimiento en la zona rural en articulación con la mesa territorial de Usme Centro, Veredas y Parque Entre Nubes, además de los escenarios del Concejo Local de Gobierno que posibiliten el reconocimiento de la problemática y la generación de respuestas. Cabe anotar

que el consolidado de la transversalidad aparece en las intervenciones del ámbito laboral.

Red Social Materno Infantil

Se propone redireccionar el lineamiento actual, generando acciones puntuales de articulación con el PDA de Salud Sexual y Reproductiva encaminadas a reconocer la política de salud sexual y reproductiva, fortalecer el diagnóstico local en salud con participación social que conlleven a redireccionar la respuesta de la ESE, posicionamiento en escenarios institucionales y locales frente a la problemática de salud sexual y reproductiva; y finalmente libertad para planear y desarrollar los foros locales que involucren la ruralidad bajo ejes temáticos acordes con la definición de núcleos problemáticos.

PDA Salud Sexual y Reproductiva (SSR)²⁶³

4.9 Componente Gestión Local Integral de la Salud Pública para la Promoción de Calidad De Vida Y Salud

• Justificación

El componente de Gestión Local para la promoción de la salud y la calidad de vida, como líder de los procesos de planeación, organización y articulación, al interior de la ESE ha liderado el diseño metodológico y operativo frente a la construcción de las propuestas para la formulación del Plan de Intervenciones Colectivas 2010, en un ejercicio conjunto con la actualización del diagnóstico local en salud, teniendo algunos criterios técnicos que ordenan tal proceso, tales como: los Proyectos de Desarrollo de la Autonomía – PDA y Transversalidades – TV, que recogen las lecturas de necesidades en el territorio.

Por otro lado aparece la perspectiva poblacional dada por el ciclo vital y sus diferentes etapas, considerado el ordenador de las acciones; también se define las Unidades de Planeación Zonal – UPZ como el ordenador desde la perspectiva territorial y finalmente, los ámbitos de vida cotidiana y componentes que operan y posibilitan el direccionamiento de las intervenciones en el territorio.

Tal ordenamiento metodológico frente a este ejercicio, busca formular propuestas que obedezcan al sentir de la localidad de Usme, más allá de pensar en términos financieros para la ESE y que por ende puedan fortalecer la respuesta del Hospital de Usme teniendo en cuenta el análisis de brechas e inequidades realizado, que en coherencia con la estrategia promocional de calidad de vida y salud, tengan una incidencia real y oportuna con la comunidad usmeña.

Teniendo en cuenta que el propósito central del componente es incidir en las decisiones públicas que se traduzcan en las respuestas institucionales y transectoriales para afectar determinantes sociales y avanzar en la garantía del derecho a la salud, con el objeto de generar propuestas para el PIC, acordes a la realidad local, se presenta las siguientes propuestas ordenadas a través de cada una de las líneas de intervención de la gestión local, resaltando en las nuevas propuestas y aquellas que fortalecen el trabajo en la zona rural.

• Etapa de ciclo vital infancia

Con relación a la respuesta que se da desde el programa salud al colegio a las problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los niños y niñas escolarizados en la cobertura del programa se establecen acciones de carácter promocional y repositivo, enfocadas principalmente a garantizar los derechos de los niños y niñas a través de la disminución de los posibles riesgos y

²⁶³ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública PDA Salud Sexual y Reproductiva. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

potencialización de los factores protectores, en temas como la prevención del abuso sexual infantil, la explotación sexual, el reconocimiento del cuerpo, la identificación de los géneros y es, necesario trabajar en los diferentes ámbitos de la escuela, para fortalecer los proyectos de SSR, en articulación permanente con el programa y contar con el apoyo permanente de padres de familia y maestros, para que aborden el tema desde cada uno de sus espacios y con ello contribuir a la disminución de diversos riesgos que se puedan presentar debido a una mala orientación de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Por otro lado las instituciones a nivel local que tienen competencia en esta área (salud sexual y reproductiva) se encaminan a la restitución los derechos de los niños y niñas, por parte del trabajo que se ha venido desarrollando en los colegios se evidencian fragilidades en la formación de padres, madres de familia, docentes y estudiantes relacionadas con aspectos de la sexualidad lo cual permite que los conocimientos que se transmiten entre pares, familias y en las mismas instituciones fomenten imaginarios erróneos de la sexualidad y de igual manera se continúen vulnerando los derechos de los niñas y niños.

Las intervenciones que se han venido desarrollando con las adolescentes que se encuentran en la etapa de postparto y lactancia, han sido encaminadas a eliminar barreras de acceso en los servicios de salud, en relación con la afiliación del nuevo integrante de la familia y el acceso de los programas de promoción y prevención para esta etapa, ya que se presentan en las familias el desconocimiento y falta de diligencia de trámites necesarios por parte de los cuidadores Por otro lado la cobertura que se brinda desde la estrategia salud al colegio no es suficiente, teniendo en cuenta que se debe contar con mayores recursos y con el apoyo permanente de padres y madres de familia, que se comprometan a realizar un acompañamiento más oportuno a sus hijos e hijas En este sentido se deben asegurar la cobertura a todas las instituciones educativas tanto públicas y privadas que no son exentas de presentar este tipo de situaciones. Es importante recordar que la localidad de Usme cuenta actualmente con 45 colegios de la red pública distrital equivalente a 55 sedes. Frente a las problemáticas previamente descritas, la Red Social Materno Infantil, se fundamenta como un proceso organizativo que tiene como objetivo general el fortalecimiento de las redes sociales primarias y secundarias en lo local, con el fin de aportar a la protección de la primera infancia desde un enfoque de derechos y políticas públicas. En este marco, en el ciclo vital infancia, la RSMI ejecuta las siguientes acciones:

1. Desarrollo procesos pedagógicos: Como acción transversal de las intervenciones de la red se generan grupos de apoyo y proceso pedagógicos con cuidadores, niños y niñas hasta los 10 años de edad, que tiene como objetivo el posicionamiento de la política pública de infancia y adolescencia, los mecanismos de restitución de derechos para este grupo poblacional, el fomento de prácticas clave para el cuidado de la primera infancia, la promoción de las rutas institucionales en salud para la primera infancia, la promoción de la participación de la infancia en los espacios de decisión local y comunitaria y la prevención del maltrato, abuso y explotación infantil. Estos grupos se realizan de manera mensual con una intensidad de dos sesiones al mes y con un proceso de lectura de necesidades en el marco de las fases estipuladas por la caja de herramientas de SDS (alistamiento, desarrollo, evaluación). Si bien estos procesos se han realizado según lo dispuesto por los lineamientos SDS y se ha logrado el fomento y posicionamiento de la política de infancia y la ruta institucional en servicios de salud para la infancia tanto en lo comunitario como en lo institucional, se evidencia que esta metodología no genera el impacto esperado por los límites en recursos económicos para ofrecer en los grupos piezas comunicativas en derechos de la infancia, por la no oportunidad desde los tiempos y acciones de la red para el seguimiento a casos de niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad psicosocial y por la ausencia de acciones no dadas en el lineamiento para la articulación con los ámbitos de vida cotidiana.

2. Grupos focales con el objetivo de identificar los imaginarios sociales construidos en torno a la infancia, la protección de los derechos de la infancia, la apropiación de la política pública de infancia y adolescencia y la apropiación de prácticas seguras para la protección de la vida de este grupo poblacional.

Estos grupos han sido sistematizados y socializados en nodos, jornadas de movilización social y escenarios institucionales con el fin de dar a conocer la voz de cuidadores, niños y niñas en estos escenarios. Sin embargo, si bien los grupos focales representan una herramienta metodológica clave para el acercamiento a la comunidad y el posicionamiento de las necesidades de la infancia en el espacio local e institucional; se convierte en una acción repetitiva que no genera impacto en la comunidad ni en las instituciones pues no existen recursos para sacar de este proceso estrategias comunicativas masivas o generen procesos de movilización social.

La intervención del ámbito familiar se basa en una estrategia que tiene como objetivo fortalecer a la familia como red de apoyo de tal forma que se consolide un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia, favoreciendo de esta manera la autonomía de la mujer gestante, el reconocimiento y exigibilidad de derechos en salud y los derechos de SSR, la identificación y solicitud de ayuda en forma oportuna en caso de presentar algún signo o señal de alarma. En este sentido en el ciclo vital infancia esta intervención realiza procesos tales como: Captar la gestante desde el inicio de gestación y de esta manera evitar o mitigar riesgos tanto psicosociales como biológicos para obtener un buen fruto de la gestación o un neonato sano y realizar acompañamiento en el posparto canalizando al recién nacidos a los servicios de control de su estado de salud, al programa de crecimiento y desarrollo y el programa ampliado de inmunización, identificando algún riesgo biológico o psicosocial que lo pueda llevar a la muerte, creando espacios pedagógicos con la madre en donde se les da información sobre la importancia de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento y extracción de la leche, así mismo identificar los signos de alarma del recién nacido para acudir al servicio de urgencias y las enfermedades prevalentes en la infancia como la enfermedad diarreica aguda y enfermedad respiratoria.

En este orden de ideas el déficit en esta intervención se da ya que la captación en la mayoría de las gestantes se da después de la semana 20 por inicio tardío de controles prenatales, la población es fluctuante es decir que se puede perder o desconocer el destino de la gestante cuando se traslada de vivienda o localidad y no se da el acompañamiento durante toda este proceso.

Desde el Proyecto de Desarrollo de la Autonomía de Salud Sexual y Reproductiva se trabaja en pro de la disminución de las muertes perinatales y bajo peso al nacer, por lo cual se han establecido estrategias de captación temprana y canalización efectiva de madres gestantes para detectar al alto riesgo en la familia gestante, ya que las principales complicaciones del neonato se detectan desde los controles prenatales. El trabajo enfocado en salud sexual sólo a la población en etapa reproductiva es decir a la juventud y adultez, ha limitado la enseñanza y el aprendizaje de los padres y de los niños a educación en problemas físicos de la Infancia y deja de lado la atención y educación.

Desde la niñez, en la sexualidad, el auto reconocimiento y autoestima, educación de los padres y de la infancia en la prevención del maltrato en sus diversas modalidades, el fomento de una comunicación bidireccional que proporcione desde la niñez una base familiar de buen trato y manejo de la crianza y de esta manera creando en los padres también el objeto de la maternidad y paternidad responsables desde la concepción y durante la crianza. Es así como las intervenciones se deben establecer en pro de una salud no sólo física sino también psicosocial. Siendo necesario que también los profesionales cuenten con una integralidad en la atención y procuren un

reconocimiento de la sexualidad desde la niñez entendida desde la educación y el manejo de la persona, pero a través de profesionales capacitados y convencidos de la intervención.

Etapa ciclo vital juventud

En cuanto a la respuesta, desde el ámbito escolar se perciben algunas dificultades con relación a las coberturas, la implementación de estrategias en conjunto, ya que los procesos se polarizan en la dimensión reproductiva de la sexualidad.

Por otro lado se suma el hecho que de acuerdo a los patrones culturales de los adolescentes de la localidad se han establecido roles de pseudo maternalismo y pseudo paternalismo lo cual genera que las estrategias de prevención de embarazo en adolescentes implementadas en las instituciones educativas no generen mayor impacto puesto que ellos y ellas en muchas ocasiones contemplan dentro de su proyecto de vida la posibilidad de ser padres y madres a edades tempranas de la adolescencia.

De igual manera se evidencia que se hace escasa identificación de los servicios de salud sexual y reproductiva a los cuales se puede acudir; sin embargo en los y las adolescentes conocen, identifican e implementan métodos modernos de regulación de la fecundidad pero no existe una adecuada adherencia a los métodos y agregado a esto los jóvenes de la localidad cambian con facilidad su pareja sexual, lo cual aumenta en un alto porcentaje los embarazos no planeados en este grupo de edad.

Desde el ámbito escolar, la cobertura con todas las instituciones educativas distritales no se ha alcanzado, en el 2008 se intervenían según la necesidad y priorizando los casos, pero no brindando respuesta a todas las alertas, puesto que los tiempos establecidos para las intervenciones no son suficientes para la ampliación de las coberturas tanto en el sector público como en el privado, por otro lado en la intervención de transformación de imaginarios relacionados con la sexualidad se prioriza la prevención de embarazos en la adolescencia, pero también la gestación como proyecto de vida, además asesorar los proyectos escolares de educación para sexualidad ya que se visibiliza en la mayoría de ellos que se involucra de manera prioritaria la dimensión reproductiva de la sexualidad dejando de lado otras esferas como la comunicación, las relaciones, el erotismo y ética las cuales emergen en los contextos juveniles.

Respecto a cobertura, se intervienen 17 sedes que cuentan con la estrategia Salud Al Colegio, si lo analizamos con la totalidad de las Instituciones Educativas Distritales de la localidad que son 35, se está brindando respuesta solo a la mitad de las IED, sin contar con las instituciones del sector privado que aproximadamente son 30 instituciones en la localidad; es así como se evidencia que se debería ampliar esta cobertura no solo con la IED sino también con el sector privado. La finalidad del componente es lograr un 100% en los seguimientos, ya que para efectos de ejecución deberían ser 3 gestación, 2 postparto y 3 lactancia pero debido a la demanda no se puede llegar al total del alcance, teniendo como resultado final 1 seguimiento por cada etapa.

Frente a los tiempos de ejecución, se identifica que no es suficiente con el tiempo determinado para los seguimientos y la movilización de la ruta, ya que frente al eje temático se desprenden muchos otros temas de interés para los adolescentes, como: pautas de crianza, lactancia materna, alimentación complementaria, relación de pareja, métodos de regulación para la fecundidad, manejo del tiempo y su nuevo rol, proyecto de vida, responsabilidad propia y de pareja, manejo de separación con su pareja, entre otros.

Si bien es cierto que en la UPZ Comuneros, existe una presencia relevante de conformación de familia adolescente, se han realizado acciones encaminadas a incentivar la realización personal e intelectual de las padres adolescentes pretendiendo que en una meta de mediano o largo plazo

esta realización personal e intelectual sea un factor protector para los hijos de padres adolescentes, aun así se enfatiza en las pautas de crianza y cuidados, se resaltan además los servicios de promoción y prevención dirigidos a esta etapa, no se ejecutan acciones encaminadas a trabajar a nivel de comunidades que incentiven la adecuada crianza de los niños y niñas y que se involucre la perspectiva de género, al igual que en otras UPZ, las adolescentes lactantes se desescolarizan antes de poder hacer intervención en torno a los anteriores temas.

Para la etapa del ciclo vital juventud, la RSMI ejecuta las siguientes acciones:

1. Desarrollo procesos pedagógicos: como acción transversal de las intervenciones de la red se generan grupos de apoyo y procesos pedagógicos con familias gestantes y lactantes de la localidad de diferentes edades, que tiene como objetivo el posicionamiento de la política pública de cero indiferencia con la mortalidad materno perinatal, los mecanismos de restitución de derechos para este grupo poblacional, el fomento de prácticas clave para el cuidado de la gestante, la promoción del decálogo de compromisos y derechos de la familia gestante, la promoción de las rutas institucionales en salud para la familia gestante, la promoción de la participación de la gestante en los espacios de decisión local y comunitaria y la prevención la mortalidad materna a través de la oferta institucional de servicios, la demanda inducida y el fomento de las redes de apoyo como soporte a la vida de la gestante y el recién nacido.

Si bien estos procesos se han realizado según lo dispuesto por los lineamientos SDS y se ha logrado el fomento y posicionamiento de los derechos de la familia gestante y la ruta institucional en servicios de salud para la gestante tanto en lo comunitario como en lo institucional, se evidencia que esta metodología no genera el impacto esperado por los límites en recursos económicos para ofrecer en los grupos piezas comunicativas salud materna y por la ausencia de acciones no dadas en el lineamiento para la articulación con los ámbitos de vida cotidiana en la generación de estrategias comunicativas y de movilización efectivas.

2. Grupos Focales. Desde la RSMI se desarrolla de manera mensual grupos focales con el objetivo de identificar los imaginarios sociales construidos entorno a los componentes de la política en SSR. Estos grupos han sido sistematizados y socializados en nodos, jornadas de movilización social y escenarios institucionales con el fin de dar a conocer la voz del gestante entorno a barreras de acceso para acceder a los servicios y hacer valer sus derechos. Sin embargo, si bien los grupos focales representan una herramienta metodológica clave para el acercamiento a la comunidad y el posicionamiento de las necesidades de la familia gestante en el espacio local e institucional; se convierte en una acción repetitiva que no genera impacto en la comunidad ni en las instituciones pues no existen recursos para generar partiendo de este proceso estrategias comunicativas masivas o generen procesos de movilización social desde la comunidad hacia el POS y la oferta local.

3. Circuitos: El objetivo de esta actividad es los posicionamientos de la oferta institucional para la familia gestante en local, en territorios de vida cotidiana caracterizados y no caracterizados. Se realizan dos circuitos de manera mensual y responden a la metodología dada por SDS si bien los circuitos han sido una herramienta para acercarse la comunidad y hacer canalización a los servicios de la ESE en SSR y salud materna, demanda inducida, posicionamiento de la ruta institucional, posicionamiento de los derechos y compromiso de la familia gestante e identificación de gestantes con barreras de acceso o riesgo psicosocial, esta acción no da tiempo para el seguimiento integral y duradero de los casos que allí se identifican y canalizan y por tiempos no permite un proceso de articulación continua con el POS.

4. Nodos: Una fortaleza grande de la RSMI es la articulación con los diferentes ámbitos de vida cotidiana lo cual ha permitido posicionamiento y divulgación de piezas comunicativas, posicionamiento del decálogo de compromisos y derechos de la familia gestante, elaboración de lista de chequeo para curso de preparación para la maternidad y paternidad, lista de chequeo para evaluación de la implementación de las piezas comunicativas y desarrollo de jornadas de movilización. Lo anterior se debe seguir fomentando desde las intervenciones de la RSMI tanto en lo institucional como en lo intersectorial.

Desde el ámbito comunitario, es una dificultad el hecho de que Usme comparta una cultura de arraigo rural para tocar temas como orientación sexual y equidad de género. Hay gran presencia de estigmatización y estereotipos entre los jóvenes, en especial entre jóvenes y adultos jóvenes, pues debido a un embarazo o dependencia económica se da prioridad al ingreso masculino: “los hombres son muy machistas” (comentario de mujer de la localidad). Entre preadolescentes y adolescentes fue menos fuerte esta tensión, pues se tratan con mayor igualdad y se reconocen más fácilmente como pares. Durante la participación del referente como ponente en el Foro Local de Juventud “Ideas para cambiar” en julio de 2009, le fueron formuladas preguntas sobre la salud de la población LGTB y las acciones desde el hospital hacia esta población. Hay fuertes experiencias de estigmatización, y pudo rastrearse que hay algunos jóvenes interesados en liderar procesos en el tema. Hay presencia de bares gay en la localidad, pero no hay instancias de inclusión debido a la “sanción social” que presiona a las juventudes que se preguntan sobre su orientación sexual. En el tema de orientación falta mucho por hacer en temas de educación en contra de la estigmatización.

Los espacios de socialización y de construcción de comunidad entre los y las jóvenes que han participado del proceso son el colegio y/o “la calle”, es decir frente al colegio, en el parque, en zonas comerciales aledañas, o dándose vueltas por el barrio. También algunas reuniones en casas para celebraciones hogareñas y algunas minitekas y fiestas de grupos de jóvenes en salones comunales de distintos barrios. En estos espacios, es donde los y las jóvenes están aprendiendo y explorando con sus pares los parámetros de comportamiento respecto a su vivencia de experiencias propias de la etapa del ciclo, con la subsiguiente aparición de dificultades ante la falta de información y de quien les hable con franqueza y sin infundir terror o desinformación sobre diversos temas.

Entre las barras futboleras, en horas del día, no se percibieron actividades dirigidas al aprovechamiento del tiempo libre o a la realización de una actividad física, por lo que ellos y ellas ocupan una gran cantidad del tiempo libre en actividades como la circulación por las zonas comerciales, consumo de televisión o radio, “estar en la casa”, juegos de video (xbox), reuniones de amigos o pares barristas “para farrir”, con pocas instancias de reunión constructiva o capacitación. Son padres jóvenes, con pocas oportunidades de empleo o educación.

Entre estos jóvenes barristas hay muchas ganas de salir adelante, de capacitarse pero también presencia de consumo y abuso de sustancias psicoactivas legales e ilegales, eventos de violencia, falta de aseguramiento en salud, conflictos internos con agresión física, con dificultades para ubicarse laboralmente, por lo que tienen problemas evidentes en relación con su salud mental, nutricional, emocional y sexual, situaciones que limitan el desarrollo de su autonomía y su proyecto de vida.

La población joven barrista no intervenida de la localidad no conoce cómo consultar los servicios de salud en temas como embarazo, enfermedades de transmisión sexual o atención psicológica frente a tentativas de suicidio, sumado a que a veces algunos tratamientos médicos tienen costos, incluyendo el de transporte, lo que hace que ellos y ellas decidan no emprender la “aventura” de visitar el médico, a veces a pesar de haber sido heridos de gravedad.

Se han evidenciado casos graves de incapacidad de control del noviazgo, con narrativas de violencia asociadas a celos, infidelidades o amores no correspondidos.

En el ámbito familiar frente a los factores y problemáticas anteriormente definidas se contaba con una intervención basada en una estrategia cuyo objetivo era fortalecer a la familia como red de apoyo, de tal forma que se consolidara un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia, lo cual favorecería la autonomía de la mujer gestante, el reconocimiento y la exigibilidad de derechos en salud y los derechos de la SSR, y la identificación y solicitud de ayuda en forma oportuna en caso de presentar algún signo o síntoma de alarma. Sin embargo, en la actualidad la actividad anteriormente descrita no se está desarrollando, lo que impide la captación de aquellas gestantes que no suelen realizarse un control permanente de salud y aumentando el riesgo a que se eleven las cifras de morbi mortalidad materno perinatal.

