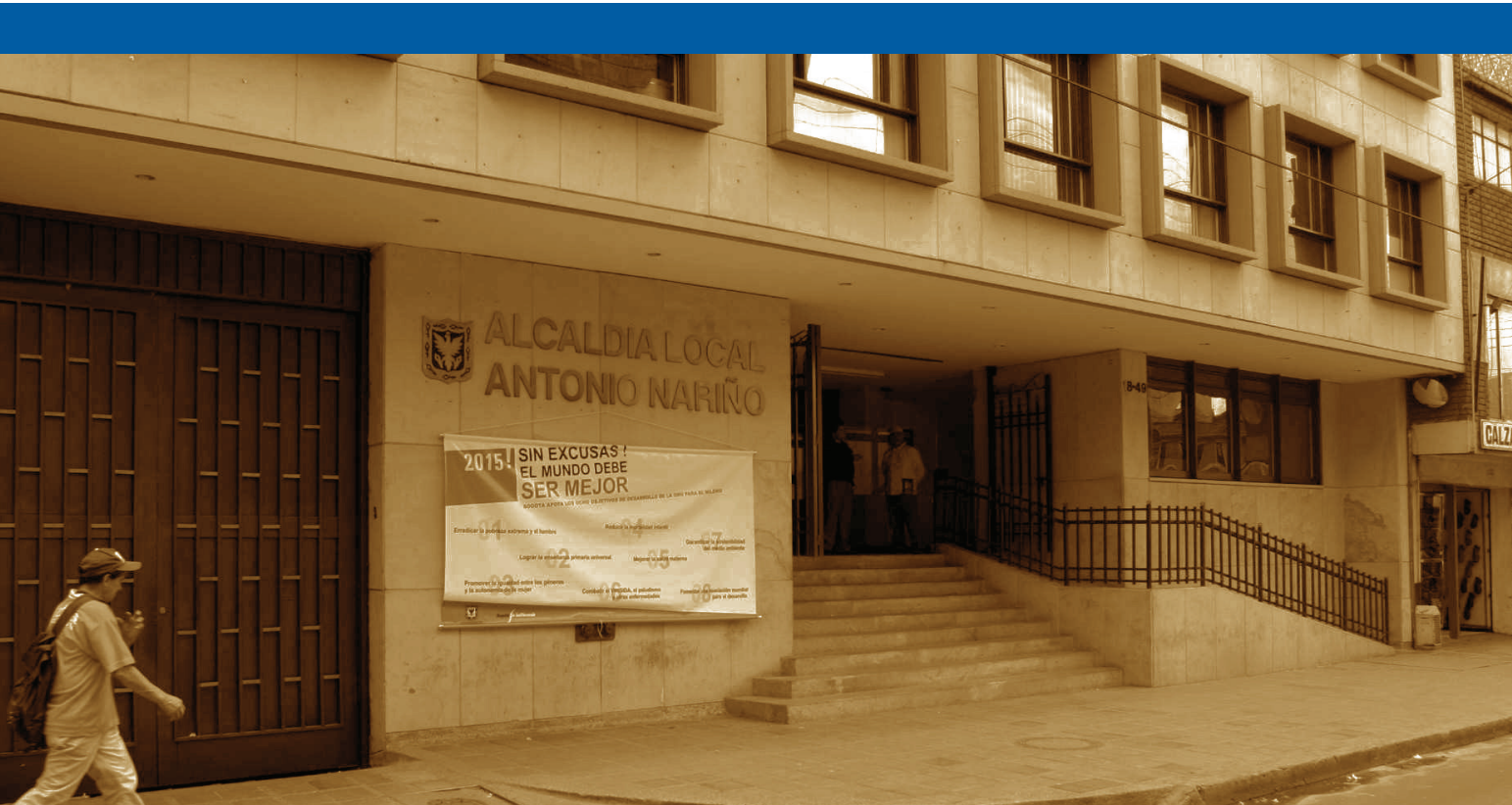


15
LOCALIDAD

Localidad
**ANTONIO
NARIÑO**



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Localidad
**ANTONIO
NARIÑO**



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

CREDITOS

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

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

ESE HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

Referente de Análisis:

Andrea Cristancho Amaya

Equipo Base de Gestión Local:

Coordinadora Gestión Local:

Ana Sánchez Moreno

Juan Pablo Castro Isidio

Neleyi Guaraca Penagos

Marcela Galindo

Referentes de etapa de ciclo vital:

James Fernando Beltrán

Luis Armando Morales García

Gabriel Clavijo Martín

Johanna Neira Ayala

Referente GESA:

Freddy Barón

AGRADECIMIENTOS

Al equipo técnico del PIC de la ESE, Vigilancia en Salud pública, equipos de ámbitos, Transversalidades y proyectos de desarrollo de autonomía, Equipo de Medio ambiente. Subgerencia de Servicios de Salud de la ESE, Coordinación de Salud Pública y del PIC de la ESE, Planeación de la ESE, Participación y Atención al Usuario, Promoción y Prevención. Alcaldía Local de Antonio Nariño – Instituciones y Autoridades locales

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Andrés León N.

Oscar Sierra

FOTOGRAFÍA PORTADAS

Diego Bautista

TABLA DE CONTENIDO

CREDITOS	5			
AGRADECIMIENTOS	7			
INDICE DE TABLAS	11			
INDICE DE GRAFICOS	12			
INDICE DE MAPAS	13			
INTRODUCCIÓN	14			
MARCO CONCEPTUAL	16			
MARCO METODOLÓGICO	20			
1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO-POBLACION- AMBIENTE	25			
1.1. Historia de Poblamiento	26			
1.2. Características Geográficas	27			
1.2.1 Factores de deterioro ambiental y sanitario	31			
1.2.2 Relación salud ambiente	35			
1.3. Características Político Administrativas	44			
1.3.1 Distribución por UPZ	44			
1.3.2 Zonas de condición de vida y salud	46			
1.3.3 Territorios sociales	47			
1.3.4 Gobierno local	50			
1.4. Estructura y Dinámica Territorial	51			
1.4.1 Características sociodemográficas	51			
1.5. Perfil Epidemiológico	59			
1.5.1 Mortalidad	59			
1.1.2 Morbilidad	66			
1.1.1 Salud sexual y reproductiva	70			
		1.1.2 Estado nutricional		71
		2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN-CONSUMO		77
		2.1. Organización Social y Productiva del Trabajo en el Territorio		78
		2.2. Condiciones Concretas de Desarrollo de los Procesos de Trabajo y su Impacto en la Salud		82
		2.3. Condiciones y Calidad de Acceso o Restricciones a Bienes y Servicios		87
		3. PROFUNDIZACION EN EL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL		97
		3.1. Territorio 1: Noviembre Mayor		99
		3.1.1 Etapa infancia		103
		3.1.2 Etapa juventud		104
		3.1.3 Etapa adultez		105
		3.1.4 Etapa envejecimiento y vejez		106
		3.1.5 Núcleos problemáticos priorizados Territorio 1		107
		3.2. Territorio 2: La Paz		120
		3.2.1 Etapa infancia		126
		3.2.2 Etapa juventud		128
		3.2.3 Etapa adultez		129
		3.2.4 Etapa Envejecimiento y Vejez		130
		3.2.5 Núcleos problemáticos priorizados territorio 2		131
		3.3. Territorio 3: Restrepo Social e Incluyente		141
		3.3.1 Etapa infancia		143
		3.3.2 Etapa juventud		144
		3.3.3 Etapa Adultez		144
		3.3.4 Etapa Persona Mayor		148
		3.3.5 Núcleos problemáticos priorizados territorio 3		149

INDICE DE TABLAS

3.4. Territorio 4 Policultural	162
3.4.1 Etapa infancia	167
3.4.2 Etapa juventud	167
3.4.3 Etapa adultez	167
3.4.4 Etapa Persona Mayor	169
3.4.5 Núcleos problemáticos priorizados Territorio 4	170
3.5. Territorio 5: Las Tres Estrellas	184
3.5.1 Etapa de ciclo infancia	186
3.5.2 Etapa juventud	191
3.5.3 Etapa Adultez	191
3.5.4 Etapa Vejez	191
4.1. Institucional	207
4. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL Y PROPUESTA DE ACCIÓN	207
4.1.1 Portafolio de servicios	208
4.1.2 Atención de urgencias	211
4.1.3 Proyectos exitosos	213
4.2. Comunitaria	227
4.2.1 Participación social	227
4.2.2 Organizaciones y grupos comunitarios	228
4.3. Gestión Social Integral	229
4.4. Análisis de Respuestas desde los Temas Generadores	232
4.4.1 Etapa Infancia	233
4.4.2 Etapa Juventud	245
4.4.3 Etapa Adultez	256
4.4.4 Etapa persona mayor	265
4.5. Propuestas para Mejoramiento de la Respuesta	276
CONCLUSIONES	289

Tabla 1. Primeros diez eventos de notificación obligatoria para la Localidad Antonio Nariño.	37
Tabla 2. Distribución Porcentual de la Población por grandes grupos de edad. Localidad de Antonio Nariño 2005, 2009, 2015	53
Tabla 3. Indicadores demográficos localidad Antonio Nariño 2005-2015	53
Tabla 4. Comportamiento Indicadores Demográficos para Antonio Nariño y Bogotá. Periodo 2005-2015	54
Tabla 5. Población por estrato socioeconómico localidad Antonio Nariño 2009	56
Tabla 6. Mortalidad Perinatal localidad Antonio Nariño. 2005-2010	62
Tabla 7. Morbilidad por Eventos de Notificación Obligatoria, Localidad 15 Antonio Nariño, 2010	67
Tabla 8. . Intento de suicidio (2006-2008) y suicidio consumado (2005-2008)	68
Tabla 9. Frecuencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses.	74
Tabla 10. Índice de Desarrollo Humano Urbano (IDHU) 2007. Localidad Antoni	79
Tabla 11. Indicadores de fuerza laboral 2007. Localidad Antonio Nariño	79
Tabla 12. Problemáticas en la localidad Antonio Nariño y seguimiento de centro local de movilidad	90
Tabla 13. Barrios y UPZ que integran el Territorio 01. Localidad 15.	99
Tabla 14. Barrios y UPZ que integran el Territorio 02. Localidad 15.	121
Tabla 15. Comportamiento de la Prevalencia de Caries en Instituciones Educativas intervenidas por SAC. Territorio 2. Localidad 19	127
Tabla 16. Índice de placa bacteriana en Instituciones Educativas intervenidas por SAC. Territorio 2.	128
Tabla 17. Barrios y UPZ que integran el Territorio 3. Antonio Nariño	141
Tabla 18. Barrios y UPZ que integran el Territorio 4. Localidad 15.	162
Tabla 19. Barrios y UPZ que integran el Territorio 05. Localidad 15.	184
Tabla 20. Intoxicación por químicos, por etapa de ciclo y por territorio GSI. Antonio Nariño. 2008	195
Tabla 21. Distribución de la población según régimen de afiliación al sistema de salud.	210
Tabla 22. Porcentaje de cumplimiento de metas por biológico localidad Antonio Nariño.2009	211
Tabla 23. Rendimiento en el servicio de urgencias trimestral. Hospital Rafael Uribe 2007-2009	212

INDICE DE GRAFICOS

Gráfica 1. Pirámide Poblacional localidad Antonio Nariño 2010	52
Gráfica 2. Pirámide poblacional localidad Antonio Nariño 2015	52
Gráfica 3. Esperanza de vida al nacer por sexo localidad Antonio Nariño. 2005-2010	54
Gráfica 4. Tendencia de los nacimientos en la localidad Antonio Nariño. 2000-2007	55
Gráfica 5. Población étnica de la localidad de Antonio Nariño. 2005	57
Gráfica 6. Población con registro de discapacidad, según nivel educativo. Localidad Antonio Nariño 2007	58
Gráfica 7. Mortalidad general comparativo localidad Antonio Nariño– Bogotá 2005-2007	59
Gráfica 8. Tendencia de la Mortalidad en menores de cinco años localidad Antonio Nariño. 2005 a 2010	60
Gráfica 9. Tendencia de la Tasa de Mortalidad Materna, comparativo Bogotá Antonio Nariño 2005 – 2009.	63
Gráfica 10. Tendencia de la Tasa de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de 5 años. Antonio Nariño. 2000 – 2009	63
Gráfica 11. Tendencia de la Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, comparativo Bogotá y Antonio Nariño 2005– 2009	64
Gráfica 12. Tendencia de la Mortalidad por suicidio en la localidad Antonio Nariño. 2005 a 2009	65
Gráfica 13. Tendencia de la Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Localidad Antonio Nariño. 2005 a 2009	65
Gráfica 14. Comportamiento de la violencia intrafamiliar según tipo (tasa x 100,000 habitantes) Localidad Antonio Nariño- Año 2008	69
Gráfica 15. Tendencia de la frecuencia en el uso de sustancias psicoactivas por sexo. Localidad Antonio Nariño 2005-2009	69
Gráfica 16. Nacimientos Localidad Antonio Nariño por edades simples 2008	70
Gráfica 17. Nacidos vivos en madres adolescentes. Localidad de Antonio Nariño, 2008.	71
Gráfica 18. Comportamiento del estado nutricional en niños y niñas menores de 10 años. Localidad Antonio Nariño.	72
Gráfica 19. Tendencia del bajo peso al nacer en la localidad Antonio Nariño comparado con Bogotá.	73
Gráfica 20. Indicadores de fuerza laboral. Antonio Nariño 2007	80
Gráfica 21. Participación de la población en edad escolar PEE según localidad 2009.	89
Gráfica 22. Producción Urgencias Hospital Rafael Uribe 2007 – 2008 – 2009	213

INDICE DE MAPAS

Mapa 1. Mapa general localidad Antonio Nariño	29
Mapa 2. Usos del suelo. Localidad Antonio Nariño	30
Mapa 3. Factores de riesgo Físicos. Localidad Antonio Nariño	33
Mapa 4. Expendio de alimentos y licores. Localidad Antonio Nariño	36
Mapa 5. Sustancias químicas. Localidad Antonio Nariño	39
Mapa 6. Distribución por UPZ Localidad Antonio Nariño	45
Mapa 7. Zonas de condiciones de vida y salud localidad Antonio Nariño	47
Mapa 8. Territorios Sociales localidad Antonio Nariño	49
Mapa 9. Territorio 1 Noviembre Mayor	100
Mapa 10. Territorio 2 La Paz	122
Mapa 11. Territorio 3 Restrepo Social e Incluyente	142
Mapa 12. Territorio 4 Policultural	163
Mapa 13. Territorio 5 Las Tres Estrellas	185
Mapa 14. Colegios distritales Localidad Antonio Nariño	217
Mapa 15. Microterritorios programa Salud a su casa localidad Antonio Nariño	219
Mapa 16. Organizaciones comunitarias localidad Antonio Nariño	221
Mapa 17. Trabajo infantil Ámbito Laboral. Localidad Antonio Nariño	235
Mapa 18. UTIS Ámbito Laboral. Localidad Antonio Nariño	259

INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local con Participación Social es un ejercicio de análisis conjunto sobre la realidad de la localidad de Antonio Nariño, a través de la identificación de necesidades y problemáticas. La respuesta institucional y comunitaria a estas necesidades es ineludible, con el fin de comprender en toda su dimensión los factores protectores y deteriorantes, así como la complejidad de la salud y la calidad de vida de esta zona, 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 poblaciones.

En ese sentido, se constituye en una herramienta fundamental para la toma de decisiones a nivel local, al brindar elementos para los procesos de Planeación Distrital y Local. Es así como la Secretaría Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado (de las localidades del Distrito), en este caso el Hospital Rafael Uribe Uribe, realizan la actualización del diagnóstico local de forma anual, como se presenta a continuación.

La participación en diferentes espacios y actividades tanto a nivel de la ESE como a nivel local, ha permitido que cada etapa de ciclo se acerque a la comunidad y se lleven las políticas en materia de Infancia, juventud y vejez, siendo espacios fundamentales donde generaron inquietudes al respecto.

El trabajo incipiente en las mesas territoriales, se ha consolidado desde la identificación de problemáticas más sentidas en las comunidades en materia de seguridad, educación y violencia.

A nivel de las etapas de ciclo vital, se partió de las políticas vigentes para dar un enfoque armonizado de acciones en los diferentes espacios de trabajo mencionados anteriormente. En la etapa infancia, la Política de Infancia y Adolescencia y las recomendaciones dadas en el plan de Implementación de la misma para el sector salud, permitieron un abordaje apropiado desde el análisis de lecturas de necesidades desarrolladas en los ámbitos de vida cotidiana, proyecto de desarrollo de autonomía (PDA) y transversalidades, así como el ejercicio desarrollado en el encuentro de calidad de vida de Niños y Niñas de la localidad, foros y grupos focales entre otros. De las problemáticas identificadas a partir de un proceso de priorización desarrollado conjuntamente con las instituciones, programas, profesionales y personas de la comunidad que asisten a los espacios de Red de Buen Trato, subcomité de infancia y familia, en Rafael Uribe Uribe y mesa interlocal de salud materno infantil, se definieron 9 núcleos de problema primordiales de acuerdo

a los ejes de la política de infancia y adolescencia: 7 núcleos correspondientes a niños y niñas, y 3 núcleos respecto a la situación de las gestantes, los cuales fueron insumo para la priorización final en el espacio de grupo funcional.

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se abordó con énfasis en aquellas personas mayores en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género, cuyo propósito común fue visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019, incidiendo de manera activa a nivel intersectorial y territorial sobre las condiciones de desarrollo social, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, como medio para propiciar que los viejos de hoy y del futuro alcancen una vejez digna, saludable e integrada.

Como resultado del análisis realizado en el equipo funcional de juventud basado en la política pública de juventud, se reconceptualizaron las narrativas, los determinantes, los núcleos PROBLEMÁTICOS. Dicha redefinición de núcleos, busca identificar las condiciones que inciden de forma más contundente en las problemáticas de los jóvenes, superando el análisis tradicional de las dificultades que actúan como “síntomas” y cuyas alternativas generalmente se dirigen a implementar respuestas “de forma y no de fondo”.

Este documento pretende aportar a la comprensión de las dinámicas y realidades que viven las diferentes etapas de ciclo, en los territorios y las formas en que los déficit planteados generan consecuencias directas en su calidad de vida; la manera en que se relacionan con las diferentes categorías de análisis ambiente, producción, consumo, e igualmente pretende detallar la situación de calidad de vida y salud desde cada territorio, en este caso los definidos por la estrategia de Gestión Social Integral (GSI), aportando en la visualización de los principales núcleos problemáticos, como insumo para la formulación de respuestas integrales y propuestas para el PIC 2011, sin dejar de lado los aspectos positivos o factores protectores presentes en las población.

MARCO CONCEPTUAL

El concepto de salud ha evolucionado de lo clínico-biológico a un concepto global de lo social, sin desconocer lo subjetivo (bienestar físico, mental, emocional), lo objetivo con la capacidad para la función y de aspectos sociales de adaptación al trabajo socialmente productivo.

El paradigma social plantea que para entender las causas de salud enfermedad, las incorpora como parte de las políticas sociales, por lo que tiene que desarrollarse conjuntamente con una perspectiva biomédica, psicosocial y ecológica; este enfoque genera una visión sistémica de la salud que ya no es solo asistencial sin desconocer la importancia que se tiene para la vida de los sujetos.

De acuerdo a la forma de organizarse de lo social, a la estructura productiva, se establece un patrón de transformaciones; es así como se determinan tres niveles de análisis que interactúan entre ellos y posibilitan entender el proceso de salud enfermedad desde lo que se les ha denominado como dominios y que a continuación se describen:

Dominio general: Este componente se refiere a los determinantes estructurales amplios, como la situación socio económico, situación geopolítica, situación demográfica e histórica.

Dominio particular: Componente que se refiere a la relación entre lo individual familiar y sus condiciones de producción y consumo no estructurales, como el consumo básico y ampliado, condiciones de trabajo, entorno ambiental y condiciones grupales y familiares.

Dominio singular: Fenómenos relacionados con bienestar, salud, enfermedad y limitación permanente de los individuos.

De esta manera, los determinantes sociales de la salud, apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios¹.

La estrategia promocional de calidad de vida y salud, planteó una serie de retos para el sector salud, que supuso una serie de cambios y transformaciones en la manera tradicional de entender al sujeto en su condición humana, en su relación con los otros, y como esto repercutía en su individuo, su colectivo y por ende en su situación física, mental y de bienestar.

Desde esta estrategia, se reconocen los derechos sociales bajo tres principios fundamentales: la equidad, la integralidad y la universalidad. Este pensamiento busca reducir las brechas entre las poblaciones, dando respuesta a sus necesidades bajo unos criterios de autonomía, entendiendo esta última como: “el ejercicio pleno de la libertad y por ende permite la emancipación política. Las personas deciden lo que les conviene frente a la vida, la democracia y el espacio público como expresión social”²

De acuerdo con la estrategia promocional, la gestión social de la salud pública busca generar y construir políticas sociales con participación, es decir, propone un cambio sustantivo en la medida en que la política tiene un carácter público y de aprobación social.

La gestión es entonces una herramienta para garantizar los derechos, afectar positivamente los determinantes sociales de la salud en la medida en que se propone construir respuestas integrales (interdependencia) que le permitan a los ciudadanos el desarrollo pleno de su autonomía, en donde el Estado juega un papel de garante y la sociedad coproduce los derechos en la medida en que incide y decide sobre el tipo de Estado y sociedad, de ésta forma el fin de la gestión es promover ejercicios de ciudadanía.

En términos generales, la Gestión Territorial inmersa en la Gestión Local Integral de la Salud, debe articular las apuestas Nacionales y Distritales en materia de salud, valiéndose de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y la Estrategia de Gestión Social Integral, entendiendo este proceso como una estrategia que busca coordinar los recursos del Estado, puestos en acciones sectoriales, y trasponiéndose en discusiones transectoriales, para el desarrollo de procesos que afecten la calidad de vida de los sujetos en los escenarios locales, y buscando maximizar el impacto de la inversión social³.

Aparece en el escenario entonces, la formulación e implementación de políticas públicas que den respuesta a las necesidades sociales. La gestión social integral, que articula sectores, supone la combinación de respuestas de manera transectorial involucrando actores públicos y privados.

De esta manera, los procesos de descentralización local reconocen el territorio y sus particularidades, partiendo de una noción específica del territorio⁴. En términos generales, el territorio se asume como una construcción social, que se hace a partir de las relaciones, interacciones y apropiaciones que los sujetos realizan con relación a un espacio, sin importar sus delimitaciones. Así entonces, el territorio supera la noción de lugar y/o espacio físico, para enmarcarse como aquel espacio en donde se crean y recrean los recursos materiales y simbólicos, adquiriendo un sentido político.

2 GARCIA Sarria, Alex. *Estrategia promocional de Calidad de Vida y Pedagogía. Experiencia de la Escuela popular de Líderes en Salud en la localidad de Suba. Fundación Fergusson. Congreso Salud Pública. Salud y Sociedad. Universidad Pontificia Javeriana. Bogotá. 2006*

3 *Universidad Nacional de Colombia. Definición Gestión Social Integral. Secretaría de Integración Social. Bogotá. 2006.*

4 *El territorio se concibe como el escenario donde habitan y se desarrollan los individuos, las familias, las comunidades y el medio ambiente. En este sentido, se identifican dos condiciones primordiales del territorio, como:*
- *Escenario Social: donde se puede visualizar la totalidad de la población, identificar las condiciones diferenciadas de calidad de vida de quienes lo habitan y reconocer las necesidades desde los derechos y sus respectivas inequidades.*
- *Escenario Político: donde se detecta la arquitectura para la acción transectorial y su articulación con la acción social, los actores estratégicos, las asimetrías de poder y las reglas de interacción entre los actores. En este escenario se determina la necesidad de fortalecer la estructura del Estado en los territorios, y las sinergias entre sus actores para lograr legitimidad y gobernanza local. Convenio Corporación Grupo Guillermo Fergusson – Arco Iris. Secretaría de Integración Social/ Secretaría Distrital de Salud. “Taller de Acuerdos Conceptuales” Gestión Social Integral. Bogotá. 2009.*

1 OMS. Organización Mundial de la Salud. Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Noviembre de 2004

En este sentido, el territorio coloca como protagonistas a los sujetos que interactúan allí; los sujetos se convierten en actores dinámicos, cambiantes y dotados de capacidades para transformar su realidad social, lo que sugiere una participación permanente de estos en el proceso.

Se asume, que los sujetos confieren sentido al territorio, pero a su vez el territorio configura a los sujetos, dotándolos de particularidades a lo largo de cada etapa de la vida, convirtiendo las especificidades en condiciones determinantes para la calidad de vida de la población.

El enfoque poblacional, reconoce a los sujetos como actores vivos, que pueden configurarse a través de la infancia, la juventud, la adultez y la vejez, y que están inmersos en escenarios cotidianos (el barrio, la comunidad, el trabajo, la productividad, la escuela, la familia y las instituciones que les prestan servicios); parte de identificar condiciones determinantes para los sujetos en el plano económico, cultural y político, configurando situaciones transversales en la vida, como la salud mental, la discapacidad, el género, la productividad, el desplazamiento, lo étnico, la seguridad alimentaria y la actividad física.

Esta orientación se complementa con la mirada diferencial, en donde se plantea el reto del reconocimiento en un discurso de Derechos Humanos, que busca la igualdad desde la dignidad humana, pero sin desconocer que como sujetos tenemos una condición diversa y particular. Hacer visible las diferencias, implica hacer un reconocimiento a las diversas formas de entender, asumir y apropiarse del mundo, e incluir este respeto por el otro, en la forma de hacer las cosas y de interactuar de manera colectiva. Además, coloca sobre la mesa la discusión de cómo generar respuestas integrales que busquen la igualdad de las poblaciones, entendiendo que existen situaciones distintas, con grupos humanos distintos, que deben ser abordados de manera intercultural, y no recaer en procesos de discriminación o absorción de los otros.

De esta manera, involucrar el enfoque poblacional y diferencial a los procesos de territorialización a los que nos convoca la Gestión Social Integral, supone ejercicios de movilización social y participación comunitaria, que contemple las particularidades de la realidad de los actores sociales, originando cambios en el actuar y accionar institucional, en donde se convoque a descentralizar la operación, para responder a la diversidad propia de cada territorio.

Es así como la Gestión Social Integral, en el marco de la administración pública, requiere de la transformación de los escenarios públicos, institucionales y sociales, para generar cambios en las prácticas sociales: avanzar en la descentralización, y/o desconcentración (Decreto 101, Marzo 2010), establecer corresponsabilidad entre el estado y sociedad civil, realizar planes de acción concertados en territorios sociales con todos los actores sociales, precisar temas generadores, criterios de focalización e inserción, creación de vías de comunicación con las directivas institucionales por cada actor social para la toma de decisiones. Para poder avanzar, el Hospital Rafael Uribe inicia desde su proceso histórico de lo local y de la situación actual que a continuación se describe, para poder organizar una respuesta acorde con las normas vigentes y el paradigma actual.

Se parte de reconocer que la razón del Estado es garantizar el bienestar y la seguridad de los habitantes, buscar la gobernabilidad y la presencia institucional en los territorios, generando estrategias por diferentes gobiernos para lograrlo.

Intentar desconcentrar el Estado, trasladando las acciones institucionales por territorio, de acuerdo a sus realidades sociales a través de las intervenciones, acorde con la misión institucional y que puede ser reversada de acuerdo al cambio de las realidades o a una decisión social comunitaria.

“La descentralización administrativa por la transferencia de funciones, recursos, y capacidades y de proceso gerencial y administrativo, puede ser: administrativa, fiscal y política”⁵. A continuación se describen algunos conceptos de descentralización:

Descentralización fiscal: transferencia de responsabilidades de generación, asignación y desembolso de recursos desde las instancias centrales a las locales, siendo administrativo y político.

La descentralización política, tiene como objetivo la democratización de la gestión local mediante la ampliación de espacios de participación y redistribución del poder político, desde el centro a los niveles regionales y locales.

Descentralización hacia el mercado (Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Desarrollo Territorial. 2002. Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Balance de una década tomo I. Marco conceptual y resultados de progreso municipal; pagina 14 a 16), que surge dentro de una política neoliberal a partir de la transferencia de la responsabilidad del estado hacia particulares, siendo este un mecanismo de privatización.

Todos los anteriores, buscan contribuir a la equidad en los territorios, prestación de servicios, participación ciudadana y promoción de la autonomía colectiva para el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida en lo local por territorio social.

Se presenta como ventaja, el desarrollo económico de acuerdo al territorio (por escalas), fácil organización de la oferta de servicios, fácil control y seguimiento, respuesta de acuerdo a las realidades sociales, ya no determinada por un lineamiento centralizado por la S.D.S., que no son coherentes con las necesidades de los grupos y que al crearse de acuerdo al grupo de trabajo, facilita un mejor acercamiento a la realidad social con mayor satisfacción social, luego las intervenciones obedecen a una necesidad sentida y no a una uniformidad de intervención que varía de un territorio a otro, determinado por las diferencias desarrollo social de producción y de consumo.

Desventaja: Sensación de lejanía desde los entes centrales y pérdida de responsabilidad de estos. Es necesaria una inversión real de los recursos y diferente en la intervención, el gobierno local tiende a priorizar de acuerdo a los intereses políticos, alejándose de la realidad de los territorios, generando menor posibilidad de satisfacción social y por lo tanto se requiere una mayor complejidad en el control y seguimiento y autonomía en el manejo de los recursos.

Se sugiere que la gerencia de la Gestión Local en Salud, brinde las herramientas para la construcción del conocimiento y de posicionamiento político y la vigilancia en salud ambiental y de salud, los indicadores para dar cumplimiento con los objetivos del milenio, como de los planes de Desarrollo.

5 Cohen y Peterson (Cohen, John M. and Stephen B. Peterson. 1996 Methodological issues in the analysis of decentralization.)

MARCO METODOLÓGICO

Para la elaboración de este documento, se llevo a cabo un proceso que incluyó cuatro fases:

La primera, denominada **alistamiento y convocatoria**, donde se realizaron la contextualización los diferentes actores, se autoevaluó el proceso el diagnóstico anterior, se efectuaron acuerdos conceptuales y metodológicos y se logro articulación con diferentes ámbitos y componentes del hospital.

En la segunda fase, se realizó el proceso de **recolección de la información** con inventario de fuentes primarias y secundarias de la ESE y otros sectores, así como la validación y clasificación de la misma. La recolección de fuentes primarias, se hizo a partir de los diferentes ejercicios de lecturas de necesidades que realizaron las diferentes instituciones de la localidad, con organizaciones o grupos comunitarios durante el año 2008, incluidos los de los diferentes ámbitos del Plan de Acciones Colectivas.

En la tercera fase de **análisis descriptivo y explicativo**, se trabajó en la construcción Plan análisis con la Secretaría Distrital de Salud (SDS), se analizaron lecturas de necesidades por etapa de ciclo y la información cuantitativa de diferentes sistemas de información con acceso local y distrital.

Por último, en la cuarta fase se realiza el **análisis crítico de la información**, intentando profundizar en las relaciones de producción consumo ambiente en el contexto territorial, y desde cada etapa de ciclo vital, con el fin de establecer las prioridades en términos de núcleos problemáticos, que permitan asignar los recursos de PIC 2011 y presupuestos locales de una manera más equitativa para cubrir las necesidades de la población. Para el logro de los objetivos en esta fase, se llevaron a cabo reuniones en los espacios de los grupos funcionales y unidades de análisis, donde se realizó un ejercicio de reorientación y validación de los determinantes de la salud, partiendo de la situación de salud encontrada cuantitativa y cualitativamente, para al final priorizar núcleos problemáticos y establecer temas generadores para el diseño de nuevas propuestas integrales.

Se realizaron también dos talleres de cartografía social a finales del 2008, por parte de la Red del buen trato para las UPZ Diana Turbay, Marruecos y Marco Fidel Suarez, como soporte de situaciones y conflictos sociales.

Se estableció metodología para avanzar en el proceso cartográfico y de georreferenciación de los equipamientos, las principales necesidades y respuestas, integrando a la ESE (ámbitos y componentes del PIC) y la validación de información por parte de la comunidad.

Para el capítulo 3., Profundización del Análisis Poblacional y Territorial, el documento contempla el resultado de los ejercicios de análisis poblacional territorializado por etapas del ciclo vital, en el marco de los enfoques definidos por la Secretaría Distrital de Salud en la Guía técnica entregada para orientar dicho proceso. Para lograr la cualificación y profundización de los análisis, se realizan los ajustes metodológicos necesarios con la aprobación o consenso del equipo de Gestión Local y Coordinador de Salud Pública, seguido de la respectiva validación por parte de los Ámbitos y Componentes del PIC. Posteriormente se procede al desarrollo de los Equipos Técnicos Poblacionales por etapa de ciclo y Unidades de Análisis poblacionales territorializadas, donde se realizan las siguientes actividades en su orden:

1. Reconocimiento de los núcleos problemáticos identificados en el Diagnóstico Local 2009 desde cada PDA, Transversalidad, Ámbitos y Componentes del PIC.
2. Validación de fuentes primarias 2009 desde los enfoques poblacional, territorial y diferencial.
3. Taller para estructuración de plan de análisis profundo y requerimiento de fuentes secundarias a diferentes actores en el Hospital.
4. Cualificación de las narrativas por cada núcleo problemático por etapa de ciclo, desde los enfoques poblacional, territorial y diferencial.
5. Contrastación de las fuentes primarias y secundarias que permitan explicar las situaciones evidenciadas, y profundizar en los análisis.

El ejercicio de actualización ha representado un reto por la naturaleza de su abordaje, desde los enfoques territorial y diferencial, ya que en los ámbitos y componentes del PIC, los sistemas de información no cuentan con variables que permitan realizar este tipo de análisis. Sin embargo, el interés desde la gerencia y Coordinación de Salud Pública - PIC del Hospital, es asumir este reto con miras a fortalecer el posicionamiento político en los diferentes espacios Locales y aportar insumos necesarios para el proceso de la gestión social integral (G.S.I) en la Localidad Rafael Uribe. Se espera en este sentido que con los resultados del análisis realizado por etapa de ciclo presentados a continuación, se contribuya para el planteamiento de respuestas integrales aproximadas al concepto de transectorialidad en el marco de la G.S.I., donde prime el mejoramiento a corto, mediano y largo plazo de las condiciones de calidad de vida y salud de la población habitante de la localidad.

Para el capítulo 4. Análisis de las respuestas.

En el marco de los espacios considerados en la guía técnica y los acordados en el Hospital para la actualización de los Diagnósticos Locales 2010, como fueron: La reunión de Gestión ampliada, Equipos Técnicos Poblacionales, Unidades de Análisis Poblacionales Territorializada y Comité de Salud Pública, se dieron los procesos de validación de diseño metodológico consistente en:

Parte 1.

- Diseño y validación de matriz de respuestas institucionales y sectoriales, donde se recolectó información por etapa de ciclo por núcleo problemáticos.
- Construcción de narrativas sobre brechas y esbozo de propuestas Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2011 (Ejercicio realizado por cada ámbito, Proyecto de desarrollo de autonomía (PDA) y Transversalidades).

- Ajustes y validación de narrativas de respuestas (con aportes de referentes asistentes a diferentes espacios).
- Fusión de núcleos por afinidad de intervenciones.
- Organización de grupos por etapa por núcleos problemáticos acordados.
- Cada grupo trabajó sobre las propuestas de respuestas integrales en formato entregado.
- Desde la Coordinación de Salud Pública y el PIC, se ajustaron y viabilizaron técnicamente las propuestas formuladas.

Parte 2.

- De acuerdo a directrices de la Secretaría Distrital de Salud, se trabajó en la consolidación de toda la información adelantada en la parte 1, en la matriz diseñada para tal fin. Para el logro de este objetivo se organizaron mesas de trabajo con el componente de gestión local, en donde se realizaron ajustes a la definición de los núcleos problemáticos, se replantearon los temas generadores y se realizó la Territorialización de las propuestas dividiéndolas en tres grupos: desde la ESE, desde sectores y desde la comunidad.

1.

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

1.1. Historia de Poblamiento

En la época precolombina, los terrenos aledaños al río Fucha eran habitados por los indios Chisbatibas, una de las más importantes comunidades chibchas que vivían en la sabana de Bogotá.

En las riberas del río, las indígenas recolectaban caracoles, FU-CHAS en lenguaje muisca, para sus adornos como collares o prendedores; también en su cercanía celebraban los caciques las ceremonias de descanso y festividades de alegría y jolgorio.

Posteriormente, en la época colonial, los españoles conservaron esas costumbres y allí en las cercanías de la hacienda Fucha celebraban las corridas de toros, fiesta tradicional hispana, traída a nosotros por los andaluces, que la habían heredado de los griegos (acordémonos de Creta y el laberinto de Cnosos cuidado por un toro, etc.).

En la Hacienda Fucha se refugiaba Don Antonio Nariño, para eludir las persecuciones de los gobernantes españoles de la Nueva Granada, especialmente las posteriores a 1793 cuando fue acusado por un Oidor, opositor suyo, de haber malversado fondos durante su mandato de alcalde de segundo voto y mas adelante, por la traducción y publicación de Los Derechos del Hombre y del Ciudadano.⁶

En homenaje a tan ilustre patricio bogotano se le dio el nombre a la localidad.

También en nuestra localidad estaba situada la fábrica de pólvora, dirigida por el sargento Hortua (español), que quedaba ubicada aproximadamente en lo que hoy es la Avenida Caracas con calle 4ª y 6ª sur, costado oriental, barrio Ciudad Berna; por eso esos terrenos tomaron el nombre de Hortúa y allí la nación, construyó por 1927 el hospital más importante del país, El San Juan de Dios, para reemplazar el existente en la carrera 9ª entre calles 11 y 12 de la ciudad.

En el lugar denominado tres esquinas (calle 1ª con Av. Caracas), estaban ubicados el teñidero de telas y el molino Santa Catalina, por eso la quebrada Santa Catalina que por allí pasaba, la llamaban también Teñidero, porque sus aguas se coloreaban según el tinte que estaban usando para las telas.

En el molino se procesaba el grano de la cebada y el trigo que servía para alimentar parte de la incipiente ciudad.

Ya en la época Republicana, se ubicó en nuestra localidad la Imprenta Nacional y el museo de la Imprenta, el Instituto de Erradicación de la Malaria y desde comienzos del siglo XX, el Lago de Luna Park, represamiento del río Fucha por una compuerta ubicada en la carrera 21 con calle 12 sur. El lago contaba con barcas para remar, burros para montar, carrusel y otras atracciones mecánicas, y la más importante pista de baile popular de la ciudad, donde se presentaban los domingos en la tarde las mejores orquestas venidas a Bogotá. Mi padre contaba que él venía allí con su novia (posteriormente mi madre) a bailar los últimos ritmos de los años 20 como el danzón, el fox trox y las polcas, además de ensayar algunos pasos de tango.

Este centro de atracciones fue construido por don Nicolás Liévano, padre del historiador y Canciller de la República, Indalecio Liévano Aguirre; recordemos que Don Nicolás Liévano fue quien construyó el edificio Liévano, hoy sede de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

El lago se terminó alrededor de 1942, cuando una creciente del río se llevo la compuerta y la familia Liévano no le invirtió más dinero al asunto.

También en sus riberas se ubicó la escuela Panamá, la cual junto con la escuela Estados Unidos, ubicada en el barrio El Centenario, fueron parte de la compensación por el Canal de Panamá. Recordemos que lo que hoy es la localidad Rafael Uribe, formaba parte de la nuestra, en la primera época de descentralización administrativa de la ciudad.

En los comienzos del siglo pasado, Monseñor Manuel María Camargo, adquirió unos terrenos donde construyó un asilo para niños pobres; se cree que la mayoría eran huérfanos y desplazados por la guerra de los mil días, y lo llamo Asilo de San Antonio de Padua, en homenaje al santo de esa ciudad italiana. Posteriormente se erigió la iglesia, replica de una italiana, y la edificación contigua, un palacete italiano de Umbría trasladado a nuestros lares, que se conserva bastante original y que hoy es patrimonio histórico y cultural de la ciudad.

Como reseña curiosa se puede adicionar que uno de los padres de la comunidad de terciarios capuchinos que regentaba el asilo de San Antonio por los años 50, formó un coro polifónico que se hizo famoso y recorrió muchas ciudades del país y del exterior, deleitando con sus interpretaciones a muchas personas.

La localidad se convirtió de residencial obrera a comercial e industrial en un desarrollo progresivo e intenso desde los años 50, iniciado por los pequeños fabricantes de calzado, desplazados por la violencia de los años 50, de sus terruños en el norte del Valle y todo el viejo Caldas, para volverse un emporio de los cueros, la marroquinería, el calzado y las confecciones. Hoy es un gran centro comercial e industrial de primer orden que genera una muy buena proporción de los impuestos que recibe nuestra ciudad.

La localidad va a tener una transformación importante en el futuro cercano: el proyecto de ciudad salud y la centralidad Restrepo, unidos a la necesaria construcción de la Avenida Mariscal Sucre, la seguirá ubicando como un gran polo de desarrollo de la capital.

1.2. Características Geográficas

La localidad Antonio Nariño presenta clima frío, con una temperatura promedio de 14°C, ajustándose a las condiciones climáticas del Distrito Capital. La precipitación media anual varía entre 900 mm y 1.000 mm y la humedad relativa fluctúa entre 60% y 80%;

La localidad cuenta con recurso hídrico que está compuesto por un sistema artificial, constituido por tres canales que la atraviesan y que conducen las aguas lluvias a cielo abierto: los canales del río Fucha con una extensión de 11.318 mts; el Canal de la Albania con 3.872 mts., y del río Seco con extensión de 3.303 mts. Las aguas negras se manejan lateral y separadamente por medio de interceptores subterráneos.

La cuenca hidrográfica del río Fucha es una de las más importantes de la ciudad, dada su influencia directa e indirecta en 12 de las 20 localidades. En Antonio Nariño ingresa por la calle 13 sur y cruza la localidad hacia el noroccidente. Por su parte, el Canal de La Albina, entra a la localidad por la Avenida Carrera 27 y se dirige en dirección occidente. Por último, el Canal del río Seco, que inicia su recorrido por la localidad en la Carrera 27 con Calle 38 sur, cursa hasta el occidente por el antiguo cauce del río Seco, atravesando la localidad por el extremo occidental entre los barrios Villa Mayor y Cinco de noviembre.

Aunque se tiene información de la existencia, en la primera mitad del siglo pasado, de un lago en la zona conocida hoy como Luna Park, donde posiblemente se contaba con variedad de plantas, no hay vestigios en la actualidad de flora propia en la localidad, exceptuando la arborización ornamental en parques públicos y jardines particulares, más aún teniendo en cuenta que no hay terrenos de expansión en la localidad.

⁶ Reseña preparada por Antonio Rey Gómez, Historiador y Consejero de Investigación de la localidad. Bogotá D.C. Agosto 8 de 2008

Las plazas de mercado, en el sector de la calle 14 sur con avenida Caracas y carreras 16 y 17 en el Restrepo, proveen la demanda de variedades ornamentales y medicinales de los habitantes.

En general, la localidad cuenta con una baja biodiversidad, limitada a las especies típicas para arborización urbana o para antejardines. La percepción es que la ausencia de conciencia ambiental y de escaso mantenimiento y nulo embellecimiento de las rondas de los ríos, potenciales pulmones de la localidad, parece generar desapego en la comunidad, que en muchos casos las usan como botaderos de basura, incluso lanzándola a la corriente. Según el Censo del arbolado de la localidad adelantado por el Jardín Botánico de Bogotá, José Celestino Mutis, 2006, Antonio Nariño dispone de 9.106 árboles (40.5 % nativos y 59.5 % foráneos) en espacio público; están representadas allí 131 especies. Desde 1998 se intensifican las plantaciones en la localidad, aproximadamente se han sembrado 1.766 árboles a cargo del Jardín Botánico, de los cuales 615 se han realizado mediante gestión comunitaria; la tasa anual de plantación es de 220 árboles/año, la tasa de mortalidad (por volcamiento, vejez, daños antrópicos, enfermedad o plagas) es de 16.5 árboles/año.

El uso del suelo que registra mayor arborización es el residencial; la cobertura arbórea en uso rotacional es la más baja de Bogotá, donde incide fuertemente la carencia de parques metropolitanos. Antonio Nariño presenta la mayor cantidad de población en la UPZ el Restrepo, es decir el 70.01 % del total de árboles.

En Ciudad Jardín se encuentra el 29.99 % restante, pero como esta UPZ abarca menos del 30% de la localidad, es la de mayor densidad arbórea. La arborización de la localidad se encuentra ubicada en avenidas, canales, andenes y parques⁷.

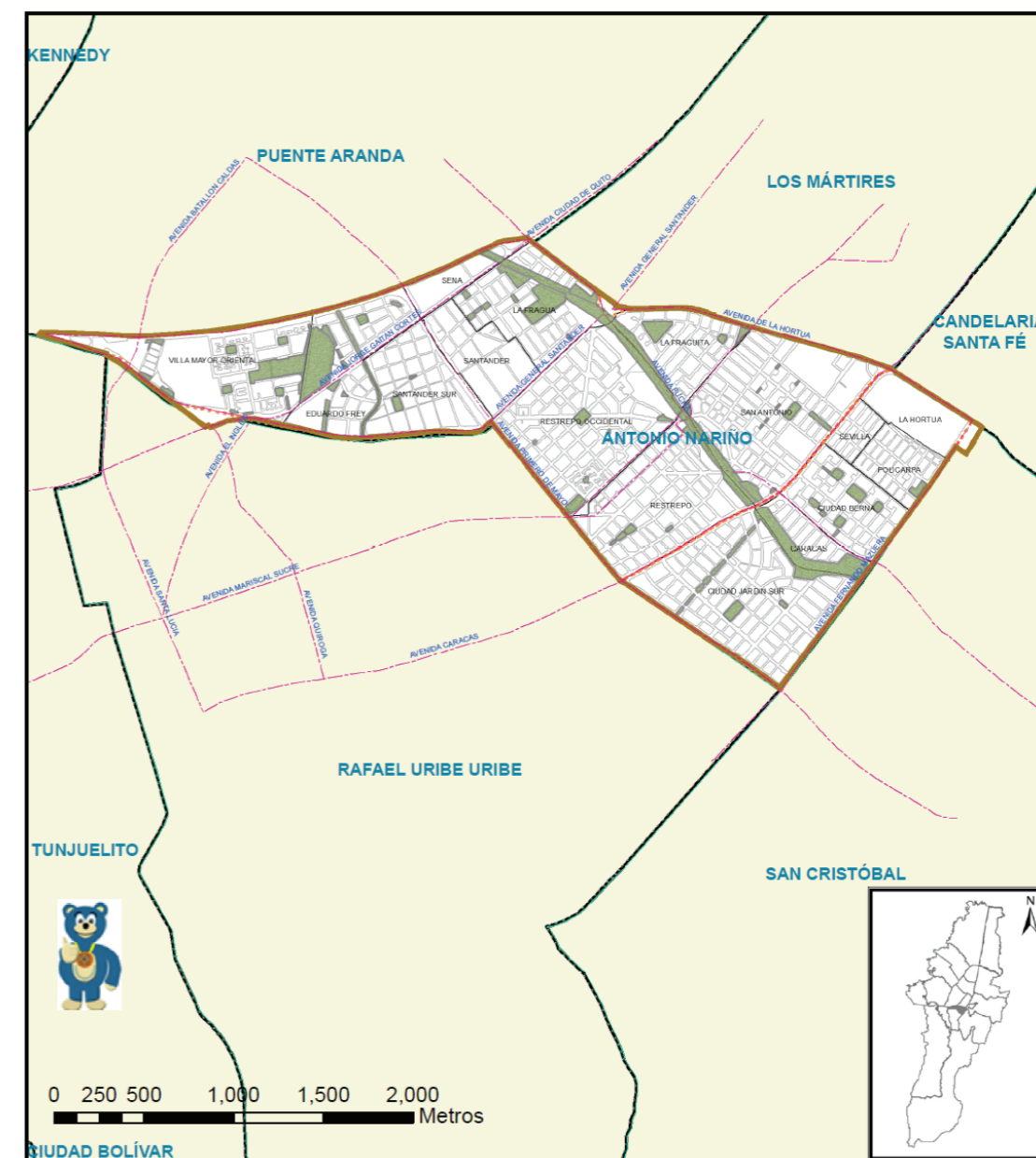
La Localidad Antonio Nariño está ubicada dentro del perímetro urbano en el sur oriente de la ciudad.

Limita al norte con las localidades de Puente Aranda, los Mártires y Santa Fe; al oriente con San Cristóbal; al sur con Rafael Uribe Uribe y al occidente con Tunjuelito⁸.

Tiene un terreno plano que presenta un ligero desnivel del oriente a occidente; una extensión total de 488 hectáreas que representan el 1.33% del total del área urbana de la capital, de las cuales 472 corresponden a suelo urbano, 21 son protegidas gracias a los programas de legalización de barrios. La localidad no tiene áreas de viviendas ilegales desde el 2004 y no tiene área rural ni de expansión, se encuentra entre las localidades de menor número de barrios y manzanas comparadas con las demás localidades de Bogotá⁹. Antonio Nariño cuenta con 21 ha de suelo de protección, que corresponde al 4.3% de la superficie urbana de la localidad. Esta la constituyen las rondas de los canales del río Fucha, La Albina y del río Seco. Así mismo los tres parques zonales: Villa Mayor que incluye además el Cementerio del Sur; Ciudad Jardín y el Parque La Fragua.

cuidado por parte de los vecinos deriva en la inadecuada utilización de las pocas zonas verdes; además elDe acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá, en Antonio Nariño predomina la clase socioeconómica media: el 93,4% de los predios son de estrato 3 y ocupa la mayor parte del área urbana local, el 4,6%pertenece a predios de estrato 2 y el 2,0% restante corresponde a predios en manzanas no residenciales, el uso del suelo urbano se divide en cuatro áreas de actividad: Residencial (61,5%), dotacional (10,4%), comercio y servicios (25,6%), y área urbana integral(2,5%) (Ver mapa 2).

Mapa 1. Mapa general localidad Antonio Nariño



- Vías Principales
- Limite de Localidad
- Manzanas
- Limites de UPZ
- Barrios
- LOCALIDADES COLINDANTES



ESCALA 1:30.000
Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Limite de Localidades (Res. 2330125 de Abril de 2004)

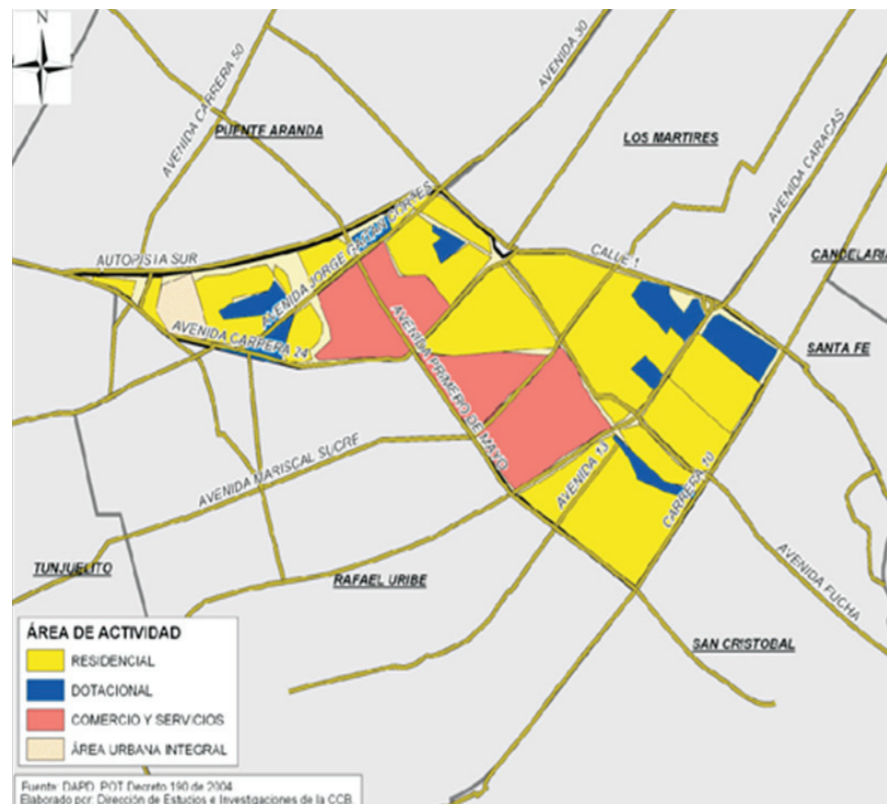


Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad

Fuente: Base cartográfica Secretaria Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

7 PLAU Localidad Antonio Nariño. 2008
8 Agenda ambiental Localidad 15 Antonio Nariño
9 Boletín Bogotá ciudad de estadísticas. Edición especial "Conociendo las Localidades de Bogotá". Julio de 2009

Mapa 2. Usos del suelo. Localidad Antonio Nariño



Fuente: Perfil económico y empresarial. Localidad Antonio Nariño. 2007

En cuanto al uso del suelo¹⁰, a pesar de ser una localidad de carácter residencial, el cambio de uso del suelo a otras actividades la ha llevado a tener un alto índice de desarrollo comercial e industrial en la ciudad, generando falta de sentido de pertenencia del territorio por la ciudadanía; dentro de las actividades económicas se destacan la presencia de empresas de marroquinería y calzado. Sin embargo este desarrollo económico ha significado el surgimiento de establecimientos comerciales en áreas que no se encuentran destinadas, según el Plan de ordenamiento territorial POT, para esta actividad. Este fenómeno es evidenciado por la población local quienes manifiestan el desarrollo espontáneo del territorio y la presencia reciente de asentamientos humanos en áreas de manejo y preservación ambiental.

En la localidad Antonio Nariño se localizan veintiséis (26) servicios urbanos de equipamiento institucional, entre estos: seguridad ciudadana, defensa y justicia, servicios funerarios, administración pública y de abastecimiento, además de hospitales, sedes educativas y el cementerio del sur.

La cantidad de **equipamientos** con que cuenta la localidad y la población beneficiada por estos, han aumentado en número con respecto al año 2003, mejorando así el inventario de los dotacionales. Según datos de la SDP 2005-2006, Antonio Nariño cuenta con un total de 562 equipamientos y una concentración de 192 personas por equipamiento, lo que la ubica en el décimo cuarto puesto con respecto a las otras Localidades de Bogotá. La mayoría de equipamiento en salud (380), seguido de educación (76), bienestar social- hogares comunitarios (54), existe insuficientes equipamiento de tipo cultural (12), recreación y deporte (1) y abastecimiento de alimentos (9).

De otro lado, como parte de la infraestructura de Antonio Nariño se identificaron las construcciones destinadas a la prestación de servicios de salud, educación, bienestar social, actividades de comercio y servicios y las estructuras de servicios públicos para la atención de las necesidades de la población.

Antonio Nariño se destaca por albergar dentro de su territorio equipamientos como: la Alcaldía Local; en equipamientos de Salud: 139 IPS privadas entre las que se destacan: Hospital Universitario San Juan de Dios, la Clínica de la Policía, el Cancerológico y el Centro Dermatológico Federico Lleras; y una IPS Pública (Hospital Santa Clara); equipamientos de defensa y justicia como la Comisaría de Familia y la Personería Local; en equipamientos de tipo administrativo: el Fondo Nacional de Estupefacientes y una notaría; en equipamientos de seguridad ciudadana: Tres CAI, la Estación Sur, el Departamento de Policía Tequendama y la XV Estación de Policía; en equipamientos de educación se destaca una sede del SENA y dos sedes de la UNAD; en equipamientos de cultura: una biblioteca (Restrepo); en equipamientos de recreación y deporte: un polideportivo; en equipamientos de abastecimiento de alimentos: las plazas del Restrepo y Santander; en equipamientos de servicios funerarios el Cementerio del Sur.

Cuenta con 60 parques que equivalen a 306.681 m². El indicador de parque por habitante para el 2009 se encuentra con (4,2 M2), la localidad cuenta con 2.8 m² por habitante lo que la ubica en un nivel bajo con relación a las localidades del Distrito¹¹. Se localiza una (1) de las 21 centralidades de integración de la ciudad, la cual es de integración urbana Centralidad Restrepo Santander.