En cuanto al seguimiento telefónico que se realiza desde el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, existen serias barreras que impiden que se tenga un impacto positivo real sobre la población que se encuentra recibiendo los servicios de la institución. Es así como se pueden describir una serie de dificultades para el adecuado desarrollo de esta actividad, como lo son la gran cantidad de población gestante en comparación con la deficiencia en la cantidad de profesionales que se encuentran a cargo de éste seguimiento (para el año 2009, un total de 3389 gestantes con un/a solo/a profesional a cargo), el gran porcentaje de gestantes que no cuentan con un teléfono fijo de ubicación unido a la imposibilidad de contar con una línea de celular que permita realizar el seguimiento a aquellas que cuentan únicamente con ésta opción, las inequidades en el acceso entre las gestantes que hacen parte del régimen subsidiado en contraste con las que hacen parte de la población vinculada (siendo éstas últimas las únicas que tienen garantizado el seguimiento), e incluso la obtención de datos de identificación y/o ubicación incorrectos que actualmente no se pueden verificar con el ámbito familiar por inexistencia de una profesional allí que se encargue de las gestantes y les permita visitarlas para confirmar la información. Lo anterior permite concluir que si bien el programa de seguimiento telefónico puede arrojar buenos resultados pues permitiría detectar barreras de acceso que se estén presentando y que la gestante y su familia por desconocimiento no solo de los procesos, sino además de sus derechos, no estén haciendo saber a la institución o a la entidad a la cual se encuentren afiliadas.

También proporcionar educación puntual y concreta a las gestantes y sus familias sobre en qué casos se debe consultar de manera urgente a la institución e incluso generar en las familias de la localidad la sensación de que el hospital de Usme se encuentra con la mayor disposición de generar acciones que mejoren la calidad de vida de la población y por supuesto de esta manera aporten a la disminución de la morbi mortalidad materno perinatal. Esto difícilmente será alcanzable si no se cuenta con las garantías de profesionales, presupuesto y articulación dentro del hospital para el desarrollo de esta actividad.

Desde el Proyecto de Desarrollo de la autonomía de la Salud Sexual y Reproductiva, se realiza fortalecimiento en cada IPS para fomentar canalización de los jóvenes a servicios de SSR, además la articulación con los diferentes ámbitos desde el PIC para fomentar la participación de los adolescentes para su asistencia a los servicios de salud. Sin embargo aún falta establecer estrategias de atención en salud para enamorar a los adolescentes para que de esta manera asistan por demanda propia a los servicios de SSR como interés para el mejoramiento de su salud. Se garantiza la adquisición de métodos anticonceptivos modernos para adolescentes y jóvenes que se adapten a sus necesidades. Se debe fortalecer la construcción del proyecto de vida en esta población, pues ellos conocen sobre los métodos anticonceptivos pero su vida se enfoca en el embarazo. Por ser una población que inicia su vida sexual de manera temprana, es vulnerable a adquirir infecciones de transmisión sexual, si no se tiene el conocimiento acerca la prevención de estas afecciones, además el no disponer de un servicio diferenciado para la atención de jóvenes

y adolescentes de la localidad, permite que esta población no se acerque a los servicios de salud para la detección temprana de alteraciones, conflictos y problemáticas que presenta cada joven a la localidad. De igual forma las barreras de acceso por aseguramiento, especialmente de la EPS-s, hacen que los adolescentes no ingresen a los servicios de salud.

Al encontrar una población significativamente mayor de afiliación a EPS-S, es imprescindible encontrar diversidad de estrategias que permitan un régimen de beneficios más amplio para esta población acogido en la resolución 170, en donde existe un plan de servicios integral para la familia gestante. Teniendo en cuenta lo anterior se logró articulación con las EPS-s y con II y III niveles de atención de la subred sur para la atención oportuna de las remisiones de laboratorios y atención por Gineco obstetricia, esto no se cumple al 100% ya que la oportunidad de consulta es lejana en estas instituciones, se priorizaron casos especiales para poder obtener una atención oportuna.

En la población joven la toma de citología solo se realiza si se detectan factores de riesgo, el trabajo en las diferentes IPS es priorizar población objeto (25- 69 años), el programa apunta a la meta pero realmente a la meta nacional de SSR, no es real ya que debe ir de la mano de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y de trabajo conjunto a colegios y zonas donde labora informalmente el joven, grupos juveniles, y demás organizaciones que participan en la localidad con la población para que tengan conocimiento.

Respecto a los datos encontrados en esta etapa del ciclo vital; el mayor porcentaje presentado de embarazos, es en mujeres adolescentes y por ende corresponde un desafío mayor para los programas de promoción y prevención, lograr el desarrollo de estrategias que prevengan el embarazo no planeado en esta etapa del ciclo vital, ya que es una etapa de búsqueda de identidad, construcción de modelos y desarrollo de la autonomía. Etapa en la que existe mayor vulnerabilidad y el ser madre soltera, puede acarrear que la violencia o maltrato se presente, ocasionando riesgo en la madre. De igual forma, es importante aclarar que en esta etapa las adolescentes no se encuentran en un espacio laboral, por lo tanto sus ingresos son limitados o nulos, ocasionando el tener que esperar la manutención de los padres y/o tutores.

Una de las estrategias planteadas y que ameritan un fortalecimiento mayor, es la captación de las adolescentes con reporte de gravidez negativo, para asesoría completa de regulación de la fecundidad. De igual forma es importante la realización de seguimiento a la misma, con el fin de obtener mayor adherencia a la estrategia.

En los proyectos de la unidad ejecutora local (UEL) 2008 (Capacitación integral en salud sexual y reproductiva), se observa un gran desconocimiento de la anatomía y fisiología de los órganos sexuales reproductivos femenino y masculino trayendo un mal concepto del significado de la sexualidad. Para ellos no es importante conocer, saber dónde queda y las funciones de cada parte de los aparatos reproductores y genitales en el momento de tener relaciones sexo-genitales, se focalizan en la conducta mecánica del contacto entre el pene y la vagina.

Por otra parte, algunos jóvenes en su mayoría los muchachos, no tienen claro el manejo de emociones afectivas, esto involucrando el desconocimiento de los mismos y afectando sus relaciones interpersonales con pares y padres, ya que a ellos les da miedo expresar sus verdaderos sentimientos de afecto por miedo a que sean sometidos a burlas y rechazos por parte de pares y familia.

Así mismo se capacitó a los jóvenes en derechos sexuales y reproductivos y en su mayoría, no los conocían y piensan que en la actualidad están siendo vulnerados por la sociedad, empezando por la familia, ya que los padres no respetan la intimidad de sus hijos, situación que les molesta porque consideran que es un derecho tener su espacio. También manifiestan que dentro del núcleo familiar se presenta violencia y discriminación sexual, lo cual se refleja y se extiende a toda

la sociedad creando un problema que se agudiza cada día más.

Dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos, por una sexualidad sana y protegida se trabajaron las infecciones de transmisión sexual, donde se observa que los jóvenes conocen algunas de ellas por su nombre como el VIH, la sífilis y el herpes genital, conocen también los métodos con los cuales se pueden prevenir, pero no identifican los síntomas, el tratamiento y las consecuencias que se pueden presentar a nivel de la salud física y mental.

Conocer sobre este tema los impactó pues reconocen el riesgo tan grande que tienen cuando manejan de forma irresponsable su vida sexual. En consonancia con lo anterior, se implementó el rotafolio de los métodos de planificación familiar donde se evidencia que los jóvenes conocen algunos de ellos por la información que han recibido de las instituciones de salud y medios de comunicación sin embargo no conocen como se utilizan y cómo funcionan en su organismo. Ellos manifiestan que actualmente la sociedad se ha encargado de promocionarlos, pero no dan una buena fundamentación y orientación a nivel individual.

Para los jóvenes las fortalezas de la educación sexual actual son la información, las campañas, proyectos, capacitaciones y talleres que se brindan por parte de las instituciones a la comunidad en forma de promoción y prevención de la salud. Pero ellos piensan que estas campañas no llegan a todas las personas y que la información no se multiplica de manera adecuada en áreas de alto riesgo por su bajo nivel económico y académico.

También manifiestan que estas campañas no vinculan a los padres de familia y aunque los adolescentes y jóvenes reciban la información, los padres no saben cómo orientarlos por lo que simplemente se limitan a evitar el tema, llevándolos a indagar en los medios menos adecuados.

- **Etapa ciclo vital adultez**

Frente al ciclo vital adultez la intervención del ámbito familiar realiza canalización y seguimiento a gestantes de alto riesgo ya sea por edad (añosas), multiparidad, abortos habituales, cesáreas previas, antecedentes de pre eclampsia, diabetes gestacional, enfermedades de transmisión sexual; sociales como pobreza, desempleo dependencia económica, familia extensa, psicológicos como tensión emocional humor depresivo, violencia intrafamiliar, gestación no esperada para la edad, pareja inestable, pérdida de la red de apoyo. Se pretende instruir a la mujer en que cada gestación es diferente y por lo tanto es importante asistir a los controles prenatales desde el principio hasta el fin, asumir con responsabilidad esta gestación, educar en signos de alarma durante y después de la gestación y métodos de planificación familiar incluyendo métodos definitivos como la vasectomía para el hombre o el Pomeroy para la mujer, educación en derechos sexuales y reproductivos. Como se había mencionado anteriormente una de las barreras es poca captación a la gestante desde el primer trimestre de gestación, régimen de afiliación, barreras de acceso a los servicios de salud, desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la comunidad.

En la adultez por ser población fértil, todos los servicios en SSR se focalizan en estas personas, se busca evitar embarazos con periodos intergenésicos cortos en cada mujer, canalización efectiva a todos los servicios de salud sexual, seguimiento a población frente a eventos de interés en SSR. Aunque existe un gran nivel de intervención en esta población, se evidencian barreras de atención desde la territorialidad o aseguramiento de los usuarios limitando la adherencia a los programas. A su vez la genitalización de la sexualidad desde los programas en las ofertas de los servicios, hace que solamente se contemple la planificación familiar y la atención en control prenatal, siendo importante que se aborde desde la integralidad psicosocial, es decir, en la atención y seguimiento a las violencias de tipo sexual las cuáles son especialmente notificadas pero cuyo seguimiento se

ve abocado a una meta limitada establecida que no permite un seguimiento y tratamiento integral que también se encuentra focalizado por aseguramiento o territorialidad. En las barreras de tipo geográfico y de contratación que se da para su atención, fragmentando el servicio y ocasionando barreras e inasistencia a los controles prenatales y parto, siendo factores de riesgo en morbi mortalidad materna perinatal. La atención y seguimiento en las ITS se ve limitado dado que se establece sólo desde la notificación y el recurso humano se encuentra insuficiente en tiempo para la realización oportuna de los seguimientos y adherencias a los tratamientos.

En el análisis de los datos, se encuentra información relevante como: Inscripción tardía al control prenatal, amenaza de aborto, antecedente de cesárea, alteraciones en el peso materno (bajo peso y sobrepeso). Este conjunto de patologías conllevan a un riesgo mayor de morbi-mortalidad materno-perinatal y sobre estas mismas patologías debe estar concentrada la atención del sistema de salud, sin olvidar la importancia de las estrategias elaboradas para prevenir los embarazos no planeados.

En esta etapa se encuentra población con un alto índice de consulta a los servicios de anticoncepción (indicadores INTEGRA 2009) pues ya se tiene un grado de sensibilización frente al proceso de regularizar la fecundidad de especial interés en las mujeres de esta edad, lo cual a través del monitoreo de los indicadores de la sala situacional y de los informes trimestrales de regulación de la fecundidad, evidencia que la preferencia de métodos anticonceptivos de elección de este grupo son los anticonceptivos hormonales inyectables y orales (71%), en comparación con el 60% del 2008²⁶⁴, y un número reducido de la población de esta etapa 16% para el 2009 y 15%²⁶⁵, decide la realización de la esterilización femenina conocida como Pomeroy, algunas de las mujeres en consulta refieren la no elección de éste método por la demora en el trámite para la valoración de anestesia y de cirugía para el procedimiento en el segundo nivel de atención, con el cual se encuentran capitadas.

En relación a las Infecciones de transmisión sexual se encuentra una razón de 1 a 1 en los casos de VIH entre hombres y mujeres, casos que van en aumento por los imaginarios de la población frente a prácticas inseguras en relaciones sexuales, lo cual no sólo incide de la prevalencia del VIH sino también las demás infecciones de trasmisión sexual²⁶⁶. Se ha observado en las consultas y a través de las referencias de los profesionales, que las mujeres y los hombres de esta etapa, y más hacia los 35 años en adelante, no utilizan frecuentemente el preservativo, frente al reconocimiento de una pareja estable y la no necesidad de utilizarlo por formación estable del hogar.

- **Etapa ciclo vital persona mayor**

Dentro de las IPS se promueve el ejercicio de la sexualidad sana y responsable desde su primera asistencia al centro de salud. Es importante reconocer que esta es una población que juega un papel en Salud Sexual y reproductiva, puesto que aún en esta etapa de ciclo vital hay personas que continúan ejerciendo su sexualidad mediante la interacción de relaciones sexuales coitales sin protección exponiéndose a una infección de trasmisión sexual. Se ha tenido una respuesta aceptable de participación en los programas de capacitación frente a la prevención de cáncer de próstata.

PDA Salud Mental

A continuación se presenta un análisis de las acciones realizadas en la localidad quinta de USME durante el 2009, con el fin de promover nuevas propuestas de respuesta a las mismas. Dicho análisis se realizará por cada intervención en salud mental llevada a cabo por el Hospital USME.

²⁶⁴ Informes de Regulación de la Fecundidad trimestrales. PDA de SSR. Ámbito IPS. Hospital de Usme 2008.

²⁶⁵ *Ibid.*

²⁶⁶ Grupos focales SSR Hospital de Usme 2008

Desde el Ámbito Familiar se evidencian diversas dificultades, entre ellas la atención a usuarios canalizados desde la Intervención Psicosocial hacia el servicio POS debido a la limitación de los paquetes de salud mental, por ejemplo, ante eventos como el consumo de sustancias psicoactivas y el manejo de la conducta suicida que afectan tanto al individuo como a las redes sociales. Las canalizaciones recibidas presentan la información desactualizada y de poca calidad en la impresión o copia. Desde la Intervención Plurimodal, los criterios de inserción no permiten trabajar con familias multiproblemáticas, en condición y situación de desplazamiento, de discapacidad, también se excluyen familias en las cuales algún integrante presenta algún tipo de enfermedad mental o familias que no se encuentran caracterizadas dentro de los microterritorios abordado por SASC.

Así mismo, no se permite realizar el proceso de aprestamiento en la casa simultáneamente con la totalidad de la familia lo que dificulta la construcción conjunta de herramientas desde la perspectiva de cada integrante; de igual manera, no se realiza seguimiento a las familias impidiendo evidenciar el impacto de la intervención, siendo estos criterios incongruentes con el principio de equidad y cobertura de la Atención Primaria en Salud (APS) y los objetivos de Salud a Su Casa.²⁶⁷

Desde el ámbito comunitario la intervención con la comunidad no está formando redes promotoras de salud mental ya que el proceso de gestión se está realizando únicamente con un grupo que cumple las características de vulnerabilidad específicas en temas de violencia, SPA, manejo del tiempo libre, suicidio, contexto ambiental y/o ecológico, entre otros temas., lo cual hace compleja la incorporación y apropiación de la población en la estructuración de sus proyectos de vida y la adquisición de herramientas oportunas de prevención y promoción con base a la salud mental y su efecto integral.

Desde el ámbito IPS, se evidencia que en las IPS públicas se realiza seguimiento a los eventos de salud mental pero en las IPS privadas no, se desconoce la existencia de notificaciones y los procedimientos que se siguen con estos pacientes. Desde el servicio POS no se está brindando cobertura por la carencia de paquetes de intervención para dar respuesta a los diversos eventos como lo son los trastornos de aprendizaje, conducta suicida, consumo de SPA y enfermedad mental dentro de la cual se encuentran los trastornos de conducta y trastornos del estado de ánimo.

Por parte del Programa Salud Al Colegio, con la intervención de todas las acciones se ha logrado abordar durante el primer semestre de 2009 a un número total de 3296 actores beneficiarios de la comunidad educativa (1432 estudiantes, 1550 padres y madres de familia, 314 docentes y/o directivos) quienes han sido formados como multiplicadores de la prevención y promoción de eventos en salud mental, mediante acciones que sean coherentes con las necesidades sociales identificadas en la población potenciando los espacios escolares y teniendo en cuenta la diversidad de la población tanto urbana como rural en cuanto a determinantes sociales y problemáticas identificadas.

Sin embargo, se considera necesario tener en cuenta que la cobertura total de estudiantes de las instituciones educativas de la localidad de Usme que pertenecen al programa salud al colegio hace referencia a 35974 estudiantes y que al compararse con la cifra presentada anteriormente se evidencia la necesidad de ampliar la cobertura dado que solo se está llegando a un total de 1432, es decir, (3.98%) de estudiantes que se ubican la mayoría en una sola jornada por cada sede a partir de las acciones desarrolladas por el equipo de Salud Mental y dependiendo de la intervención, con el fin de lograr un impacto significativo en el grupo más amplio de las comunidades educativas.

En cuanto a la cobertura por intervenciones, se encontró que la movilización de la ruta de acción ante las violencias obtuvo el mayor número de actores a quienes se llegó de manera directa con un total de 1639 personas, seguido de jardines con 695, acciones colectivas con 484, la línea 106 hace referencia a 478 y sensibilización y formación en conducta suicida a docentes 72 personas. Se

²⁶⁷ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública - PDA Salud Mental. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

considera pertinente aclarar que el desarrollo de los procesos que se planea llevar a cabo con los grupos de formación de las intervenciones de Acciones Colectivas para la Promoción de la Salud Mental, Los grupos promotores de salud mental a través de la estrategia local de la línea 106 y con los actores de la comunidad educativas en general, no se evidencia de la misma forma con todos los grupos debido a que la mayoría de las intervenciones son representadas únicamente por una profesional que cubre las 34 sedes o grupos conformados en las tres unidades territoriales. Por tal motivo, existe la necesidad de abarcar todas las sedes de los respectivos colegios en las dos jornadas escolares, con el fin de posicionar el proceso en toda la comunidad siendo los grupos de formación de estudiantes líderes como multiplicadores entre sus pares de la salud mental, a partir mínimo de dos encuentros mensuales, por lo que se requiere que en cada intervención se incluyan otros profesionales para lograr un mayor cubrimiento de la población.

Por otra parte, en el caso específico de la intervención de la Movilización de la Ruta de Acción ante las Violencias teniendo en cuenta la cobertura del programa SAC y los objetivos de la intervención, se queda corta la respuesta que se pueda dar en materia de prevención a la totalidad de los actores de la comunidad educativa (directivos, docentes, estudiantes y padres y/o madres de familia), ya que la población que se aborda es un porcentaje mínimo y se le da mayor prioridad al proceso de identificación y canalización de alertas el cual debería estar por separado. Adicionalmente, para la intervención de Sensibilización y Formación en Conducta Suicida a Docentes, la cobertura que se logra se dirige únicamente hacia docentes y directivos de las instituciones educativas, lo cual genera una brecha entre el objetivo y el impacto real que se esperaría ante el abordaje de un evento de tal magnitud, dado que la problemática se evidencia en toda la Localidad e involucra a todos los ciclos vitales.

Finalmente, con la intervención de la promoción de la salud mental y el buen trato en jardines se ha evidenciado que el medio tiempo con el que cuenta la profesional no es oportuno frente al proceso debido a la demanda que existe por parte de la comunidad para lograr una mayor cobertura tanto de actores como de jardines infantiles ante el índice y las características de la población, donde residen familias en condición de desplazamiento forzado con niños y niñas de la etapa de ciclo vital de infancia de edades iniciales, y los índices de riesgo frente a los diferentes dimensiones psicosociales, culturales y socioeconómicas de la localidad.

Desde el Ámbito laboral, de acuerdo a los reportes de la comunidad y de las diversas instituciones que operan, las problemáticas de peores formas de trabajo infantil PFTI y explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes ESCNNA están presentes en la Localidad de Usme pero no visibles, ya sea por la seguridad de los trabajadores o de las personas que conocen la situación, en gran parte por los ingresos obtenidos que mejoran la condición económica familiar y permite al niño, niña y adolescente obtener un reconocimiento social ante los pares y otros grupos relacionados con la PFTI y ESCNNA; las personas que ejercen dicha actividad o los promotores conocen la legislación y ocultan o entrenan a los niños, niñas y jóvenes de revelar su ejecución. Existen inconvenientes para que la restitución de derechos se lleve a cabo, ya sea porque la problemática no es visible y además genera altos ingresos y posicionamiento social para los niños, niñas y jóvenes, Además aún se desconoce el impacto social, cultural, educativo y económico que causa las PFTI y la ESCNNA. Por otro lado actualmente no hay atención en salud mental de las personas en condición de desempleo y de las personas que trabajan fuera de la localidad de Usme, teniendo en cuenta que sus condiciones de salud también se ven afectadas por el estrés que genera cada situación.

La mayoría de las actividades de peores formas de trabajo infantil y de explotación sexual comercial de niños y niñas están en condiciones de desescolarización, ya que estos menores, al hacer el balance inmediato, descubren que brinda mayores beneficios económicos, sociales y apoyados culturales y transgeneracionalmente. Por otro lado, para los menores escolarizados no hay suficientes respuestas ni alternativas para realizar actividades extraescolares, pertenecientes

a familias con bajo nivel escolar, poblaciones especiales como los desplazados, las personas con situación de discapacidad, además de factores como la pobreza, familias mixtas, mono parentales, numerosas y con disfuncionalidad familiar.

No hay suficientes instituciones a nivel público y privado pertinentes para la intervención que se articulen en los diversos espacios intersectoriales de la infancia y en la mesa local de trabajo infantil; además, tras la problemática de explotación sexual comercial, no hay un espacio donde se puedan socializar específicamente estas temáticas o realizar un trabajo exhaustivo en la identificación de casos.