La infraestructura vial existente en la localidad Antonio Nariño representa el 1.95% de la malla vial de la ciudad, con un total de 282 km de carril de vía, lo que la ubica en el decimoséptimo puesto entre las localidades de Bogotá. A la localidad la atraviesan vías como: Avenida Primero de Mayo, la Avenida Carrera décima, la Avenida Jorge Gaitán Cortés, la Avenida Calle primera, la Avenida Mariscal Sucre, la Avenida General Santander y la Avenida Fucha.

Así mismo, la localidad es beneficiaria del sistema de transporte masivo Transmilenio, contando con dos vías pertenecientes al sistema: Avenida Caracas y NQS.

1.2.1 Factores de deterioro ambiental y sanitario

Desde el punto de vista medioambiental, la localidad presenta deficiencias en la malla vial y un alto índice de contaminación atmosférica, ambos causados por el alto flujo vehicular, contaminación por ruido, contaminación visual, condiciones higiénico sanitarias inadecuadas en establecimientos que comercializan alimentos, disposición inadecuada de basuras, tanto en las corrientes de agua como en su entorno¹² en el Canal del Río Fucha, Albina y el canal del río Seco. Se presentan varias problemáticas como asentamientos de familias en zona de ronda e invasión por construcciones (edificios e instituciones educativas), aceites y grasas provenientes de bombas de gasolina y talleres, vertimiento de residuos industriales y el aumento considerable en la presencia de desechos sólidos. Esta situación está asociada a la compleja problemática de la población habitante de calle que improvisa su alojamiento en estas zonas, acumulando los materiales propios de la actividad recicladora a la que generalmente se dedican, la concentración de talleres de mecánica, cromado, galvanoplastia y talleres de recuperación de baterías y de fabricación de espumas, carrocerías y rejillas, que se localizan en los barrios San Antonio y Santander. Su principal grado de contaminación se asocia con el vertimiento de aceites quemados y la inadecuada manipulación de otras sustancias químicas como gasolina, pintura, soldadura, etc. Otras de las actividades realizadas y que representa un gran impacto medio ambiental y de salud pública, es el relacionado con las tintorerías y lavanderías.

La calidad del aire es esencial para la apreciación de la calidad ambiental, puesto que el **impacto de la mala** calidad del mismo se relaciona directamente con la salud de los ciudadanos,

¹¹ Boletín Bogotá ciudad de estadísticas. Edición especial "Conociendo las Localidades de Bogotá". Julio de 2009

¹² Diagnóstico Local Hospital Rafael Uribe Uribe. Medio Ambiente 2008

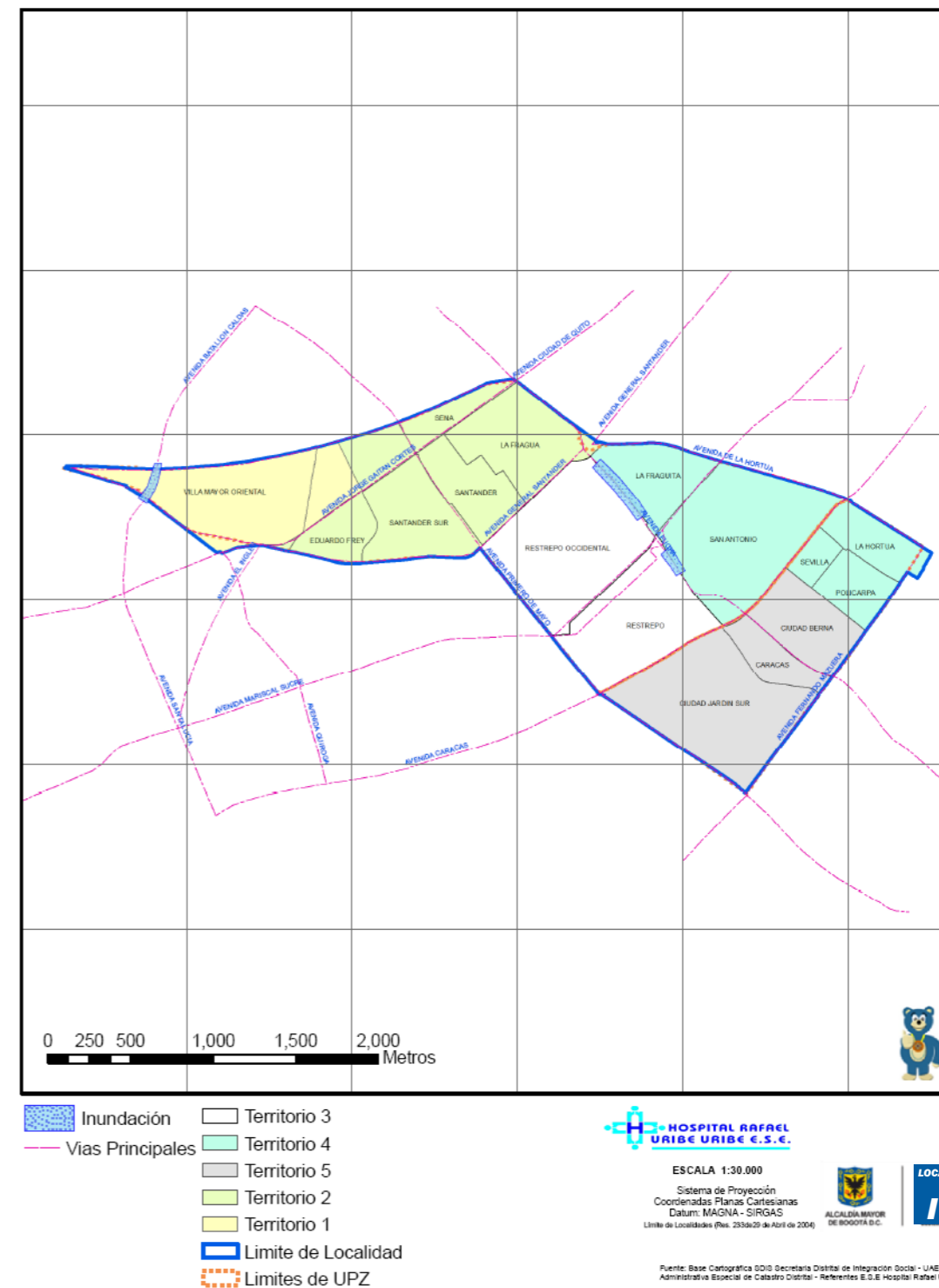
especialmente de los niños y de los adultos de tercera edad, y sus consecuencias se extienden a largo plazo.

La actividad comercial e industrial de la localidad está caracterizada por la pequeña y mediana industria que por su labor genera emisiones de fuentes fijas producto de la utilización de calderas, hornos e incineración de basuras a cielo abierto. También ocurren emisiones por fuentes móviles en las principales vías, que comunican a la localidad con el resto de la ciudad.

Las fuentes fijas generadoras de emisiones se ubican principalmente en los barrios Restrepo, San Antonio, La Fragueta, Santander. Entre las fuentes generadoras de emisiones se han identificado: el cementerio del sur, talleres de mecánica y pintura automotriz, marmolerías, industria maderera, tintorerías, fábricas de baterías, restaurantes, tipografías, litografías, estaciones de servicio, fabricas de artículos de caucho, pinturas, calzado, espumas, carrocerías y lavanderías de ropa en seco. Se presentan en la localidad innumerables situaciones que afectan de manera considerable la calidad sonora: el ruido de las industrias, las discotecas, el transporte vehicular y ruido de alto-parlantes que ofertan servicios de toda índole.

Con base en la información del Diagnóstico de Prevención y Atención de Emergencias de la Secretaría de Gobierno, se estableció que el porcentaje afectado de la localidad, en caso de presentarse emergencias de grandes proporciones, oscilaría entre el 5 y 10%, siendo los barrios más vulnerables Ciudad Jardín sur, Ciudad Berna, La Hortúa, La Fragueta y San Antonio, principalmente. De otra parte, en barrios como Restrepo y La Fragua, la afectación podría ser inferior o igual al 5%. Otro factor de riesgo son las inundaciones, las cuales se presentan por la falta de limpieza de las redes hídricas, lo que produce taponamiento de alcantarillas, rebosamiento de aguas negras y en algunos casos, encharcamientos en las vías (Ver mapa 3).

Mapa 3. Factores de riesgo Físicos. Localidad Antonio Nariño



Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECD - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

La amenaza tecnológica se manifiesta en la decidida presencia de pequeñas y medianas industrias manufactureras de cuero en el Restrepo y de fábricas de textiles en el barrio Policarpa Salavarría, lo que se traduce en un riesgo para la población debido a la manipulación de productos químicos. De igual forma, la existencia de una cantidad importante de estaciones de servicio e industrias de otros tipos, estas últimas en el barrio Santander, hace que la población local perciba como riesgos a las actividades que se desarrollan en su entorno. Según integrantes de la Comisión Ambiental Local de Antonio Nariño, CALAN, en el Hospital San Juan de Dios se presenta una grave situación debido al abandono que se observa desde que dejó de funcionar, haciendo imposible mantener su gran zona verde o podar el pasto, lo que favorece la proliferación de ratas y culebras, entre otros. Sumado a esto, habitan aproximadamente 250 personas, entre niños, adultos y algunos ancianos, de los cuales algunos son trabajadores del Hospital o miembros de sus familias que ante la difícil situación económica, han tenido que ir a vivir allí. Todo esto ha generado una situación de riesgo latente para la comunidad vecina¹³.”

De acuerdo a las particularidades de la localidad, se presentan a continuación las principales problemáticas ambientales que se identifican en la misma¹⁴

Contaminación por ruido: La existencia de bares y discotecas en espacios identificados como uso residencial, han provocado un impacto negativo y directo de la calidad ambiental de los residentes de la localidad. Actualmente en la zona del barrio Restrepo, se encuentran 108 establecimientos (específicamente entre las carreras 18 y 16, entre las calles 17 y 18 Sur) a los que se debe adicionar la aparición de discotecas de barrio en otros sectores de la localidad, especialmente en Ciudad Jardín Policarpa (sobre las calles 22 Sur, calle 11 Sur, calle 5 Sur, calle 4 Sur y Avenida 1, y entre las Carreras 27 y 24, además de la Carrera 10).

Contaminación por publicidad exterior visual: La ubicación de un alto sector comercial en pequeños espacios y de manera desordenada, produce la proliferación de publicidad exterior sin ningún tipo de control y en densidades altas, no solo por ventas ambulantes de toda índole, sino automóviles, talleres, chatarrerías, entre otros.

Contaminación atmosférica. Fuentes fijas (Industrias). La localidad se caracteriza por la presencia de un alto número de industrias de diferentes sectores, ubicadas en zonas de clasificación residencial. Las industrias predominantemente se dedican a la transformación del cuero, textiles (tintorerías, fabricación de suelas y confeccionistas), sector de baterías, carrocías, subsectores de autopartes, espumas, etc.

Fuentes móviles. Asociada a la cantidad de vías principales de alto flujo vehicular, entre las que están la Avenida Caracas, Avenida primera de mayo, Avenida 27, Carrera 30, Calle 1 y Avenida Carrera 10, además de vías internas por las cuales transita un elevado tráfico vehicular, lo que genera que la emisión de gases y material particulado sea alta.

Contaminación por Disposición Inadecuada de Residuos Sólidos: Aunque la prestación del servicio por parte de la empresa recolectora de aseo es continua (siendo muy constante en zonas de alto impacto como el Restrepo), es común observar en algunos barrios acumulación de basuras que generan efectos secundarios sobre la salud de los habitantes de la localidad. Esta situación se presenta igualmente en las rondas de los canales (Río Fucha, Albina y Río Seco) donde se puede observar un alto número de desechos que son dispuestos por habitantes de calle, transeúntes o vecinos del cuerpo de agua. Otro factor a tener en cuenta, es la existencia de las plazas de mercado (Restrepo y Santander), las cuales generan una alta cantidad de residuos sólidos orgánicos y proliferación de vendedores ambulantes externos, con un manejo inadecuado de residuos sólidos.

Una problemática que se desprende de la existencia de estas plazas de mercado, es el tráfico ilegal de flora y fauna, que se evidencia especialmente en la plaza del Restrepo.

Contaminación del Recurso Hídrico: Existe una contaminación medianamente crítica alrededor de los canales río Fucha, río Seco y La Albina, debido a la disposición de residuos domésticos, industriales y otros. De igual manera, al igual que el resto del Distrito se presenta una alta presencia de habitante de calle, generador de altos niveles de contaminación en los canales, no sólo por la ocupación y socavación de las zonas de ronda, sino por la actividad de separación de residuos que se realiza sobre las mismas.

En cuanto a las condiciones ambientales en los territorios caracterizados por el programa Salud a su Casa, se observa la presencia de vectores en un 45% de las viviendas, contaminación hídrica por vertimientos a canales de aguas y mal manejo de desechos (disolventes, pinturas, aceites, chatarrería, basuras). Existe un gran número de bares, discotecas, residencias, prostíbulos y alta concentración de lugares de consumo de alimentos y licores. De igual forma solo el 19% de los expendios de alimentos cumplen la norma sanitaria.

1.2.2 Relación salud ambiente

La comunidad de la localidad Antonio Nariño, se ve expuesta a diferentes problemáticas ambientales, las cuales han sido evidenciadas en los distintos diagnósticos locales y en las lecturas de realidades que pueden traducirse en las posibles causas de morbilidad en cada etapa de ciclo vital, como enfermedades gastrointestinales, dengue, zoonosis, enfermedades dermatológicas e intoxicación, enfermedades asociadas a la inadecuada manipulación de alimentos como las transmitidas por Alimentos ETA, síndrome originado por la ingestión de alimentos, alergias por hipersensibilidad, Infección respiratoria aguda (IRA)¹⁵.

La industrialización, la urbanización y el incremento poblacional son causa del aumento en el consumo de alimentos, en especial en lugares de consumo colectivo, lo que acentúa la importancia en Salud Pública de lograr el suministro de un volumen de alimentos de calidad aceptable, inocua y suficiente para satisfacer las necesidades de la población¹⁶. Es así como todos los participantes en la producción, elaboración y comercio, a lo largo de toda la cadena alimentaria, comparten la responsabilidad del suministro de alimentos adecuados y compete a los servicios oficiales de control, velar por el cumplimiento de la legislación en materia de inocuidad de los mismos, mediante su inspección, las instalaciones y los procesos, para evitar de esa manera el comercio de alimentos nocivos, contribuyendo a la disminución de enfermedades relacionadas con ellos y promoviendo servicios preventivos en el cuidado de la salud. El Hospital Rafael Uribe Uribe, desde la Línea de Seguridad Alimentaria, se encarga dentro del área de su competencia, de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de aquellos establecimientos que en su proceso de transporte, almacenamiento, preparación, comercialización y expendio de alimentos, prioritarias en salud pública como son la manipulación de los mismos, en los diferentes establecimientos. La venta indiscriminada de alimentos sin ningún control, conlleva a problemas de salud, al adquirir alimentos contaminados, teniendo en cuenta que los de mayor preferencia son los listos al consumo o comidas rápidas, y estas son catalogadas como los de alto riesgo en salud pública de acuerdo a las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) decreto 3075/97. A continuación se muestran los lugares donde se encuentran concentrados los expendios de alimentos y licores en la localidad (ver mapa 4).

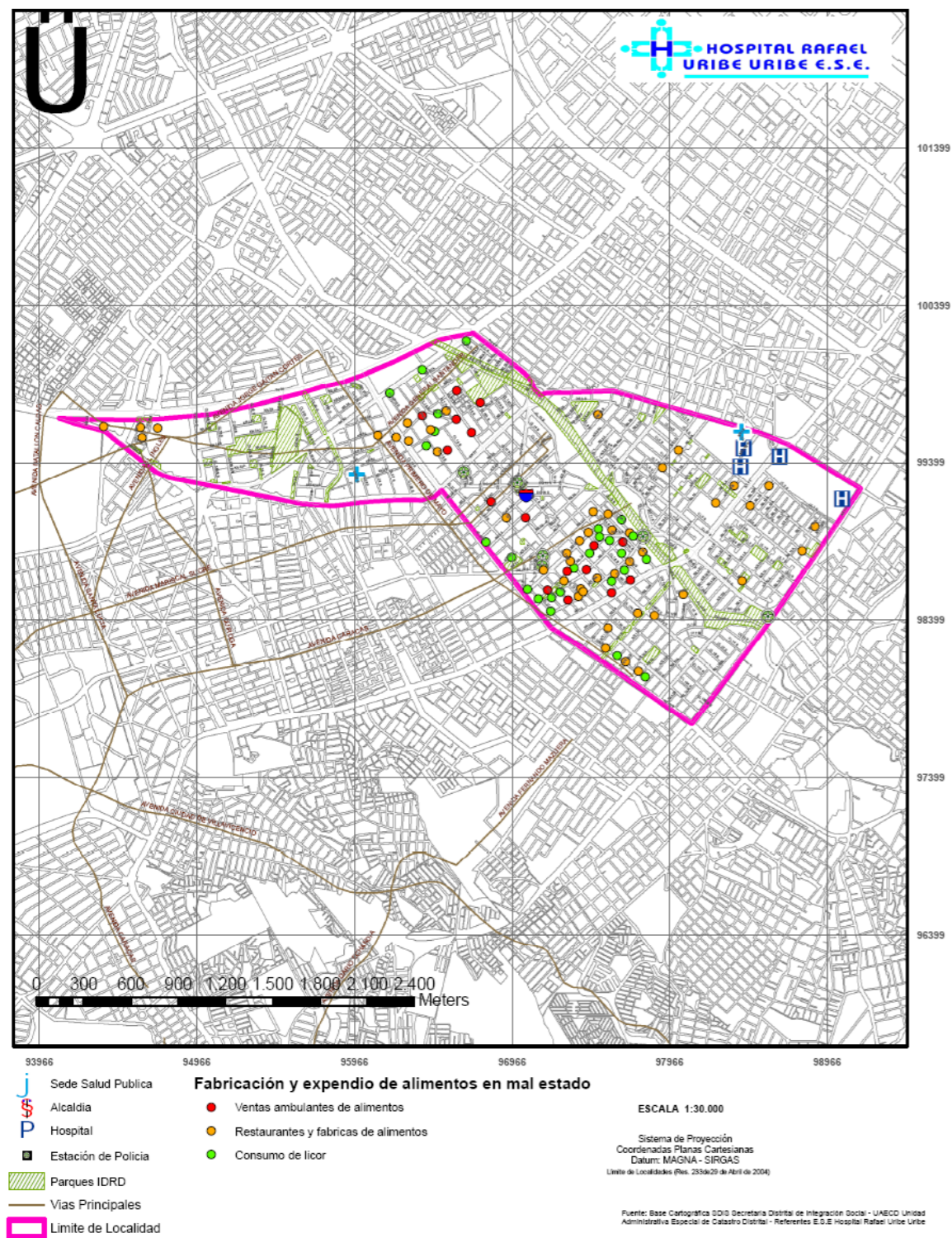
¹³ Agenda Ambiental Localidad 15 Antonio Nariño 2009

¹⁴ Fuente Oficina Secretaría Distrital de Ambiente Alcaldía Localidad Antonio Nariño julio 15 2009

¹⁵ Diagnóstico Ambiente- HRUU- 2008

¹⁶ Sala situacional de salud y ambiente, Macro Región Zona Habitacional Consolidada, 2008

Mapa 4. Expendio de alimentos y licores. Localidad Antonio Nariño



Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAEC - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

En la actualidad, la aplicación de medidas sanitarias de seguridad y los diferentes operativos de alimentos, han permitido el mejoramiento en lo relacionado al manejo, preparación, conservación y servicio de alimentos. Sin embargo, se requiere aumentar las actividades educativas y la vigilancia permanente que permitan garantizar un consumo de alimentos de óptima calidad, encaminados a satisfacer las necesidades de la salud pública, minimizando los riesgos de enfermedades asociadas a intoxicaciones alimentarias. Las plazas del distrito no se han podido intervenir por ser patrimonio de la Capital, la inversión ha sido intermitente, no hay continuidad en los proyectos de inversión relacionados con la plaza, la administración no realiza mantenimiento ni limpieza adecuada a las instalaciones, los comerciantes de mascotas se resisten a ser trasladados a lugares aptos para su comercialización, aludiendo que llevan mucho tiempo en el lugar.

Los primeros cuatro eventos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública que se presentaron en la localidad Antonio Nariño, están relacionados a carga ambiental de la enfermedad o asociados a condiciones sanitarias inadecuadas: en primer lugar, encontramos la varicela, seguido de Exposición Rábica, Hepatitis A y enfermedades transmitidas por alimentos.

Tabla 1. Primeros diez eventos de notificación obligatoria para la Localidad Antonio Nariño.

EVENTO	UPZ CIUDAD JARDÍN	UPZ RESTREPO	TOTAL LOCALIDAD
VARICELA INDIVIDUAL	133	280	413
EXPOSICIÓN RÁBICA	22	43	65
HEPATITIS A	15	30	45
ETA	11	23	34

Fuente: Vigilancia en salud Pública 2008. Hospital Rafael Uribe Uribe

En esta localidad, el hospital ha intervenido un total de 1900 establecimientos que dentro de sus procesos de manipulación requieren de la implementación de un buen plan de saneamiento básico como los programas de limpieza y desinfección, manejo adecuado de las basuras y control de plagas.

No obstante lo anterior y tomando como referencia el presupuesto asignado al Hospital desde el nivel central, la cobertura de establecimientos es muy baja, ya que apenas se alcanza a cubrir solo un 60% de los existentes en la localidad. En esta actividad comercial, en la que no solo se han encontrado deficientes condiciones higiénicas sanitarias en cuanto a instalaciones físicas, manipulación almacenamiento, transporte, por la no totalidad de conciencia del manipulador de alimentos, se ven reflejadas en las estadísticas por los casos presentados en EDAS Y ETAS.

En nuestro país el modelo socio económico que se ha venido desarrollando durante varias décadas, contiene elementos propios de exclusión e inequidad, lo que ha incrementado situaciones de pobreza, desocupación, desempleo, subempleo, empleo informal y demás fenómenos sociales que afectan enfáticamente y se traducen en la identificación de situaciones problemáticas o necesidades latentes en la sociedad.

La tasa de desempleo actual, genera la orientación laboral hacia la informalidad y la venta ambulante de alimentos como única alternativa para la subsistencia.

Frente a la disponibilidad y acceso a los alimentos, las políticas económicas con respecto a la importación de alimentos, por bajas en la producción o la escasa oferta de otros alimentos, puede forzar la adquisición de productos de baja calidad, con corta duración o con condiciones de conservación complejas.

Referente a la normatividad existente, se presentan tres problemáticas importantes; en primera instancia, las normas son generales, adoptadas de otros países que no reflejan la problemática distrital; en segunda instancia, los criterios técnicos no se encuentran unificados por lo tanto cada entidad la interpreta de una manera diferente y finalmente no son aplicables de manera inmediata, por lo tanto el proceso sancionatorio es demorado.

Se presentan limitaciones frente a los procesos de vigilancia y control a expendio de alimentos, ya que como se mencionó, la cobertura es del 60%, haciendo imposible garantizar unas condiciones adecuadas en la totalidad de establecimientos de la localidad, especialmente en la UPZ Restrepo.

Falta de receptividad y corresponsabilidad frente a programas de apoyo para el manejo y control en la manipulación de alimentos, debido al poco nivel de importancia que le dan los expendedores de alimentos y la baja iniciativa de los consumidores, para velar por su propia salud y evitar el consumo de alimentos en lugares evidentemente poco higiénicos.

En la actualidad las condiciones físicas y sanitarias de la plaza, han presentado riesgos tanto para su funcionamiento como para las condiciones higiénico-sanitarias, como se puede evidenciar en los conceptos sanitarios dados a esta. Teniendo en cuenta que este es el principal centro de abastecimiento de alimentos en la localidad, se requiere una intervención prioritaria en los siguientes aspectos:

Instalaciones Físicas y Sanitarias: Se presenta deficiencia con relación a paredes, pisos y techos, debido a que algunas áreas exhiben humedad. La inadecuada señalización y distribución de las diferentes actividades económicas, conlleva a que existan riesgos de seguridad (áreas de evacuaciones obstruidas por puestos fijos de ventas de alimentos) y contaminación cruzada de alimentos (comercialización de alimentos cerca de las ventas de animales silvestres), ocasionando enfermedades de tipo zoonótica y epidemiológica.

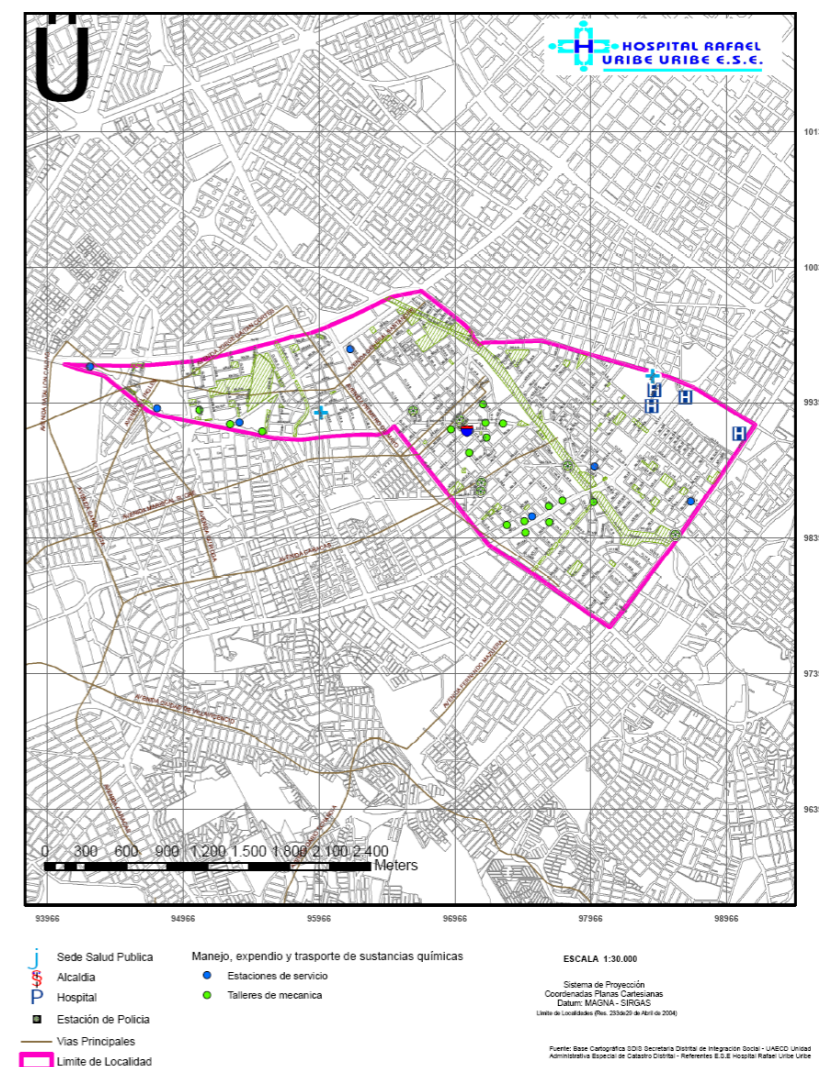
Saneamiento Básico: En la actualidad no se da cumplimiento al manejo de los residuos sólidos, porque se cuenta con un depósito temporal, que no es suficiente para hacer un manejo adecuado de los mismos, y se presenta un volumen alto de acumulación. Por esto se hace necesario implementar actividades educativas al interior de la comunidad de los vivanderos, con el fin de sensibilizar los trabajos de reciclaje, en las fuentes generadoras. En cuanto al manejo de los residuos líquidos, hay deficiencia en el sistema de alcantarillado y evacuación, debido a que los diámetros de los sifones no cumplen con la normatividad, presentando reflujos de las aguas servidas, contaminando el entorno y aumentando el riesgo epidemiológico al adquirir enfermedades relacionadas con ETAS, EDAS y Hepatitis, entre otras.