El subsistema SIVIM presenta algunas dificultades que entorpecen el cumplimiento integral de la atención a la víctima de maltrato intrafamiliar y violencia sexual. La localidad cuenta con una centro zonal del ICBF ubicado en el centro de Usme lo cual dificulta el acceso a gran parte de la localidad que por problemas de ubicación y económicos no puede asistir a la entidad y si se suma la alta carga laboral del ICBF que obliga a que las personas que quieren acceder a sus servicios tengan que presentarse en varias ocasiones trae como consecuencia la pérdida de los casos ya que en muchas ocasiones las víctimas pierden el interés en denunciar y continuar el proceso por las dificultades que se citan. Con respecto a la comisaría de familia sucede una dinámica similar, actualmente la localidad cuenta con 2 sedes que resultan insuficientes para las necesidades presentes en la localidad.

Por otra parte la localidad carece de un Unidad de Reacción Inmediata (URI) que permita la atención oportuna de las víctimas de violencia sexual o maltrato severo, dificultando la canalización para la realización del examen por parte de medicina legal y así garantizar una acción legal efectiva sustentada en pruebas importantes por un examen adecuado y oportuno.

En cuanto a los servicios psicológicos requeridos por las víctima de maltrato intrafamiliar o violencia sexual del régimen subsidiado, se debe resaltar una falta de profesionales en psicología para brindar los paquetes de salud mental a las víctimas de violencia proporcionados por el Hospital de Usme en los centros de salud ubicados en la periferia de la localidad, lo cual genera un barrera de atención teniendo en cuenta que muchas de las familias dentro de la localidad no cuentan siempre con los recursos necesarios para asistir a los centro con profesionales en psicología ubicados en la localidad actualmente. Con respecto a las víctimas de violencia pertenecientes al régimen contributivo, se ha evidenciado una grave barrera de atención de parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no asignar citas, asignarlas después de varias semanas de solicitarlas, ofrecer el servicio en centros ubicados al otro extremo de la ciudad y cobrar las consultas estos factores impiden el acceso a los servicios de psicología y no permite una restitución de derechos de las víctimas integral.

Por último cabe resaltar que en la localidad de Usme aún se presentan acciones que denotan la poca importancia que se le da a los eventos de violencia sexual y maltrato intrafamiliar por algunos integrantes del personal de salud y administrativo de las entidades de salud ubicadas en la localidad. Aunque este factor ha mejorado, aún se evidencian barreras de atención impuestas por este personal que no le permiten acceder a los servicios médicos o asesorías adecuadas a las víctimas de violencia lo que trae como consecuencia frecuentemente la pérdida de la presunta víctima, la continuación del círculo de violencia y problemas médicos al mediano o largo plazo.

Una de las dificultades que se ha presentado y que no facilita se visibilicen las intervenciones de Salud Mental, se refleja en la percepción que tiene la comunidad abordada con relación al asistencialismo puesto que solo esperan obtener beneficios enlazados con alguna ganancia material que se brinde de inmediato, puesto que la finalidad a largo plazo es generar cambios que les permita afrontar las realidades de una forma asertiva y que les genere una mejor calidad de vida.

Con relación a la respuesta institucional de los psicólogos de consulta externa durante el 2009 se evidencian los siguientes hallazgos:

El Hospital de USME I NIVEL E.S.E cuenta con un grupo de profesionales en Psicología y Trabajo Social, los cuales durante el 2009 brindaron atención psicoterapéutica por medio del “paquete de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual” contratado con Secretaría Distrital de Salud, por medio del cual se da respuesta a los eventos reportados por cada uno de los ámbitos y por el sistema de vigilancia SIVIM.

Como se ha mencionado a lo largo de los ámbitos y componentes del Plan de Intervenciones Colectivas –PIC-, esta atención se modificó hacia finales del 2009 teniendo en cuenta los decretos de emergencia social de la Comisión de Regulación En Salud –CRES-. Dicha modificación se basó en la unificación del Plan Obligatorio de Salud –POS-, la cual incluía entre otros, el servicio de Psicología en las responsabilidades de las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas –EPS’S-, por lo cual la contratación y por ende la atención cambió considerablemente reduciendo las posibilidades de atención a menores de edad, ya que dicha atención debería entonces brindarse o autorizarse por las EPS’S, lo que se traduce entonces en la generación de barreras de acceso a los servicios de atención psicológica.

Por lo anterior, al dictarse estos decretos de emergencia social, se redujo considerablemente la atención por psicología la cual cuenta para cada consultante, con un total de 13 actividades por los profesionales, entre las que se encuentran sesiones individuales y familiares por Psicología, sesión y visita domiciliaria por trabajo social, y sesión de interconsulta entre los profesionales. Esto haría del paquete, un modelo integral de atención psicoterapéutica.

Teniendo en cuenta este contexto, y entrando a la atención brindada por el grupo de profesionales en psicología, desde consulta externa, durante el año 2009 se terminaron 1340 tratamientos de atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales en las 9 IPS del Hospital, en los cuales se atiende en promedio 10 sesiones desde el área de psicología y tres sesiones desde el área de trabajo social para un total de trece sesiones en el cual se hace un cierre de caso para los pacientes con los cuales se cumplen los objetivos terapéuticos encaminados hacia el restablecimiento de los derechos y la salud mental de las víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales.

Como indicador durante el 2009, se plantea desde el número de tratamientos planeados frente al número de tratamientos terminados; teniendo en cuenta esto, el número de tratamientos planeados fue de 1680 y los tratamientos terminados fue de 1340 lo cual corresponde a un nivel de cumplimiento del 80%, el cual se debe comprender teniendo en cuenta la reducción de la atención por los decretos de emergencia social, el cual llevó a una reducción del equipo de salud mental.

Entre otras problemáticas atendidas por los psicólogos de consulta, se encuentran la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y la enfermedad mental crónica, de las cuales como se observa en la gráfica anterior el consumo de sustancias psicoactivas sobrepasa con un 40,49% sobre las otras problemáticas, seguido de la enfermedad mental crónica con un 32,61% y suicidio (idea, ideación e intento) con un 26,89%.

Según las etapas del ciclo vital se hace evidente con los niños, el manejo de pautas de crianza, fortalecimiento de los canales de comunicación, manejo del control de impulsos vistos desde la agresión y violencia intrafamiliar modelada por su núcleo familiar ya que se ha convertido en parte de la cultura hasta tal punto que se hace de forma habitual minimizando las consecuencias que puede generar en el desarrollo de los niños generalizando la agresividad hacia otros contextos de interacción. Esta problemática está tan arraigada a la cultura de la localidad que se conviene en una alternativa de expresión de sentimientos tales como el afecto, el descontento, la frustración, ira, tristeza, entre otros.

Respecto a la juventud se encuentran dificultades relacionadas con el déficit en comunicación, limitación para reconocer las necesidades y las emociones del otro, especialmente dentro del grupo familiar, pobre auto concepto, déficit en habilidades de afectividad. La carencia o limitación en su proyecto de vida en sus diferentes áreas tales como afectiva, laboral, académica, familiar, sexual lo cual incide en la presentación de las siguientes problemáticas: embarazo en adolescentes, consumo de sustancias psicoactivas, ingreso a grupos delictivos, disfunción familiar, violencia entre pares en diferentes niveles de agresividad convirtiéndose las áreas sociales en marco de una gama de agresiones físicas y verbales entre individuos y/o grupos preexistentes.

Incursionando en la etapa de la adultez, se evidencian relaciones de poder basadas en el control por medio de la violencia física, emocional, económica, en las relaciones de pareja formal e informalmente establecidas, aunque en la localidad se evidencia mayor prevalencia de relaciones informales. De igual manera, se observan cuadros clínicos asociados más hacia los trastornos ansioso-depresivos.

Con el objeto de terminar las etapas de ciclo vital relacionándolas con los diferentes trastornos y/o cuadros clínicos, en la persona mayor, se presentan enfermedades médicas asociadas a cuadros depresivos, como por ejemplo enfermedades crónicas, de vías digestivas asociadas a la falta de control de su organismo y su contexto, demencias entre otros, teniendo en cuenta las limitaciones que le genera. Se evidencian dificultades emocionales asociadas a la inactividad o falta de ocupación, condición laboral, síndrome del nido vacío, entre otros, también asociadas a la carencia de programas ocupacionales para la persona mayor relegando así al adulto mayor, a actividades como la crianza de los nietos, o en última instancia a la mendicidad. Por lo anterior es fundamental resaltar que los estados depresivos del adulto mayor no se asocian de manera directa a la ideación suicida estructurada, sino con idea o deseo de muerte sin llevarlos a cabo, teniendo en cuenta la protección de las creencias religiosas arraigadas.

Se observa que durante el año se encontró en la atención en el POS que 168 de los consultantes presentaron algún tipo de ideación o intento de suicidio; 244 casos de consumo de SPA Y 181 casos de pacientes con algún tipo de enfermedad mental.

A pesar de tantas dificultades, la atención a las y los pacientes tiene todo el aporte de calidez y calidad que desde la ética y la empatía del profesional debe aportarse; se reconoce el esfuerzo que se despliega permanentemente en los diferentes puntos de atención para acoger y atender de la mejor manera a las personas que demandan los servicios de salud mental.

Se ha logrado un posicionamiento progresivo de la atención a través de paquetes en las localidades, lo que se refleja en la variedad de canalizaciones provenientes de las instituciones de los diferentes sectores.

Es también pertinente resaltar que se sigue luchando por mantener profesionales idóneos y con experiencia en los diferentes puntos de atención, se ha venido ganando experiencia en la realización de interconsultas en los servicios de urgencias y de hospitalización, desafortunadamente, esta actividad tampoco es reconocida en la facturación.

La articulación de los profesionales POS Y PIC en la localidad de USME es adecuada debido a que en el comité de salud mental del hospital los referentes del PDA y del POS participan activamente y convocan a los profesionales del PIC Y POS.

Así mismo, en la localidad quinta se llevó a cabo un proceso de calidad donde se estandarizaron procesos de salud mental en relación a las historias clínicas, guías para la atención de los usuarios y formatos necesarios para el funcionamiento de los paquetes.

PDA Enfermedades Transmisibles

El PDA de transmisibles presenta un número mayor de intervenciones de patologías en el CAMI (Centro de Atención Médica Inmediata) de Santa Librada, en donde acuden los pacientes con

diagnóstico de dengue, malaria, los cuales presentan sintomatología que generalmente, requiere la atención de urgencias, por lo cual la notificación e intervención se realiza desde el CAMI. El común denominador es que son personas procedentes de territorios con climas templados. La presencia de los otros diagnósticos como la tuberculosis se explica con base al comportamiento natural de la enfermedad y las condiciones de vulnerabilidad tanto social, territorial, como fisiológicas de las personas afectadas.²⁶⁸

El PDA de enfermedades transmisibles, a través del trabajo con personas que han padecido o padecen de tuberculosis (Tb) han detectado una problemática estructural que se resume en los siguientes tres aspectos fundamentales:

1. Vulneración de los Derechos Humanos de la población afectada por tuberculosis (Tb)
2. Desconocimiento de la sociedad civil afectada por Tb de instrumentos sociales disponibles para lograr un mejoramiento de su calidad de vida.
3. Deficiencias en el proceso de Visibilidad de la Tb ante la comunidad civil En experiencias acumuladas en el trabajo con comunidades de pacientes y sus redes familiares se han identificado que ante la presencia del diagnóstico de Tuberculosis se enfrentan ante múltiples situaciones y sentimientos que afectan su calidad de vida, principalmente en las primeras etapas de enfermedad.

Se identifica que el común denominador de un usuario es enfrentarse ante una serie de barreras: a nivel hospitalario, demora en el diagnóstico, estigma del equipo de salud, desconocimiento de la normatividad, acceso a controles y paraclínicos, a nivel familiar: rechazos, estigma, abandono, soledad. A nivel personal, angustia, soledad, temor a la muerte, al rechazo de sus seres queridos, a que la comunidad conozca sobre su enfermedad, conflictos laborales, incapacidades, despido del trabajo.

En cada una de las dificultades citadas se evidencia que la tuberculosis continúa siendo, a pesar de todos los avances científicos y las opciones reales de tratamiento existentes hoy en día, una enfermedad con una gran carga histórica de discriminación y mitos. Las complicaciones fisiológicas van acompañadas de una gran carga emocional. La razón para que estas situaciones persistan básicamente es el desconocimiento de la enfermedad, conocimiento que debe partir de una base científica y de la desmitificación de la patología, tarea ardua que no depende de una sola organización ya sea pública o privadas, o ONG, depende de la creación de toda una red de apoyo organizacional de los entes citados y que debe involucrar como actor importante a la población afectada por la Tb.

La proyección establecida por SDS, para la localidad de Usme, está basada en una atención total de 95.081 consultas en personas mayores de 15 años, y el dato de atención del 2008 es de 64.590. No se logró la cobertura esperada debido a las siguientes causas:

1. Las metas establecidas por SDS, no coinciden con la población real atendida de base en la localidad.
2. Se realizó un análisis de datos con el área de estadística: se encuentra que el dato de total de consulta de mayor de 15 años, atendido por primera vez en el año, no es dato exacto, confiable, este dato se genera desde el área de estadística de cada IPS, y se ha detectado que en ocasiones se repite el dato para un mismo usuario. Este dato es **fundamental**, porque de allí se generan las metas de Sintomáticos respiratorios.

²⁶⁸ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública PDA Enfermedades Transmisibles. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

3. Alta rotación de personal en el área asistencial: funcionarios ya sensibilizados que ya no están en la Institución
4. Procesos de inducción y re inducción: funcionarios asistenciales que no realizan procesos de inducción y re inducción, por lo tanto no cumplen lineamientos del programa.

Dentro de la estrategia incluida en el Plan Regional para las Américas Alto a la Tuberculosis, que es implementada por el Ministerio de la Protección Social para su ejecución en el país, se cuenta desde la Secretaria Distrital de la Salud con lineamientos específicos de acción y se trabaja con 2 indicadores:

1. Detectar el 70% de los casos estimados de Tuberculosis con Baciloscopia positiva (Bk+) bajo el DOTS.
2. Curar al menos el 85% de los mismos.

El primer indicador tiene una línea de base del 2007: del 12% de captación de Sintomáticos respiratorios (SR) en la localidad, en el 2008, con una referencia de captación en Bogotá del 15%, logramos incrementar al 18% la captación del SR en el Hospital de Usme. Durante el 2009 aumentamos la captación de sintomáticos respiratorios a un 34%. Igualmente, se evidencia un aumento en los casos de tuberculosis diagnosticados en la localidad, durante el 2008 se diagnosticaron 8 casos de tuberculosis y durante el 2009 14 casos de esta patología. El resultado se puede atribuir a las asesorías continuas en las IPS, la asignación y seguimiento mensual de metas por centros de atención, establecimiento de alianzas con actores involucrados en este proceso: laboratorio, estadística, consulta externa, promoción y prevención.

El segundo Indicador y con una meta del 85% de curación, en el año 2008 alcanzó un cumplimiento del 100% de los pacientes vivos Bk positivos en la administración del TAES (42 casos); adicionalmente, no se registraron abandonos de pacientes en el programa. Respecto a la tuberculosis extra pulmonar el 100% se determinaron a partir del TAES. Durante el 2009 se reportaron 47 casos de tuberculosis con una curación del 99% de pacientes BK positivos, se registró un abandono de tratamiento, aclarando que el paciente era habitante de calle y en cuanto a tuberculosis extra pulmonar, se obtuvo el 100% de terminación de TAES. El resultado de este indicador corresponde a las asesorías continuas en las IPS donde se cuenta con funcionarios sensibilizados y comprometidos en la atención del paciente con tuberculosis, educación y sensibilización del paciente y sus familias respecto a la enfermedad logrando un empoderamiento del paciente frente a la tuberculosis, adicional a esto, se cuenta con el apoyo de movilización social (comunidad organizada en la Asociación “Trabajando en Red, Esperanza de Vida”) quienes realizan intervenciones con los pacientes aliviando la carga emocional por la que atraviesan los pacientes con tuberculosis.

Las dificultades ante este indicador se dan por no compromiso del sector salud en brindar la información adecuada y pertinente al paciente y su familia ante el diagnóstico, tratamiento y conducta a seguir por todos ante la tuberculosis. Otros factores que pueden afectar el indicador son si el paciente no genera compromisos con el tratamiento, o si no dispone de redes de apoyo familiar, sociales, de pares.

Los dos indicadores anteriormente mencionados se han intervenido y fortalecido con la aplicación de estrategias que parten de herramientas de salud pública, con la aplicación del plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 2010 – 2015 la cual se basa en la alianza mundial Alto a la Tuberculosis 2006-2015, y el apoyo de áreas administrativas (gerencia, subgerencia) ante las propuestas planteadas por el programa de transmisibles del Hospital de Usme; de igual manera

se ha trabajado en la generación y el mantenimiento de alianzas con actores que potencializan las acciones de transmisibles.

PDA Enfermedades crónicas no transmisibles

El concepto de equidad abarca diversas dimensiones que van desde asegurar estándares mínimos de cuidados en salud, el garantizar que los cuidados médicos se financien de acuerdo a la disponibilidad de pago y que su entrega esté organizada de tal manera que todos gocen del mismo acceso, hasta que la asignación de los cuidados esté hecha con base a la necesidad.²⁶⁹

El análisis de la distribución de los servicios de salud entre los diferentes estratos socioeconómicos de la población, así como su descomposición por causas determinantes, son importantes para identificar las fuentes de dichas inequidades y formular recomendaciones de política que mejoren la situación de aquellos que menos se benefician de los sistemas sanitarios.

La forma de ver una enfermedad crónica es diferente en una persona letrada, que en una persona con escasa educación, en nuestra localidad por la poca escolaridad que tienen la gran mayoría de pacientes crónicos, dificulta la educación en estilo de vida saludable a diferencia de otros sectores de la ciudad de estrato socio económico más alto. Es así como se observa que el paciente crónico es visto por el sistema de salud como una carga económica y no como un usuario a recuperar y se presentan una serie de limitantes administrativas, aunado a limitantes personales que le impiden acudir de forma oportuna a tratamiento médico.

Por otra parte, cobra vital importancia la alimentación de la población, ya que genera que ellos tengan mayor riesgo de enfermar en cualquier etapa del ciclo vital y que se vuelva crónica.

Las personas mayores al no ser tratadas de manera digna, ni tomados como grupo poblacional prioritario y de gran vulnerabilidad frente a la oferta institucional, lleva a sus necesidades bajo la escasa oferta de servicios integrales y no ser tratados de manera diferencial según su condición, habilidades, conocimientos, etnia o cultura; promoviendo así el surgimiento de eventos en salud pública que aumentan la morbilidad y mortalidad de esta etapa, tales como la cronicidad, la violencia, el desplazamiento, la desprotección por parte del estado, la ausencia de proyectos productivos de las características y capacidades de las personas mayores.

4.9.1 Vigilancia en Salud Pública

En la actualidad y en este periodo de crisis de la vigilancia en salud pública es importante que la visión vaya mucho más adelante y se aborde la vigilancia de la salud y no de la enfermedad, se requiere para ello un trabajo mancomunado de los diferentes entes territoriales e intersectoriales que establezcan un re direccionamiento de las acciones a una clara definición y medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública como base para mejorar las acciones de la salud pública.

²⁷⁰

El ejercicio desarrollado por la OPS en el marco de la iniciativa de salud pública en Las Américas, llevó a definir 11 funciones esenciales de esta disciplina y a desarrollar un proceso de autoevaluación en 41 países de la región. Este ejercicio comprobó en todas las funciones un perfil de desempeño intermedio bajo, con un mejor desempeño en la función 11, referida a la reducción del impacto de emergencias y desastres, la segunda sobre vigilancia en salud pública y la función número uno

²⁶⁹ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública - PDA Enfermedades crónicas no transmisibles. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

²⁷⁰ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Vigilancia en Salud Pública - Epidemiología. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

sobre monitoreo, evaluación y análisis de salud. Las de peor desempeño fueron la función nueve que tiene que ver con la calidad de los servicios, la función ocho, sobre desarrollo de recursos humanos y la función diez, sobre investigación en salud pública.²⁷¹

Este ejercicio y muchas otras realidades afirman que hoy la salud pública tiene enormes desafíos, pero tal vez el mayor, retomando las propuestas de Virchow y García, es la confluencia y articulación con las ciencias sociales, en un proceso de renovación de su objeto de estudio, sus enfoques y métodos, para afianzar una perspectiva que ayude a comprender mejor la realidad sanitaria de los países de América Latina y el Caribe y a su transformación, en un proceso de fortalecimiento de alternativas sociales democráticas e incluyentes (Jairo Ernesto Luna, miembro del núcleo de ALAMES, Colombia. Comunicación personal; 2006).

Lo anterior demanda reorientar el campo de la salud pública hacia la construcción del conocimiento para la vida y no para la enfermedad, ni para el mercado, lo que requiere hacer uso de otras herramientas teóricas-metodológicas (Alejandrina Cabrera, coordinadora del núcleo de ALAMES, México. Comunicación personal; 2006) y que se piense y se actúe en la salud como cuestión social y no sólo incorporar las ciencias sociales -una de ellas o todas- al pensamiento sobre la salud.²⁷²

Dentro del marco de los eventos objeto de estas reflexiones de encuentran la violencia con sus diversas manifestaciones y el consumo de sustancias psicoactivas que constituyen un problema de Salud Pública y que posee varios componentes, entre ellos el social, político, cultural etc., y que reflejan el serio abismo que tiene la salud pública en la afectación de los determinantes sociales de la salud, a la vez que no se tiene un sistema de Vigilancia Epidemiológica de las lesiones por causa externa la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas que evidencie los daños físicos producidos al organismo por lesiones accidentales o intencionales y que cada año y con mayor frecuencia ocupa los primeros lugares en los índices de mortalidad y discapacidad en todo el mundo.

En el marco de las demás problemáticas de salud pública se encuentra que las Infecciones de transmisión sexual (ITS) ocupan un lugar muy importante, tanto por su morbilidad, complicaciones y secuelas, como por su relación con el virus de la inmunodeficiencia humana. Esta situación podría ser explicada por la inadecuada percepción de riesgo de la población, la falta de reconocimiento de los síntomas, el carácter asintomático de muchas de las ITS y la falta de un seguimiento efectivo al tratamiento y las posibles complicaciones que produce la enfermedad.

Por otra parte, en los últimos años la ocurrencia de emergencias y desastres ha generado la ocurrencia de grandes pérdidas, tanto humanas como económicas evidenciando la necesidad de crear un sistema de información que sirva de insumo para la toma de decisiones.

Todo lo anterior requiere de la generación de estrategias que conlleven a dar una respuesta integral a las funciones esenciales y que permitan desarrollar una vigilancia que dé respuesta no solo a los eventos epidemiológicos, sanitarios y ambientales sino que responda los requerimientos de la comunidad frente a las necesidades sociales y de las inequidades en salud.

4.9.2 Déficit de respuesta

Desde el componente sistema de vigilancia epidemiológica y nutricional SISVAN

²⁷¹ TORRES TOVAR, Mauricio. El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Rev. Cubana Salud Pública online 2007, vol.33n.ISSN 0864-3466.

²⁷² Testa M. Salud pública: acerca de su sentido y significado. En: OPS, editor. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación científica No. 540. Washington, D.C.: OPS; 1992.p.205-29.

No se evidencia una cobertura efectiva en cuanto a las intervenciones epidemiológicas de campo, teniendo en cuenta que la meta Distrital no responde a la demanda de la población en estado nutricional deficiente.

La canalización a programas de apoyo alimentario y nutricional y de servicios de salud no es efectiva, ya que no se evidencia una articulación clara a nivel intersectorial e Interinstitucional lo que impide lograr una respuesta nutricional adecuada. En cuanto a la seguridad alimentaria y nutricional existe un deficiente acceso, disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos que redundan en el aumento de la desnutrición aguda y crónica de los habitantes de la localidad quinta de Usme.

No existe una consolidación de las bases de datos de las diferentes instituciones que aportan información del estado nutricional de los y las habitantes de la localidad, lo que impide la aplicación de intervenciones efectivas a la población canalizada.

La población adolescente, adulto joven y adulto mayor no se encuentran incluidos en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional y no se realiza un seguimiento a la obesidad como problema de salud pública a pesar de encontrarse evidenciado.

En el componente sistema de vigilancia epidemiológica y nutricional SISVAN escolar

No existe una articulación del SISVAN con el componente SISVAN Escolar, a la vez que este componente con sus acciones no genera un impacto a nivel de la población escolar intervenida o de sus familias; además las acciones son muy fraccionadas y no se ocupa de problemas nutricionales como la anorexia y la bulimia. No se evidencia una articulación clara con los demás ámbitos del Plan de Intervenciones Colectiva

En el sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil SIVIM

No se obtiene una respuesta intersectorial que solucione positivamente las necesidades con respecto a la salud mental de la población. La cobertura de atención de la población vulnerable de los casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, es insuficiente, lo que afecta el proceso de canalización y seguimiento, y no permite la atención integral oportuna y la restitución de derechos de las víctimas.

El trabajo a nivel escolar es limitado y no alcanza a evidenciar la causalidad del maltrato infantil y la violencia sexual, a la vez que no se obtiene una respuesta que afecte positivamente la salud mental de este grupo poblacional mayormente afectado.

No existe un Sistema de Vigilancia del consumo de sustancias psicoactivas efectivo a nivel de las instituciones Educativas que establezca los factores causales y permita una respuesta efectiva a una problemática social que va en aumento.

En el sistema de vigilancia de la salud pública SIVIGILA

No existe una articulación con el ámbito IPS con el fin de lograr el seguimiento efectivo de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el adecuado tratamiento y las complicaciones que estas patologías ocasionan.

Las intervenciones epidemiológicas de campo que son dirigidas a los eventos como mortalidades maternas-perinatales por IRA – EDA deben ser realizadas por un equipo interdisciplinario que incluya un profesional de psicología que permita el manejo de la crisis ocasionada por la muerte,

dado que a pesar de realizar desde el área de VSP la canalización a los servicios de salud POS, este tipo de asistencia no se realiza y ocasiona en las familias problemas psicológicos que los afectan en gran medida, más aun cuando desde la IEC no es posible dar una respuesta a la pérdida.

En la línea de emergencias y desastres

No existe desde salud un lineamiento claro frente a las situaciones de Emergencias y Desastres, así como el direccionamiento para la elaboración de los planes locales donde no se establece el alcance del Hospital.

La aplicación a nivel local de la vigilancia epidemiológica en situaciones de Emergencias y Desastres debe estar jalonada por las Alcaldías locales, con el fin lograr un compromiso conjunto que designe funciones claras a todos los entes y permitan un desarrollo adecuado de las acciones.

Frente a sala situacional

La sala situacional como espacio de análisis y aporte de información para temas de alto impacto en salud, no logra el alcance que debería tener para la toma de decisiones ya que se lidera desde un subsistema en el componente de vigilancia, y no tiene el poder de convocatoria a Nivel local e Institucional.

La razón de ser de la sala situacional es llegar a la toma de decisiones para mejorar las condiciones de salud de las personas de los diferentes grupos poblacionales, sin embargo no se realiza desde el Nivel Distrital de manera oportuna la retroalimentación de los documentos producidos, con el fin de lograr de manera efectiva un insumo para dar cumplimiento a la respuesta institucional y local

En el sistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral

Es necesario realizar una evaluación del impacto de las acciones de promoción y prevención en salud oral aplicadas a la población educativa, con el fin de demostrar la importancia de las mismas y aumentar la cobertura al total de la población de las instituciones educativas, que se ve limitada a los colegios incluidos en las intervenciones del ámbito salud al colegio.

Vigilancia de la salud pública comunitaria

La VSPC se ha posicionado en la localidad V de Usme, lo que ha generado una respuesta insuficiente en las intervenciones frente a la identificación de eventos que realizan las unidades informadoras.

4.9.3 Déficit de la respuesta desde el plan de intervenciones colectivas

Cobertura y suficiencia

Actualmente se encuentran caracterizados por salud a su casa aproximadamente 10.694 pacientes crónicos²⁷³ correspondiente a una cobertura aproximada del 38% y el Hospital de Usme convoca mensualmente aproximadamente hasta 3350 pacientes crónicos lo que indica, que con una cobertura del 100% del programa de salud a su casa se podrían detectar hasta 28.142 pacientes, lo que evidencia que en la actualidad el Hospital tendría una cobertura de aproximadamente el 12%, en atención de pacientes con enfermedades crónicas, en particular, la hipertensión arterial, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El sistema de atención para el paciente con enfermedades crónicas no transmisibles, se ve

273 Fuente base de datos del ámbito familiar falta año

dividido en la oferta, por indicación administrativa, según el acuerdo 395 de 2007 la diabetes y la hipertensión arterial en el segundo nivel está a cargo de las EPS-S del régimen subsidiado, y otras enfermedades crónicas como el EPOC son con cargo al subsidio a la oferta y se atienden en instituciones distintas..

Pertinencia

Se indica que la localidad quinta de Usme es habitada por una población mixta, una parte urbana y otra parte rural en la cual se tiene una gran extensión donde aún las familias cocinan con leña, lo cual es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en particular también el clima propio de la región que es frío, influye directamente en la agravación permanente de la neumopatía crónica.

En el entorno del hogar toda enfermedad crónica genera en la familia sentimientos de inquietud, ansiedad, temor, incomodidad, tristeza, angustia por la situación de su ser querido, la enfermedad, la discapacidad con enfermedades crónicas son factores importantes a que influyen directamente en la calidad de vida del paciente y en la familia.

Permanentemente en los talleres de atención a los usuarios y desde el ámbito comunitario los pacientes crónicos poli medicados manifiestan que no tienen un soporte familiar permanente, ocurre que ellos viven solos y/o no tienen educación que les permita un uso adecuado de sus medicamentos y acudir periódicamente a sus citas.

Coherencia

Los programas dependientes del plan de intervenciones colectivas para intervenir en prevención de enfermedades crónicas presentan hasta ahora poca claridad para los usuarios y falta unificación en los procesos y procedimientos para la atención a los usuarios, muchas veces se repiten acciones, con la misma población o se realiza presencia del hospital en múltiples escenarios, pero sin unidad de acción.

4.9.4 PDA Salud Oral

La salud oral es una condición fundamental para el bienestar y la calidad de vida de las personas, en tanto juega un rol social y un rol funcional en lo biológico. En cuanto a lo biológico se relaciona con el habla, la respiración, la masticación, la nutrición y algunos procesos inmunológicos, y en lo social, tiene implicaciones en la alimentación, la comunicación, en la expresión de los afectos, en sí en la socialización que se desarrolla en todo el proceso vital de los seres humanos.

Desde esta perspectiva la salud oral, sus componentes y sus funciones representan un espejo de la salud y el bienestar general porque condiciona necesariamente la buena alimentación, el desarrollo de los procesos de aprendizaje, la conformación de la identidad personal, hace parte esencial para la potencialización de capacidades y oportunidades para el desarrollo humano.²⁷⁴

En este sentido, el Proyecto de Desarrollo de la Autonomía (PDA) de Salud Oral consiste en un conjunto de acciones tendientes a fortalecer, apoyar y/o crear el desarrollo y mantenimiento de espacios sociales favorables de la Salud Oral, con herramientas que permitan la autonomía y/o la creación de hábitos para el cuidado de la salud.

En la etapa de ciclo vital infancia : encontramos que la población consulta por caries, apiñamiento y pulpitis esto se presenta por prácticas inadecuadas de salud oral que para esta

etapa deben ser supervisadas por los padres o cuidadores pero la dinámica social muestra que los padres trabajan y el cuidado de los niños es delegado a hermano mayor, y en otros espacios donde concurren como instituciones educativas, comedores comunitarios aún existen fallas para la promoción e instauración del hábito, también se ve relacionado con el acceso que tienen a elementos que requieren para realizar esas prácticas que en algunos casos no cuentan con ellos o los comparten. Otra causa que llevan a que los niños y niñas se enfermen es el imaginario de padres en cuanto a la función de dientes temporales es que su tiempo en boca es muy corto y que no es necesario cuidarlos, se hace aclaración que en la etapa ciclo infancia es de suma importancia el rol del adulto pues este es el responsable directo de la formación en hábitos y actitudes para prevenir enfermedades generales que puedan afectar la calidad de vida tanto social, económica y psicológica. También se da consulta para el apiñamiento el cual puede estar relacionado con el abandono prematuro de las madres de la lactancia materna y en el que no se produzcan un cambio de comida blanda a fibrosa durante el crecimiento del niño o niña que estimule el crecimiento de estructuras óseas que permita que los dientes al salir a la boca encuentre el espacio suficiente.

En la etapa de ciclo vital juventud: la problemática a nivel de cavidad oral está relacionado con la deficiencia en la construcción de patrones durante la infancia para realizar prácticas adecuadas. También es claro que por cambios físicos y fisiológicos inherentes a esta etapa se puedan descuidar aspectos relacionados con la salud oral, también la interferencia de la publicidad, la moda, la cultura urbana que los llevan a pensar en el desarrollo de su sexualidad como tema relevante y su salud general pasa a un segundo plano, la independencia que adquiere la juventud incide en la toma de decisiones las cuales están alejadas de la conservación de su salud oral.

Las enfermedades de cavidad oral prevalentes en esta etapa de ciclo vital son la caries, la enfermedad gingival y mal posición dental todas estas resultado de las prácticas inadecuadas de higiene oral los cuales no fueron reforzadas por sus padres o cuidadores en la infancia obteniendo como resultado jóvenes despreocupados en cuanto a lo que tiene que ver con la salud oral, se evidencia que los jóvenes solo consultan siempre y cuando el dolor en cavidad oral no sea tolerable de lo contrario siguen con la cultura de ir al odontólogo cuando el único tratamiento a realizar es la exodoncia, no hay apropiación del pensamiento de la prevención de la enfermedad.

En el ciclo vital adultez: el descuido de las estructuras orales está determinada por conceptos erróneos que se concibieron en etapas previas de su vida y que en este periodo el autocuidado pasa a un segundo plano porque su propósito está enfocado en la realización de diferentes actividades que sean productivas para el sostenimiento de su familia, adicionalmente que las cargas laborales no le permiten la asistencia a citas asignadas por lo que se evidencia en que la consulta se realiza por cuadros agudos de dolor. En esta etapa se presenta la pérdida de soporte de los dientes por prácticas inadecuadas de higiene oral, por historia de pérdida tempranas de dientes, que llevan a que la mayoría de la población requiera tratamientos restaurativos utilizando prótesis para devolver la funcionalidad a su cavidad oral y disminuir así problemas gástricos posteriores. Adicionalmente que para esta etapa se aumenta la aparición de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes que si no existen adecuadas prácticas de higiene empeoran cuadro clínico de enfermedades orales que requieren cuidados mayores a nivel de la clínica.

En el ciclo vital persona mayor, se presenta aumento en la ausencia de dientes en boca por pérdida de soporte, que llevan a desarmonía oclusal, deformación facial, problemas de comunicación y alimentación y el tratamiento recomendado sería el poder devolver la función a partir de prótesis dentales pero por barreras económicas o por lo tardío de la intervención no se cuenta con estructuras anatómicas suficientes para la retención de esa prótesis en boca que llevan al fracaso del tratamiento. En esta etapa hay deficiencia en técnica de cepillado por disminución de habilidad para realizar la práctica, aumenta la dependencia hacia otras personas para poder llevar a cabo sus actividades.

²⁷⁴ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública - PDA Salud Oral. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

De acuerdo a la información recolectada se evidencia que nuestra población presenta determinantes sociales (mal nutrición, estilos de vida inadecuados, costumbres, educación, factor económico y negligencia o desconocimiento de padres y cuidadores) que inciden en la salud oral de la población de la localidad, encontramos enfermedades sistémicas como diabetes e hipertensión y factores hereditarios como mal posición dental, micronagismos y macronagismo, dientes supernumerarios, mordida abierta, mordida profunda y mordida cruzada. Debido a la interacción de factores y determinantes anterior mente mencionados se evidencia que la caries es la enfermedad que prevalece en un mayor porcentaje en todas las etapas de ciclo vital, seguida de enfermedad gingival la cual se evidencia en la etapa de ciclo vital infancia, juventud y adultez, la enfermedad periodontal se presenta en gran parte en la etapa de adultez y persona mayor.

Se presenta dificultades de acceso a los servicios de salud por ubicación geográfica esto se evidencia en la zona rural ya que encontramos población que su vivienda se encuentra apartada del centro de atención más cercano y la posibilidad de transporte es nulo por tal motivo la población se ve obligada a caminar grandes distancias o prefieren no asistir a consulta dejando su tratamiento abandonado. En cuanto a la zona urbana se evidencia transporte escaso o transporte pirata que incrementa los costos de desplazamiento debido a esto no consultan o no terminan su tratamiento, por aseguramiento la demora de las EPS'S en la activación del carne de salud para la atención de la consulta programada y poder prestar el servicio solicitado por el usuario en la institución, usuarios con encuestan del SISBEN con nivel 1,2,3 que genera copago el cual el usuario no dispone de recursos económicos para cancelarlos y así acceder al servicio y por capacidad instalada se evidencia que centros de atención como UBA DANUBIO, UPA REFORMA y UPA LORENZO ALCANTUZ no alcanzan a dar cobertura de acuerdo a la oportunidad deseada por los usuarios ya que la población que solicita el servicio supera la capacidad instalada, el instrumental, insumos y los equipos son insuficientes para la atención de la población esta se evidencia a nivel general de los centros de atención.

Esto lo evidenciamos en todos los territorios de la localidad, la respuesta institucional para abordar las necesidades encontradas está enfocada con la realización de actividades de promoción y prevención en colegios, jardines y comedores comunitarios de la localidad desde el PDA del ámbito escolar, comunitario y el grupo extramural de higiene oral del POS. El tratamiento resolutivo de las enfermedades de cavidad oral se realiza en los 13 centros de atención del hospital que cuentan con el servicio de odontología, por medio de UNIDAD EJECUTIVA LOCAL "PROYECTOS UEL", el hospital realizó el proyecto de prótesis para la persona mayor el cual no alcanzó para toda la población perteneciente a esta etapa de ciclo vital que requería el tratamiento protésico.

Es notorio como desde el plan de intervenciones colectivas las actividades están concentradas en la UPZ 57 Gran Yomasa debido a la extensión de la UPZ y a la ubicación de las instituciones en la que se interviene como colegios, jardines, comedores comunitarios y familias donde la mayoría de la población esta etapa ciclo vital infancia y juventud, desconociendo que existen problemáticas que deben ser abordadas con personas de la etapa ciclo vital adultez y persona mayor para aportar educación e información que los llevan a tomar las medidas preventivas necesarias para no enfermar. Por lo anterior, las personas adultas son las que más asisten a la consulta pero relacionado su motivo de consulta cuadros agudos de dolor y/ o etapas tardías de la enfermedad que requieren que se extraigan órganos dentarias Eso demuestra la estadística de atención suministrada por el área de sistemas en los 5 centros de atención odontológica ubicados en la UPZ y de los cuales tres la oportunidad de atención odontológica a 15 días generan así problemas de acceso.

El hospital de Usme realiza intervención de salud oral en 17 instituciones educativas de 50 que se encuentran en la localidad, en cuanto a jardines intervenidos 8 de los 32 jardines identificados, a nivel de comedores comunitarios se intervino 1 de los 22 comedores con que cuenta la localidad, a nivel de familias se caracterizaron 150 familias de 2 microterritorios de los 24 que tiene salud a su

casa y de un total de 28800 familias, cabe la pena aclarar que la parte rural no fue tenida en cuenta para las actividades que se realizan en el PDA de salud oral. Esta baja cobertura en las instituciones mencionados anteriormente se debe a la asignación presupuestal dada por la Secretaria Distrital de Salud, y el cual no es coherente para responder a las necesidades de la población de la localidad por tal motivo al momento de ejecutar las acciones el presupuesto se queda corto frente a las acciones a desarrollar con nuestra población.

También encontramos un problema en el seguimiento de pacientes remitidos desde los diferentes ámbitos de salud pública y así obtener una base de datos confiable para realizar el seguimiento a las canalizaciones efectivas de los usuarios a las IPS.

4.9.5 Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI

El Programa Ampliado de inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones unidas del mundo y organizaciones internacionales tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir la enfermedad y mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

Puede decirse que el PAI es uno de los programas de Salud Pública que ha mostrado los mejores resultados en la protección de la salud en especial la de los niños y por tanto que tiene bondades indiscutibles en términos de costo – beneficio.

Siguiendo con los lineamientos definidos por el Ministerio de Protección Social y la Secretaria Distrital de Salud, el programa ha tenido un importante desarrollo y ha fortalecido todas las estrategias operativas del programa: a nivel intramural prestando el servicio institucional garantizando accesibilidad, oportunidad y calidad en 13 puntos de carácter público y 5 puntos privados, realizando demanda inducida de los usuarios que acceden al servicio y a nivel extramural el hospital cuenta con un equipo de vacunación que es el encargado de realizar las visitas casa a casa, a instituciones de protección infantil, con el fin de captar todos los niños que no tienen el esquema de vacunación adecuado para la edad y que no acuden a los servicios de vacunación. Adicional a estas estrategias, se realiza seguimiento telefónico a todos los niños menores de un año y de un año que residen en la localidad siendo esta intervención la de mayor aporte a la meta local.

Desde el 2003 se ha evidenciado un incremento notable en las coberturas de vacunación para la población menor de un año y de un año, siendo los tres últimos años 2006 2007 y 2008 los años con mayor cumplimiento en la cobertura administrativa local obteniendo coberturas del 90.4%, 85.1% y 102% respectivamente. Al evaluar en términos de accesibilidad al programa, encontramos que para los últimos tres años la tasa de acceso entendida como la proporción de niños que han sido captados por el servicio de vacunación intramural o extramural con relación a la población total de este grupo, ha sido del 80.3% en el 2006, del 78% en el 2007 y del 91.1% para el 2008, estos resultados nos indican que durante el 2008 se fortalecieron las estrategias para captar la población, tener el 91.1% de la población captada es una ganancia para el cumplimiento de metas.

Pese a todas las estrategias implementadas y al aumento en las coberturas administrativas de vacunación en la población menor de dos años y una vez obtenido el resultado del monitoreo rápido de coberturas de enero a diciembre de 2008, no se ha logrado vacunar al 100% de la población infantil, lo que significa que en la localidad aún hay niños susceptibles de adquirir enfermedades inmunoprevenibles. Por esta razón es necesario adoptar nuevas estrategias o mecanismos de participación social y comunitaria que impliquen movilización social identificando actores y potenciales aliados en la localidad, que se conviertan en socios colaborativos en la difusión y divulgación del programa de vacunación, adicionalmente, el resultado del monitoreo rápido de coberturas permitió identificar los motivos de no vacunación para el año 2008, del total de menores encuestados (514 menores de 2 años) 60 niños no estaban vacunados oportunamente de este total se evidencio que el 73.7 % no estaban vacunados por falta de tiempo del padre o cuidador, el 22.1% "niño no afiliado" y el 4.2% "niño con gripa".

Por otro lado, tenemos que uno de los objetivos del Programa Ampliado de Inmunizaciones a nivel mundial es la eliminación del tétanos neonatal, en algunas regiones del país, el tétanos neonatal es todavía un problema de salud pública significativo, en Colombia la vacuna de Toxoide tetánico y Toxoide diftérico se utiliza para prevenir el tétanos neonatal a través de su aplicación a las mujeres en edad fértil, se debe garantizar, al menos, dos dosis de toxoide tetánico y diftérico a todas las mujeres en edad fértil (10 a 49 años) y al 100% de las gestantes.

Para el año 2008 se aplicaron en la localidad 5.136 dosis de Toxoide tetánico y Toxoide diftérico a mujeres en gestación y 3.503 a mujeres en edad fértil; en total se aplicaron 8.639 de esta vacuna a población entre 10 y 49 años de edad.