Sobre la formas de almacenamiento, transporte transformación, manipulación y expendio de sustancias químicas peligrosas, la Localidad Antonio Nariño no es ajena a la problemática asociada al proceso de transformación de las sustancias químicas. La UPZ Restrepo, en este sentido representa a nivel distrital uno de los principales corredores en los que se manipulan disolventes, altamente inflamables que se constituyen en un verdadero factor de riesgo no solo ocupacional sino también de salud pública en general. En esta localidad, el HRUU ha intervenido un total de 210 empresas que dentro de sus procesos industriales de transformación del cuero, requiere la utilización de líquidos inflamables y adhesivos, derivados de los hidrocarburos (pegantes tipo bóxer, maxon, solución activadores, thinner y varsol). No obstante lo anterior y tomando como referencia el presupuesto asignado al Hospital desde el nivel central, la cobertura de establecimientos es muy baja, toda vez que se alcanza solo un 65% de los existentes con esta actividad comercial, en los que no solo se han encontrado deficientes condiciones higiénico sanitarias, sino también de salud ocupacional y seguridad industrial, lo que no solo se constituye en un riesgo ocupacional sino que también representa un riesgo para la comunidad del sector, toda vez que cualquier incidente relacionado con la inadecuada manipulación de estos líquidos inflamables, puede calificarse como

de alto riesgo para la comunidad en general.

Los talleres de mecánica, latonería, pinturas, cambiaderos de aceite y lavaderos de carros, constituyen otro renglón importante para tener presente en relación a la problemática de riesgo químico que está presente en las UPZ de la localidad Antonio Nariño. El HRUU ha intervenido un total de 270 establecimientos que tienen esta actividad comercial, y en los mismos, es fácil identificar no solo los factores de riesgo que representan para el medio ambiente, sino también para la salud pública por la inadecuada manipulación y disposición final de sustancias químicas peligrosas. En la mayoría de los casos, las personas que atienden estos establecimientos no han identificado el riesgo al que se exponen y por consiguiente, no pueden evaluar la problemática ambiental que se asocia con este riesgo. Las principales sustancias químicas asociadas al desarrollo de esta actividad son pinturas inflamables, líquidos y disolventes inflamables, gases comprimidos como oxígeno acetileno, gas propano, argón y soldaduras tanto eléctrica como autógena, gasolina, ACPM y aceite. La ubicación de sitios donde se expenden sustancias químicas se presentan en el mapa 5.

Mapa 5. Sustancias químicas. Localidad Antonio Nariño



Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

Otra de las problemáticas importantes que debe ser atendida, es aquella relacionada con el funcionamiento de centros de estética facial y corporal; tanto la UPZ Restrepo como la UPZ Ciudad Jardín, se caracterizan por el desarrollo de estas actividades; el HRUU ha intervenido un total de 190 establecimientos, lo que lleva a una cobertura aproximada del 70% haciéndose necesario incrementar la vigilancia sanitaria, no solo para el control de condiciones locativas sino lo más importante, para el seguimiento y aplicación de las normas de bioseguridad.

Los eventos notificados en vigilancia en Salud pública Hospital Rafael Uribe 2008, por etapa de ciclo y por UPZ, relacionados con la problemática intervenida por la línea de Industria y Ambiente, muestra que la etapa de ciclo vital más afectada es la juventud, siendo la de mayor casos confirmados para cada uno de los tres eventos, seguido de adulto, infancia y persona mayor en donde no se manifiestan notificaciones. En la UPZ Restrepo es donde más se presentan Intoxicación por otras sustancias químicas, seguido de intoxicación por plaguicidas y solventes.

Condiciones sanitarias en instituciones educativas

En la actualidad, la infraestructura con que cuentan las instituciones educativas, constituye uno de los principales factores tanto de saneamiento básico como de seguridad, los cuales deben ser tenidos en cuenta para abordar la realización del Diagnóstico local. Dentro de estos factores se pueden resaltar:

Instalaciones Físicas y sanitarias: Si bien la Secretaría Distrital de Educación, ha realizado reforzamiento estructural en algunos de los colegios del área de influencia, es muy importante tener presente que en la gran mayoría de ellos todavía se presenta deficiencia para su funcionamiento en cuanto a la parte física se refiere (pisos, paredes, techos, unidades sanitarias deterioradas, entre otras.). Lo anterior conlleva a que existan riesgos para toda la comunidad educativa relacionados con accidentes al interior de las instituciones, así como presencia o proliferación de vectores plagas transmisores de enfermedades de tipo zoonóticas y epidemiológicas (EDAS, ETAS).

Saneamiento básico: La inadecuada disposición de residuos sólidos y líquidos, así como las prácticas no apropiadas en el manejo del control del agua potable, conllevan a que los índices de morbilidad asociados con EDAS, ETAS y hepatitis A, cada día sean más frecuentes requiriendo la presencia oportuna y permanente del hospital, por lo que se convierte en un punto crítico en el momento de realizar el diagnóstico para tener en cuenta en el proceso de negociación.

Actividad Educativa: El desarrollo de actividades educativas en los que se aborde la problemática, relacionados con el saneamiento básico (programa de limpieza y desinfección, control de plagas, manejo de calidad del agua potable y disposición de residuos sólidos y líquidos), deben ser temas a tener en cuenta no solo desde el pensum académico, sino también mediante la sensibilización de la comunidad educativa en general, de forma que trascienda en beneficio mutuo con el entorno y el medio ambiente. En este sentido, el Hospital desde la línea de saneamiento básico puede ampliar la cobertura en el desarrollo de estas actividades educativas en Pro de minimizar las problemáticas de salud públicas, que estén asociadas con los factores de riesgos anteriormente mencionados.

Servicio de alimentación: La constante atención a quejas y alertas sanitarias distritales relacionadas con no disponer de áreas adecuadas para el almacenamiento y distribución temporal de los diferentes alimentos (refrigerios escolares), se ha convertido en un factor de riesgo por la contaminación físico químico y microbiológico de los diferentes productos ofrecidos a los estudiantes, conllevando a no garantizar alimentos inocuos y seguros, incrementando así el riesgo de presencia de enfermedades asociadas a intoxicaciones alimentarias.

Los determinantes son: la oferta de planteles educativos con adecuadas condiciones no cubre la demanda total, el acceso a planteles educativos en condiciones adecuadas y de calidad no

está al alcance de todos, las difíciles condiciones económicas de la población, dificulta el acceso a establecimientos educativos con calidad.

Accidente por agresión animal: Los accidentes por agresión animal que se presentan en la Localidad 15, todavía y desafortunadamente son evidenciados de manera regular, ya que esta problemática obedece a la presencia de animales callejeros que allí habitan. Definitivamente falta una cobertura más globalizada de toda la zona en cuanto a recolecciones caninas y posteriormente, programas de esterilizaciones de hembras caninas y felinas, ya que dichos animales son los generadores de la proliferación de crías en la calle, ocasionando así las exposiciones a los accidentes rábicos. Sobre este aspecto hace falta la concientización para trabajar mancomunadamente en la consecución de recursos suficientes que permitan que estas actividades no se vean restringidas en la comunidad, y en un futuro se logre la erradicación de la rabia, como un problema de salud pública.

Se puede observar en la tabla que la etapa de ciclo más afectada es la adultez, seguida de la juventud, la infancia y las personas mayores; teniendo mayor incidencia en la UPZ Restrepo.

La línea de intervención de enfermedades compartidas entre el hombre y los animales, está enfocada en primer lugar a la vigilancia epidemiológica del virus de la Rabia, enfermedades transmitidas por vectores y por animales domésticos como el perro y el gato. Las actividades realizadas a partir de esta línea son de impacto directo; la fortaleza como línea radica en que todas las actividades son oportunas y de ejecución directa, viéndose la comunidad beneficiada con actividades tales como la esterilización de mascotas, control de vectores en exteriores, la disminución de la población canina callejera, vacunación antirrábica, accesoria por tenencia inadecuada de mascotas, asesoría de control de vectores en exteriores, inspección vigilancia y control de establecimientos veterinarios, educación y sensibilización sobre el adecuado trato a los animales.

La respuesta institucional no es suficiente en materia de cumplimiento a la legislación vigente asociada a la tenencia de mascotas: recursos limitados para la atención y seguimiento a las agresiones por animales mordedores, destinación insuficiente de recursos económicos en educación con respecto a la tenencia de mascotas y su legislación, recursos económicos limitados para control de natalidad animal (Esterilización canina y felina). Encontramos que el control actual de la población canina no es suficiente para la demanda existente.

Venta indiscriminada de medicamentos: La condición de venta libre de los medicamentos otorgada por INVIMA, no significa comercialícese en cualquier lugar, así como tampoco que estos medicamentos no requieran cuidado y control de calidad para el consumo humano. Por motivos de tipo comercial se ha permitido la tenencia y comercialización de medicamentos de venta libre en establecimientos no farmacéuticos, sin prever los riesgos de almacenamiento, manipulación y dispensación de los mismos. La venta en estas condiciones ocasiona mal manejo de fechas de vencimiento, abusos en la dosificación, intoxicaciones, adquisición de medicamentos fraudulentos y/o falsificados, entre otros.

Aunque la normatividad actual, Resolución 1403/07, obliga a los establecimientos de grandes superficies a implementar el modelo de gestión o buenas prácticas de abastecimiento, en el momento no se evidencia la implementación del mismo como la disminución de la tenencia de medicamentos en establecimientos no farmacéuticos. La normatividad existente no obedece al enfoque de riesgo en la comercialización de medicamentos de venta libre; existe un gran número de establecimientos abiertos al público, como pañaleras, entre otros, de bajo o alto riesgo donde se evidencia la tenencia inadecuada de medicamentos de venta libre.

Contaminación de aire fuentes fijas y móviles¹⁷

La aparición de contaminantes parece ser, hasta el presente, un subproducto inevitable del desarrollo del hombre. Así pues, desde el momento en que los contaminantes ingresan en la atmósfera desde su fuente, se efectúa una dispersión y transporte natural de los mismos; algunos llegan a reaccionar con otros, o ante la presencia del sol o el agua, formando contaminantes diferentes, lo cual se puede observar en los niveles de concentración detectables en un área y su impacto. La permanencia de estos contaminantes en la atmósfera, varía desde minutos hasta años, dependiendo de sus características físicas y químicas, y de la forma en que se han difundido en ella.

Luego, se eliminan de la atmósfera por acción de la gravedad, por “lavado” como efecto de la precipitación sólida o líquida, por impacto en la superficie o por reacciones químicas.

A través de la intervención de diferentes entes reguladores, como lo son la Secretaría Distrital de Ambiente, la Secretaría de Movilidad y la Secretaría Distrital de Salud, se ha logrado coordinar acciones tendientes a la minimización de los impactos negativos que las actividades cotidianas de nuestra ciudad generan en el componente atmosférico tendiendo a la prevención de riesgos en salud de la población, especialmente los ciclos vitales vulnerables.

Es así, como desde El Hospital Rafael Uribe Uribe, se ha dado especial importancia a las condiciones ambientales de su área de influencia en cuanto a calidad de aire se trata, dando mayor relevancia a las concentraciones de Material Particulado PM10, contaminante al que se asocian las Enfermedades Respiratorias Agudas. El Hospital Rafael Uribe Uribe, busca mediante un enfoque promocional, impactar positivamente a la población en cuanto al conocimiento de las condiciones ambientales de su entorno y la influencia que este tiene en su salud, así como los adecuados hábitos que permiten mejorar la calidad de vida y minimizar los riesgos de presentar Enfermedades Respiratorias Agudas.

Aunque la contaminación atmosférica genera riesgos en salud para todas las personas, se ha observado que los ciclos que presentan mayor afectación son el de infancia y adulto mayor, prueba de ello es que cerca del 80% de los casos ERA atendidos por el Hospital Rafael Uribe Uribe corresponden a estas edades, ello no quiere decir que los demás ciclos vitales no se vean afectados por esta problemática, sino que su capacidad de respuesta ante este tipo de enfermedades es mayor, sin embargo el efecto más notable, se presentará a largo plazo a medida que las condiciones de salud y protección de sistemas respiratorio y cardiovascular, vayan disminuyendo.

El Hospital Rafael Uribe Uribe, ha logrado intervenir en la comunidad de forma colectiva a través de las charlas de promoción y capacitación dirigidas a grupos organizados, establecimientos educativos y comunidades, y de manera individual, a través de lo que se ha tratado desde nivel central que se establezca como un sistema de alerta y emergencia ambiental en calidad del aire, en el cual, mediante la intervención directa a la población atendida en salas ERA del Hospital, se busca influir para lograr la adopción de hábitos saludables que minimicen la persistencia de Infecciones Respiratorias Agudas y/o evitando así que estas evolucionen en ERAs.

La etapa de ciclo más afectada es infancia, seguida de juventud; en adulto y persona mayor no se presentan casos.

Se presentaron tres casos de muerte por IRA, en la etapa ciclo infancia (0-4 años).

Teniendo en cuenta que un 65% de las emisiones atmosféricas que se generan en la ciudad son aportadas por el sector vehicular, se hace necesario fortalecer la normativa que controle la circulación de vehículos en mal estado o que ya han cumplido su vida útil. Muchos de los generadores de contaminación atmosférica no conocen su responsabilidad ambiental y las condiciones que

17 Línea Transporte y energía, 2009.

deben cumplir frente a las autoridades competentes, realizando así la quema indiscriminada de combustibles que arrojan gran cantidad de contaminantes a la atmósfera.

Adicionalmente no se genera compromiso frente a la emisión de contaminantes por fuentes móviles, observando vehículos en mal estado o que ya han cumplido de lejos su vida útil, generando gran cantidad de contaminantes, sin practicarse un adecuado mantenimiento preventivo. Debido a que la contaminación del aire no es fácilmente perceptible como lo son otras problemáticas ambientales, las personas no son consientes de que este problema está latente, por tal motivo se desconocen los efectos en salud.

En muchos casos, las apremiantes condiciones económicas de la población no permiten que se de relevancia a las condiciones del aire que se respira.

Desde la línea de Saneamiento Básico se está realizando la vigilancia sanitaria a 11 establecimientos, lo cual corresponde a una cobertura aproximadamente del 70%. Dentro de los factores determinantes cabe resaltar los siguientes:

Saneamiento básico: En los establecimientos catalogados como de alto impacto se encuentran deficiencias a nivel de condiciones higiénico sanitarias en las unidades sanitarias, en las habitaciones y en el manejo de residuos sólidos biológicos, lo cual conlleva a que se presenten riesgos para toda la comunidad en la propagación de Enfermedades de Transmisión Sexual y por tanto, se hace importante la atención del Hospital desde el área de Promoción y Prevención.

Expendio y consumo licor: En estos establecimientos también se presenta el consumo de bebidas alcohólicas, y éstas en su gran mayoría han resultado no aceptables para consumo humano de acuerdo a informes de resultados de muestras analizadas por el laboratorio de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud. Esto se presenta por la falta de responsabilidad social, problemática socio cultural, falta de oportunidades laborales, desconocimiento de la normatividad sanitaria.

La ubicación de talleres de reparación de motores de vehículos, así como establecimientos comerciales que se dedican a la recuperación de baterías, se constituyen en el principal factor de contaminación de las corrientes del caudal del río Fucha que atraviesa la localidad 15, específicamente en el trayecto comprendido entre la carrera 21 y la carrera 27. Es importante tener presente que en estos establecimientos comerciales dedicados al mantenimiento automotriz, utilizan sustancias químicas altamente inflamables y tóxicas como la gasolina, ACPM, poliuretanos, aceites usados y en la recuperación de las baterías, la tierra de las mismas rica en plomo y con presencia de ácido sulfúrico; esta cantidad de contaminantes son depositados de maneja indiscriminada y no controlada por los trabajadores de los talleres, lo que conlleva a un constante proceso de contaminación de aguas que no solo afecta el trayecto del río Fucha, ya citado, sino que se constituyen en un factor de contaminación ambiental y por ende una problemática de salud pública que con sus olores, vapores y residuos, ponen en riesgo la comunidad del sector. Por consiguiente, se deben diseñar mecanismos mediante procesos de capacitación y vigilancia sanitaria, que minimicen estos efectos medio ambientales aquí resaltados.

Los determinantes son: inadecuado sistema de disposición de aguas residuales, vertimiento de empresas, cultura, costumbres, hábitos, falta de sentido de pertenencia, desinterés.

Impacto negativo en las condiciones de calidad de vida de las comunidades en relación con los bajos ingresos, acceso a la vivienda, la alimentación y la insatisfacción de las necesidades básicas de las comunidades¹⁸.

18 Estrategias de entornos saludables

El empobrecimiento creciente impacta negativamente las condiciones de calidad de vida de las comunidades, dificultando el acceso a una vivienda digna, a la alimentación y la satisfacción de las necesidades básicas de las comunidades.

En la localidad podemos notar que esta problemática parte de las evidencias con la densidad poblacional y de la condición de hacinamiento en las que viven sus habitantes, cuya definición se da entre la relación con el número de personas que habitan por cada vivienda.

Esta relación en Bogotá es de 3,4 personas, en la localidad Antonio Nariño se puede evidenciar que presentan 3.7 personas por vivienda, entendiéndose de esta manera que la localidad es la segunda en la ciudad en donde se presentan los hogares más numerosos¹⁹.

El HRUU con la estrategia de Salud a su Casa, ha caracterizado en el territorio 2651 familias que analizadas bajo la metodología de índice de vulnerabilidad, presentan problemáticas relacionadas con hacinamiento, tenencias inadecuadas de mascotas, presencia de vectores plaga, insuficientes servicios de baños y lavamanos, consumo de tabaco, manejo inadecuado de residuos sólidos, disminución en el consumo de alimentos, entre otras.

Bases de datos familias caracterizadas por la Estrategia Salud a su Casa Hospital Rafael Uribe Uribe Septiembre de 2009

Entendiéndose que estas situaciones relacionadas con el empobrecimiento creciente son interés para la salud pública, el hospital ha formado a 494 familias con la intervención de Entornos Saludables y más específicamente con vivienda saludable, en temas relacionados con manejo de agua para consumo, residuos sólidos, tenencia adecuada de mascotas e higiene en la vivienda, procesos de seguridad alimentaria y estrategias de aprovechamiento de residuos orgánicos. Temas que convertidos en hábitos, influyen en la prevención de enfermedades y promoción de la salud familiar e individual. Como punto de referencia, podemos notar que con la disposición presupuestal con que se ha contado hasta el momento, solo se ha intervenido aproximadamente en 18% del total de familias caracterizadas, por lo tanto consideramos necesario formar progresivamente el total de familias para cumplir con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la salud de las personas y el entorno en el que habitan.

De igual manera es importante tener en cuenta que los cambios de hábitos y comportamientos a nivel familiar redundan en el mejoramiento del entorno y en la disminución de problemáticas asociadas como:

La contaminación de las corrientes hídricas de la localidad, el mantenimiento apropiado de parques y zonas verdes como resultado de una tenencia de adecuada de mascotas, la disminución de vectores plaga como consecuencia de una gestión ordenada de los residuos sólidos.

Desempleo, aumento poblacional, desplazamiento, políticas inequitativas en cuanto a acceso de servicios del estado, falta de oportunidades laborales, estratificación, disminución en los ingresos económicos.

1.3. Características Político Administrativas

1.3.1 Distribución por UPZ

Frente a la división política administrativa, la localidad está conformada por dos unidades de planeación zonal (UPZ): UPZ 35 Ciudad Jardín y UPZ 38 Restrepo²⁰.

UPZ 35: Ciudad Jardín, que es de tipo residencial consolidada, se encuentra en la zona oriental y tiene una extensión de 134,17 hectáreas equivalentes al 27% del total del suelo de esta localidad. La conforman los siguientes barrios: Caracas, Ciudad Berna, Ciudad Jardín Sur, La Hortúa, Policarpa y Sevilla. Esta UPZ tiene cuatro sectores normativos de los cuales tres presentan vocación residencial y uno dotacional (ver Mapa 6).

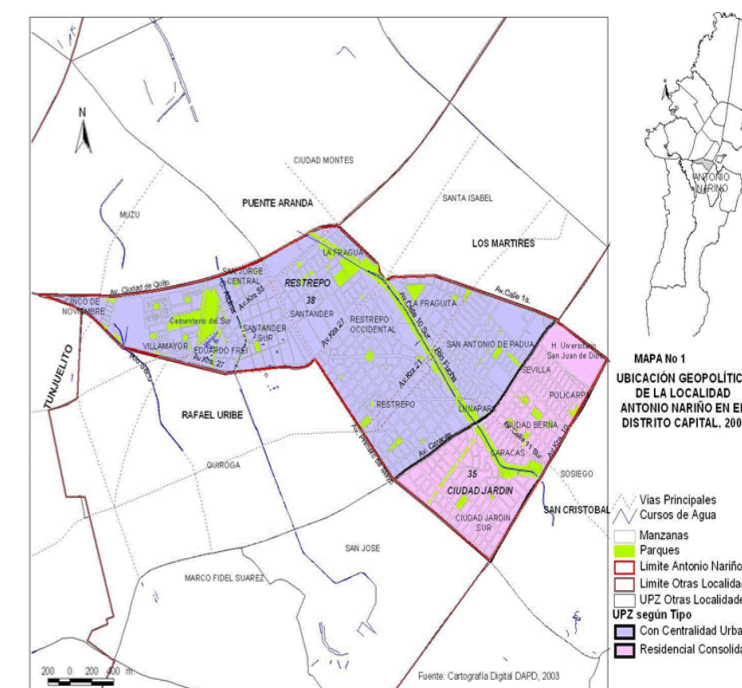
El sector residencial consolidado pertenece a los estratos 2 y 3, sus habitantes tradicionalmente han sido personas mayores, ellos han tratado de conservar la zona con perfil residencial.

Según el programa de la Alcaldía Mayor, la UPZ cuenta con el territorio 6 de salud a su casa correspondiente al barrio Policarpa.

UPZ 38: Restrepo, con centralidad urbana, se localiza al occidente de la localidad y tiene una extensión de 359,42 hectáreas, de las cuales 16,66 corresponden a suelo protegido y 11,52 a áreas sin desarrollar; la integran los siguientes barrios: Cinco de Noviembre, Eduardo Frei, San Jorge, Central, Villa Mayor Occidental, Santander, La Fragua, Restrepo, La Fraguilla, San Antonio y sus sectores de Luna Park, Santa Catalina y Santa Clara, y Santa Isabel IV Sector²¹. Tiene trece sectores normativos: ocho residenciales, tres de comercio y servicios, y dos dotacionales, En la UPZ desde el ámbito familiar contempla el territorio 31 conformado por los siguientes barrios: Santander I y II, La Fragua, Eduardo Frey, San Jorge Central (ver Mapa 6).

En la localidad de acuerdo a las características comunes del territorio y del modo de vivir de la personas en el año 2003, se definieron tres zonas de condición de vida: 1. Zona central de desarrollo comercial, 2. Zona residencial consolidada, 3. Zona residencial en transición hacia lo comercial.

Mapa 6. Distribución por UPZ Localidad Antonio Nariño



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Actualización Diagnóstico 2006

19 Boletín Población de Bogotá y sus Localidades- Secretaría Distrital de Planeación- Documento 4 Febrero de 2009
20 Plegable situación en salud y calidad de vida HRUU-2008

21 Fuente: Secretaría Distrital de Planeación Decreto 190 de 2004. <http://www.dapd.gov.co/www/section-2343.jsp> Consultado en noviembre de 2007.

1.3.2 Zonas de condición de vida y salud

Zona central de desarrollo comercial: Comprende los barrios Carlos E. Restrepo y Restrepo occidental. Las mayores problemáticas que se presentan en niñas y niños son: Infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades respiratorias crónicas; en jóvenes: consumo de sustancias psicoactivas, manejo de la sexualidad, trabajo, recreación y manejo del tiempo libre. Otro aspecto es la violencia, en casos de maltrato familiar y delitos sexuales, la población más afectada sigue siendo la que se ubica entre los 11 y 15 años, sin embargo, llama la atención que en la UPZ Restrepo, la notificación crece con la edad encontrándose que la población entre 21 y 26 años es la que más casos reporta. En adultos se encuentran dificultades en el acceso al sector formal, generando incremento en el informal. Por ser la población de mayor actividad económica, los adultos presentan mayor disposición a sufrir accidentes de trabajo, enfermedades causadas por condiciones nocivas para la salud en sus entornos de trabajo y situaciones de estrés y depresión²².

Zona residencial consolidada: Comprende los barrios Eduardo Frei, Cinco de Noviembre, Santa Isabel sector sur y Villa Mayor, que pertenecen a la UPZ Restrepo; Ciudad Berna, Ciudad Jardín, Sevilla y Caracas de la UPZ Ciudad Jardín. Las mayores problemáticas que se presentan en niñas y niños son: Infecciones respiratorias agudas (IRA), encontrándose casos de neumonía, bronquitis, bronquiolitis, asociados a la cercanía de vías principales de transportes y el río Fucha. Entre 1 a 4 años de edad, se observa una gran proporción de casos de violencia psicológica y violencia verbal. De los 5 y 14 años, predominan los casos de violencia psicológica, seguida por la violencia física y verbal; el abandono como parte de la violencia ejercida en los niños y niñas, encontramos que desde el mes de nacido hasta los 9 años es el rango de mayor riesgo.

Las mayores problemáticas que se presentan en los jóvenes son las asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, manejo de la sexualidad y manejo del tiempo libre. En los adultos se evidencia violencia intrafamiliar y el delito sexual siguen siendo los más notificados en la UPZ de Ciudad Jardín, otra problemática es la presencia de casos de ideación y casos de suicidio en la localidad; en Personas Mayores, se encuentra que sus residentes son en gran proporción adultos mayores que han permanecido tradicionalmente en estos barrios, su nivel educativo varía entre educación media, técnica o superior. Mantienen un nivel de vida aceptable pero en gradual y permanente deterioro, a raíz de la crisis económica nacional²³.

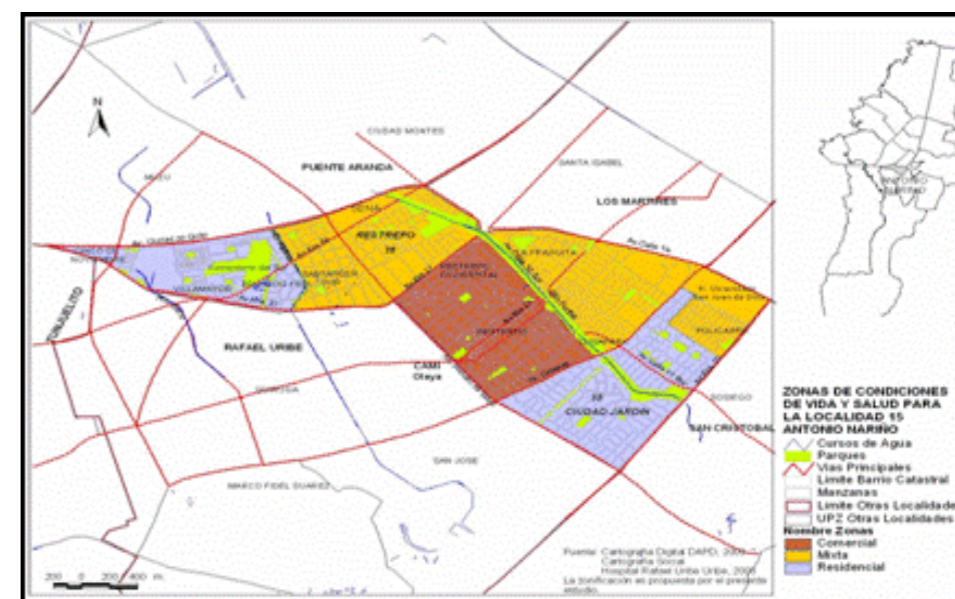
Zona residencial en transición hacia lo comercial: Comprende los barrios San Jorge Central, Santander, San Antonio, La Fragua y La Fragueta, estrato 3, de la UPZ Restrepo; y el barrio Policarpa Salavarieta, estrato 2, de la UPZ Ciudad Jardín. Las mayores problemáticas que se presentan en niñas, niños y jóvenes son la no identificación de espacios para manejo de tiempo libre, en jornada alterna a la escolar; así mismo, las alternativas que se le ofrecen a las familias para obtener ingresos son bajas, razón por la cual los núcleos familiares se excusan, para involucrar a los menores en actividades laborales; en los jóvenes según la comunidad se presenta una problemática con los adolescentes entre 15 y 16 años, quienes constituyen parejas como respuesta al conflicto permanente con los padres y el consecuente afán de autonomía, son relaciones cuya duración oscila entre 2 y 3 años y sus integrantes son reabsorbidos por sus familias de origen, con la adición de uno o dos hijos promedio; en adultos se encuentran casos de maltrato emocional y físico, especialmente hacia las mujeres.