Adicional a la vacunas del programa regular de vacunación, Bogotá desde el año 2005 incluyó en el esquema de vacunación la vacuna de influenza para la población mayor de 60 años. La influenza es una enfermedad viral altamente infecciosa, afecta a todas las personas de todas las edades y produce altas tasas de morbilidad y mortalidad cada año; aunque se presenta con mayor frecuencia en niños, tienen mayor mortalidad en la edad extrema de la vida, o en personas de cualquier edad con factores de riesgo para la presencia de complicaciones.

El objetivo de la aplicación de esta vacuna, es disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en niños de 6 a 23 meses de edad y adultos de 60 años y más a través de la jornada de vacunación contra influenza que se realiza cada año en los meses de abril y mayo.

Para el 2008 la localidad quinta vacuno 9.348 adultos mayores de 60 años obteniendo una cobertura de vacunación del 100%.

Análisis de la Gestión Social Integral

El plan de desarrollo “Bogotá positiva: para vivir mejor”, 2.008 – 2.012, busca afianzar una ciudad en la que todas y todos vivamos bajo unas condiciones de calidad de vida, favorables para el desarrollo social, se reconozcan, garanticen y restablezcan los derechos humanos y ambientales con criterios de universalidad e integralidad. En este plan se sustentan seis objetivos estructurantes, dentro de los cuales Derecho a la Ciudad. Se identifica como el primer objetivo, plantear el reconocimiento, restablecimiento, garantía y ejercicio de los individuales y colectivos en la que se disminuyan las desigualdades injustas y evitables.

En este marco y reconociendo el trabajo desarrollado por el distrito desde vigencias anteriores en el distrito, se ratifica en el artículo sexto del plan de desarrollo distrital, la gestión social integral, como la estrategia para la implementación de la política social, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios.

En congruencia con este contexto, en el 2.008 en el Distrito Capital, se inicia con el diseño de un plan operativo que se armonice con la articulación transectorial, frente a lo cual, en cabeza de la Secretarías Distritales de Salud e Integración Social se lidera el convenio de asociación 2978, cuyo propósito se encamina en construir un acuerdo colectivo, a fin de avanzar en la implementación y consolidación de la gestión social integral como la estrategia para la implementación de la política social en el distrito.

Loa avances de la gestión social integral se cuentan desde varios años atrás en la localidad de Usme; los antecedentes son muchos y muy variados, respecto al trabajo adelantado en torno organización social de las comunidades en torno al reconocimiento de sus realidades,

problemáticas, situaciones y los procesos de gestión que buscan fortalecer la participación social y el reconocimiento de sus derechos y potencialidades.

En el año 2.008 desde el Consejo Local de Política Social, se inicia el trabajo hacia la implementación de la gestión social integral, cuando en este escenario social, se aborda el tema de la gestión social integral, como marco conceptual para la propuesta de abordaje territorial, con el propósito de generar acciones integrales que fortalezcan la respuesta social a las problemáticas locales, frente a lo cual se evidencia la necesidad de articular las acciones con del Consejo Local de Gobierno, como principal escenario político y de toma de decisiones, donde confluyen los sectores sociales y entidades que tienen presencia en la localidad.

Se logra establecer un equipo directivo y decisorio donde confluyen la Alcaldía Local de Usme, la Subdirección de Integración Social, el Hospital de Usme y la Dirección Local de Educación, que nace a partir de la socialización de los lineamientos establecidos desde la Alcaldía Distrital, frente a lo cual se define una propuesta inicial de abordaje territorial en torno a la definición de cuatro territorios que agrupan las 7 UPZ de Usme.

Esta propuesta se hace teniendo en cuenta algunos criterios como: número de población y ubicación geográfica en cada UPZ, particularidades territoriales – problemáticas compartidas, tamaño territorial, caracterización de la población – etapas del ciclo vital, problemática social – lectura de necesidades, política social – organización social y el recurso humano, es decir los servidores públicos por cada secretaria o institución a participar en las mesas, frente a lo cual se define el abordaje en cuatro territorios, que son:

Territorio 1: Agrupa las UPZ de La Flora y Danubio

Territorio 2: Agrupa las UPZ de Alfonso López y Comuneros

Territorio 3: Agrupa la UPZ de Gran Yomasa

Territorio 4: Agrupa la UPZ de Usme Centro – Veredas y Parque Entre nubes.

Desde el Consejo Local de Gobierno, como el ente que agrupa la institucionalidad a nivel local, se elige un equipo de trabajo interinstitucional, cuya tarea inicia con el reconocimiento de los territorios, establecer una propuesta de priorización de problemáticas en los territorios definidos, que recoja las problemáticas priorizadas en los encuentros ciudadanos, las cuales se crucen los ejercicios de lectura de necesidades establecidos en los diagnósticos locales y las intervenciones contempladas en el plan de desarrollo local.

Con el desarrollo del trabajo de este equipo intersectorial, se inicia la planeación y el horizonte de las mesas territoriales de calidad de vida y salud, cuyo principal trabajo se ha centralizado en el reconocimiento de los territorios, actores sociales, convocatoria y movilización social de la sociedad civil en torno a las necesidades de las colectividades y la búsqueda de alternativas de solución para optimizar la respuesta, no solo de las instituciones, sino también fortaleciendo los procesos de autogestión con las comunidades.

Como producto de este accionar, nace la propuesta del ejercicio de priorización de necesidades por cada uno de los territorios, adelantada por el equipo operativo interinstitucional. Con estos insumos se logran definir acuerdos para la construcción de los planes de acción territoriales, que se posibilitan gracias a la participación decidida de la comunidad, que haciendo uso de la ciudadanía, se vinculan al proceso, alcanzando un paso indispensable para la consolidación de esta apuesta política. Se logra trascender desde lo interinstitucional hacia el plano comunitario, estableciendo canales de comunicación en doble vía que retroalimentan el proceso del accionar en el territorio, pues permite el empoderamiento de quienes sienten y viven las realidades.

En un trabajo conjunto con la institucionalidad representativa en lo local y la comunidad líder de los territorios sociales, se inician acciones que buscan mecanismos de abordaje en torno a las problemáticas identificadas, definiéndose la necesidad de la participación social y movilización social en el desarrollo de los procesos de gestión frente a la respuesta social institucional e interinstitucional, además de la evaluación periódica y sistemática frente al impacto de las intervenciones y la participación de las instituciones.

Congruente a esto, en el marco del Consejo Local de Política Social, se realiza un ejercicio de cartografía social con la visión territorial y desde la perspectiva poblacional de las etapas del ciclo vital, que permite fortalecer el reconocimiento territorial, retroalimentar los procesos de lectura de necesidades e identificar las potencialidades en cada uno de los territorios establecidos. Sin embargo, la participación y despliegue de representantes de la comunidad no es la esperada, pues argumenta sentirse cansada frente al accionar de las instituciones y su escasa capacidad de respuesta, generando un ambiente de pérdida de credibilidad que no es propicio para el desarrollo de la gestión social integral; sin embargo los resultados de este ejercicio son coherentes con los problemas y necesidades sociales identificados previamente.

Un aspecto fundamental en este ejercicio es que en la comunidad no existe identificación ni reconocimiento con respecto a los territorios definidos desde el plano institucional, pues no se comparten necesidades, aspectos culturales, políticos, y sociales relevantes en un escenario social; frente a lo cual se adelanta un ejercicio de reflexión que cuestiona el quehacer y la apuesta institucional, pues a pesar de ser una iniciativa que nace con el propósito de generar una ruta que facilitara la articulación las comunidades y los territorios, se convierte en un obstáculo, pues la mirada no es la misma, a pesar de que el objetivo sea uno solo.

A inicios del 2.009, se busca fortalecer nuevamente la convocatoria de las instituciones y reevaluar el plan de acción que se elabora el año anterior, que aborda cuatro fases: el acercamiento y reconocimiento a los territorios, la construcción compartida de definición de futuro, la operacionalización de las acciones y el seguimiento y evaluación, con dos acciones transversales claves que son la formación en participación y la comunicación e información.

Se logra fortalecer los dos escenarios de trabajo, definidos en el Consejo Local de Política Social, cuyo propósito es fortalecer la fase de planeación y operación de las acciones, quedando conformados así:

Equipo Directivo: integrado por los representantes legales y gerentes de las instituciones locales quienes cuentan con poder de decisión y cuya función será la de generar un direccionamiento técnico para la operación de la estrategia de gestión social integral. Este equipo directivo se encuentra liderado por la Alcaldía Local, la Subdirección de Integración Social, el Hospital de Usme y la Dirección Local de Educación, específicamente.

Equipo Operativo: conformado por todos aquellos profesionales, gestores sociales, territoriales y demás, que ejecutan acciones en los territorios, encargados de liderar el proceso a nivel social y comunitario, a partir de las decisiones y direccionamiento del equipo directivo.

Sintiendo como prioritario el reconocimiento de los territorios sociales y tras una lucha que nace desde la comunidad y que confluye en el Consejo Local de Gobierno, se genera un espacio de concertación en torno al reconocimiento de la particularidad de los territorios sociales, en este caso enfocada hacia el abordaje diferencial en dos territorios para las UPZ La Flora y Danubio, es decir su división, teniendo en cuenta la relación de los habitantes con el territorio, su sentido de pertenencia e identificación con la localidad, ya que desde la comunidad que integraba la mesa de Flora y Danubio se hizo expreso las marcadas diferencias territoriales y el no encontrar puntos común para el abordaje de la gestión social integral, quedando oficializada la creación de un nuevo territorio a

partir de la división de estas dos UPZ, lucha que también se da en los territorios de Alfonso López y Comuneros, quienes también deciden conformar dos territorios sociales particulares. Es decir, en la localidad de Usme se consolidan seis territorios sociales:

La Flora, Danubio, Alfonso López, Comuneros, Gran Yomasa y Usme Centro, Veredas y Parque Entre nubes.

Actores del proceso.

- Comunidad líder y participante en las mesas territoriales destacándose la convocatoria, participación y liderazgo en el propósito de asumir una visión territorial que reconozca las necesidades, potencialidades y procesos de autogestión, tendientes a fortalecer la respuesta social.
- Alcaldía Local. Lidera la convocatoria y direccionamiento del Consejo Local de Gobierno y también participa en las mesas territoriales.
- Hospital de Usme institución líder en el direccionamiento técnico del proceso, acompañamiento en todas las mesas territoriales y sobre todo la fuente de información para los ejercicios de diagnósticos locales.
- Subdirección Local de Integración Social: Es la institución junto con salud, que lidera el proceso de planeación y desarrollo de las mesas territoriales, contando con la representación de su gerente y de algunos funcionarios que hacen parte de la gestión en los territorios sociales.
- Secretaría Local de Educación. Se destaca la voluntad directiva en la participación del proceso.

Principales logros.

- Posicionamiento de la estrategia de gestión social integral desde el Consejo Local de Gobierno. El hecho de posicionarse en este espacio tan importante, hace que las acciones que se plantean sean analizadas, discutidas colectivamente y se tomen decisiones por parte de las cabezas de las instituciones o sus delegados oficiales, además que el proceso de las mesas territoriales adquiere una especial atención ya que es posicionado desde la Alcaldía Local y se confluye con una representación de casi todas las doce secretarías concebidas en la actual administración distrital.
- Liderazgo y representatividad de la comunidad: la comunidad ha generado espacios de acercamiento y concertación frente a la gestión social integral; a pesar de que partiendo de antecedentes no muy gratos que llevaron a la pérdida de la credibilidad institucional, se han generado esfuerzos colectivos para reconocer los territorios sociales como escenarios de movilización social, que han posibilitado la articulación del trabajo con la institucionalidad.
- Empoderamiento institucional de las instituciones líderes: a pesar de que el convenio contempla solamente a las Secretarías de Salud y de Integración Social, en la localidad de Usme, existe un compromiso propio de las demás secretarías que tienen representatividad en el nivel local, han apoyado al proceso y se han sumado como actores activos en el

reconocimiento territorial y el planteamiento de acciones tendientes a fortalecer la respuesta social desde la gestión social integral.

- Avances en la planeación para el desarrollo de las acciones. El principal avance en términos operativos ha sido la definición de una fase de planeación que ya ha sido ampliamente discutida y retroalimentada desde el Consejo Local de Gobierno, discutida, concertada y retroalimentada en los territorios, que se convierte en el orientador para el desarrollo de las acciones.

Proyecciones.

La gestión social integral para la localidad de Usme, debe ir encaminada en la definición de agendas territoriales que confluyan en la construcción de una agenda social local, concertadas, construidas y definidas entre los actores sociales y políticos (instituciones, comunidad, sector privado entre otros) de la localidad que contribuyan a direccionar la respuesta social en los territorios. En este sentido, debe ser prioritario el fortalecimiento en la participación social frente a los procesos de autogestión, donde la comunidad organizada y articulada a las instituciones locales logre dar respuesta real y tangible.

De otro lado el generar indicadores de impacto que a largo plazo logren determinar la afectación de la calidad de vida de la población de la localidad de Usme, debe ser tenido en cuenta como un factor de medición importante en la estrategia.

Dificultades del Proceso

Se hacen muchos cuestionamientos sobre el impacto que realmente se pueda lograr en las comunidades con la respuesta institucional, habiendo problemáticas locales tan complejas y de tanto tiempo que aún no han podido abordarse a través de un ejercicio intersectorial. Sin embargo, se destaca el liderazgo desde la Subdirección de Integración Social y el equipo de gestión local del Hospital de Usme.

A pesar de que el convenio en torno a la gestión social integral es claro en el objetivo central y las metas que se persiguen, no se plantean ni se tienen en cuenta particularidades que obedezcan a la forma de operación en el nivel local, es decir el cómo se va a llevar a cabo, lo cual redundaría en que no se tenga claridad en el rol que cada una de las instituciones involucradas va a cumplir, al igual que los momentos de trabajo con la comunidad. Al hablar de la gestión social integral, desde el convenio se tiene una limitante conceptual y operativa, ya que actualmente confluyen solamente dos secretarías, por lo tanto la posibilidad de respuesta implícita se ve reducida, teniendo entendido que si bien todas las secretarías, instituciones y demás deberían participar, bajo la normatividad establecida no estarían obligadas a hacerlo. Esto debe ser un paso posterior que se tenga en cuenta en el avance del proceso desde el nivel distrital.

A pesar de que en la localidad de Usme se direccionan las acciones desde el Consejo Local de Gobierno, en ocasiones se tiende a duplicar acciones desde el Consejo Local de Política Social; sin embargo, esto se está fortaleciendo tratando de las acciones en estos dos espacios, teniendo en cuenta que en el Consejo Local de Política Social confluye comunidad representativa en la implementación de las políticas públicas y el Consejo Local de Gobierno si bien es de orden institucional es un espacio de toma de decisiones.

Salud Sexual Y Reproductiva (SSR):

Mesa Local de Sexualidad y género, Comité de Mujer y género y el nodo de SSR hacen parte de la estrategia de abordaje de la SSR en la cual participan las instituciones a nivel local que tienen

competencia en esta área (salud sexual y reproductiva) se encaminan a la restitución los derechos de los niños y niñas. Frente a las problemáticas previamente descritas, la Red Social Materno Infantil, se fundamenta como un proceso organizativo que tiene como objetivo general el fortalecimiento de las redes sociales primarias y secundarias en lo local, con el fin de aportar a la protección de la primera infancia desde un enfoque de derechos y políticas públicas. En este marco, en el ciclo vital infancia, la RSMI ejecuta las siguientes acciones:

1. Desarrollo procesos pedagógicos: como acción transversal de las intervenciones de la red se generan grupos de apoyo y procesos pedagógicos con cuidadores, niños y niñas hasta los 10 años de edad, que tiene como objetivo el posicionamiento de la política pública de infancia y adolescencia, los mecanismos de restitución de derechos para este grupo poblacional, el fomento de prácticas clave para el cuidado de la primera infancia, la promoción de las rutas institucionales en salud para la primera infancia, la promoción de la participación de la infancia en los espacios de decisión local y comunitaria y la prevención del maltrato, abuso y explotación infantil. Estos grupos se realizan de manera mensual con una intensidad de dos sesiones al mes y con un proceso de lectura de necesidades en el marco de las fases estipuladas por la caja de herramientas de SDS (alistamiento, desarrollo, evaluación). Si bien estos procesos se han realizado según lo dispuesto por los lineamientos SDS y se ha logrado el fomento y posicionamiento de la política de infancia y la ruta institucional en servicios de salud para la infancia tanto en lo comunitario como en lo institucional, se evidencia que esta metodología no genera el impacto esperado por los límites en recursos económicos para ofrecer en los grupos piezas comunicativas en derechos de la infancia, por la no oportunidad desde los tiempos y acciones de la red para el seguimiento a casos de niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad psicosocial y por la ausencia de acciones no dadas en el lineamiento para la articulación con los ámbitos de vida cotidiana.

2. Grupos focales con el objetivo de identificar los imaginarios sociales construidos en torno a la infancia, la protección de los derechos de la infancia, la apropiación de la política pública de infancia y adolescencia y la apropiación de prácticas seguras para la protección de la vida de este grupo poblacional. Estos grupos han sido sistematizados y socializados en nodos, jornadas de movilización social y escenarios institucionales con el fin de dar a conocer la voz de cuidadores, niños y niñas en estos escenarios. Sin embargo, si bien los grupos focales representan una herramienta metodológica clave para el acercamiento a la comunidad y el posicionamiento de las necesidades de la infancia en el espacio local e institucional, se convierte en una acción repetitiva que no genera impacto en la comunidad ni en las instituciones pues no existen recursos para sacar de este proceso estrategias comunicativas masivas o generen procesos de movilización social. El déficit en esta intervención se da ya que la captación en la mayoría de las gestantes se da después de la semana 20 por inicio tardío de controles prenatales, la población es fluctuante es decir que se puede perder o desconocer el destino de la gestante cuando se traslada de vivienda o localidad y no se da el acompañamiento durante toda este proceso.

Para los jóvenes las fortalezas de la educación sexual actual son la información, las campañas, proyectos, capacitaciones y talleres que se brindan por parte de las instituciones a la comunidad en forma de promoción y prevención de la salud, sin embargo ellos piensan que estas campañas no llegan a todas las personas y que la información no se multiplica de manera adecuada en áreas de alto riesgo por su bajo nivel económico y académico.

También manifiestan que estas campañas no vinculan a los padres de familia y aunque los adolescentes y jóvenes reciban la información, los padres no saben cómo orientarlos por lo que simplemente se limitan a evitar el tema, llevándolos a indagar en los medios menos adecuados.

En la adultez por ser población fértil, todos los servicios en SSR se focalizan en estas personas, se busca evitar embarazos con periodos intergenésicos cortos en cada mujer, canalización efectiva a todos los servicios de salud sexual, seguimiento a población frente a eventos de interés en SSR. Aunque existe un gran nivel de intervención en esta población, se evidencian barreras de atención desde la territorialidad o aseguramiento de los usuarios limitando la adherencia a los programas. A su vez la genitalización de la sexualidad desde los programas en las ofertas de los servicios, hace que solamente se contemple la planificación familiar y la atención en control prenatal, siendo importante que se aborde desde la integralidad psicosocial, es decir, en la atención y seguimiento a las violencias de tipo sexual las cuáles son especialmente notificadas pero cuyo seguimiento se ve abocado a una meta limitada establecida que no permite un seguimiento y tratamiento integral que también se encuentra focalizado por aseguramiento o territorialidad. En las barreras de tipo geográfico y de contratación que se da para su atención, fragmentando el servicio y ocasionando barreras e inasistencia a los controles prenatales y parto, siendo factores de riesgo en morbi mortalidad materna perinatal. La atención y seguimiento en las ITS se ve limitado dado que se establece sólo desde la notificación y el recurso humano se encuentra insuficiente en tiempo para la realización oportuna de los seguimientos y adherencias a los tratamientos.

En el análisis de los datos, se encuentra información relevante como: Inscripción tardía al control prenatal, amenaza de aborto, antecedente de cesárea, alteraciones en el peso materno (bajo peso y sobrepeso).

Este conjunto de patologías conllevan a un riesgo mayor de morbi-mortalidad materno-perinatal y sobre estas mismas patologías debe estar concentrada la atención del sistema de salud, sin olvidar la importancia de las estrategias elaboradas para prevenir los embarazos no planeados.

Salud Mental

No hay suficientes instituciones a nivel público y privado pertinentes para la intervención que se articulen en los diversos espacios intersectoriales de la infancia y en la mesa local de trabajo infantil, además tras la problemática de explotación sexual comercial no hay un espacio donde se puedan socializar específicamente estas temáticas o realizar un trabajo exhaustivo en la identificación de casos.

El subsistema SIVIM presenta algunas dificultades que entorpecen el cumplimiento integral de la atención a la víctima de maltrato intrafamiliar y violencia sexual. La localidad cuenta con una centro zonal del ICBF ubicado en el centro de Usme lo cual dificulta el acceso a gran parte de la localidad que por problemas de ubicación y económicos no puede asistir a la entidad y si se suma la alta carga laboral del ICBF que obliga a que las personas que quieren acceder a sus servicios tengan que presentarse en varias ocasiones trae como consecuencia la pérdida de los casos ya que en muchas ocasiones las víctimas pierden el interés en denunciar y continuar el proceso por las dificultades que se citan. Con respecto a la comisaría de familia sucede una dinámica similar, actualmente la localidad cuenta con 2 sedes que resultan insuficientes para las necesidades presentes en la localidad. Por otra parte, la localidad carece de un Unidad de Reacción Inmediata (URI) que permita la atención oportuna de las víctimas de violencia sexual o maltrato severo, dificultando la canalización para la realización del examen por parte de medicina legal y así garantizar una acción legal efectiva sustentada en pruebas importantes proporcionadas por un examen adecuado y oportuno.

En cuanto a los servicios psicológicos requeridos por las víctimas de maltrato intrafamiliar o violencia sexual del régimen subsidiado, se debe resaltar una falta de profesionales en psicología para brindar los paquetes de salud mental a las víctimas de violencia proporcionados por el Hospital de Usme en los centros de salud ubicados en la periferia de la localidad, lo cual genera

un barrera de atención teniendo en cuenta que muchas de las familias dentro de la localidad no cuentan siempre con los recursos necesarios para asistir a los centros con profesionales en psicología ubicados en la localidad actualmente. Con respecto a las víctimas de violencia pertenecientes al régimen contributivo se ha evidenciado una grave barrera de atención de parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no asignar citas, asignarlas después de varias semanas de solicitarlas, ofrecer el servicio en centros ubicados al otro extremo de la ciudad y cobrar las consultas estos factores impiden el acceso a los servicios de psicología y no permite una restitución de derechos de las víctimas integral.

Por último, cabe resaltar que en la localidad de Usme aún se presentan acciones que denotan la poca importancia que se le da a los eventos de violencia sexual y maltrato intrafamiliar por algunos integrantes del personal de salud y administrativo de las entidades de salud ubicadas en la localidad. Aunque este factor ha mejorado, aún se evidencian barreras de atención impuestas por este personal que no le permiten acceder a los servicios médicos o asesorías adecuadas a las víctimas de violencia lo que trae como consecuencia frecuentemente la pérdida de la presunta víctima, la continuación del círculo de violencia y problemas médicos al mediano o largo plazo.

Para finalizar, una de las dificultades que se ha presentado y que no facilita se visibilicen las intervenciones de Salud Mental, se refleja en la percepción que tiene la comunidad abordada con relación al asistencialismo puesto que solo esperan obtener beneficios enlazados con alguna ganancia material que se brinde de inmediato, puesto que la finalidad a largo plazo es generar cambios que les permita afrontar las realidades de una forma asertiva y que les genere una mejor calidad de vida.

Como se ha mencionado a lo largo de los ámbitos y componentes del Plan de Intervenciones Colectivas –PIC-, esta atención se modificó hacia finales del 2009 teniendo en cuenta los decretos de emergencia social de la Comisión de Regulación En Salud –CRES-. Dicha modificación se basó en la unificación del Plan Obligatorio de Salud –POS-, la cual incluía entre otros, el servicio de Psicología en las responsabilidades de las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas –EPS’S-, por lo cual la contratación y por ende la atención cambió considerablemente reduciendo las posibilidades de atención a menores de edad, ya que dicha atención debería entonces brindarse o autorizarse por las EPS’S, lo que se traduce entonces en la generación de barreras de acceso a los servicios de atención psicológica.

Por lo anterior, al dictarse estos decretos de emergencia social, se redujo considerablemente la atención por psicología la cual cuenta para cada consultante, con un total de 13 actividades por los profesionales, entre las que se encuentran sesiones individuales y familiares por Psicología, sesión y visita domiciliaria por trabajo social, y sesión de interconsulta entre los profesionales; esto haría del paquete, un modelo integral de atención psicoterapéutica.

Teniendo en cuenta este contexto, y entrando a la atención brindada por el grupo de profesionales en psicología, desde consulta externa, durante el año 2009 se terminaron 1340 tratamientos de atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales en las 9 IPS del Hospital, en los cuales se atiende en promedio 10 sesiones desde el área de psicología y tres sesiones desde el área de trabajo social para un total de trece sesiones en el cual se hace un cierre de caso para los pacientes con los cuales se cumplen los objetivos terapéuticos encaminados hacia el restablecimiento de los derechos y la salud mental de las víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales.

Como indicador durante el 2009, se plantea desde el número de tratamientos planeados frente al número de tratamientos terminados; teniendo en cuenta esto, el número de tratamientos planeados fue de 1680 y los tratamientos terminados fue de 1340 lo cual corresponde a un nivel de

cumplimiento del 80%, el cual se debe comprender teniendo en cuenta la reducción de la atención por los decretos de emergencia social, y que llevó a una reducción del equipo de salud mental.

Entre otras problemáticas atendidas por los psicólogos de consulta, se encuentran la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y la enfermedad mental crónica, de las cuales como se observa en la gráfica anterior el consumo de sustancias psicoactivas sobresale con un 40,49% sobre las otras problemáticas, seguido de la enfermedad mental crónica con un 32,61% y suicidio (idea, ideación e intento) con un 26,89%.

Según las etapas del ciclo vital se hace evidente con los niños, el manejo de pautas de crianza, fortalecimiento de los canales de comunicación, manejo del control de impulsos vistos desde la agresión y violencia intrafamiliar modelada por su núcleo familiar ya que se ha convertido en parte de la cultura hasta tal punto que se hace de forma habitual minimizando las consecuencias que puede generar en el desarrollo de los niños generalizando la agresividad hacia otros contextos de interacción. Esta problemática está tan arraigada a la cultura de la localidad que se conviene en una alternativa de expresión de sentimientos tales como el afecto, el descontento, la frustración, ira, tristeza, entre otros.

Respecto a la juventud se encuentran dificultades relacionadas con el déficit en comunicación, limitación para reconocer las necesidades y las emociones del otro, especialmente dentro del grupo familiar, pobre auto concepto, déficit en habilidades de afectividad. La carencia o limitación en su proyecto de vida en sus diferentes áreas tales como afectiva, laboral, académica, familiar, sexual lo cual incide en la presentación de las siguientes problemáticas: embarazo en adolescentes, consumo de sustancias psicoactivas, ingreso a grupos delictivos, disfunción familiar, violencia entre pares en diferentes niveles de agresividad convirtiéndose las áreas sociales en marco de una gama de agresiones físicas y verbales entre individuos y/o grupos preexistentes.

Incurсионando en la etapa de la adultez se evidencian relaciones de poder basadas en el control por medio de la violencia física, emocional, económica, en las relaciones de pareja formal e informalmente establecidas, aunque en la localidad se evidencia mayor prevalencia de relaciones informales. De igual manera, se observan cuadros clínicos asociados más hacia los trastornos ansioso-depresivos.

Con el objeto de terminar las etapas de ciclo vital relacionándolas con los diferentes trastornos y/o cuadros clínicos, en la persona mayor, se presentan enfermedades médicas asociadas a cuadros depresivos, como por ejemplo enfermedades crónicas, de vías digestivas asociadas a la falta de control de su organismo y su contexto, demencias entre otros, teniendo en cuenta las limitaciones que le genera.

Se evidencian dificultades emocionales asociadas a la inactividad o falta de ocupación, condición laboral, síndrome del nido vacío, entre otros, también asociadas a la carencia de los programas ocupacionales para la persona mayor, relegando así al adulto mayor a actividades como la crianza de los nietos, o en última instancia a la mendicidad. Por lo anterior, es fundamental resaltar que los estados depresivos del adulto mayor no se asocian de manera directa a la ideación suicida estructurada, sino con idea o deseo de muerte sin llevarlos a cabo, teniendo en cuenta la protección de las creencias religiosas arraigadas.

Se observa que durante el año se encontró en la atención en el POS que 168 de los consultantes presentaron algún tipo de ideación o intento de suicidio, 244 casos de consumo de SPA Y 181 de pacientes con algún tipo de enfermedad mental.

A pesar de tantas dificultades, la atención a las y los pacientes tiene todo el aporte de calidez y calidad que desde la ética y la empatía del profesional debe aportarse; se reconoce el esfuerzo que

se despliega permanentemente en los diferentes puntos de atención para acoger y atender de la mejor manera a las personas que demandan los servicios de salud mental.

Se ha logrado un posicionamiento progresivo de la atención a través de paquetes en las localidades, lo que se refleja en la variedad de canalizaciones provenientes de las instituciones de los diferentes sectores.

La articulación de los profesionales POS Y PIC en la localidad de USME es adecuada debido a que en el comité de salud mental del hospital los referentes del PDA y del POS Participan activamente y convocan a los profesionales del PIC Y POS.

Así mismo, en la localidad quinta se llevó a cabo un proceso de calidad donde se estandarizaron procesos de salud mental en relación a las historias clínicas, guías para la atención de los usuarios y formatos necesarios para el funcionamiento de los paquetes.

Transversalidad de Ambiente:

Las problemáticas ambientales de la localidad de Usme, representan claramente las brechas sociales y económicas que afectan a su población, que se enfrenta a una exposición diferencial referida a presencia de contaminantes ambientales, carencia de servicios básicos como el acceso a agua potable, entre otros.

Estos factores deteriorantes de la salud, la calidad de vida y el ambiente, se ven agravados por la falta de rigurosidad para lograr el cumplimiento de las normas ambientales vigentes.

En general, los determinantes ambientales que presumiblemente afectan la salud de la población de la localidad de Usme en las zonas rural y urbana son intervenidos de distintas maneras por los componentes de la transversalidad de ambiente, dependiendo del ámbito de acción y del nivel de los determinantes identificados; sin embargo, las acciones desarrolladas no logran los impactos que se requieren, debido a que aunque el sector salud intervenga con sus acciones promocionales y preventivas, a nivel de los ámbitos; de gestión a nivel de Gestión Local; y de vigilancia y control, desde Vigilancia Sanitaria, si no se cuenta con la participación en los procesos de sectores como ambiente, hábitat, planeación o Alcaldía Local, las condiciones ambientales de la localidad no presentan cambios significativos. Esta falta de integralidad en la respuesta no solo se presenta a nivel intersectorial, sino a nivel institucional entre los componentes de la transversalidad, lo que obedece a la falta de planeación de manera conjunta y a los requerimientos que se plasman en los lineamientos para cada componente. Por otra parte, aunque todas las intervenciones que se realizan son pertinentes a las problemáticas identificadas, el abordaje de los determinantes es insuficiente, ya que se concentran en algunos determinantes individuales y/o intermedios. Igualmente, los recursos designados no son suficientes para abarcar procesos en todos los territorios, y específicamente en la zona rural, que es la más extensa.²⁷⁵

Las condiciones del ambiente y los entornos poco saludables afectan a las personas en todas las etapas del ciclo vital; así, los infantes y personas mayores, por la vulnerabilidad propia de estos rangos de edad, se enfrentan a factores como contaminantes en el aire, agua y alimentos, que aportan a la presencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales. En las etapas de ciclo juventud y adultez, las personas son factores determinantes en las condiciones ambientales del territorio, a partir de procesos de urbanización, manejo de los recursos naturales, producción de residuos, desarrollo de actividades económicas, así como la movilización social y política. El déficit de la respuesta se observa principalmente para las etapas de ciclo vital infancia y persona mayor, ya que hasta el momento no se tiene ni siquiera conocimiento de cómo las condiciones ambientales

²⁷⁵ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Ambiente. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

han causado deterioro en su salud. De los procesos que cada intervención desarrolla, pocos intervienen directamente comunidad en estas etapas de ciclo vital. Las brechas anteriormente descritas afectan a todas las etapas del ciclo vital.

Respuesta territorial

Toda la localidad enfrenta las problemáticas ambientales descritas, en diferente medida. Respecto al déficit de la respuesta, los territorios con mayor cobertura de intervenciones son Gran Yomasa, La Flora, Danubio, UPR 3 Tunjuelo.

La respuesta actual del sector salud, está enmarcada en la Política Sectorial de Salud y Ambiente, y contenida en el PASA (Plan de acción en Salud Ambiental). Aborda a través de las tres categorías de gestión, acompañamiento en procesos del parque entre nubes, UPZ Danubio y quebrada Hoya del Ramo, abastecimiento de agua potable en zona rural, residuos de agroquímicos. PIES: Realiza procesos de promoción y prevención los temas: saneamiento básico alternativo, residuos de agroquímicos, residuos sólidos en zona urbana, agricultura urbana, vivienda saludable. ECOS: fortalecimiento a grupos de comunidad para abordar los temas: recuperación de flora nativa en cerros orientales, recuperación quebrada Hoya del Ramo, formación en líneas de Política de Salud y Ambiente. PAESA: por medio de la educación en salud ambiental trabaja los temas: manejo de residuos, conservación del recurso hídrico, ruido, contaminación visual, calidad de aire y tenencia adecuada de mascotas y huerto escolar.

El déficit de la respuesta de la transversalidad de ambiente se presenta en general en: falta de recursos para dar cobertura a todos los sectores que requieren de las intervenciones, bajo posicionamiento del sector salud como orientador idóneo para la construcción de respuestas integrales, desconocimiento de la morbilidad por territorios para plantear hipótesis de la carga ambiental en la salud, falta cobertura y articulación intersectorial para abordaje de problemáticas en zona rural, falta de articulación explícita o línea técnica unificada en los lineamientos. Internamente se presentan deficiencias en la planeación de la transversalidad, que proyecta sus intervenciones sin priorizar las problemáticas de cada territorio.

Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud

La línea de intervención relacionada con la gestión, actúa en los niveles comunitarios, locales, territoriales y distritales requeridos para avanzar en procesos de salud ambiental; a través del desarrollo de las categorías propias como componente de Gestión Local: Posicionamiento Político, Construcción del conocimiento y Direccionamiento Estratégico.

Dentro de la Localidad de Usme, GESA tiene intervención directa en procesos en las UPZ Gran Yomasa y Danubio y en la UPR 3 Río Tunjuelo. Territorialmente, la respuesta es insuficiente, ya que existen diferentes problemáticas que pueden abordarse y obtener resultados a partir de la gestión en los diferentes niveles.

La intervención presenta dificultad en relación con la metodología para posicionamiento político de la transversalidad, que aunque se realiza de forma intrínseca en todas las acciones que se adelantan, no presenta de forma explícita la Política Distrital de Salud y Ambiente y el lineamiento técnico de la transversalidad de ambiente, aspecto que ampliaría la perspectiva de la comunidad acerca de su salud ambiental.

Con respecto al tema de construcción de conocimientos, no sólo la línea de gestión, sino toda la transversalidad, tiene insuficiencia en información actualizada de las condiciones de salud de la población, específicamente de morbilidad y mortalidad asociada a condiciones del entorno, como EDA o IRA. Por lo tanto este tipo de datos no se incluye en los análisis ni son tenidos en cuenta en los planes de acción que se construyen en cada vigencia.

Transversalidad SAN

Teniendo en cuenta que el nivel de ingresos de las familias de la localidad incide en la Seguridad Alimentaria y Nutricional y por ende en el estado nutricional de los integrantes de estas, a continuación se realiza el análisis en torno a esta problemática presentando información proveniente de diversas intervenciones desde el sector que permiten evidenciar esta situación.

A nivel local se asumió la tarea de construir insumos para el ejercicio de la Política Pública Distrital de SAN, realizando durante el año 2007 una lectura de necesidades con diferentes actores resultante en una lista de problemáticas por cada una de las dimensiones de la política, para el año 2008 se llevó a cabo la construcción del plan local -en esta localidad por decisión de los actores que trabajaron en el proceso en cabeza de la secretaria técnica se priorizaron dos problemas, mientras que en la mayoría de localidades se seleccionó solamente uno- siendo escogidas las dimensiones de disponibilidad (inadecuadas e ineficientes cadenas locales de abastecimiento) y acceso (falta de programas de asistencia alimentaria en los sectores Usme centro, Alfonso López y Danubio).

Disponibilidad

Al igual que en el distrito, Usme posee dificultades en la disponibilidad de alimentos, caracterizadas por falta de organización entre algunos productores, comercializadores y consumidores, generando una intermediación innecesaria que encarece los precios de los alimentos, donde la individualización del productor rural y la falta de implementación de procesos de planificación, en términos de las actividades productivas, promueve que las producciones se concentren en picos que resultan perjudicando tanto al productor como a los consumidores. A su vez, la falta de articulación entre los actores implicados, incide en el comportamiento de otras problemáticas sociales, como lo es la baja calidad de los alimentos.

Tal como lo plantea el estudio de caracterización realizado por la Universidad Distrital Francisco José de Caldas para el año 2006, frente a la cadena de carnes, lácteos, frutas y abarrotes, se observa que el abastecimiento de los productos se caracteriza por altos en los precios de estos, igualmente existe una cantidad considerable de intermediarios; insatisfacción por altos precios, pedidos incompletos, altos costos de transporte y alimentos no frescos, en parte debido a la lejanía de los sitios de compra.

De otra parte es importante evidenciar diferentes limitantes para el abastecimiento tales como: la inseguridad en algunos sectores de la localidad (Danubio, La Fiscalá, Altos del Pino), vías en mal estado (Compostela, vías internas de transporte público y vía Tenerife); invasión del espacio público en especial sobre la Av. Usme, lo cual provoca a su vez congestión para el transporte, distancia entre los diferentes puntos de la localidad (en especial en el caso de los comedores comunitarios), falta de transporte urbano en las partes altas de la localidad y en zonas internas, factores geográficos relacionados con sectores que están sobre la pendiente dificultando la distribución de los alimentos. En parte esta situación se presenta debido a que la localidad fue pensada bajo la lógica de la invasión y no del ordenamiento, la ubicación de la localidad a la periferia de la ciudad provoca sobrecostos en términos del transporte de alimentos desde otras zonas de la misma ciudad, la zona rural de la localidad se encuentra invisibilizada, la distribución para la zona rural es precaria, los agricultores deben viajar en buses intermunicipales, no tienen cerca lugares para abastecerse de alimentos y artículos básicos, en el sector rural las vías se encuentran en malas condiciones, la vía al llano después de Comuneros se encuentra en reparación y solo funciona un carril, existe contaminación ambiental, asociada a inadecuado depósito de residuos sólidos, contaminación de rondas de los ríos y quebradas y asentamientos urbanos cercanos a ríos y quebradas, lo que hace que se dificulte la inocuidad de los alimentos. Falta de corredores de movilidad de los barrios en la parte alta de la UPZ Comuneros.

Una de las principales áreas marginadas en términos del abastecimiento es la UPZ La Flora pues no posee vías de acceso que comuniquen directamente a esta con la localidad, sumado a ello en horas de la tarde se carece de transporte hacia este sector de la localidad, además existen barreras a nivel geográfico que impiden que el abastecimiento de alimentos sea óptimo en todos los sectores de la UPZ.

Uno de los principales productos que presentan problemas en su abastecimiento es el pollo, a nivel local no existe un mercado o criadero de pollos que pueda abastecer al total de la localidad, la mayor parte del pollo es traído de fuera de la localidad y es distribuido en los puntos de concentración del comercio (UPZ Gran Yomasa).

Acceso

Es de anotar, que aunque los indicadores muestran ciertos aspectos de los avances y retos en el nivel local frente a la gestión, en general las cifras, muestran un desmejoramiento o mantenimiento del bajo nivel de calidad de vida para los niños y niñas menores de 17 años y para las gestantes y lactantes de la localidad, asociadas mayormente a la pobreza y en general a la imposibilidad de adquirir alimentos adecuados de manera constante y según las necesidades de cada uno.

Se evidencia la ausencia de procesos adecuados de movilización social que permitan que las comunidades se organicen en torno a sus necesidades y busquen de manera común soluciones efectivas a través de la asociación y el trabajo en red, para garantizar la sostenibilidad alimentaria y nutricional

Por otro lado, los distribuidores de mercancías o productos de bajo nivel nutricional (gaseosas, paquetes) cuentan con mayor facilidad de llevar a los supermercados y dar más facilidades de pago en relación con los encargados de distribuir alimentos tales como frutas o verduras y los campesinos de la localidad, y esta distribución además está mediada por una serie de intermediarios que suben el costo y maltratan los productos llegando al consumidor final muchas veces en mal estado.

La falta de programas de asistencia alimentaria en algunos sectores afecta el acceso de las personas más vulnerables a programas de apoyo alimentario y de forma coyuntural se presentan algunas situaciones como permanencia prolongada de beneficiarios en estos programas, lo cual genera la existencia de largas listas de espera. Ante esta situación se cuestionan los criterios de inclusión y permanencia en estos programas, dado que existen prioridades a nivel mundial y a nivel nacional relacionadas con poblaciones específicas denominadas vulnerables.

Sumado a esto se reconoce que no existen respuestas institucionales desde los diferentes sectores que posibiliten el acceso a los alimentos, ya que inicialmente estos territorios de la localidad (Usme centro, Alfonso López y Danubio) no fueron objetivo prioritario del anterior programa “Bogotá sin hambre”.

El diagnóstico local se alimenta con la información suministrada por la Secretaría de Integración Social que es el ente encargado de recibir y atender las solicitudes para acceder a comedores comunitarios. Esta información, aunque no es suficiente para dar cuenta de la situación completa de espera e inclusión en el programa, al ser complementado por las lecturas de necesidades e informaciones recibidas de parte de la población, brinda un panorama de la inconformidad e insuficiencia tanto en la cobertura como en la focalización que se hace durante el programa.

Con respecto a la distribución de los programas de apoyo alimentario por territorio, a continuación en la tabla 66 se presenta el resumen de usuarios beneficiarios de los programas de asistencia alimentaria brindados por SDIS:

Tabla 66. Distribución número de comedores por territorio y cobertura 2009

TERRITORIO	NUMERO DE COMEDORES	COBERTURA COM-EDORES	COBERTURA CANASTA	TOTAL
Alfonso Lopez	2	450	323	773
Comuneros	6	1950	553	2503
Danubio	3	850	340	1190
Gran Yomasa	7	2281	231	2512
Flora	4	1400	23	1423
Usme Centro	1	200	281	481
TOTAL	23	7131	1751	8882

Fuente: SDIS 2009

A pesar de la oferta de programas de asistencia alimentaria existente a nivel local se debe resaltar la insuficiencia de estos debido a las listas de espera que superan en algunos casos como en Alfonso López, una de las UPZ con mayor recepción de población desplazada, las 400 personas por comedor comunitario o canasta alimentaria

En SAN existen dificultades en acceso a servicios en salud, en tanto se evidencian varios inconvenientes, entre los cuales se puede mencionar: únicamente se autoriza la atención por nutricionista de primer nivel a usuarios cuya afiliación sea Fondo Financiero Distrital, quienes cuentan con otra afiliación deben ser remitidos por médico a segundo nivel con pediatría o nutrición, así mismo los médicos no realizan remisión a este servicio y finalmente la convocatoria realizada por parte de los encargados de esta no es efectiva, a pesar de la insistencia de esta por parte de la nutricionista.