Respecto a las problemáticas más sentidas en personas mayores en esta zona, encontramos el más alto porcentaje de adultos mayores que asumen las responsabilidades de los nietos, e incluso sus propios hijos y/o comparten la responsabilidad económica con estos últimos, no obstante, se encuentra que las personas mayores suelen tener vinculación laboral en condiciones de subempleo

o con pocas garantías laborales. Encontramos casos de violencia asociada con la negligencia y dependencia económica²⁴.

En esta zona se observan con mayor porcentaje adultos mayores que asumen las responsabilidades de los nietos e incluso sus propios hijos y/o comparten la responsabilidad económica con estos últimos, no obstante, se encuentra que estas personas suelen tener vinculación laboral en condiciones de subempleo o con pocas garantías laborales. También se encuentran casos de violencia asociada con la negligencia y dependencia económica²⁵.

Mapa 7. Zonas de condiciones de vida y salud localidad Antonio Nariño



Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe Diagnóstico actualizado 2006

1.3.3 Territorios sociales

En la Localidad Antonio Nariño se inicia el proceso con la priorización de un territorio liderado por la Alcaldía Local, Secretaria de Integración Social, Hospital Rafael Uribe Uribe en sesión del Consejo Local de Gobierno.

Para ello se tiene en cuenta la socialización del Diagnóstico Local, el Plan de Desarrollo Distrital y el Plan de Desarrollo Local. En los meses de Octubre y Noviembre - 2008, por solicitud de la comunidad, se define en el concejo local de Gobierno CLG abordar toda la Localidad, proponiéndose trabajar en las dos UPZ. En 3 territorios se realizaron los respectivos recorridos:

Territorio 1: Barrios Santander, San Jorge, Villa Mayor, Fragua, Fragueta, Sena, Eduardo Frei, Villa Mayor y 5 Noviembre. UPZ Restrepo.

Territorio 2: Barrios Restrepo y Restrepo Occidental. UPZ Restrepo.

Territorio 3: UPZ Ciudad Jardín: La Hortúa, Sevilla, Policarpa, Ciudad Jardín, Ciudad Berna y Caracas

22 Documento Diagnóstico- Sala Situacional de Salud Mental-2009

23 Documento Diagnóstico- Sala Situacional Salud Mental- 2009

24 Diagnóstico Sala Situacional Salud Mental-2009

25 Diagnóstico Sala Situacional Salud Mental-2009

A partir de estos recorridos se definieron 5 territorios nuevos de acuerdo a la identificación de necesidades y realidades, discutidas en la Unidad de Apoyo Técnico y la Comisión Local de Participación - CLIP, y socializados en CLG es el plan de trabajo a seguir:

Territorio 1: Villa Mayor y Cinco de Noviembre.

Territorio 2: Ciudad Jardín, Ciudad Berna y Ciudad Caracas.

Territorio 3: Restrepo Central y Restrepo Occidental.

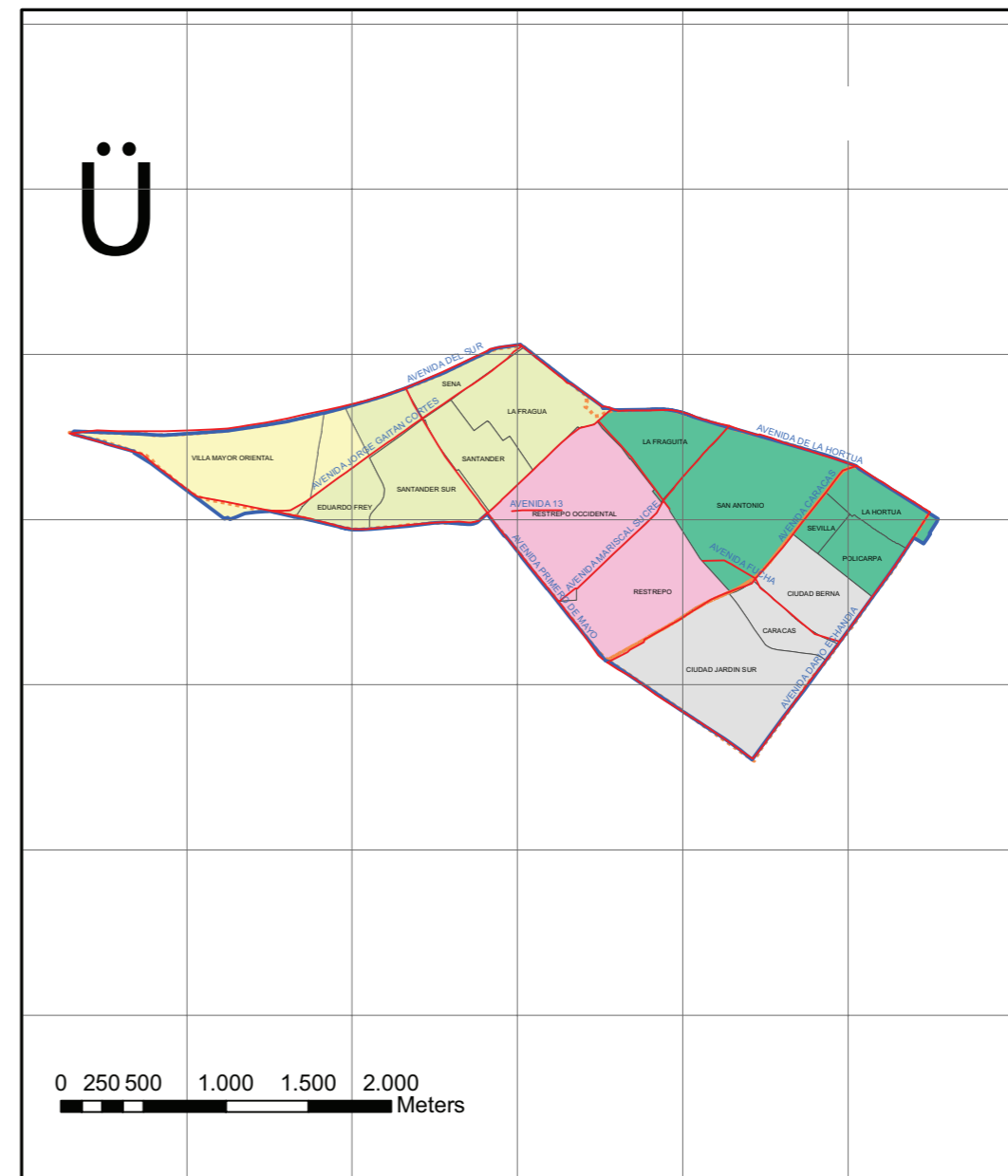
Territorio 4: Sena, La Fragua, La Fragueta, Santander y Eduardo Frei.

Territorio 5: Sevilla, Policarpa, San Antonio, Luna Park.

La caracterización de los territorios permitió pasar de tres (3) inicialmente, a cinco (5), de acuerdo a los determinantes sociales identificados, siendo así que se logra construir el mapa político de los cinco territorios. El Consejo Local de Gobierno validó la división territorial en el mes de octubre de 2009 (ver mapa 6).

Para el proceso de conformación de los equipos territoriales se analizó, discutió y conceptualizó el tema de la Gestión Social Integral.

Mapa 8. Territorios Sociales localidad Antonio Nariño



- Limite de Localidad
- UPZ_loc_Antonio_Nariño
- Territorio 1
- Territorio 3
- Territorio 2
- Territorio 4
- Territorio 5

Escala 1:32000

Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS

Limite de Localidades (Res. 233de29 de Abril de 2004)

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECOD Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe

1.3.4 Gobierno local

Está constituido por la Alcaldesa de la localidad Antonio Nariño. El objetivo de la nueva administración es el fortalecimiento del componente social y proyectos que beneficien a la comunidad. Temas como recuperación del espacio público, programas de atención al habitante de la calle y apoyo a los comerciantes e industriales tanto formales como informales, son la prioridad de la actual administración.

La Junta Administradora Local está conformada por 4 representantes de la UPZ Restrepo y 3 de la UPZ Ciudad Jardín, lo que parece equitativo si se tiene en cuenta su población y tamaño; las diferentes fuerzas políticas con presencia en el contexto nacional tienen allí asiento, existiendo representantes de los partidos tradicionales, de sectores de izquierda y de movimientos comunitarios e independientes.

Las Juntas Administradoras Locales: son corporaciones públicas de elección popular que se constituyen en el máximo ente de representación política a nivel local. Son elegidas popularmente en cada localidad por periodos de 4 años y están integradas por entre 7 y 11 ediles de acuerdo al tamaño de cada localidad.

La Comisaría: es el lugar en donde puedes asistir, junto con los miembros de tu familia, acceder a la justicia familiar, en busca de garantías y restablecimiento de tus derechos. Así mismo, se constituye en un espacio para dialogar y concertar alternativas.

Estación de policía y CAI: Antonio Nariño cuenta con un pie de fuerza de 147 policías (contando oficiales y suboficiales), lo que equivale al 1,4% del total de la ciudad. Así mismo, existen tres Centros de Atención Inmediata (CAI) y funciona uno de los veintiocho cuadrantes del Programa Zonas Seguras liderado por la Cámara de Comercio Bogotá y la Policía Metropolitana.

En el 2007, la localidad de Antonio Nariño registró un alto número de casos de inseguridad; en hurto a personas (210), hurto de vehículos (170) y hurto a establecimientos (84). Estas tres modalidades delictivas son las de mayor ocurrencia en la localidad; especialmente la de hurto a personas, la cual representó el 3% de los casos registrados en Bogotá. Así mismo, resulta preocupante que Antonio Nariño y Puente Aranda, son las localidades con el mayor número de secuestros en la ciudad (13% del total).

Al analizar los delitos por tasa por 10.000 habitantes, Antonio Nariño presenta una situación menos favorable a la registrada en la ciudad en delitos asociados a seguridad personal: la localidad registra tasas superiores a las de Bogotá en homicidios y hurto de personas, en los que las tasas por cada 10.000 personas son la quinta y octava, respectivamente, más altas de la ciudad. Así mismo, se destaca el caso de hurto de vehículos, en el que la tasa por 10.000 habitantes es la cuarta más alta de Bogotá²⁶.

Las Unidades de Mediación y Conciliación: son un Programa de la Secretaría de Gobierno. Creadas en 1998, tienen como objetivo aplicar los mecanismos alternativos de solución de conflictos a los problemas que se presentan en la comunidad. Las UMC ofrecen a la ciudadanía acceso directo a la tramitación en equidad de diferencias, problemas o conflictos mediante acciones concretas de asesoría, orientación, mediación, conciliación y promoción de procesos para la construcción participativa de la convivencia y la seguridad propiciando su sostenibilidad.

Avances: se continuaron aplicando los instrumentos cuyos insumos se reciben de los usuarios permanentes de la Unidad, así como del ejercicio práctico que realizan las personas sensibilizadas y en formación, recogiendo información para un total de sesenta (70) instrumentos aplicados en los diferentes ámbitos (familiar, barrial, vecinal).

Se dirigió la investigación a los barrios Policarpa, Santander, Restrepo, Ciudad Berna, San Antonio, de acuerdo con la demanda que hacen los ciudadanos de los servicios que ofrece la Unidad.

Se consolida la red de actores de convivencia de la localidad, realizando diez (10) reuniones al año, donde el objetivo primordial es establecer estrategias de trabajo en red, así como se ofrece actualización permanente, en las diferentes temáticas solicitadas.

Se realizó la ejecución del proyecto “Fortalecimiento de la Red de Actores de Convivencia de la localidad 15”. Con la participación de 30 actores, desarrollando tres componentes así: Formación, Sensibilización de Ciudadanos y Elaboración de Publicaciones que dan a conocer su labor e invitan a la ciudadanía a utilizar los Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos.

1.4. Estructura y Dinámica Territorial

1.4.1 Características sociodemográficas

- **Estructura poblacional**

La población total de la localidad de Antonio Nariño a 2010 según proyecciones DANE es de 108.150 habitantes, equivalente al 1,5% de la población de Bogotá para el mismo período; se observa que el 71,4% de los habitantes de la localidad se ubica en la UPZ Restrepo y el 28,6% restante en la UPZ Ciudad Jardín. En la distribución por sexo se observa predominio de las mujeres que representan 51,7% de la población y los hombres 48%.

La distribución de la población por grupo quinquenal evidencia que entre los 15 y los 24 años, se concentra la mayor proporción de habitantes con el 9% del total poblacional para cada grupo quinquenal en este rango de edad, seguido por el grupo de 0 a 14 años con el 8 %; la menor proporción poblacional se observa en la población mayor de 70 años con el 2%. Por otra parte se presenta una reducción importante en el grupo 35 a 39 años, lo que puede indicar un proceso de emigración de población hacia otros lugares en busca de posibilidades.

La población por ciclo vital más representativa es la de la Adulthood (46%), de los cuales el 24% son mujeres y el 22% son hombres; seguido la etapa de ciclo Juventud (25,9%) que corresponde a la cuarta parte de la población total, con distribución equitativa entre mujeres y hombres; la etapa de ciclo Infancia representa el 15,8% y la etapa ciclo Persona Mayor alcanza un 11,9% del total de la población.

De la estructura poblacional en la población caracterizada por el programa Salud a su Casa, sobresale un porcentaje mayor de adultos mayores del 12%, lo que implica revisión y replanteamiento de programas y proyectos dirigidos a este grupo. La población cuenta con un 44% de personas en edad productiva con las que se debe contar para llevar a cabo programas de diferente índole, incluido el apoyo en la generación de microempresas para producción de ingresos.²⁷

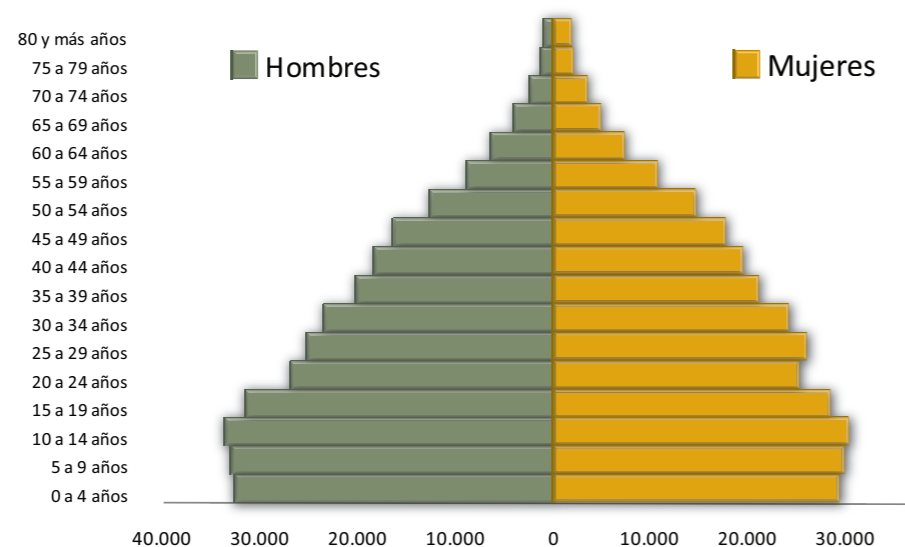
En la pirámide poblacional se observa un comportamiento estacionario o de crecimiento negativo, al presentarse igual número de personas aproximadamente en todos los grupos de edades, con reducción gradual en las edades más avanzadas. Este cambio en la composición de la población tiene una serie de implicaciones de índole social y económica al variar la oferta de la mano de obra, demanda por cupos escolares, vivienda, seguridad social, alimentos, recursos no renovables, utilización de servicios de salud, ante lo que el gobierno local, los sectores y las instituciones con presencia social, deben impulsar políticas y estrategias que den respuesta a la situación demográfica con tendencia al envejecimiento, entre las que se recomienda prevención de la discapacidad, programas de salud mental y fomento de la salud de los trabajadores. Se observa

²⁶ Informe decimo quinta estación <http://www.antonionarino.gov.co/>

²⁷ Ámbito familiar APS Salud a su casa. Análisis socio demográfico 2004-2008. Localidad Antonio Nariño

un amplio crecimiento en los jóvenes de 15 a 19 años, así mismo en las mujeres y hombres de 45 a 49 años, lo cual se relaciona directamente con la fuerza laboral (Ver grafica 1).

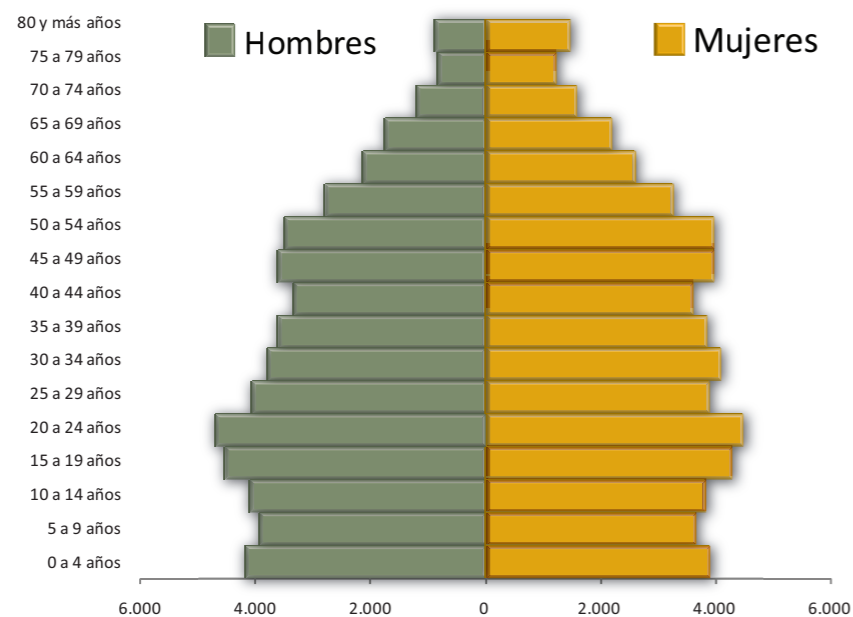
Gráfica 1. Pirámide Poblacional localidad Antonio Nariño 2010



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D.C, y localidades DANE y SDP 2005-2015

La proyección a 2015 presenta aumento en 1006 personas, a expensas de los grupos de edad de más de 50 años, y entre 30 a 39 años se refleja una disminución en la natalidad y también se observa una marcada disminución en los grupos de 10 a 14 años y de 25 a 29 años (ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Pirámide poblacional localidad Antonio Nariño 2015



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá D. C, y localidades DANE y SDP 2005-2015

Al analizar el crecimiento poblacional de la localidad Antonio Nariño en general, de 2005 a 2015, se observa que éste ha sido de 2293 habitantes; el crecimiento poblacional por grupo de edad evidencia que el crecimiento está dado por los habitantes de 15 a 64 años y 65 y más años, siendo el grupo de 15 a 64 años el que más crecimiento presenta. Se destaca que la población menor, específicamente el grupo de edad de 0 a 14 años fue el que más descenso en la población presenta pasando del 26% al 21.7% en proporción con respecto a la población total. Al analizar el comportamiento con las cifras obtenidas para Bogotá, se observa que la capital presentó aumento poblacional en 419.481 habitantes, el comportamiento por grupo de edad muestra que los niños menores de 14 años disminuyeron en un 4.2%, y el grupo de 15 a 64 años aumentó en un 2% (ver Tabla 2).

Tabla 2. Distribución Porcentual de la Población por grandes grupos de edad. Localidad de Antonio Nariño 2005, 2009, 2015

AÑO	ANTONIO NARIÑO			BOGOTA		
	0 a 14 años	15 a 64 años	65 y más años	0 a 14 años	15 a 64 años	65 y más años
2005	26,3	66,3	7,4	27,1	67,4	5,5
2009	24,3	67,4	8,,4	25,2	68,7	6,1
2015	21,7	68,0	10,3	22,9	69,5	7,5

Fuente: DANE - SDP Proyecciones de población para Bogotá D. C, y localidades 2005-2015

En cuanto al indicador de crecimiento natural o vegetativo, entendido como la diferencia entre el número de nacimientos y el número de defunciones de una población, y según proyecciones del DANE para el 2015, la localidad Antonio Nariño, la tendencia es la disminución, a expensas de la reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la tasa de mortalidad en la población de la localidad.

Tabla 3. Indicadores demográficos localidad Antonio Nariño 2005-2015

Localidad	Tasas					
	Crecimiento natural		Natalidad bruta		Mortalidad bruta	
	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015	2005-2010	2010-2015
Antonio Nariño	8,60	7,25	13,67	12,70	5,07	5,44

Fuente: DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007

● **Esperanza de vida al nacer**

Este indicador se refiere al promedio de vida de una persona; para la localidad de Antonio Nariño de 2005 a 2010 es de 76,1 años. Al desagregar la cifra para hombres y mujeres, se obtiene que las mujeres poseen la probabilidad de vivir hasta los 79 años, mientras que la esperanza de vida de los hombres es de 73 años; al comparar estos resultados con los de Bogotá para el mismo periodo, se obtiene que el promedio de años de vida general, así como el análisis desagregado por sexo muestra que es mayor en 1 año (Gráfica 3).

Para el 2015, la esperanza de vida general de la localidad aumentará a 77 años, el análisis por sexo muestra que el promedio de vida de las mujeres y de los hombres aumentará en un año.

Gráfica 3. Esperanza de vida al nacer por sexo localidad Antonio Nariño. 2005-2010



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

• **Dinámicas poblacionales**

La tasa general de fecundidad que visualiza el número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres, evidencia que en Antonio Nariño este indicador tiende a presentar un comportamiento descendente puesto que pasó en el periodo 2005-2010 de 50,9 nacidos vivos a 48.5 nacidos vivos por 1000 mujeres en el periodo 2010-2015; al comparar los resultados del indicador con los datos para Bogotá, se observa que la tasa general de fecundidad de Antonio Nariño se encuentra por debajo de la cifra que registra la Capital y para el caso específico de la ciudad, la tasa ha tenido un comportamiento descendente puesto que paso de 58.2 a 56,8 en periodo analizado. La tasa global de fecundidad que analiza el número de hijos por mujer durante el periodo reproductivo, se mantuvo estable en el Distrito y en la localidad (ver tabla 3).

Tabla 4. Comportamiento Indicadores Demográficos para Antonio Nariño y Bogotá. Periodo 2005-2015

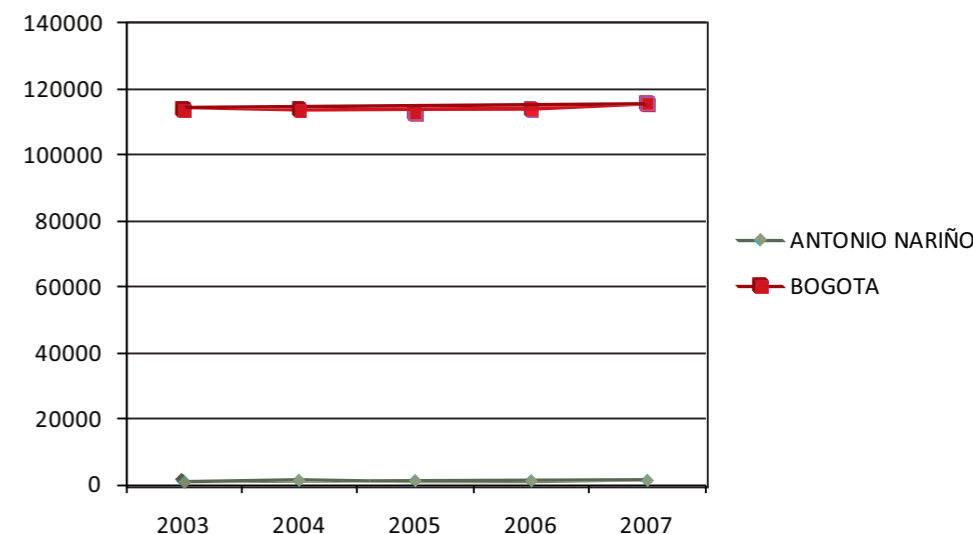
INDICADORES	2005-2010		2010-2015	
	BOGOTÁ	ANTONIO NARIÑO	BOGOTÁ	ANTONIO NARIÑO
Tasa Bruta de Natalidad	16,7	13,7		
Tasa General de Fecundidad	58,2	50.9	56,8	48.5
Tasa Global de Fecundidad	1,9	1,7	1.9	1.7

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

La localidad Antonio Nariño ocupa el sexto lugar dentro de las localidades con menores tasas generales de fecundidad, la edad promedio de fecundidad es de 27.4 años y los nacimientos promedio anual 1468 nacimientos anuales por 1000 mujeres en edad reproductiva de la población.

El comportamiento de los nacimientos en la localidad ha variado en el tiempo, presentándose los picos más altos en los años 2003 y 2004, con un descenso sostenido en los años 2005 y 2006 con tendencia al aumento, en el 2007 se reportó aumento en 111 nacimientos (ver Gráfica 4

Gráfica 4. Tendencia de los nacimientos en la localidad Antonio Nariño. 2000-2007



Fuente: Proyecciones de población para Bogotá, Localidades DANE y SDP 2000-2015. Junio 2008

Según información entregada por la Secretaría Distrital de Salud de los nacimientos ocurridos durante el año 2010 en la localidad Antonio Nariño, de un total de 1215 nacimientos se destacan las edades entre 20 a 29 años con un porcentaje del 61.73% (750 casos) de mujeres que tienen hijos, sin embargo es de anotar que entre las edades de 10 a 14 años se calcula un porcentaje del 1.32% (dos casos) y con un 1.9% (23 casos) de madres que en edades extremas tienen hijos. Haciendo referencia a éste tema, es necesario saber en que momento del ciclo vital se ha desarrollado la materna con el fin de conocer cuándo probablemente inicia la menopausia (cese de la menstruación).

Al analizar el comportamiento del peso al nacer, se observa que el 47.7% (579 nacimientos) están por debajo del peso normal al nacer y el 0.7% (2 casos) están por encima del exceso de peso.

• **Población por estrato socioeconómico**

En la localidad, la mayoría de la población se encuentra en el estrato medio bajo, seguido del bajo, tendencia que es similar para vivienda y hogares. Los estratos van del 1 al 3, con predominio de los estratos 2 y 3; se observa que en las cifras de los indicadores de Bogotá predomina el estrato bajo, sin embargo en la localidad Antonio Nariño se encuentra que el porcentaje de personas en estos estratos supera los datos distritales, donde el 90% de la población se encuentra ubicada en estratos medio bajo. Cabe aclarar que en la localidad no existen los estratos bajo- bajo, medio, medio-alto, ni alto (ver tabla 4).