Existen además inconvenientes en los procesos de distribución pues se evidencia que en algunos centros donde hay poca concurrencia de pacientes o usuarios la bienestarina se acumula (UBA El Destino) sin ninguna garantía adecuada de almacenamiento, mientras que en un centro como la UPA Marichuela que tiene una gran demanda, la bienestarina se agota pronto. Así mismo las nutricionistas del equipo de SISVAN quienes son las que están en contacto permanente con la comunidad no se encuentran autorizadas para entregarla en sus visitas.

Se evidencia también la falta de articulación y elevada concentración de ayudas en algunas UPZs, cuando en otras no se evidencia presencia de entidades que respondan a las necesidades de la población, por ejemplo la zona rural y la UPZ La Flora.

Es necesario que la cobertura en temas de seguridad alimentaria y nutricional se amplíe en especial en los ciclos de adultez y persona mayor teniendo en cuenta que no hay ninguna intervención dirigida a esta población específica y en muchos casos se ha identificado que las personas mayores sufren los embates de la inseguridad alimentaria debido a que los núcleos familiares no consideran prioritaria la alimentación de los ‘abuelos’.

Consumo

En cuanto a los programas de apoyo alimentario se ha observado empíricamente que las familias o individuos usuarios no comportan mejorías evidentes a nivel nutricional, debido a que en vista de su situación de inseguridad alimentaria, la única comida sobre la que se tiene certeza es la brindada

en el comedor respectivo. Esta situación permite evidenciar una problemática compleja con varias aristas entre las cuales se encuentra la visión paternalista del Estado por parte de los usuarios según la cual “si allá me dan de todo, no hay para que esforzarse” y otra en la cual resalta la situación de familias desplazadas, recicladoras y sin ingresos fijos o suficientes que los llevan a tener como única opción alimentaria el programa de comedores. Es difícil tener certeza sobre la proporción de usuarios o familias que usan una u otra estrategia ya que este está en cabeza de la Subdirección Local de Integración Social y actualmente están adelantando el proceso de focalización.

Nuevamente se presenta como déficit la alta rotación del personal médico de los centros, lo cual lleva a que la mayoría, quienes son nuevos, no cuenten con una formación adecuada en estrategias para la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia y por ende en lactancia materna lo que conduce a una ausencia en sensibilización sobre el tema llevando a que la comunidad ejerza prácticas inadecuadas de consumo en las etapas iniciales del ciclo vital, por otra parte no hay un registro confiable del consumo de leche materna exclusiva pues los médicos están asumiendo que todo bebe es lactante, lo cual implica omisión o poca indagación al respecto y registro inadecuado del dato.

Por tal motivo, es importante fortalecer todo lo relacionado con la sensibilización en información sobre hábitos adecuados a nivel alimentario y nutricional, estilos de vida saludable y defender el conocimiento y el posicionamiento de la lactancia como primer alimento y factor protector de enfermedades. Así mismo, es evidente la necesidad de brindar herramientas a la población en general a fin de que estas se encuentren en capacidad de construir una alimentación saludable con poco dinero. Se considera necesario generar y potenciar las competencias en las familias y actores sociales para que sean facilitadores y transformadores de las dinámicas que favorezcan la salud en busca de generar cambios en los estilos de vida de las personas.

Aprovechamiento

En cuanto a lo referente a saneamiento se ha evidenciado que aunque el hospital promueve, divulga y dicta los cursos sobre buenas prácticas de manufactura aún se evidencia desconocimiento de las mismas, pues la gente asiste a los cursos pero no aplica la información que allí se brinda. Así mismo se ha identificado que las condiciones locativas o la infraestructura de los establecimientos no permiten que se realicen muchos cambios que mejoren la SAN en la localidad.

Por otro lado se pudo observar escasa canalización efectiva sea a servicios de salud o programas de ayuda alimentaria, la primera de esta debido probablemente a la ubicación de los centros de atención en salud, a la espera en la asignación de citas o a la falta de contratación con algunas EPS subsidiadas para la consulta de algunos servicios como por ejemplo consulta por nutrición, en cuanto a los programas de ayuda alimentaria se pudo observar falta de rotación de los usuarios en dichos programas o falta de recuperación efectiva aunque se participe de dichas ayudas.

En cuanto a la focalización de las visitas aunque se trató de incluir todas las etapas de ciclo vital no se pudo incluir persona mayor debido probablemente a la falta de canalización o escasa información con respecto a esta etapa, situación que es similar para los grupos étnicos pues aunque la ficha indagaba por la pertenencia a estos en las visitas no se reconocían como tal o no se contaba con la información de estas familias.

A nivel local se evidencia que tanto en la ESE como en los comedores comunitarios, que se ha tenido la oportunidad de visitar, los instrumentos para toma de peso y talla no son los ideales, en los comedores además se observa que la toma de datos es realizada por los inclusores sociales pues los operadores en su gran mayoría no han contratado el personal idóneo para el desarrollo de esta acción en tanto ya no es una obligación contractual, si se realizara un seguimiento juicioso del estado nutricional de los asistentes o beneficiarios de estos se garantizaría la rotación de personas, realmente se podría evaluar el impacto.

Transversalidad Desplazados²⁷⁶

Las múltiples carencias de las familias que se refieren a sus condiciones vitales y al ejercicio de los derechos de la población, entre otros educación, salud, vivienda, territorio y productividad persisten desde la creación de la situación de desplazamiento forzado, a pesar de la aparición de la normativa. Trece años después, aún las familias siguen optando por la vía jurídica para acceder a servicios de salud y resolver los problemas de aseguramiento o de inclusión en el SIPOD (Sistema de Información de Población Desplazada).

Desde la actualización de información diagnóstica 2009 y análisis del déficit se evidenció que persisten las barreras en el acceso y la atención en salud debido a la inexistencia de un registro consolidado de la población a nivel local y distrital. En este sentido, como la atención desde el sector depende del registro consolidado por la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, no se puede establecer un número de familias o de personas en condición de desplazamiento presentes en la localidad, así como no se puede determinar el déficit sino a partir de las percepciones de cada una de las referentes y de un balance netamente cualitativo construido a partir de los espacios de trabajo con la población.

Los principales problemas identificados en el sistema de registro como la dilación en la inclusión de la población en el Sistema de Información de la Población Desplazada (SIPOD) y su posterior entrega para actualización del registro de Comprobador de Derechos, permiten que la primera barrera encontrada por la población se ubique en el acceso a los servicios de salud. Esta barrera es reforzada por la rotación de personal de facturación y el desconocimiento de las normativas y procedimientos que rigen para la población por parte de las instancias de Participación Social y Atención al Usuario.

Se reconoce entonces que desde el área de Salud Pública, la transversalidad de desplazados cumple con las intervenciones de los programas Salud a su Casa, Salud al Colegio, Comunidades Saludables, Salud al Trabajo, Instituciones Saludables y Amigables y Gestión local para la equidad de la población desplazada, a través de las cuales aborda la problemática de la población en situación de desplazamiento desde la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, trabajando con las familias y personas contactadas en temas de promoción y prevención en salud a partir del Enfoque de Derechos con especificidades por etapa de ciclo vital, género y etnia en el caso de las personas en condición de desplazamiento pertenecientes a los grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos, ROM).

Si bien estas intervenciones buscan generar procesos de inclusión social de la población, disminuir el impacto psicosocial del desplazamiento en las personas y familias, así como generar procesos de atención integral a esta población, hay permanencia en las barreras de acceso a la salud en tanto las dificultades de aseguramiento permanecen y no encuentran una gestión o resolución efectiva en los centros de la ESE. Frente a esta situación, se han planteado estrategias para el fortalecimiento de la información y la divulgación de los derechos en salud tanto con la población como al interior de la ESE, mediante el abordaje del tema de aseguramiento en salud, buscando comprometerlos desde sus roles, en la efectividad frente al servicio de salud.

También se presentan carencias en el enlace con la población receptora, dado que es difícil la convocatoria. Sin embargo se considera importante trabajar alrededor de la inclusión de culturas diferentes, la solidaridad, la atención diferencial y la modificación de imaginario y estereotipos frente al desplazamiento, así como en el fortalecimiento de las redes de apoyo a la población desplazada. Para esto es necesario posicionar el enfoque diferencial e iniciar la construcción de

276 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Desplazamiento. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

respuestas de tipo integral que lo apliquen, con el fin de atender efectivamente a la complejidad de las necesidades y a las condiciones de la población para evitar dependencia de la institución o la creación de vínculos asistencialistas con el sector. Es prioritario reconocer que una desventaja del sector en el tema promocional está relacionada con la escasez de recursos que permitan desarrollar procesos comunitarios, frente a lo cual la población migra a procesos de instituciones mejor dotadas con recursos de apoyo al trabajo comunitario.

Dentro de otras acciones realizadas para minimizar las barreras de acceso de la población desplazada, a los servicios y al derecho en salud desde la intervención en familias, se da de acuerdo a los casos presentados dando respuesta a lo coyuntural sin alcances a largo plazo, persistiendo el enfoque de atención en crisis o con carácter de emergencia humanitaria. En ese sentido se requiere de un proceso continuo y de fortalecimiento constante con enfoque diferencial y de exigibilidad de los derechos de las familias que incluso permita plantear seguimientos a casos críticos y atención más individualizada como quedó planteado en las líneas de la política distrital.

Es necesario prestar atención urgente al manejo de violencias en la población en condición de desplazamiento, dado que por ser víctimas de situaciones violentas, se suele dar prioridad a los eventos que causaron el desplazamiento, sin atender a los incidentes sucesivos.

Sigue evidenciándose la necesidad de trabajar en el conocimiento de la ruta de acceso a la salud como un derecho bajo esta condición o situación por parte de la población debido a que en ocasiones los funcionarios del Hospital incurren en la vulneración del derecho a la salud, dado que no cuentan con la información adecuada o aún no se ha asumido la importancia del enfoque diferencial en la atención. Es necesario generar reconocimiento de la normativa y de los procedimientos que se deben seguir en cajeros y atención al usuario para eliminar algunas de las principales barreras.

La respuesta del Gobierno frente a las necesidades básicas insatisfechas de la población desplazada continúa mostrando serias brechas en la planeación a nivel del gobierno central y local; los avances no se han traducido en resultados positivos en el ámbito local. La localidad Quinta de Usme no cuenta con la preparación y la infraestructura adecuada para atender la gran cantidad de familias desplazadas, en cuanto a la asistencia humanitaria adecuada. Un ejemplo de esta situación es la inclusión de metas para la población desplazada en el Plan de Desarrollo Local en el cual se encuentran máximo cinco metas de las cuales, dos no tienen competencia a nivel local y las otras manejan coberturas de máximo cinco familias subsidiadas cuando hay un promedio de 40 a 50 personas llegando semanalmente a la localidad según el registro de declaración de Personería Local²⁷⁷.

El trabajo que hasta el momento se ha logrado adelantar a nivel local, muestra que sí existe P.S.D. en la localidad ya que en el 2009 se intervinieron 220 familias; sin embargo esta se encuentra dispersa o ha tenido inconvenientes de seguridad al destacarse en espacios participativos de la localidad, razón por la cual es necesario mejorar y/o adecuar el proceso de identificación en tanto su reconocimiento fortalece y posibilita la creación de una red local que se soporte en un actualizado y eficiente mapa de actores. Se identifica como prioritario el abordaje y exploración de otras UPZ que no necesariamente sean las de ubicación tradicional de la población.

Aunque no es una dificultad inmediata, sí existe la constante amenaza de que las intervenciones no se encuentren dentro de las prioridades de la comunidad teniendo en cuenta la urgencia y carácter funcional de sus necesidades, pues cuenta con pocas herramientas para la solución efectiva y en el corto plazo requerido por la población lo cual puede ir en detrimento de sus mismas organizaciones o grupos.

277 Informe sobre la recepción de declaraciones a la población en situación de desplazamiento elaborado por la Personería Local de Usme. Septiembre 2009.

También se debe contemplar que las redes de apoyo resultan ineficientes o ausentes, obligando a la población a recurrir a la oferta institucional ineficiente e insuficiente que genera, en muchos casos, la urgencia de sus necesidades. Las consecuencias de este record histórico han llevado a la población a dedicarse al sustento diario e incluso a rechazar la participación en programas y proyectos institucionales ofertados por la red de atención debido a que si participan de un proceso formativo, no se pueden superar las necesidades básicas y vitales de las familias.

En este universo de atención institucional se identifica la sobreoferta de asesorías jurídicas externas no subsidiadas que refuerzan la idea que la exigibilidad de los derechos de la población sólo se pueden lograr de la mano de las vías jurídicas y que las familias deben asumir los costos de los procesos. Numerosas organizaciones y personas naturales han atendido a esta dinámica generando expectativas y, en algunos casos, promoviendo estos servicios no reglamentados facilitando la estafa de la población.

Desde las comunidades escolares se identifica desconocimiento de la necesidad de escolarización por parte de la población, ante la persistencia de acciones de segregación y exclusión por parte de los docentes, la ocurrencia de maltrato a estudiantes víctimas del conflicto armado y la victimización por su condición.

Frente a estas barreras encontradas, la población ha optado por la automedicación y la búsqueda de alternativas a la atención en salud tendiente a los procesos paliativos. Sin embargo, ante las difíciles condiciones económicas y vitales de la población, la opción ha tendido a la búsqueda de nuevos desplazamientos que aseguren una oferta institucional eficiente y eficaz o a la instauración de procesos jurídicos ante las instituciones de atención en salud.

Lo que hasta el momento han arrojado los ejercicios de lectura de necesidades, sugiere como respuesta la ejecución de distintos procesos de carácter pedagógico con los cuales no se cuenta, bien sea por falta de recursos que les de sostenibilidad o por una tradición asistencialista que no ha propiciado mecanismos de corresponsabilidad en la comunidad.

Transversalidad Discapacidad²⁷⁸

La discapacidad es una condición que genera discriminación, atención negligente, pocas alternativas de rehabilitación y prestación de servicios de baja calidad, lo cual aumenta las barreras de accesibilidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, por deficiencias en la cobertura de la población para la prestación de servicios de rehabilitación de acuerdo al régimen de cada persona con discapacidad, lo que a su vez causa exclusión social.

Coherente con las deficiencias reportadas, la dificultad con mayor frecuencia referida por la población con discapacidad, está relacionada con las actividades de caminar, correr o saltar, seguida de las actividades de desplazarse por problemas respiratorios o del corazón, actividades para pensar y memorizar y actividades para percibir la luz.

Con respecto a los problemas y las necesidades en salud de estas personas y los factores que los determinan, identificando como una prioridad de salud, la deficiencia en las acciones de prevención y atención oportuna de la discapacidad. Esta problemática es analizada e identificada a través de las acciones que se ejecutan en todas las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) de la localidad, cuyas causas están relacionadas directamente con deficientes estrategias de comunicación, información o conocimiento sobre los servicios en salud que ofrece el hospital y otras instituciones, la falta de accesibilidad a estos programas y a los servicios en general, la carencia de servicios a nivel rural y la falta de sensibilidad social y en consecuencia la vulneración constante de sus derechos.

278 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Discapacidad. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Estas son algunas de las causas identificadas con mayor representatividad:

Falta divulgación de la estrategia dentro de la población en situación de discapacidad y la comunidad en general.

La distribución de los recursos y las fuentes de financiamiento no son conocidas por la comunidad y en especial por los líderes que trabajan por los derechos de esta población.

El desconocimiento y poca accesibilidad de los proyectos locales de inversión Local, como el Banco de Ayudas Técnicas o lo que se conoce como proyectos UEL.

La baja cobertura y la poca capacidad de respuesta lo cual no satisface el nivel de la demanda.

Se encuentra que la distribución de los beneficios se centra en algunos grupos y no se extiende a todos, lo que lleva a que muchas personas con discapacidad no reciban dichos aportes sociales.

El manejo de las acciones no siempre responde a las necesidades de las personas, o bien, no son claras en la forma de implementación y presentación a la comunidad que participa.

Algunos facilitadores no poseen las competencias para el manejo de la estrategia.

Como conclusión importante de este ejercicio, se destaca que la estrategia requiere de un trabajo intersectorial para que alcance el impacto de transformación social que propone, pues de continuar siendo una respuesta propia del sector salud dichos cambios no se lograrán, de ahí que, los demás sectores deban comprometerse con este tipo de respuesta a las necesidades sociales de la población en situación de discapacidad.

La protección de los derechos humanos y la creación de condiciones de seguridad económica, de participación social y educación que promuevan la satisfacción de necesidades básicas y su plena inclusión a la sociedad.

El acceso a servicios integrales de salud y de bienestar social adecuados a sus necesidades, que les garanticen una mejor calidad de vida y la preservación de su funcionalidad y autonomía.

Las condiciones de accesibilidad física y comunicativa que restringe en su mayoría la participación familiar, social y cultural.

La falta de redes de apoyo que promuevan la inclusión social y el buen trato de la infancia, juventud, adultez y persona mayor y brinde oportunidades de esparcimiento, recreación y desarrollo personal.

Lo anterior, permite concluir que los determinantes sociales generan condiciones de discapacidad y componentes del proceso de desarrollo de la autonomía, que deben ser controlados mediante acciones de prevención, y que de igual forma están afectando el capital social del distrito.

La categoría de participación social relacionada con el acceso a oportunidades de recreación, cultura y organizaciones, áreas básicas para el desarrollo personal del joven, muestra que el 28% de esta población participa en alguna actividad, de este total, el 34% con la familia, el 23% en actividades religiosas y el 13% en con la comunidad. Se encuentra mayor grado de participación en la mujer en el periodo de los 10 a 14 años en actividades recreativas, cifra que disminuye entre los 15 y 20 años.

La participación en organizaciones se encuentra en un 14% lo que muestra que el joven con discapacidad permanece invisible y excluido de experiencias propias de su etapa cronológica,

hechos que van en contravía con lo que caracteriza el desarrollo del adolescente y el joven, y prepara para ser parte de movimientos sociales que aboguen por los derechos.

El bajo nivel de participación de los jóvenes con discapacidad está relacionado con las barreras que limitan su inclusión, como las conductuales en el grupo de amigos, de la comunidad y de la familia, barreras que limitan su participación, incrementa su condición de inequidad y restringe el desarrollo de su autonomía, de manera que sus roles se restringen al de “paciente”, y los demás que son propios de la condición humana les son negados, como el sexual, el social y el productivo, es decir, esta población vive en mayor grado el ser invisible y excluido dentro de una sociedad que los evita y niega sus posibilidades de ser.

A nivel del ciclo vital de la adultez el déficit se centra en la detección temprana de riesgos para enfermedades con probabilidad de desarrollar una discapacidad, (por ejemplo, crónicas, trasmisibles, salud mental), inadecuados hábitos de vida saludable, poca educación en salud como factores protectores del riesgo a la discapacidad, baja cobertura en los programas de habilitación, rehabilitación y prestación de servicios de salud, familias no empoderadas y con desconocimiento de la condición de discapacidad y el manejo que debe darse en casa y en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, falta de organización de las personas con discapacidad para participar en procesos de gestión comunitaria, desconocimiento frente a los derechos y deberes en salud y alto porcentaje de barreras de acceso a los mismos, familias con Nivel 1 y 2 del SISBEN lo cual es un criterio de exclusión para acceder a los diferentes programas y proyectos que benefician a las Personas en Condición de Discapacidad y sus Familia, demora en la entrega de Ayudas Técnicas oportuna para las Personas con Discapacidad, desconocimiento de los derechos y deberes para ejercer la reclamación de los diferentes escenarios de participación.

Desde el nivel sectorial e intersectorial aún falta incentivar a las instituciones para el desarrollo de planes y programas que promuevan la inclusión laboral de las personas con discapacidad, por medio de la regulación normativa que comprometa a la empresa privada y pública desde la perspectiva de responsabilidad social para favorecer la vinculación de esta población, empleos que garanticen actividades de asesoría, formación, ubicación laboral de población con discapacidad, que contemplen procesos integrales (la integralidad implica: la orientación, calificación, recalificación, seguimiento y acompañamiento).

Se evidencia debilidad en el desarrollo de los planes, proyectos y programas ejecutados desde el año 2006 al 2009 en la localidad a cargo de la Fundación San Felipe Nery (FUMDIR) y la Fundación Arcángeles las cuales no han generado la integración eficiente a los procesos regulares o específicos de formación para el trabajo y para la generación de empresa de las personas con discapacidad y sus familias, de forma complementaria que les permitan vincularse a las cadenas de producción y comercialización, teniendo en cuenta los respectivos territorios: urbano y rural.

La exclusión laboral de la población con discapacidad en este ciclo adultez es debido principalmente a los bajos niveles de educación, la falta de formación y capacitación a nivel productivo y la falta de experiencia exigida para cada uno de los perfiles según demanda y oferta desde las diferentes redes de apoyo que realizan sus respectivas convocatorias.

A nivel de la población con discapacidad en cuanto a la violencia intrafamiliar se evidencia desde las diferentes acciones ejecutadas que existen situaciones de abuso de poder o maltrato (físico o psicológico) de las personas mayores, manifestándose a través de golpes, insultos, amenazas de abandono, chantajes, aislamiento de familiares y amistades, prohibiciones, ocasionándole a las personas mayores daño físico y psicológico, esto maltrato está directamente relacionado con las personas que componen su núcleo familiar ya sea por parte de sus hijos, otros miembros de la familia o de sus cuidadores.

A nivel del **Componente de Gestión Local** los ciclos de mayor prevalencia e intervención han sido el **Ciclo Vital Juventud, Adulthood y Persona Mayor** a través de procesos que han generado cambios a nivel de los imaginarios sociales, transformación del tema de la discapacidad hacia la prevención y promoción de la autonomía personal, social y política y su inclusión social, se ha promovido sus derechos y deberes de las personas con discapacidad dentro del marco de la política pública distrital de discapacidad (Decreto 470/2007) y su compromiso con la garantía de los derechos fundamentales. Igualmente se ha enfatizado en la realización de procesos de sensibilización y promoviendo la participación social en los diferentes espacios locales; logrando así el posicionamiento y divulgación de la política pública a nivel local.

Las metas más relevantes han sido el posicionamiento político de la política pública distrital de discapacidad a través del fortalecimiento del Consejo Local de discapacidad mediante un trabajo en redes de apoyo con los diferentes ámbitos y a nivel intersectorial, organización del desarrollo de las acciones dentro y fuera de la empresa social del estado con el fin de incidir en el posicionamiento político y conceptual de la discapacidad, propiciar la construcción de conocimiento mediante la generación de políticas, investigación y procesos de formación en el campo de la discapacidad y gestión social, promover la divulgación y socialización de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad como proceso incidente en la participación social y en el posicionamiento de las políticas públicas de discapacidad

También, articular y coordinar con los demás actores al interior de la empresa social del estado para el desarrollo, sistematización y seguimiento de los planes, programas y proyectos de discapacidad, articular y coordinar con los sectores políticos, educativos, sociales, recreativos, culturales y otras organizaciones, planes y proyectos que beneficien la autonomía, equidad y participación social de las personas con discapacidad, gestionar acciones de movilización social que garanticen el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas con discapacidad y fortalecer la Identidad y la adquisición de la ciudadanía de la población con discapacidad.

En el año 2009 se realizó el posicionamiento de la discapacidad al interior de las instituciones y redes sociales de la localidad a través de la divulgación de la Política Pública y procesos de sensibilización en discapacidad y mediante las acciones ejecutadas desde la secretaria técnica asumida en el Consejo Local de Discapacidad; se incidió de manera fundamental en la gestión social en el territorio, como un proceso necesario para su transformación hacia la prevención de la discapacidad, la promoción de la autonomía personal, social y política de las personas con discapacidad y su inclusión social, las cuales promuevan los derechos y deberes de las personas con discapacidad dentro del marco de la política pública distrital de discapacidad y su compromiso con la garantía de los derechos fundamentales, a partir de las acciones ejecutadas desde el Consejo Local de Discapacidad se llevaron a cabo las actividades planteadas desde el Plan Operativo Anual y la primera y segunda fase del Plan de Territorialización correspondientes a Fase I Precondiciones para el proceso de implementación de la Política Pública Distrital de Discapacidad y la Fase II Movilización y sensibilización: de todos los actores locales.

Transversalidad Etnias

Bogotá se convierte en la principal ciudad receptora de la población perteneciente a los grupos étnicos del país, que llega en busca de oportunidades y/o desplazados por el conflicto armado.²⁷⁹

Partiendo de las dinámicas sociales que ocurren en un contexto y territorio específico, en el cual interactúan la identidad propia, valores, creencias, condiciones y procesos organizativos específicos y cambiantes de los diferentes grupos, con características culturales propias e interacción a partir

²⁷⁹ Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES. 2008. Desplazamiento forzado y enfoques

de la diferencia, se hace evidente que la localidad quinta de Usme es un territorio multiétnico y multicultural.²⁸⁰

La Secretaría Distrital de Salud, desde las ESE, y particularmente desde las intervenciones del PIC, ha ido fortaleciendo y avanzando en la tarea de posicionamiento político del enfoque diferencial que a partir de su conocimiento y aplicación permitirá el reconocimiento de los derechos de las personas perteneciente a los grupos étnicos que habitan la localidad, como principio de la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud entre otros. Los datos que se describen hacen parte del trabajo realizado por la Transversalidad en un proceso de construcción de conocimiento.

Déficit

Se evidencia la carencia del registro poblacional étnico que permita la identificación y la atención diferencial, ésta brecha se acentúa en las instituciones que hacen presencia a nivel local. De la misma manera se encuentra una carencia de sensibilización y apropiación por parte de los funcionarios que atienden a la población con respecto al enfoque diferencial, esto claramente está relacionado con la falta de manejo del enfoque en los procesos de focalización, atención, identificación y abordaje a la población.

Se presume que hay una falencia en la inclusión de la población con pertenencia étnica en los proyectos de inversión ejecutados a nivel local, aunque el plan de desarrollo de la localidad, contemple la ejecución de recursos con enfoque diferencial (beneficiarios perteneciente a los grupos étnicos) no se ha evidenciado a estas comunidades, lo cual vislumbra incumplimiento de la normatividad, (incluyendo lo contemplado en el Plan de Desarrollo actual para la ciudad), generando adicionalmente, desconfianza y falta de credibilidad en la institucionalidad.

Por otra parte, los procesos de movilización local que se implementan con las comunidades desde algunas de las instituciones, se basan en prácticas asistencialistas que intercambian auxilios por participación “asistencia”, perpetuando el sistema paternalista que impide una real movilización y un real fortalecimiento comunitario.

Desde la ESE se identifica que las instituciones que en su mayoría mantienen múltiples barreras de acceso para que las comunidades se beneficien de los planes y programas desarrollados en la localidad no contemplan el Enfoque Diferencial o la multiculturalidad presente; no tienen en cuenta la información que se registra sobre grupos étnicos hallados a través de la aplicación de instrumentos de recolección de información institucionales, lo que limita la obtención de datos reales de la población étnica en la localidad.

En términos de articulación de los procesos para intervenir comunidades vulnerables como es el caso de la población indígena y afrodescendiente ubicada en la Localidad, se requiere apoyo a las acciones de asesoría y acompañamiento efectivo por parte del IDPAC, en aquellos procesos participativos que promueven la solución de las problemáticas que aquejan a la comunidad tales como: educación, capacitación para el trabajo, vivienda digna, vías y rutas de acceso, seguridad alimentaria, entre otras.

Es evidente que se presenta un déficit en la cobertura a la población étnica, por parte de la ESE a través de los servicios de salud, incluyendo las intervenciones realizadas a través del PIC. Adicionalmente es importante tener en cuenta dos consideraciones:

Precisar que para los pueblos pertenecientes a grupos étnicos no aplica el concepto occidental de Ciclos de Vida y que dicha construcción se debe realizar con la participación y de manera concertada

²⁸⁰ Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Etnias. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

y teniendo en cuenta la cosmovisión de los grupos étnicos. Se espera que desde el nivel central de SDS, se planeen jornadas de trabajo que conlleven a entender desde su cosmogonía el significado y la incidencia de lo que para los occidentales significa la definición de los ciclos de vida y que para claridad en las propuestas a diseñar se tomara como punto de referencia los grupos etarios; lo anterior, teniendo en cuenta que no existen intervenciones dirigidas a la población étnica desde los ámbitos de vida cotidiana lo cual afecta a las personas del grupo etario de infancia y persona mayor, esta necesidad se hace sentida en todos los territorios de la localidad. Un histórico de acciones concentradas en los mismos territorios sociales de la localidad, dejando descubierto los territorios de Danubio, La Flora y Gran Yomasa, donde la concentración de población perteneciente a grupos étnicos, representa un número importante.

En general, en la localidad de Usme, se pueden identificar otras situaciones que afectan a la población étnica que son sujetos de revisión tales como:

La carencia en la aplicación y apropiación del enfoque diferencial por parte de los profesionales en las intervenciones del Plan de Intervenciones Colectivas en aras de la restitución de derechos. El déficit se refleja en las barreras burocráticas en la prestación del servicio de salud que afecta a todos los grupos etarios, sin embargo los adultos cuidadores más afectados son los que se encuentran en La Flora y Danubio.

La inadecuada sistematización y registro poblacional en los procesos que se llevan dentro del PIC, lo cual impide la identificación de la población afectando a todos los grupos etarios en todos los territorios sociales de la localidad.

La ausencia de perfil epidemiológico de los grupos étnicos de la localidad afecta la atención diferencial de las poblaciones étnicas afectando a todos los grupos etarios y es sentida en todos los territorios sociales.

Frente a los jóvenes se identifica que hay un desconocimiento generalizado en lo referente a temas de aseguramiento y S.S.R, desde los lineamientos no se dimensiona la importancia de estos aspectos.

De esta manera, se reconoce que es necesario continuar el trabajo alrededor del posicionamiento de la atención diferencial para los grupos étnicos en los espacios locales como comités y mesas de trabajo que aporten a la formulación y/o implementación de políticas que fomenten la atención diferencial, y evidencien la presencia y las condiciones de existencia de estas poblaciones pues hasta ahora es inexistente.

Transversalidad Género

La transversalidad Género, componente mujer, se consolida a partir del año 2008 a fin de promover el derecho a la salud plena planteado en el Plan de Igualdad de Oportunidades para la equidad de género, bajo la estrategia "Salud para las mujeres: equidad de género para la ciudad". Con la implementación de ésta al interior de la E.S.E., en las acciones de salud pública se ha logrado posicionar la perspectiva de género en salud como una categoría de análisis que permite evidenciar las brechas de inequidad entre hombres y mujeres, e igualmente permite evidenciar una serie de desigualdades no sólo en el acceso sino en el análisis mismo de la salud de las mujeres. No obstante, en todo este trabajo se presentan una serie de dificultades y de barreras que transitan desde el plano de lo personal, profesional, institucional y comunitario.²⁸¹

Es así como vemos que la respuesta social que se ha dispuesto para prevenir el aumento de las problemáticas anteriormente desarrolladas ha tenido por objetivo incidir en la modificación de pautas culturales mediante la estrategia de promoción y prevención. Sin embargo estas acciones están frecuentemente diseñadas desde la institucionalidad hacia la intervención con mujeres en edad joven, desconociendo la etapa del ciclo adultez como base de la sociedad y su papel como multiplicadora de pautas culturales que resultan nocivas para la salud de las mujeres y generadora de conductas de bienestar en los integrantes de la familia hacia los cuales las mujeres adultas centran su atención y definen su proyección de vida.

Se requiere entonces, de un manejo de estadísticas desagregadas por sexo hombre – mujer, y especialmente en temas priorizados como violencia contra las mujeres y salud mental, salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades de transmisión sexual; todos estos relacionados con las posibilidades para las mujeres de decidir sobre su propio cuerpo.

La resistencia al enfoque de género todavía por parte de algunos(as) profesionales evidencia como se sigue guardando una visión del enfoque como algo lejano o sin importancia frente a las políticas públicas y a la determinación social de la salud, y además porque aún no es clara la perspectiva de género y los conceptos que en ella se desarrollan.

A pesar de un trabajo minucioso de formación, sensibilización y capacitación al interior de la E.S.E. en adiciones pasadas, aun se presenta confusión en lo que respecta a conceptualización e integración del enfoque en las diferentes intervenciones del PIC, se confunde aún sexo (hombre - mujer) con género (femenino – masculino). Igualmente se engloba en la violencia intrafamiliar la violencia contra las mujeres impidiendo reconocer esta última con toda la relevancia requerida para ser atendida como problema de salud pública.

No se evidencia un análisis juicioso de enfermedades prevalentes que afectan la salud de las mujeres en donde estadísticamente presentan un mayor porcentaje en relación a los hombres, lo que por ende tampoco permite tener en la atención resolutive o en actividades de P y P un enfoque de género que posibilite una respuesta integral a las necesidades de nuestras mujeres.

Aunque a nivel distrital y nacional las muertes de mujeres a causa de abortos mal practicados son sumamente elevadas, sumado a la imposibilidad de una efectiva atención en casos de violación sexual no solo en términos jurídicos sino procedimentales en el acceso a la anticoncepción de emergencia, se nota con preocupación que a pesar de existir la sentencia que despenaliza el aborto por tres causales cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o salud de la mujer - cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida o cuando el embarazo sea el resultado de una, violación, incesto o acto sexual abusivo. Son muy pocos los avances que desde las ESE se han tenido en el cumplimiento de la norma por razones de diversa índole. (desconocimiento, interpretaciones respecto a la norma, necesidades operativas en el servicio)

Datos dados por el diagnóstico de salud sexual reproductiva del ámbito IPS en el 2008 evidencia particularmente en las adolescentes entre los 15 y 19 años en Bogotá, se observa que supera las cifras mundiales ya que globalmente esta relación es de 2 no planificados por cada 5 embarazos, mientras que para la ciudad es de 2 de cada 3 ("Aborto Inducido un problema de Salud Pública" basado en el estudio realizado por la Fundación FES y la Secretaría Distrital de Salud en el año 2004 "Prevalencia de Aborto Inducido y Embarazo No Planeado en las Localidades de Santa Fe, Usme Y Ciudad Bolívar de la Ciudad de Bogotá").

En los últimos 5 años en Bogotá se ha disminuido la prevalencia de abortos inducidos en las jóvenes adolescentes del 5% en 1998 al 4.15% en el 2003 (FES-SDS 2004). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que en este campo se presentan subregistros de información que se han generado dadas las condiciones en que se realizan los abortos en la ciudad.

281 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Género, componente Mujer. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

Transversalidad Actividad Física

Para todos es bien sabido que la actividad física es un benefactor de múltiples necesidades siendo esta la manera como es concebida desde el sector salud, sin embargo, para abordar las temáticas que hacen referencia a las grietas y demás necesidades frente a la práctica de la misma en la localidad quinta de Usme, es necesario que hagamos un análisis crítico en cuanto a los programas, proyectos y demás planes que existen en la localidad, determinando su impacto y características generales para que se generen procesos o para que en caso contrario se difundan cada vez más las prácticas de actividades saludables y su fomento en la comunidad en general. Es aquí en donde cabe resaltar que para el sector salud siempre ha sido una preocupación el impacto que tiene la modernidad en los estilos de vida de la población, puesto que esto ha conllevado no sólo a que las enfermedades crónicas y no transmisibles sean más comunes sino también porque debido a que las oportunidades de vida son más acordes a la producción monetaria reflejando grandes barreras no solo de servicios sino también de programas y formas culturales de mantenerse saludable.²⁸²

De esta manera y como punto de partida, es importante anotar que la actividad física y el deporte son “actividades humanas que concitan el interés de todos los individuos, por cuanto es una actividad incluyente, que permite reducir la pobreza, acceder universalmente a la educación, facilita la igualdad de género, previene enfermedades, protege el medio ambiente y construye la paz”²⁸³ (Wilfred Lemke).

Igualmente el temor, sumado a la indiferencia de las comunidades de este sector de la Localidad es el caldo de cultivo para que los parques y las rondas de las quebradas Yomasa y Chuniza sean lugares para cometer robos, lesiones personales y consumo de sicotrópicos.

Finalmente, el que sea el Polideportivo Valles de Cafam el único escenario donde el I.D.R.D. ofrezca actividades recreodeportivas los fines de semana, es un hecho bastante cuestionado por los participantes de los grupos que habitan en esta U.P.Z., y proponen el Parque Villa Alemania para llevar a cabo estas jornadas deportivas dominicales.

Al igual que en las U.P.Z. anteriores, en la UPZ Alfonso López el consumo exagerado de alucinógenos por niños y jóvenes es un factor desestimulante para la realización de cualquier actividad física o deportiva, que sumado a la precaria interlocución del I.D.R.D. con las comunidades de esta U.P.Z. hace que los participantes de los grupos que residen en este sector de la Localidad no practiquen actividad física o deportiva; aunque algunos participantes –especialmente mujeres de los barrios Tocaimita, Casaloma y El Paraíso de Usme- realizan prácticas deportivas –especialmente fútbol- bajo su cuenta y riesgo ante la percepción de inseguridad muy evidente en la zona. El hecho de que sea la ilegalidad de los barrios –caso Tocaimita- un argumento para no apoyar la construcción de espacios deportivos y no apoyar iniciativas deportivas²⁸⁴, es un factor que es cuestionado por los participantes.

El déficit de espacios deportivos en una zona bastante densa como la UPZ Danubio, es apreciado como la principal problemática por los participantes del Programa Tú Vales, sumado a la percepción de inseguridad evidente en el sector de La Fiscala, desestiman la práctica de Actividad Física y deportiva en esta zona de la Localidad. Históricamente, este sector ha sido marginado de los programas institucionales del I.D.R.D. y del Hospital de Usme; por lo que no existe una medición clara de las problemáticas de Actividad Física que ofrezcan un panorama más amplio, salvo lo

282 Hospital de Usme I Nivel ESE. Salud Pública – Transversalidad Actividad Física. Documento aporte a la actualización del diagnóstico local Usme 2010. [Disponible en magnético]

283 Centro de Noticias ONU, 22 de Febrero de 2009. <http://www.un.org/news/fullstorynews.asp?ID=13218>

284 Esto en clara alusión al I.D.R.D. quien financia la construcción de escenarios deportivos y también la realización de programas de actividad física y deportivos

registrado en los grupos Danubio Azul y Fe y Alegría que han sido participantes del proceso Tú Vales en las vigencias 2009 y 2010.

Con respecto a la UPZ La Flora, hay que resaltar que los pocos escenarios deportivos en esta zona de la Localidad, aunado con la baja presencia de programas institucionales del I.D.R.D. y del Hospital de Usme, han hecho que los habitantes de la zona no perciban como prioridad la Actividad Física y el Deporte. Un factor que incide de forma particular en esta U.P.Z. es el que tiene que ver con el clima; los barrios asentados en este sector reciben corriente fría de los cerros surorientales de la ciudad, lo que en definitiva desestimula cualquier iniciativa para realizar actividad física; sumando a esto, la presencia de grupos de jóvenes que consumen sustancias ilícitas en los pocos escenarios deportivos que tiene este sector de la Localidad.

Un factor determinante en la brecha y déficit en lo concerniente a la Actividad Física en este sector, es que muchos de los habitantes del mismo se identifican por proximidad geográfica con la Localidad 4 de San Cristóbal. De hecho los incipientes programas recreo deportivos, así como también algunos programas de promoción y prevención en el área de la salud son implementados por el Hospital de San Cristóbal y por la delegación del I.D.R.D. de dicha Localidad.

En la UPZ Parque Entre nubes y Usme Centro y Veredas no se han registrado hallazgos sobre el tema en particular, debido a que no se han llevado a cabo intervenciones en estos territorios.

De la misma forma, el reconocimiento por parte de la comunidad y de los trabajadores de espacios y programas destinados para la actividad física, estos existen pero no son debidamente divulgados y aprovechados, pero también es por falta de interés, compromiso, dedicación de tiempo para la realización de estas actividades donde los directamente beneficiados, teniendo en cuenta que son ellos los implicados para el mejoramiento de la calidad de vida de cada una de sus familias y de sus trabajos teniendo mayor rendimiento, estado físico y psicológico adecuado.

Igualmente, desde la interacción con los diferentes grupos comunitarios abordados, a partir del ejercicio de Lectura Compartida de Necesidades, se encuentra que la comunidad manifiesta ausencia de programas locales consolidados que apunten a desarrollar la Actividad Física en población de 27 a 59 años, desde otras entidades tales como el Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte, o por parte del Fondo de Desarrollo Local de Usme. Se evidencia esta necesidad desde las demandas socializadas por las comunidades de una mayor presencia de estas entidades o de programas desde el sector salud que estimulen la práctica de la Actividad Física como una actividad cotidiana en la población de la Localidad. Dicha necesidad se aprecia mayormente acentuada en las UPZ Comuneros, Alfonso López y La Flora²⁸⁵.

Esta realidad es diametralmente opuesta a las metas estructurales del Plan de Salud del Distrito Capital²⁸⁶, donde el indicador trazador en ese sentido propone que a 2011 se aumente por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años. (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005). Igualmente las comunidades manifiestan la carencia de programas de actividad física en sus barrios; el punto de referencia en cuanto a programas se refiere es la Recreovía llevada a cabo los domingos en el Polideportivo Valles de Cafam; que cuenta con aeróbicos dirigidos.

285 Territorios donde ha realizado acercamientos e implementación el Programa Muévete Comunidad Y Tu vales comunitario en la vigencias 2008, 2009 y 2010.

286 Plan de Salud del Distrito Capital, 30 de Abril de 2008, Secretaría de Salud Eje Salud Pública Plan de Intervenciones Colectivas, Metas Estructurales, Meta N° 15. (Página 48 versión internet; página 79, versión en físico)

Núcleo Problemático: es el punto donde confluyen diferentes causas de un problema o de múltiples problemas que afectan la autonomía de un sujeto individual y colectivo.

Proyecto de Desarrollo de Autonomía: son el conjunto de acciones cuyo objetivo es lograr la auto determinación y la toma de decisiones de los individuos y las colectividades acorde a su etapa de ciclo vital. Son: Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Salud Oral, Crónicas y Transmisibles.

Salud: es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades según la definición de la Organización Mundial de la Salud realizada en su constitución de 1946.

Tema Generador: estrategia que permite la movilización de los actores institucionales y comunitarios. Debe ser formulado como una acción, con una orientación clara que defina que se va a hacer, cómo y con qué actores.

GLOSARIO

Ambiente: conjunto de elementos abióticos (energía solar, suelo, agua y aire) y bióticos (organismos vivos) que integran la delgada capa de la Tierra llamada biosfera, sustento y hogar de los seres vivos.

Características geográficas: son todas las condiciones ambientales con que cuenta un lugar o un territorio: el clima, la topografía, la vegetación y los suelos, las cuales lo diferencian de los demás.

Diagnóstico: reporte o inventario de las condiciones actuales de un ente analizado con el fin de conocer sus potencialidades y falencias.

Desarrollo local: su idea básica es que el hombre, sirviéndose de su poder social e individual, es capaz de mejorar su vida mediante el dominio de la naturaleza externa e incluso su naturaleza propia, valiéndose de las potencialidades del lugar donde vive.

Enfermedad: es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo.

Equipamiento: el equipamiento urbano es el soporte material para la prestación de servicios básicos de salud, educación, comercio, recreación, deporte, etc. Además, está constituido por el conjunto de espacios y edificios cuyo uso es predominantemente público.

Evento en Salud Pública: estado patológico de importancia en salud pública. *Factores demográficos:* son aquellos que inciden en la caracterización de una población cualquiera como: las tasas de natalidad, mortalidad, morbilidad entre otras.

Georreferenciación: dirección del Sitio de Residencia. *Material particulado:* (MP) es una compleja mezcla de partículas suspendidas en el aire las que varían en tamaño y composición dependiendo de sus fuentes de emisiones.

Microterritorio: área específica de una Localidad.

www.saludcapital.gov.co