Tabla 5. Población por estrato socioeconómico localidad Antonio Nariño 2009

DETALLE	ANTONIO NARIÑO		BOGOTA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin estrato	3.007	2,8	110.714	1,5
Bajo-Bajo	0	0,0	708.740	9,8
Bajo	7.750	7,2	3.007.437	41,4
Medio-bajo	97.178	90,0	2.565.779	35,3
Medio	0	0,0	564.132	7,8
Medio-Alto	0	0,0	174.065	2,4
Alto	0	0,0	128.730	1,8
Total	107.935	100,0	7.259.597	100,0

Fuente: DANE, SDP-DICE: Proyección de población de Bogotá por localidades 2005-2015

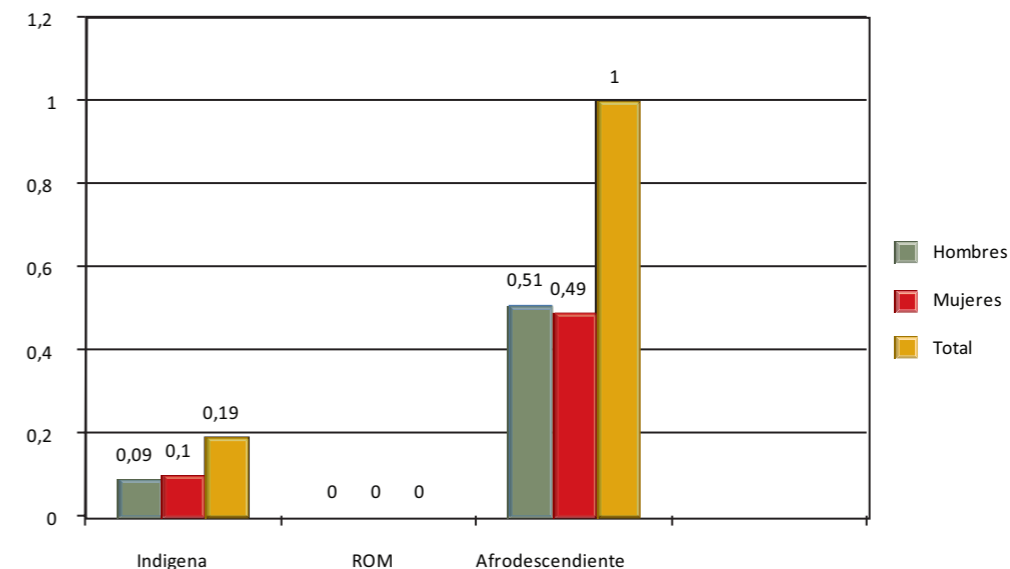
• **Población en condición especial**

Respecto al enfoque diferencial, en la localidad se tienen caracterizadas las poblaciones en condición de discapacidad, en situación de desplazamiento y étnica.

Frente a la transversalidad de etnias, se evidencia una minoría de población en general para todas las etapas de ciclo vital; no existen instituciones ni organismos que den cuenta de un sistema de información que permitan identificar a la población étnica en la localidad. En la etapa de ciclo vital de infancia un porcentaje de 0.89% son Afro colombianos, 0.10% Indígenas y 0% ROM; en las acciones que adelanta el Hospital con el ámbito familiar a través de la caracterización de Salud a su Casa, se han reportado niños y niñas afros e indígenas que no están afiliados en el sistema de seguridad social; se encuentran casos como desnutrición, menores que tienen que acompañar a sus padres a la realización de labores productivas, debido en parte a la informalidad de la vinculación laboral de esta población. En los jóvenes se identificaron 1.4% de Afros, 0.3% Indígenas, 0.01% Raizales, la mayoría son mujeres, y los hombres están representados en etnias como afros, indígenas y ROM; en la etapa de ciclo adulto existe un porcentaje de 0.2% son indígenas, 1.01% son afros y el 0.04% son raizales. Uno de los factores de riesgo que más influyen en esta etapa de ciclo es lo pertinente al tema laboral, como personas trabajadores no calificados, falta de oportunidades de capacitación, exposición a riesgos laborales en los lugares donde ejercen su actividad comercial y por ende los escasos recursos económicos que ingresan a sus núcleos familiares. En los adultos mayores un porcentaje de 0.67% de la población son afros, 0.2% son Indígenas y no se identifica ningún raizal, en esta etapa de ciclo se evidencian problemáticas como hipertensión, falta actividades con respecto al ciclo como recuperación de la memoria tradicional y falta de prácticas deportivas²⁸.

De acuerdo al censo DANE 2005, el 1% de la población de la localidad pertenece a la etnia afro descendiente (negro, raizal, palanquero) y un 0.19% pertenece a la etnia indígena. La distribución por sexo es equitativa. No se encontraron personas de la etnia ROM Gitano.

Gráfica 5. Población étnica de la localidad de Antonio Nariño. 2005



Fuente: Fuente: DANE – Censo General 2005. Cálculos SDP – SIEE – DICE

En la distribución de población con registro en condición de discapacidad, las mujeres representan la mayoría con un 63% (n= 2140), al analizar el grupo de edad, el rango donde se encuentra la mayoría de la población con registro de discapacidad, es de 70 a 74 años con un 10.4% (n=219) para los hombres, y de 65 a 69 años para las mujeres con un 11. 5% (n=246); en el grupo de edad donde los hombres superan a las mujeres se encuentra en el rango de 10 a 14 años.²⁹

En la localidad hay 412 niños en condición de discapacidad, de los cuales 130 son niñas y 282 son niños entre las edades de 0 a 12 años; 376 jóvenes, 120 corresponde a jóvenes mujeres y 256 son jóvenes hombres; 1786 adultos, 702 corresponde a mujeres adultas y 1084 a hombres adultos; 3293 personas mayores de los cuales 1319 corresponde a mujeres mayores y 1974 hombres mayores³⁰, las poblaciones más afectadas son las de la etapa de ciclo vejez con predominio en las mujeres, le sigue la etapa de ciclo adulto con predominio en los hombres, en tercer lugar encontramos la etapa de ciclo infancia afectando mas a los niños, y con menor proporción de personas en condición de discapacidad, es la etapa de ciclo de jóvenes predominando en los hombres .

Las discapacidades más frecuentes encontradas son de tipo cognitivo, seguido por la discapacidad física y sensorial. La principal estructura o función corporal afectada es el movimiento del cuerpo, brazos, piernas con 996 personas afectadas, lo que equivale al 29.4% del total de la población, de estas el rango de edad que se encuentra más afectado es el de 60 años y mas siendo el 60% del total de la población.³¹

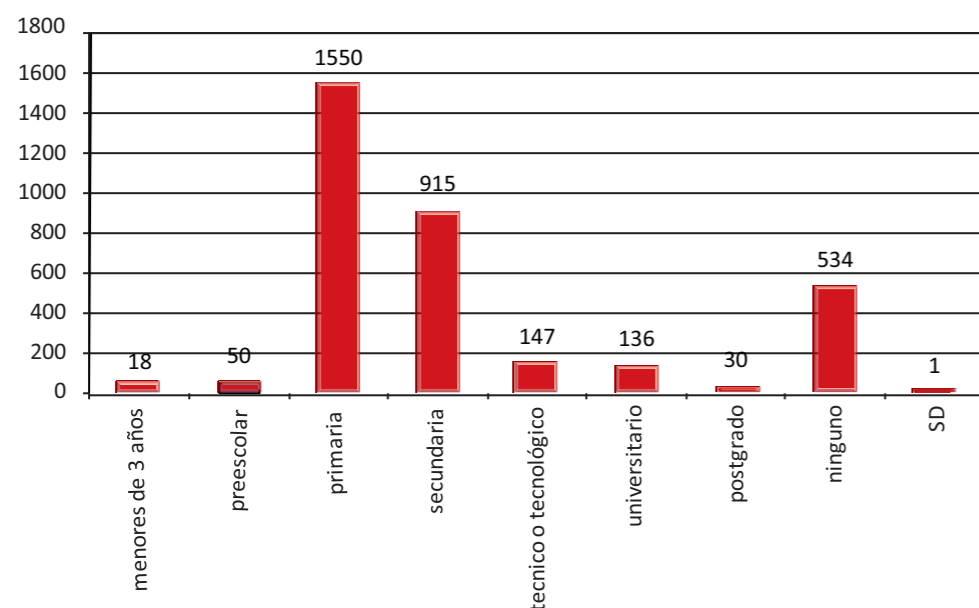
Con respecto al nivel educativo para población con registro de discapacidad, se concluye que el 27.1% de la población logró terminar la básica secundaria, mientras que el 45.8% cuenta con educación primaria. Un 8% han cursado nivel técnico, tecnológico o universitario y en un 15.8% de los casos no cuentan con ningún nivel de educación (ver grafica 6).

29 Registro y Caracterización DANE año 2005 - 2007

30 Proyección estadística de registro y caracterización de personas en condición de discapacidad DANE agosto 2007. Bases de datos de los ámbitos que hacen parte de la transversalidad de discapacidad (escolar, comunitario, laboral y familiar).

31 idem

Gráfica 6. Población con registro de discapacidad, según nivel educativo.
Localidad Antonio Nariño 2007



Fuente: Registro y Caracterización DANE. Año 2007

La segunda alteración de la función o estructura corporal afectada es el sistema nervioso, la mayoría de quienes presentan esta discapacidad se encuentran incapacitadas para trabajar sin una pensión permanente o se dedican a realizar oficios de hogar.

Etapas de ciclo vital persona mayor: Una necesidad identificada es la falta de proyectos para la utilización de tiempo libre junto con las barreras físicas para acceder a espacios recreativos. Esta problemática afecta a la totalidad de los ciclos vitales (Infancia, juventud, adulto y persona mayor). Unida a esta problemática se manifestó la falta de redes sociales y de apoyo emocional que apoyen y promuevan el desarrollo e inclusión de las personas en condición de discapacidad.

En general se evidencian problemáticas de barreras de acceso a los servicios de salud y educación: faltan servicios de rehabilitación integral y no se cuenta con colegios integradores donde las prácticas pedagógicas sean pertinentes a las necesidades educativas especiales, no hay promoción y garantía de la educación inicial y preescolar básica para la población infantil, la posibilidad de ingresar al mercado laboral es escasa en general y en especial en esta población, lo que lleva a emigración del territorio a otras zonas que les brinde estas posibilidades o donde el modo de vida sea más económico. Las discapacidades más frecuentes encontradas son de tipo física cognitivo, sensorial, auditivas y visuales, las cuales se concentran en el estrato 3 con un 85%, seguido por el estrato 2, este fenómeno es debido a que en la localidad solo existe un barrio clasificado estrato 2. Esta clasificación ocasiona que exista baja cobertura en servicios sociales afectando su calidad de vida.

La Localidad Antonio Nariño aparece como una de las zonas de menor recepción de desplazados. El Hospital Rafael Uribe Uribe a través del ámbito familiar, evidencia 74 personas víctimas del desplazamiento forzado que están divididas en 38 familias. La UPZ Ciudad Jardín es la mayor receptora de población desplazada en la localidad, con un número de 24 familias residentes todas registradas en el barrio Policarpa Salavarrieta, siguiéndole en cantidad la UPZ Restrepo con 14 familias, ubicadas en Eduardo Frey, La Fragua y Santander, siendo este último el de mayor proporción con 11 familias.

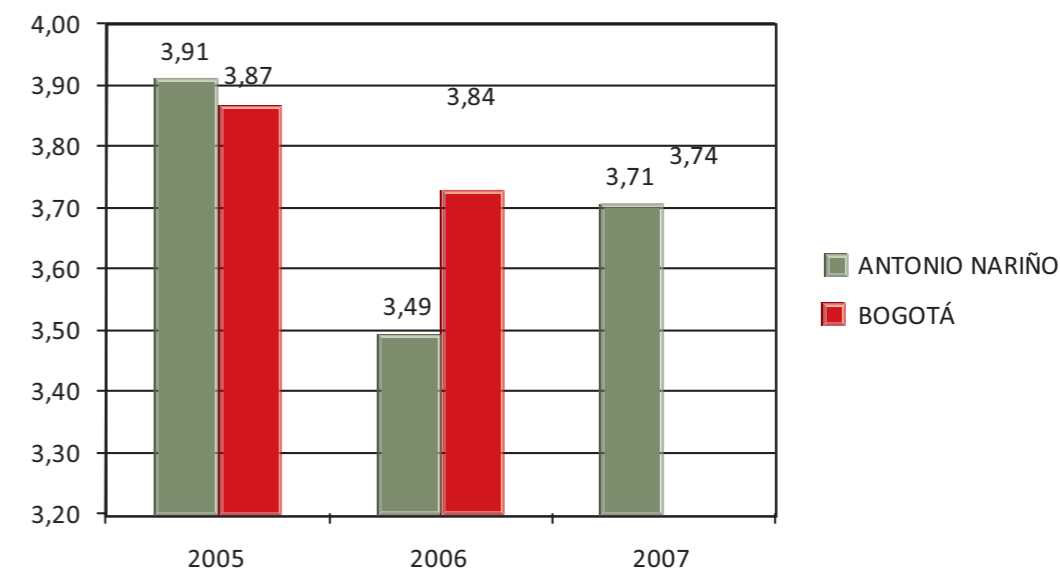
De las 74 personas víctimas del desplazamiento se encuentran 8 niños, 4 niños y 4 niñas, 27 jóvenes, 15 mujeres y 12 hombres, 33 personas adultas: 16 son mujeres y 17 son hombres; 6 personas mayores, 4 son mujeres de las cuales una manifiesta ser gitana/ROM y 2 hombres. Las principales problemáticas identificadas son: falta de reconocimiento de su existencia por parte de las instituciones planes y proyectos, oportunidades de trabajo en condiciones dignas o por lo menos un empleo que le presente un ingreso constante, la mayoría de esta la población se encuentran desempleadas, condiciones muy precarias a todo nivel, ubicándose como un grupo desprotegido al que los derechos fundamentales les son violados permanentemente y el que no ha logrado satisfacer sus necesidades básicas, esto a pesar de las leyes que los protegen a nivel internacional, nacional y distrital, y que existen muchas instituciones responsables de la población y de garantizar y dar cumplimiento a las normas vigentes³². Adicionalmente, se estima que a Antonio Nariño llegan 138 hogares desplazados de los 10.380 que entran en la ciudad, los cuales participan con el 1,3% del total de desplazados de la ciudad.

1.5. Perfil Epidemiológico

1.5.1 Mortalidad

El comportamiento de la tasa de mortalidad general en Antonio Nariño muestra descenso al analizar el dato obtenido en el año 2005, en donde fue de 3,91 muertes por cada 10.000 habitantes y para los años siguientes bajó 0.2 puntos. Al comparar los resultados de la localidad con los indicadores para Bogotá, se encuentran similares, a excepción del año 2006 donde la cifra de la localidad se encuentra por debajo 0.3 puntos (Tabla 7).

Gráfica 7. Mortalidad general comparativo localidad Antonio Nariño– Bogotá 2005-2007



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

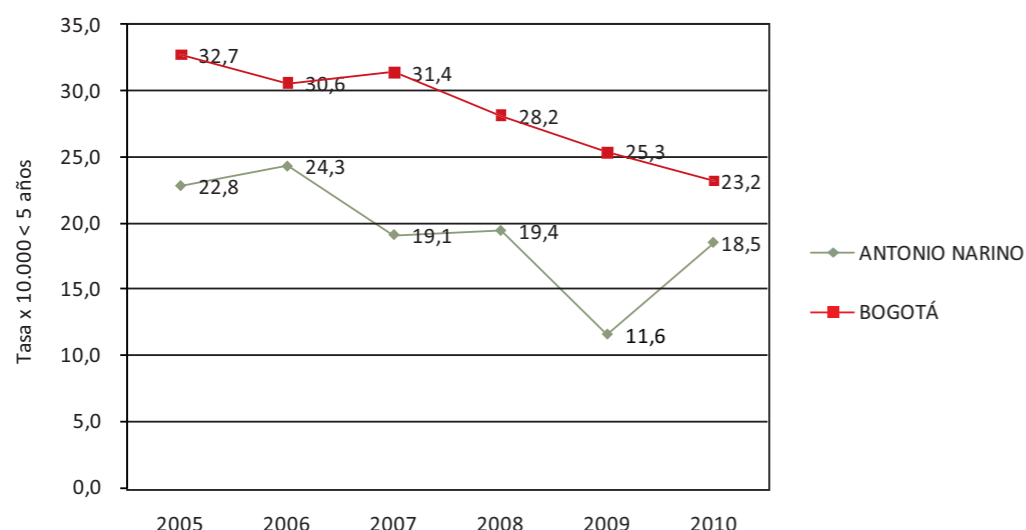
Según la agrupación de causas de mortalidad por localidad de residencia de la Secretaria Distrital de Salud, se encuentra que para la Infancia de un total de 19 muertes ocurridas en el año 2007, en los niños se presenta el mayor número de casos (12) y en las niñas (7); las principales causas de muerte para ambos sexos son: ciertas afecciones originadas en el período perinatal, seguido de causas externas en niños y enfermedades transmisibles en niñas. Lo anterior pone en evidencia la presencia de muertes

32 Hospital Rafael Uribe Uribe. Documento de Caracterización Transversalidad Desplazamiento, 2008

violentas como homicidios u otras que tienen que ver con situaciones de grave negligencia en la población infantil tales como, el ahogamiento, accidentes que obstruyen la respiración y accidentes de tránsito entre otros. Durante los años 2005 al 2007, se observa una tendencia al descenso y el sexo masculino el que reporta mayor número de casos.

La tendencia de muertes en menores de cinco años en la localidad, fue en descenso hasta el año 2009, donde se refleja de manera positiva la integralidad de las acciones en cuanto a educación en signos de alarma, derechos y deberes, detección y atención oportunas de los niños y las niñas. Al evaluar el indicador con relación a la meta distrital, se observa que para el año 2010 fue de 18,5 muertes por 10000 menores de 5 años, inferior a la meta Distrital de 23,7 muertes para el 2012, pero se ha incrementado en 6.9 puntos porcentuales con relación al año anterior.

Gráfica 8. Tendencia de la Mortalidad en menores de cinco años localidad Antonio Nariño. 2005 a 2010



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales, los datos del 2007 son preliminares. FUENTE 2008 y 2009: Bases de datos defunciones SDS.- Nacimientos DANE y RUAF preliminar. Base estadísticas vitales SDS 2010

En el grupo de 15 a 44 años donde se concentra gran parte de los jóvenes, se presenta un total de 42 defunciones ocurridas en el 2007. Las causas de muerte que ocupan el primer lugar son las externas presentándose 22 casos con predominio en los hombres, 18 casos; en las mujeres se registran menor número de casos 4, al igual que en la población infantil. Lo anterior refleja graves problemas de violencia y agresiones entre pares, fenómenos que se evidencian en las diferencias marcadas y la falta de tolerancia entre culturas urbanas como en el caso específico de los LGBTI, barras bravas, entre otros. Las neoplasias o tumores con predominio en los hombres, y las enfermedades del sistema circulatorio afectan en igual proporción a los hombres y a las mujeres. En este grupo durante los años 2005 al 2007, se observa una tendencia al aumento para ambos sexos, con mayor reporte de casos en el sexo masculino. Las personas adultas presentan como causas de muerte 40 casos, las principales en mayor porcentaje se encuentran las neoplasias de colon, mama, cuello uterino y estomago, afectando en igual proporción en hombres 6 casos y mujeres 6 casos; en segundo lugar encontramos las enfermedades del sistema circulatorio 8 casos, afectando más al grupo de las mujeres 5 casos, derivadas de los malos hábitos alimenticios, consumo de alcohol y sedentarismo. La tendencia de la mortalidad en este grupo desciende notoriamente en las mujeres a partir del año 2006 y en los hombres se mantiene en el tiempo.

En las y los adultos mayores se presentaron 297 casos, las principales causas relacionadas con muertes son enfermedades del sistema circulatorio 128 casos, afectando más a las mujeres, 69 casos, y hombres 59 casos, neoplasias y enfermedades transmisibles, resaltando la presencia de muertes por causa externa en este grupo de más vulnerabilidad, donde la violencia no discrimina dichas condiciones. Las muertes tienden al aumento en los hombres y se mantienen estables en las mujeres mayores. Es de anotar que la Localidad Antonio Nariño, es coherente con los estudios demográficos y de género, donde se conoce el fenómeno de la feminización de la vejez, pues existe una mayor proporción de mujeres que de hombres; este fenómeno es causado por una mayor mortalidad del sexo masculino en todas las edades y es frecuente en la sociedad un falso estereotipo, el “ rol sin sexo”, según el cual entre personas mayores las características femeninas y masculinas se aproximan, la edad no elimina las diferencias debidas al género y son tan evidentes como en otros grupos poblacionales, aunque desde el punto de vista de la apariencia, después de los 80 años, existe una tendencia a parecerse.

Según información de SDS en el periodo 2005 a 2007, la localidad ha aumentado la tasa de fecundidad y la tasa de fecundidad global en adolescentes con predominio en el ciclo juventud. La tasa global de fecundidad por quinquenios 2005-2010 es de 1.7% número de hijos promedio por mujer y la tasa general de fecundidad es de 50.9% número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres susceptibles de tener hijos entre los 15 y 49 años de edad; tiene un promedio similar con respecto a la población de Bogotá y ocupa el quinto puesto de menor tasa general de fecundidad con respecto a las demás localidades. Es importante garantizar el seguimiento a los y las adolescentes en condición de gestación reconociendo su entorno personal, familiar, de pareja, educativo y social a través de encuentros familiares con la institución escolar y con instituciones sociales que movilicen los procesos de coordinación intersectorial y activen la respuesta integral, promoviendo la inclusión de mujeres y hombres adolescentes a programas sociales que apoyen el proceso de gestación y lactancia, así como los relacionados con la promoción de la salud sexual y reproductiva, generando calidad en el servicio de salud desde la eliminación de barreras de acceso a los servicios para adolescentes, calidad de la atención institucional de la gestación, parto, puerperio así como las complicaciones asociadas a este proceso. Frente a la transversalidad de Salud Sexual y Salud Reproductiva³³, los y las jóvenes son los más afectados en cuanto a infecciones de transmisión sexual ITS; se evidencian varios partos en adolescentes de embarazos no planeados, abortos inducidos, el promedio ideal de hijos es menor a menor edad de la mujer, es así como pasa de 2.5 hijos para las mujeres que actualmente tienen entre 45 y 49 años, a 1.7 hijos para las mujeres que actualmente tienen entre 15 y 19 años.

• **Mortalidad Materna**

En la localidad Antonio Nariño la tendencia de mortalidad materna se cruza con los indicadores Distritales, presentando picos en los años 2006 y 2009, con tendencia al aumento en los años 2005, 2007; en 2008 no se presentaron casos, lo cual favorece uno de los objetivos del milenio y el Plan de Desarrollo Distrital. La vigilancia y acompañamiento de los mismos, así como la atención temprana y oportuna de sus alteraciones representa una intervención de alto impacto social y económico en la población vulnerable, sin embargo el deterioro social y económico de una comunidad es inevitable cuando ocurren estos casos, sumado a los hechos que demuestran dificultades en la calidad de la prestación de los servicios de salud a las maternas tales como deficiente control prenatal, no identificación temprana del riesgo y remisión inoportuna. A esto se suma las madres que no poseen un adecuado conocimiento sobre los cuidados que deben tener, a veces no cuentan con el apoyo de sus parejas o familiares, muchas ignoran los requisitos que hay para tener un control oportuno y eficaz y se ha evidenciado en los Comités de Análisis de Mortalidad, la presencia de debilidades en la prestación de los servicios de salud a estas mujeres en gran número de casos (ver gráfica 9).

33 Diagnóstico transversalidad salud sexual y reproductiva HRUU-2008

En el año 2010 no se presentaron muertes maternas de mujeres residentes en la localidad Antonio Nariño.

• **Mortalidad Perinatal**

La mortalidad perinatal en Antonio Nariño de 2005 a 2010, ha estado por debajo de las cifras obtenidas para Bogotá. En el año 2007, se presentó la tasa más alta con 20,8 y 23.2 muertes perinatales por 1000 nacidos vivos para Antonio Nariño y Bogotá, respectivamente. Al comparar este indicador con el cumplimiento de la meta distrital a 2012 de reducir a menos de 16 las muertes perinatales, se encuentra que entre los años 2009 y 2010 la tasa de mortalidad perinatal aumento al pasar de 10.5 casos a 18.9 X 1000 nacidos vivos. (Tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad Perinatal localidad Antonio Nariño. 2005-2010

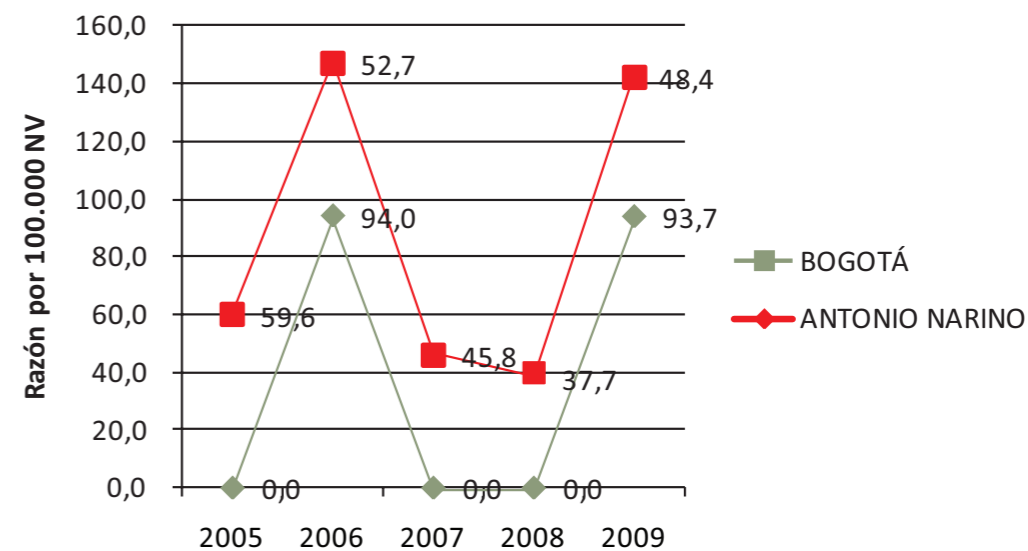
LOCALIDAD	ANTONIO NARIÑO	BOGOTÁ
2005	Muertes Perinatales	18
	Tasa por 1000 NV	16.8
2006	Muertes Perinatales	23
	Tasa por 1000 NV	19.3
2007	Muertes Perinatales	26
	Tasa por 1000 NV	20.8
2008	Muertes Perinatales	9
	Tasa por 1000 NV	7.2
2009	Muertes Perinatales	13
	Tasa por 1000 NV	10.5
2010	Muertes Perinatales	23
	Tasa por 1000 NV	18.9

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

• **Mortalidad por EDA**

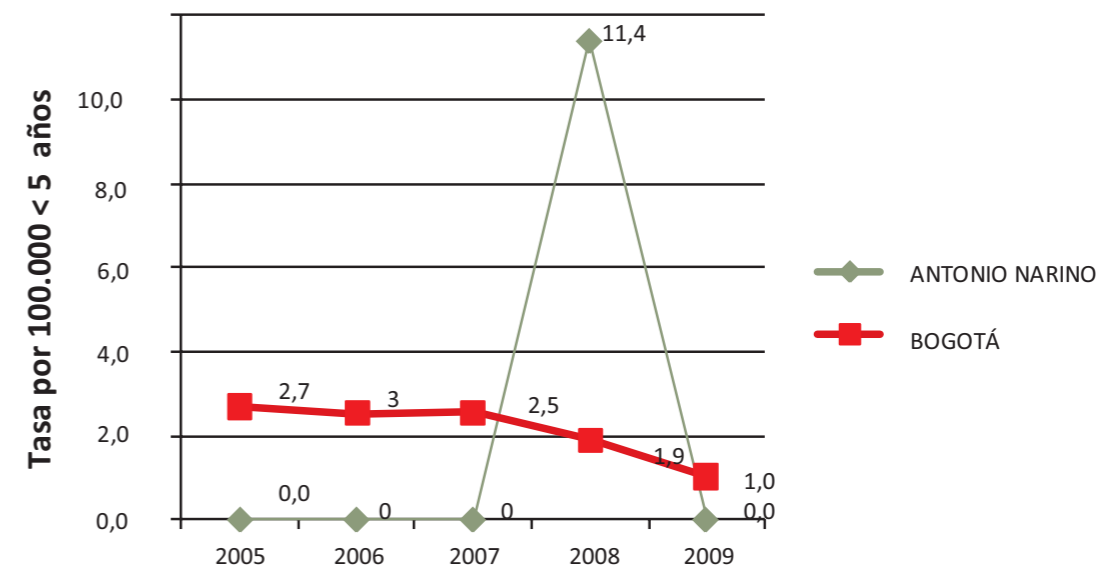
En los últimos cinco años, en Antonio Nariño solo se han presentado casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años, en el año 2008 (11.4 muertes por 100.000 < 5 años). Al comparar el resultado de este indicador para el año 2009, versus meta distrital, correspondiente a un caso por 100.000 < 5 años, se puede evidenciar que no han reportado casos (ver gráfica 10).

Gráfica 9. Tendencia de la Tasa de Mortalidad Materna, comparativo Bogotá Antonio Nariño 2005 – 2009.



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales, los datos del 2007 son preliminares. FUENTE 2008 y 2009: Bases de datos defunciones SDS.- Nacimientos DANE y RUAF preliminar.

Gráfica 10. Tendencia de la Tasa de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de 5 años. Antonio Nariño. 2000 – 2009



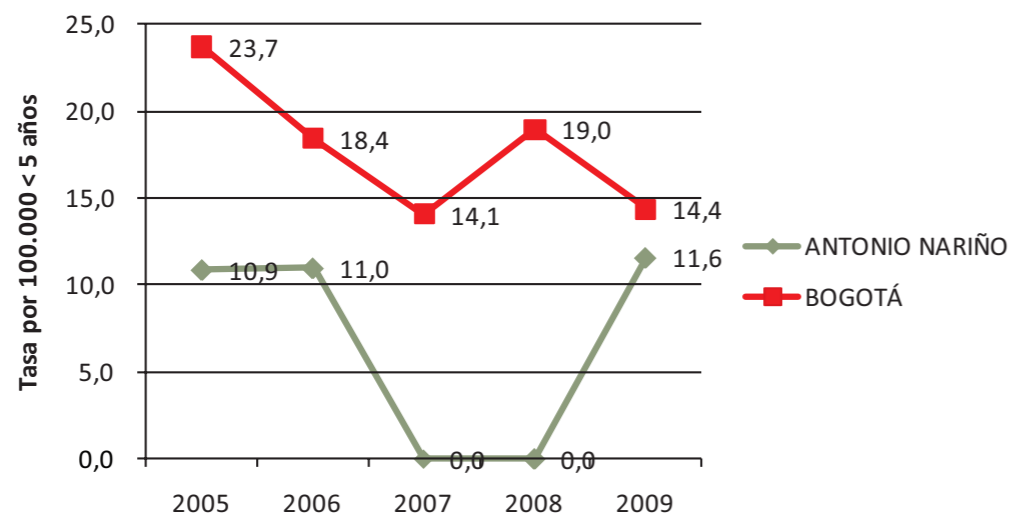
FUENTE: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP. FUENTE 2008 y 2009: Bases de datos defunciones SDS.

En el año 2010 no se reportaron muertes por EDA en residentes de la localidad.

- **Mortalidad por neumonía**

El comportamiento de la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años en Antonio Nariño, ha sido irregular. Se presentan las cifras más altas en el año 2006 con una tasa de 11 muertes por 100.000 menores de 5 años y en el 2009 con una tasa de 11,6 muertes, durante los años 2007 y 2008 no se reportaron casos. Se observa una tendencia ascendente y brusca, la cual amerita la debida investigación. Al comparar estos resultados con los del distrito Capital, se observa que la localidad ha mantenido tasas por debajo de las de Bogotá (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Tendencia de la Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, comparativo Bogotá y Antonio Nariño 2005– 2009



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. FUENTE 2008 y 2009: Bases de datos defunciones SDS.

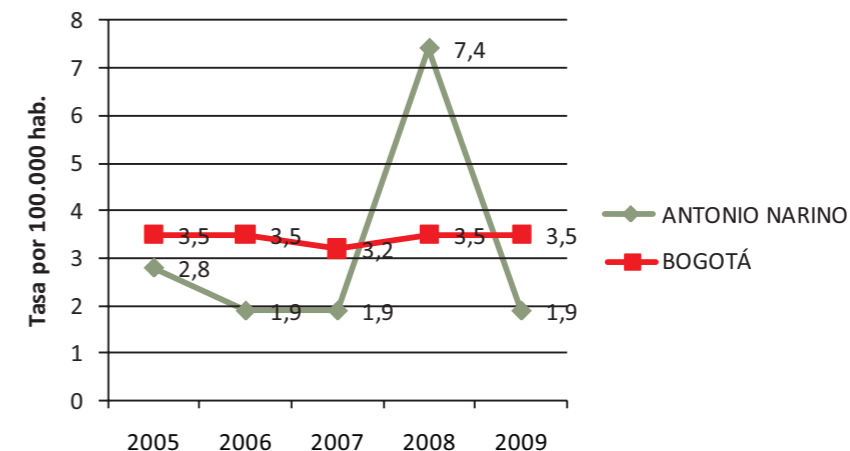
En el año 2010 no se reportaron muertes por Neumonía en residentes de la localidad.

- **Mortalidad por suicidio**

En suicidio consumado la localidad ocupa el dieciseisavo lugar en el Distrito, con una tasa de 1,9 por 100,000 habitantes, por debajo de la tasa distrital en 1,6 puntos.

Las alteraciones en la salud mental de la población, son un fenómeno que se encuentra en aumento y que se constituye en una prioridad de Salud Pública por las implicaciones sociales que acarrea; los casos de suicidio consumado de 2005 a 2009 en Antonio Nariño fueron de 12 casos, equivalentes al 1,38% del total reportado en este mismo periodo para Bogotá. La tasa de mortalidad por este evento para la localidad se mantuvo por debajo de la tasa de mortalidad para Bogotá en los tres primeros años, presentando un pico demasiado brusco en el año 2008 con una tasa de 7,4 muertes, correspondientes a 8 casos, para descender en el año 2009 (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Tendencia de la Mortalidad por suicidio en la localidad Antonio Nariño. 2005 a 2009

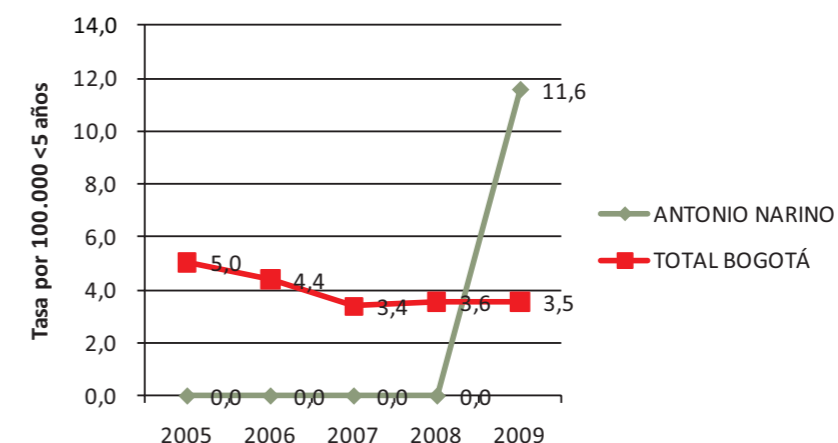


Fuente: Base SDS

- **Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años**

El comportamiento de la mortalidad por desnutrición en la localidad Antonio Nariño ha sido fluctuante en los últimos cinco años, presentando las tasas más altas en los años 2006 con 11.8 muertes y 2008 con 12,2 muertes, para descender a 3.1 casos en el 2009, siendo el único año donde se encontró por debajo de la tasa distrital. En Bogotá esta mortalidad ha disminuido progresivamente hasta mantenerse estable en los últimos tres años. La tendencia general de este indicador es a la reducción. Lo anterior revela la grave situación de inseguridad alimentaria en primer lugar, reflejo de una deficiente condición económica en las familias, sumado a condiciones ambientales precarias en muchos casos. También puede existir interrelación entre las muertes por EDA y ERA y esta causa de muerte en los niños y las niñas (ver gráfica 13).

Gráfica 13. Tendencia de la Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Localidad Antonio Nariño. 2005 a 2009



FUENTE: Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales, los datos del 2007 son preliminares. FUENTE 2008 y 2009: Bases de datos defunciones SDS. Las Tasas son calculadas con proyecciones de población censo 2005 del DANE y SDP

Las muertes ocurridas por desnutrición en menores de 5 años durante el periodo 2005-2009, se encuentran por debajo de los indicadores Distritales, a excepción del año 2009, donde se observa un aumento de la tasa por una muerte ocurrida. Lo anterior dispara las alarmas en materia de situación de inseguridad alimentaria en primer lugar, deficiente condición económica en las familias versus fenómeno de pobreza oculta, el cual amerita investigación (ver grafico 8).

1.1.2 Morbilidad

- **Eventos de notificación obligatoria**

El Decreto 3518 de 2006 en el artículo primero reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, para la recolección de manera sistemática y oportuna de información relacionada con la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con la finalidad de orientar las políticas, planificar en el campo de la Salud pública para tomar decisiones en la prevención y control de enfermedades, racionalizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en este campo.

De igual manera se reglamenta que todas las acciones del sistema de vigilancia sean prioritarias y de carácter obligatorio. En este sentido, en la localidad este sistema se fundamenta en la notificación que realizan las diferentes IPS que son catalogadas dentro de la vigilancia, como Unidades Primarias Generadoras de Datos- UPGD, las cuales captan la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

En el año 2010 se reportaron 504 eventos de notificación obligatoria al SIVIGILA de la localidad, de los cuales el 40.3% fueron eventos correspondientes al ciclo vital de infancia en donde predominaron los casos de varicela individual con 71.4% y exposición rábica con el 7.9%. Para el ciclo vital de juventud se registraron el 30.4% de los casos, se destaca que aparte de la varicela individual que fue el evento con mayor reporte del año, se encuentra que la parotiditis concentró el 17% de los mismos. En los adultos se presentó un menor porcentaje de notificación de eventos, del 26.6% sobresale en mayor proporción la parotiditis (19.4%), la exposición rábica (17.9%) y varicela (17.2%). En las personas mayores la notificación de casos representó en un porcentaje del 2.8%, donde la exposición rábica ocupó el primer lugar con el 50% de ocurrencia, seguido de la intoxicación por sustancias químicas y tuberculosis pulmonar.

No ocurrieron casos confirmados de sarampión o rubéola en la localidad ni en el Distrito.

Un evento de importancia en la salud pública de la población, es la presencia de Leucemia Linfocítica Aguda, que para el 2010 tuvo una ocurrencia de 1 caso, en el ciclo vital de infancia.

Cabe resaltar la ocurrencia de 5 casos de Tosferina en la infancia y uno en juventud.

En lo relacionado con la notificación de casos de VIH – SIDA y mortalidad por esta causa, se obtuvo que para 2010, se presentaron 11 casos, observando predominio en la etapa de ciclo vital de adultez con el 81% de los casos, sin embargo se destaca que en la etapa de juventud se presentaron 2 casos (ver tabla 7).

En el campo de las enfermedades transmisibles, en Antonio Nariño se notificaron en el 2010, 3 casos de Tuberculosis pulmonar, los cuales se presentaron en las etapas de ciclo vital adultez y personas mayores.

Otro de los eventos de notificación obligatoria es la Sífilis Gestacional, la cual es considerada un problema de salud pública por su gravedad y representa una falla del sistema de salud, por lo que

se requiere evaluarlo de manera exhaustiva en lo local y lo central. Para el año 2010, se notificaron 5 casos, siendo la etapa adultez la de mayor notificación de casos (ver tabla 7).

En el campo de las intoxicaciones alimentarias, en el 2010 se notificaron en la localidad 19 casos, evidenciando que el grupo poblacional mas afectado por estos eventos son los individuos de la etapa de ciclo vital adultez con el 58% de los casos (ver tabla 7).

Tabla 7. Morbilidad por Eventos de Notificación Obligatoria, Localidad 15 Antonio Nariño, 2010

EVENTO	INFANCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR	Total general
ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA (VIGILANCIA CENTINELA) ESI	3	0	0	0	3
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	1	6	11	1	19
EXPOSICION RABICA	16	16	24	7	63
HEPATITIS A	0	2	1	0	3
HEPATITIS B	0	0	1	1	2
HEPATITIS C	0	0	0	1	1
INTOXICACION POR FARMACOS	4	11	6		21
INTOXICACION POR METANOL	0	0	1	0	1
INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	0	1	0	0	1
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	0	4	2	0	6
INTOXICACION POR SUSTANCIAS OTRAS QUIMICAS	2	5	11	2	20
INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	0	7	3	0	10
LESIONES POR POLVORA	0	1	0	0	1
LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	1	0	0	0	1
MORTALIDAD PERINATAL	0	7	7	0	14
PAROTIDITIS	6	26	26	0	58
RUBEOLA	8	1	2	0	11
SARAMPION	9	0	0	0	9
SIFILIS CONGENITA	2	0	0	0	2
SIFILIS GESTACIONAL	0	1	4	0	5
SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	1	0	0	0	1
TOS FERINA	5	1	0	0	6
TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	0	0	2	0	2
TUBERCULOSIS PULMONAR			1	2	3
VARICELA INDIVIDUAL	145	62	23	0	230
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	0	2	9	0	11
Total general	203	153	134	14	504

Fuente: SIVIGILA. Secretaría Distrital de Salud. 2010.

- **Eventos de salud mental**
- **Conducta suicida**

El suicidio y las conductas relacionadas con el mismo se han convertido en una de las principales causas de demanda de atención en salud en los servicios de urgencias, por lo que se considera de vital importancia el monitoreo y seguimiento de los casos que se reportan. A continuación se presentan los datos de las notificaciones presentadas de conducta suicida en la localidad.

Como se observa en la tabla anterior la problemática del intento de suicidio va en aumento: se parte de 9 casos reportados en la localidad en el año 2006 hasta llegar a 19 casos en el año 2008, igual comportamiento se observa en Bogotá. Al analizar las tasas de intento se aprecia que Antonio Nariño maneja tasas inferiores a las Distritales. (Tabla 7).

Tabla 8. . Intento de suicidio (2006-2008) y suicidio consumado (2005-2008)

DETALLE		ANTONIO NARIÑO		BOGOTÁ	
		Número de personas	Tasa por 100,000 Habitantes	Número de personas	Tasa por 100,000 Habitantes
INTENTO DE SUICIDIO	2006	9	9,15	735	10,15
	2007	9	9,15	994	13,47
	2008	19	17,64	1.950	26,43
SUICIDIO CONSUMADO	2005	3	2,81	238	3,48
	2006	2	1,87	245	3,53
	2007	2	1,86	228	3,23
	2008	8	7,43	261	3,54

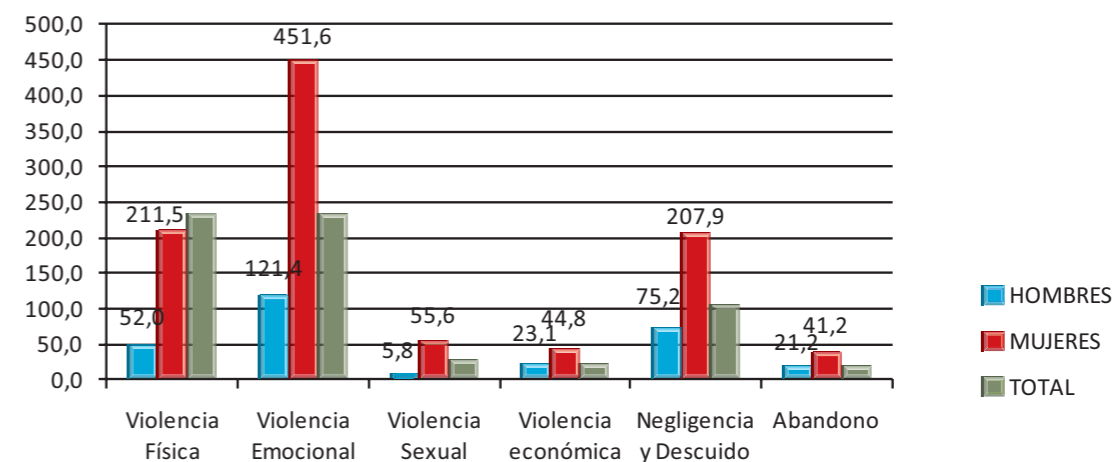
FUENTE: Base de datos Secretaría Distrital de Salud- Salud Pública (14 ESE primer nivel - CRU). Departamento Administrativo de Planeación Distrital- Coordinación Estadísticas Urbanas y SDS

El comportamiento del suicidio consumado es un tema que cobra relevancia y que se agudiza a partir de la adolescencia, presentándose a nivel Bogotá con la tasa más alta en la etapa adolescencia-juventud. En el año 2008, en la localidad, las tasas superaron el promedio distrital, dado que en Bogotá la tasa fue de 3,5 x 100.000 habitantes (Tabla 7).

• **Violencia intrafamiliar**

Otra de las problemáticas que afecta la salud mental de la población son las agresiones y en general la violencia intrafamiliar que es un fenómeno de ocurrencia mundial en el que las mujeres y los niños tienden a ser los grupos más vulnerables. Para el año 2008, al analizar las tasas por tipo de violencia, se observa que es la violencia emocional la que representa la mayor tasa con 451,6 casos de violencia por 100.000 habitantes, sin embargo se aclara que este comportamiento se puede dar porque se trata de un tipo de violencia transversal a todas las agresiones. Se advierte que la violencia física se encuentra en segundo lugar, con una tasa de 211,5 casos por 100.000 habitantes; la negligencia y descuido se ubica en tercer lugar con 207,9 casos por 100.000 habitantes. Las agresiones sexuales se presentan en mayor proporción en las mujeres con una tasa por 100.000 habitantes de 55,6. (Gráfica 14)

Gráfica 14. Comportamiento de la violencia intrafamiliar según tipo (tasa x 100,000 habitantes) Localidad Antonio Nariño- Año 2008

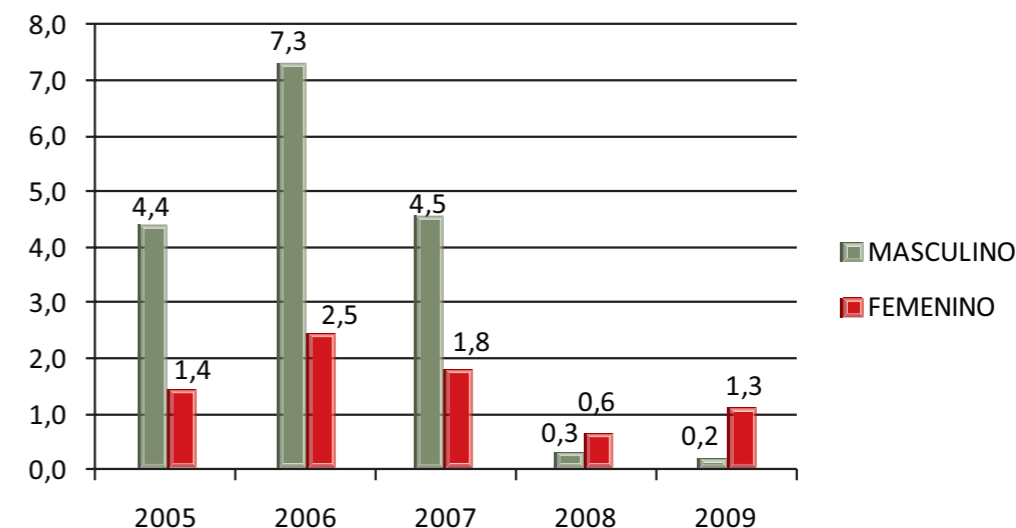


Fuente: Secretaría Distrital de Salud: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia intrafamiliar-SIVIM

• **Uso de sustancias psicoactivas**

De acuerdo a información suministrada por la Secretaria Distrital de Salud, sobre el uso de sustancias psicoactivas (SPA) en la población general, se puede observar una mayor frecuencia de este evento en el sexo masculino para los años 2005 a 2007, invirtiéndose esta situación en los siguientes años en las mujeres. Los porcentajes más altos del uso de SPA ocurrieron durante el año 2006 y 2007 en hombres (ver grafico 15).

Gráfica 15. Tendencia de la frecuencia en el uso de sustancias psicoactivas por sexo. Localidad Antonio Nariño 2005-2009



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

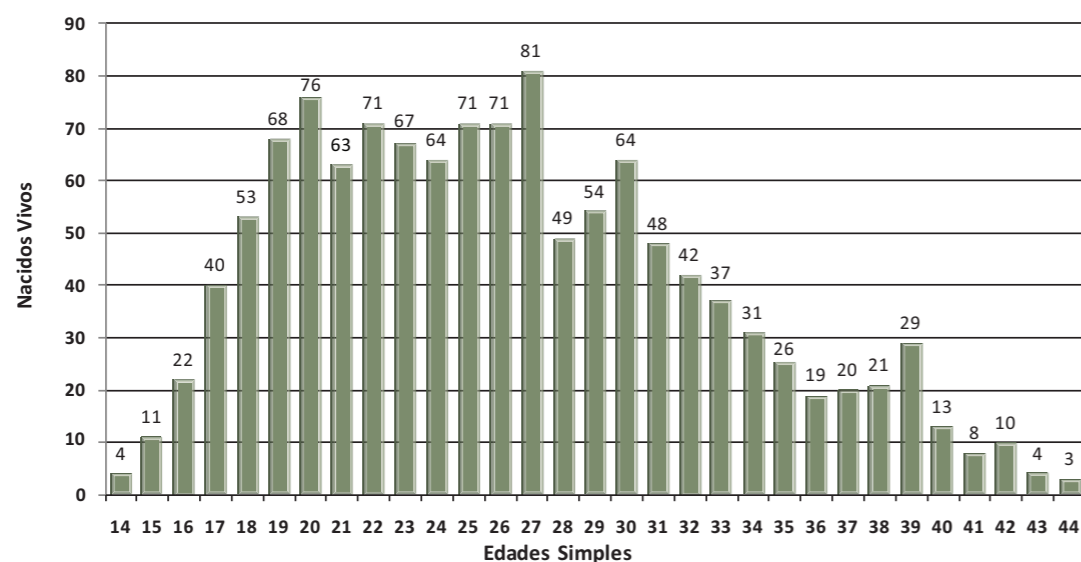
Según información de la Secretaria de Salud de Bogotá, sobre las drogas de inicio en la población durante el 2008 -2009 se encuentran que las de mayor consumo en el 2008 fueron en orden de frecuencia: para hombres, La Marihuana (cannabis), el alcohol con mayor consumo en mujeres, el tabaco con mayor consumo en mujeres, el Bazuco y en ultimo, inhalantes (mayor en mujeres). Para las mujeres: alcohol, tabaco, Marihuana (cannabis), inhalantes y Bazuco. Al comparar esta información con el año 2009, se observa que bajo la frecuencia de consumo para bazuco en hombres, subió el consumo de tabaco en mujeres casi al doble, bajando el de marihuana y Bazuco.

1.1.1 Salud sexual y reproductiva

En el año 2008 se presentaron 1242 nacimientos, equivalentes al 1% del total de nacimientos para Bogotá en el mismo periodo. Al analizar los nacimientos por edad de la madre se observa que las mujeres de 27 años son las que presentan el mayor número de nacimientos con 81, equivalentes al 6.5%, seguidos de las mujeres de 20 años con 76 nacimientos equivalentes al 6,1%. (Ver gráfica 17).

Al analizar los nacimientos por etapa de ciclo vital, se observa que son las mujeres adolescentes las que presentaron el mayor número de nacidos vivos, puesto que concentraron el 54,5% del total de nacimientos, seguido del ciclo vital de Adultez con el 45,5%.

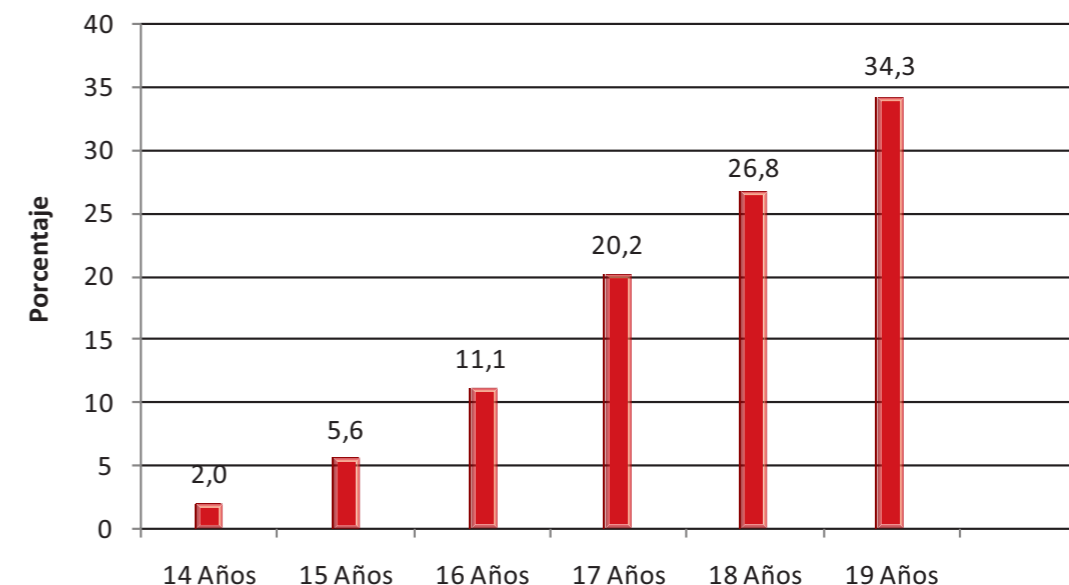
Gráfica 16. Nacimientos Localidad Antonio Nariño por edades simples 2008



Fuente: Base de Nacido Vivo DANE - RUAF (H. El Tunal, H. Kennedy, H. Suba, H. La Samaritana, Fundación Santafé de Bogotá); datos PRELIMINARES

Del total de nacidos de las mujeres de 19 años y menos, la mayor proporción la tienen las mujeres de 19 años con el 34,3% (68 nacimientos), seguidas de aquellas entre 18 y 17 años con el 26,8% y 20,2%, respectivamente (ver gráfica 17).

Gráfica 17. Nacidos vivos en madres adolescentes. Localidad de Antonio Nariño, 2008.



Fuente: Base de Nacido Vivo DANE - RUAF (H. El Tunal, H. Kennedy, H. Suba, H. La Samaritana, Fundación Santafé de Bogotá); datos PRELIMINARES

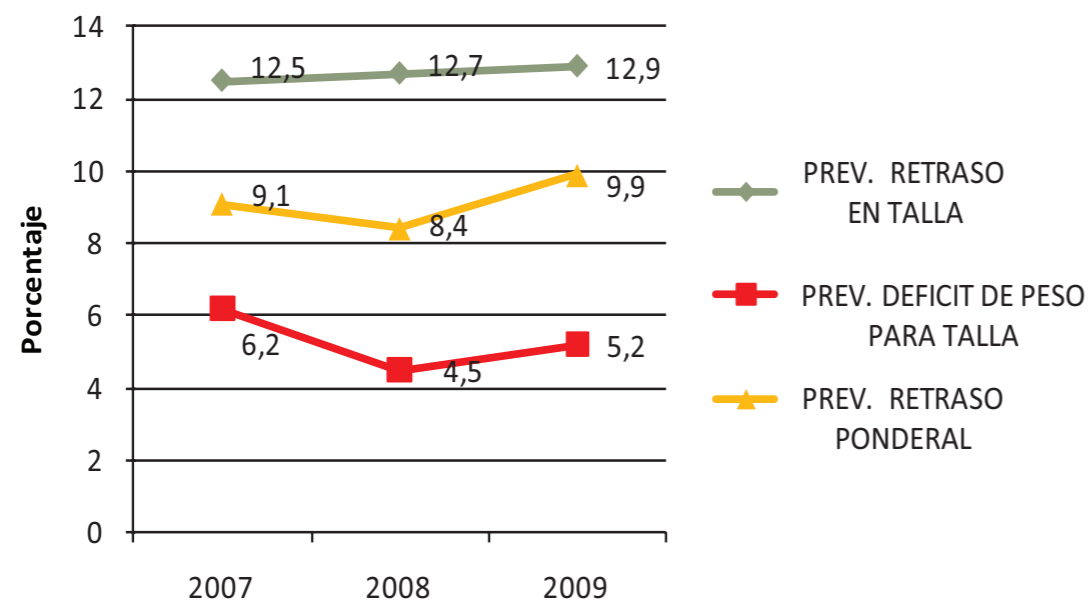
Según información del ámbito familiar - Programa Salud a su Casa, corte a 2009, de un total de 60 gestantes identificadas por los equipos de SASC, en los seguimientos realizados se encontró que la mayor proporción se encuentra entre los 18 a 35 años (61%), seguido de gestantes adolescentes 15 a 18 años (26.6%), mayores de 35 con un 8.3% y por ultimo un 3.3% de niñas entre los 10 a 14 años. Estas gestaciones en edades tempranas están asociadas a un desarrollo muy primario desde el punto de vista psicológico, económico y físico, frente al papel de madres que deben asumir de forma responsable. Se observó mayor adherencia al programa de control prenatal en las gestantes adolescentes con un 75%, lo que se convierte en un factor protector para el desarrollo adecuado de su embarazo y desenlace del mismo, seguido de las gestantes de 18 a 35 años, gestantes de 10 a 14 años con un 50% y para mayores de 35 años un 40%.

1.1.2 Estado nutricional

Los indicadores del estado nutricional para la población infantil menor de 10 años durante un periodo de 3 años atrás, han mantenido los porcentajes más altos para la prevalencia de retraso en talla, antes desnutrición crónica, seguido de la desnutrición global o retraso ponderal, y con los menores porcentajes de prevalencia, se encuentran los casos de prevalencia de déficit de peso para la talla, antes desnutrición aguda. Según notificación de casos al SISVAN se presenta un comportamiento ascendente para los tres indicadores y se encuentran por encima de las cifras distritales (ver grafico 18).

El estado nutricional de una población va relacionado con la disponibilidad del consumo de los alimentos y el grado de aprovechamiento por el organismo de los mismos, el cual está determinado por múltiples factores como la edad, sexo, género, situación psicológica y social y grado de estudio. Un indicador nutricional que SISVAN tiene en cuenta por su sensibilidad de medición en la intervención y el análisis del estado nutricional de los niños y niñas < de 10 años, es el peso y la talla.

Gráfica 18. Comportamiento del estado nutricional en niños y niñas menores de 10 años.
Localidad Antonio Nariño.



Fuente: Secretaría Distrital de salud: Sistema de Vigilancia alimentaria y nutricional - SISVAN

INDICADOR PESO/TALLA:

Para el año 2008, los niños y las niñas menores de 10 años, presentaron un estado nutricional normal en un 60%, riesgo a desnutrición un 17%, sobrepeso 11% y obesidad en un 6%; estos últimos diagnósticos sugieren riesgo a futuro para adquirir enfermedades crónicas no transmisibles. La prevalencia de desnutrición aguda para el mismo año fue del 6%, en comparación al año 2007 disminuyó en un 2%, lo cual puede ser debido a las acciones realizadas a nivel intersectorial e interinstitucional, quienes aportan con programas de recuperación nutricional, a la gestión con la población que reside en las localidades bajo responsabilidad del hospital, y a programas del Distrito que apunta sus esfuerzos y recursos por el mejoramiento del estado nutricional de los niños. Cabe aclarar que los cambios también pueden responder a la identificación de la misma en el proceso de notificación por parte de las Instituciones. Los datos para Bogotá muestran que este indicador se encuentra un 1.6% por encima. Al evaluar la edad más afectada por el bajo peso se encuentra que corresponde a los menores de 3 años (7.2%), donde los antecedentes de la lactancia materna exclusiva, calidad e inicio de la dieta complementaria y/o enfermedades prevalentes en esta edad, son determinantes del crecimiento y desarrollo del niños y las niñas.

Al revisar el comportamiento de los indicadores del estado nutricional en menores de 10 años, en el año 2009, se puede evidenciar lo siguiente: El indicador Talla edad, reporta una prevalencia del 12.7%, con reducción de 0.2 puntos porcentuales, comparado con el año anterior, observándose por encima del indicador distrital (12.2%). La prevalencia de desnutrición aguda subió 0.7 puntos porcentuales, respecto del año anterior, encontrándose en 5.2%, por encima del indicador distrital del 4.0%. La prevalencia de desnutrición global subió 1.5 puntos porcentuales con respecto al indicador en el año 2008, se encontró en el 9.9%, por encima del indicador distrital (8.3%).³⁴

34 Área Vigilancia en Salud Pública – SISVAN SDS

ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES

El análisis del estado nutricional muestra que para la localidad la prevalencia de bajo peso es del 29%, siendo las menores de 19 años quienes presentan mayor proporción de bajo peso gestacional. Demostrándose una vez más, que entre más joven sea la mujer en estado de embarazo, será más alta la incidencia de bajo peso gestacional. Esta cifra comparada con el nivel Distrital se encuentra un 0.6% por encima.

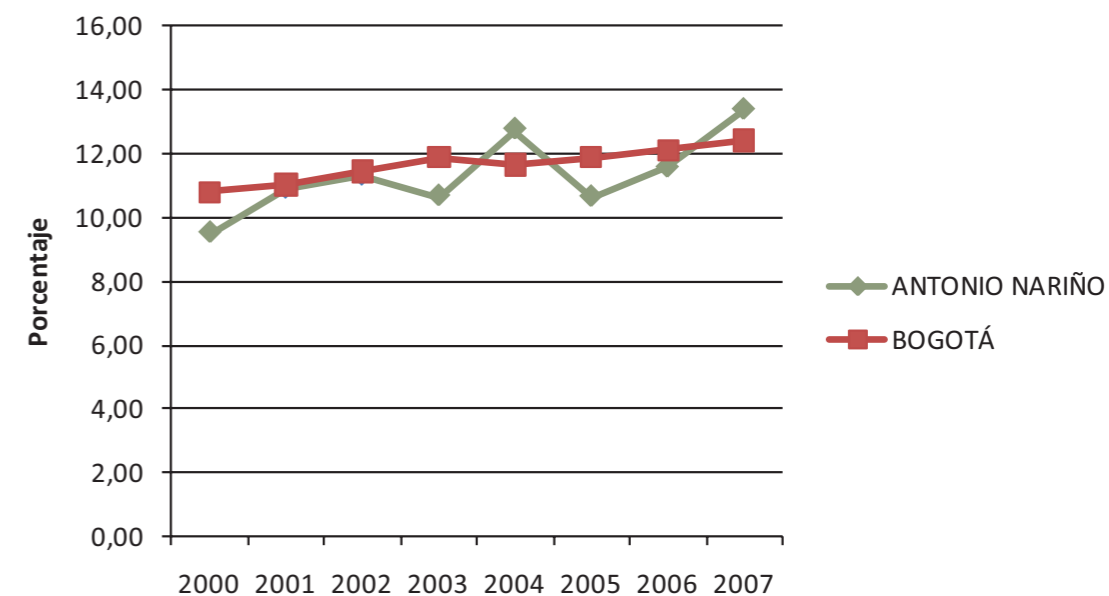
Este comportamiento encontrado en este año 2008 fue contrario al que se obtuvo retrospectivamente hace un año (2007), donde se observó que las jóvenes mayores de 19 años hasta los 26 años fueron quienes presentaron peso bajo para su edad de gestación.

Durante el año 2008, de acuerdo al Diagnóstico nutricional y el régimen de salud, se observó que de la notificación para el régimen particular tuvo el porcentaje más alto de mujeres gestantes con bajo peso (50%), seguido de las vinculadas y afiliadas al régimen subsidiado (34 y 33% respectivamente). Esto quizás es debido a que las usuarias del régimen particular al asumir los gastos derivados de su atención, descuidan su alimentación por no contar con suficientes recursos para garantizar una dieta en calidad y cantidad adecuada.

La población intervenida con acciones de investigación epidemiológica de campo IEC, en la localidad Antonio Nariño fue de 96 IEC iniciales, y 82 casos cerrados, teniendo en cuenta que el SISVAN atiende prioritariamente las zonas vulnerables de la localidad Rafael Uribe.

El comportamiento del peso al nacer durante la realización de los controles a los recién nacidos, permite evidenciar que es similar en el estado nutricional de la población intervenida con relación a la notificación o a la visita anterior. En la grafica No. 20 se observa que en la localidad hay una prevalencia mayor en el 2004; en el año 2005 hay un descenso con respecto a Bogotá y en los 2 últimos años encontramos una tendencia ascendente mayor con respecto al de Bogotá.

Gráfica 19. Tendencia del bajo peso al nacer en la localidad Antonio Nariño comparado con Bogotá.



Fuente: Secretaría Distrital de salud: Sistema de Vigilancia alimentaria y nutricional - SISVAN

Sobre la prevalencia de la lactancia materna reportada por la aplicación de escala de vulnerabilidad aplicada a las familias caracterizadas por el programa Salud a Casa, en el año 2008

se observa que es mayor de los 0 a 6 meses de edad y menos del 50% de los niños la reciben hasta los 3 meses de forma exclusiva, lo que se encuentra determinado por la obligación laboral de las madres para alcanzar el cubrimiento de las necesidades básicas, es así como es indispensable ahondar en el cumplimiento de las normas en materia laboral para las mujeres lactantes.

Tabla 9. Frecuencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses.

LM Exclusiva	Frecuencia	%
0-3 meses	7	43,75
3-6 meses	9	56,25
Total	16	100

Fuente: Escala de vulnerabilidad SASC. 2008

2.

2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN-CONSUMO

2.1. Organización Social y Productiva del Trabajo en el Territorio

Necesidades básicas insatisfechas NBI

Las Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, están definidas por los siguientes cinco indicadores: 1. Viviendas inadecuadas, 2. Hacinamiento crítico, 3. Servicios inadecuados, 4. Alta dependencia económica, 5. Inasistencia escolar. Se considera hogar en miseria todo aquel que tenga dos o más de los indicadores simples de necesidades básicas insatisfechas.

De acuerdo con la encuesta, se encontró que el 5% de los hogares bogotanos se consideran en pobreza por NBI y el 0,5% en condiciones de miseria. De acuerdo con los factores que determinan el NBI, 0,7% de los hogares bogotanos habitan viviendas cuyas condiciones son inadecuadas, 0,2% no cuentan con servicios públicos adecuados, 2,6% viven en condiciones de hacinamiento crítico, en 0,5% hay inasistencia escolar y en 1,6% hay condiciones de alta dependencia económica.

La localidad Antonio Nariño cuenta con 30.499 hogares, de los cuales el 3,4% se encuentran en pobreza por NBI, se ubica en el puesto 14 de las localidades de la ciudad con más hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI (21,6% por debajo del nivel distrital), cifra que se apoya con otros datos de la localidad como es la de condiciones de vivienda inadecuadas que alcanzan el 0,1% seis puntos por debajo de las condiciones evaluadas a nivel distrital (0,7%). Si a los datos anteriores le sumamos que en la localidad tenemos 0,0% de hogares en condiciones de miseria, podemos considerar que ésta es una localidad con bajos niveles de pobreza, ubicándose dentro de las cinco primeras con mejores condiciones de vida. Aún así, en lo que respecta a la situación de hacinamiento crítico, la localidad tiene 2,0% (1,6% por encima del nivel distrital). Es importante señalar que existen condiciones de pobreza relacionados con las de calidad de vida de acuerdo con el espacio vital de la vivienda que requieren atención y que se verifican con datos frente a los hogares con condiciones de alta dependencia económica en la localidad que asciende al 2,4% (0,8% por encima del distrital). Con relación a la situación escolar tenemos que un 0,1% de los hogares presenta inasistencia escolar, indicando que la localidad tiene un mayor nivel de asistencia escolar a la del nivel distrital³⁵. Según la encuesta de calidad de vida 2007 el índice de condiciones de vida 90.60% es mayor que el de Bogotá 90.10% en acceso y calidad de servicios, educación y capital humano, tamaño y composición del hogar, calidad de la vivienda.

Con los ejercicios de cartografía social, la comunidad señala que la población con NBI, ha venido en aumento, teniendo en cuenta la situación general de desempleo, el deterioro de las condiciones de vida de las familias y la disminución del ingreso familiar. Igualmente, se ve un incremento en la población con situación de desplazamiento que se ha asentado en la localidad: aquí es importante señalar que mucha de esta población no quiere ser discriminada como tal, generando situaciones de invisibilidad de la problemática. De igual manera, se llega a considerar que los indicadores del NBI, posiblemente reflejen sólo de manera parcial la realidad.

Índice desarrollo Humano Urbano (IDHU): El IDH es un indicador propuesto por el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD) que mide el nivel de desarrollo humano de un territorio. El IDH se basa en tres indicadores:

Longevidad, medida en función de la esperanza de vida al nacer.

Nivel educacional, medido en función de una combinación de la tasa de alfabetización de adultos (ponderación, dos tercios) y la tasa bruta de matrícula combinada de primaria, secundaria y superior (ponderación, un tercio).

Nivel de vida, medido por el PIB real per cápita (PPA en dólares)

Los resultados del informe de desarrollo Humano 2008 del PNUD, arroja indicadores para la localidad similares a los de Bogotá, a excepción de los que tienen que ver con el índice sobrevivencia en niños y el índice educación, los cuales son mayores a los del Distrito capital (ver tabla 10).

Tabla 10. Índice de Desarrollo Humano Urbano (IDHU) 2007. Localidad Antoni

Localidad	Índice ingreso disponible	Índice educación	índice sobrevivencia niños	Índice Urbano	IDHU
Antonio Nariño	0.867	0.864	0.991	0.5	0.805
Bogotá	0.891	0.863	0.985	0.5	0.81

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2007

Indicadores de fuerza laboral

La población en edad de trabajar (PET) para Bogotá se conforma por 5'828.578 personas, representando el 82,85% de la población total. De estas personas, 2'772.176 manifestaron haber utilizado la mayor parte de su tiempo de la semana anterior a la Encuesta, trabajando, mientras que 233.787 informaron haberse dedicado a buscar trabajo, lo cual corresponde al 47.6% y 7.8% de la PET, respectivamente.

Según la tasa de ocupación en la Encuesta de Calidad de Vida 2003 la tasa de ocupación en Antonio Nariño fue de 54,9%, cifra que resulta inferior al promedio distrital (55,1%), mientras la tasa de desempleo alcanzó el 9,4% durante el mismo año, con lo cual Antonio Nariño se ubica como la tercera localidad con menor tasa de desempleo entre las localidades del Distrito, antecedida solamente por Chapinero y Usaquén.

En la encuesta de calidad de vida 2007 según la tasa de ocupación, Antonio Nariño es la cuarta más baja con (44.31%) y la tasa de desempleo es de 8.52% es la quinta más alta de la ciudad en comparación con las demás localidades del distrito (Ver tabla 11).

Tabla 11. Indicadores de fuerza laboral 2007. Localidad Antonio Nariño

Localidad	Población edad trabajar	Población econ. activa	Tasa global participación	Ocupados	Tasa ocupación	Desocupados	Tasa desempleo
Antonio Nariño	99,849	48,364	48.44	44.24	44.31	4123	8.52
Bogotá	5,828,578	3,006,763	51.59	2,772,176	47.58	233,787	7.78

Fuente: Encuesta de calidad de vida y salud 2007

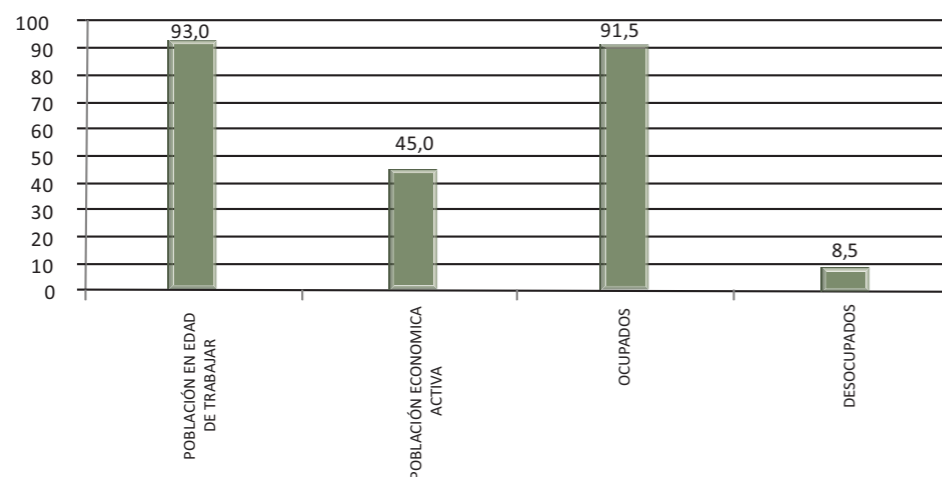
Para el caso particular de la localidad Antonio Nariño las dos tasas bajaron, la de ocupación descendió de 54.9 a 44.31 y la tasa de desempleo de 9.39 a 8.52. Al comparar los resultados de las dos encuestas la localidad pasó de ser la tercera con menor tasa de desempleo en Bogotá a ser la quinta con mayor tasa de desempleo en la ciudad. En este mismo sentido mientras en algunas localidades la disminución de la tasa de desempleo fue considerable, la localidad Antonio Nariño fue en la que menos disminución hubo en dicho indicador.

La relación de dependencia muestra la carga demográfica de las personas menores de 15 años y mayores de 64 años con respecto a las personas en edades activa. Es necesario hacer algunas

precisiones al respecto, no todas las personas mayores de 64 años dejan de ser económicamente activas y no todas las personas entre 15 y 64 años se incorporan a la sociedad de manera activa, particularmente hoy cuando el entrenamiento de los jóvenes para la vida laboral se ha prolongando y permanecen más tiempo en el sistema educativo y no en el mercado laboral, lo que hace que su dependencia supere los 15 años de edad. Para la localidad en junio 2005 tenía 509,2 personas dependientes por cada 1.000 personas en edades activas; esta relación presenta un cambio de tendencia llegando a 484,0 en junio 30 de 2009 y se espera que para junio 30 de 2015 se tengan 469,7 personas debido a la mayor proporción de las personas mayores de 64 años dentro del indicador³⁶.

De la población económicamente activa en la localidad, solo un 45% son activos económicamente, con una desocupación del 8.5%. (Ver grafica 20).

Gráfica 20. Indicadores de fuerza laboral. Antonio Nariño 2007



Fuente: DANE-SDP Encuesta de Calidad de vida de Bogotá 2007

Según la Encuesta de Calidad de Vida 2007 la distribución de los hogares por percepción sobre el poder adquisitivo de ingreso, un 65% de la población solo alcanza a cubrir los gastos mínimos, un 19% no logra cubrirlos y un 16% solventan más allá de los gastos mínimos, estas causas están relacionadas con la falta de empleo y los malos salarios de las personas trabajadoras.

Debido a la vocación comercial e industrial de la localidad, se encuentran sectores que concentran gran parte de la población vinculada al trabajo formal e informal.

En la localidad de Antonio Nariño se encuentran 5.897 empresas que representan el 2% de las empresas de Bogotá. La estructura empresarial es similar a la Capital, es decir, con predominio de las microempresas 5488 (93,1%) y PYMES pequeñas 361 medianas 39 (6,8%). Las grandes empresas son 9 representan el 0,2%. Por su concentración empresarial se destacan los barrios: Restrepo, Restrepo Occidental, Ciudad Jardín Sur.

En la UPZ Restrepo se encuentra el mayor número de empresas de cuero y calzado; sobresale una concentración empresarial ubicada en el barrio Restrepo Occidental; en cadena de productos alimenticios, cadenas productivas de textil y confecciones sobresale en dos concentraciones de empresas: la primera, en la parte sur de la localidad en el barrio Restrepo y la segunda, en la parte nororiental de la localidad, en el barrio Policarpa Salavarrieta, y empresas cadenas productivas de Construcción e Ingeniería Civil sobresalen tres concentraciones de empresas: la primera en barrio

Restrepo, la segunda en el barrio Policarpa Salavarrieta y la tercera en el barrio Villamayor³⁷.

Las empresas vinculadas a la cadena de Cuero y Calzado, se ubican geográficamente en toda la localidad, especialmente sobre las vías principales y barrios tradicionales. Sin embargo, en la localidad se aprecia una gran concentración de empresas en el barrio Restrepo Occidental.

La gran empresa de la cadena con presencia en la localidad es: Comercial Atlántida LTDA, dedicada a la fabricación de hormas, suelas y materiales para calzado.

En el barrio Restrepo se encuentra la Corporación para el Desarrollo Industrial y Comercial del Sector del Calzado y Afines (CORINCA). Esta corporación es una experiencia de la unión de esfuerzos de varias empresas de la localidad, desarrollando programas de capacitación en áreas como ventas al detal, jefes de producción, ética y liderazgo, modelaje, nuevos materiales, etc. Asimismo, organiza congresos sobre la crisis y soluciones para el sector del calzado y conferencias de comercio exterior, entre otras actividades.

La cadena de Productos Alimenticios de Antonio Nariño, se distribuye a lo largo de toda la localidad, especialmente cerca de las vías principales, barrios tradicionales y centros comerciales (Éxito de Villamayor, Centro Comercial Restrepo, Centro Comercial Social, entre otros). Por su distribución geográfica se puede distinguir dos zonas empresariales, localizadas en el barrio Restrepo, donde se encuentra la Plaza de mercado y el barrio Policarpa Salavarrieta al Nororiente de la localidad. En la localidad no se encuentran grandes empresas, solo hay una mediana empresa que elabora alimentos compuestos de frutas y hortalizas, PULPAFRUIT Ltda.

La cadena de Textil Confecciones de Antonio Nariño, se ubica geográficamente a lo largo de toda la parte urbana de la localidad, especialmente cerca de las vías principales, barrios tradicionales y centros de comerciales.

Sin embargo se distinguen dos zonas empresariales localizadas en los alrededores de los barrios Restrepo y Policarpa Salavarrieta.

En esta localidad no se encuentran grandes empresas, sin embargo entre las pequeñas empresas se destacan: Diseño Deportivo D&D Ltda., Rain Power Ltda., Tejidos Ositos Ltda., Bogotana de Telas Ltda., entre otros.

La cadena de construcción e ingeniería civil en la localidad Antonio Nariño se encuentra dispersa en toda la localidad, sin embargo se pueden distinguir tres zonas empresariales. La primera en barrio Restrepo, la segunda en el barrio Policarpa Salavarrieta y la tercera en el barrio Villamayor. En esta localidad no se encuentran grandes empresas, sin embargo entre las pequeñas empresas se destaca: Construcción e Ingeniería Civil, empresa que realiza asesoramiento técnico en arquitectura e ingeniería civil.

Como actividad prioritaria la fabricación y comercialización de calzado y productos en cuero³⁸, el comercio al por menor de productos diversos refiere la actividad realizada en la plazoleta del CED Centenario en la que se realiza venta de fruta, artesanías, prendas de vestir, entre otras, que es representada por el 1% del total de empresas; cuenta con centros comerciales entre los más importantes: Éxito de Villa Mayor, Carulla, Centro Comercial Restrepo, Cafam, Colsubsidio. En general se ubican en la zona comercial del Restrepo.

37 Fuente: Registro Mercantil, Cámara de Comercio de Bogotá, 2008. Perfil económico y empresarial de la localidad, cámara de comercio 13 de mayo 2009.

38 Estudio realizado por la Unidad Ejecutiva Local (UEL)

De acuerdo a la caracterización que realizó el ámbito laboral de trabajadores, la proporción del género masculino es mayor con (61%), la diferencia entre el masculino y el femenino es marcada, mientras la proporción del género femenino es de 39%. En cuanto al ciclo vital el 78% de los trabajadores pertenecen al ciclo vital adulto, seguido por el ciclo joven con una proporción de 17% y en baja proporción los ciclos adolescente 1%, adulto mayor 5%. La mayoría de los trabajadores están afiliados a algún sistema de salud ya sea subsidiado o contributivo y en algunos casos simplemente están como vinculados en un hospital del estado³⁹. En la localidad solo el 1% de las empresas hace operaciones de comercio exterior, los sectores más importantes son los productos de cuero excepto calzado, productos de caucho no especificados como los utilizados para suelas o para usos industriales.

La actividad económica local está representada en un 58,3% en comercio, 12,5% en industrias, 27,3% en servicios y otros 9%. En la UPZ Restrepo destacan la metalmecánica, la Industria (especialmente del cuero) y el comercio. En la UPZ Ciudad Jardín, los habitantes comercian especialmente fuera de la localidad, a excepción de los comerciantes del barrio Policarpa Salavarrieta quienes viven y trabajan en sus casas, principalmente en el área de textiles.

Los tipos de comercio que más predominan son el de ropa con un 29,7%, seguido por el calzado con 22,7%; adornos y joyas 9,9%; material para la construcción y ferretería 5,0%; papelería 3,9%; repuestos 1,0% y otros 27,8% y su modalidad de venta es del 60,4 % al detal, por mayor el 1,8% y ambas modalidades 37,8%; la actividad de hoteles y restaurantes son el 9% de las empresas existentes en la localidad. Las empresas dedicadas a las actividades de expendio de alimentos preparados en el sitio de venta se ubicaron principalmente en el sector de los barrios Restrepo y Restrepo occidental, y las empresas dedicadas a las actividades de expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimiento, se encontraron en el barrio Restrepo.

En la localidad Antonio Nariño se encuentran inscritos 1074 vendedores ambulantes. El barrio más representativo, en cuanto a esta actividad es el Restrepo, debido a que concentra el 18% de la población de vendedores ambulantes que viven dentro de la localidad. El porcentaje en relación con el género está en un nivel de igualdad, pues el 55.5% son mujeres y el 44.5% hombres. Existe un 7.1% de empresas con más de 10 trabajadores permanentes y un 92.9% que emplean un número menor o igual a 10 trabajadores. Se cuenta con un 81.7% de microempresas y un 18.26% de famiempresas. Se conoce que los sectores de actividad económica con sus proporciones en generación de empleo, son en su orden: comercio, con el 42.23%, seguido del sector de servicios con el 21.49% y el sector industrial con el 11.92%, además encontramos en la combinación comercial-industrial un aporte del 19.99% y en otras actividades menos relevantes el 4.38%. En el sector industrial se cuenta con 9 % de empleo ocasional y 91% de permanente, en el comercial un 8.83% de empleo ocasional y 91.17% de permanente y en el sector de servicios, un 14% de empleo ocasional y un 86% de permanente⁴⁰.

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

En la localidad se puede apreciar que la UPZ que presenta mayor cantidad de trabajadores es la UPZ Restrepo, porque es la zona de la localidad 15 que posee mayor capacidad de comercialización.

De febrero a julio de 2008, en el ámbito laboral se intervinieron 78 empresas en la localidad Antonio Nariño del sector de fabricación de calzado y partes del mismo, y una plazoleta ubicada en el CED Centenario, con un total de 79 intervenciones realizadas. El total de personas atendidas en las actividades económicas, fabricación de calzado y partes de calzado es de trescientos cincuenta

y nueve (359) trabajadores y 80 trabajadores del CED El Centenario para un total de cuatrocientos treinta y nueve (439) trabajadores informales. Con respecto a la población la proporción del género masculino es mayor (61%), la diferencia entre el masculino y el femenino es marcada, la proporción del género femenino es de 39%.

En cuanto al ciclo vital el 78% de los trabajadores pertenecen al ciclo vital adulto, seguido por el ciclo joven con una proporción de 16% y en baja proporción los ciclos adolescente 1%, adulto mayor 5% en cuanto a los factores de riesgo priorizado.

Un porcentaje mínimo los trabajadores están afiliados a pensión (el 5%) y de igual forma a riesgos profesionales. Este porcentaje es muy bajo (representa tan sólo 7% de la población caracterizada). La anterior situación deja ver una total desprotección de esta población y se visualizan graves problemas para este grupo en edades tan vulnerables como la de adulto mayor. Además, de total de las empresas intervenidas por el ámbito laboral del Hospital Rafael Uribe en la localidad se observó que el 100% de estas empresas no se realizan exámenes médicos de ingreso, periódicos o de retiro, lo que deja ver una falta de políticas en cuanto a salud ocupacional se refiere. No han realizado simulaciones para preparar a los trabajadores en caso de emergencias por lo cual se evidencia la falta de medidas tendientes a responder en posibles eventualidades que se puedan presentar. No se hace mantenimiento preventivo de maquinarias o equipos; el mantenimiento que se realiza es correctivo, lo que hace más factible la posibilidad de ocurrencia de accidentes laborales. Los trabajadores no reciben capacitación para evitar accidentes o lesiones en su sitio de trabajo. No se lleva un control adecuado de los factores de riesgo prioritarios en este sector de fabricación de calzado y partes de calzado, el control existente en algunos casos es el que los mismos trabajadores toman a causa de su experiencia, además del acostumbamiento a los riesgos que tienen los trabajadores, por el tiempo que llevan en el oficio y la ausencia de efectos tangibles sobre su propia salud.

Todo lo anterior deja ver claramente la falta de programas de salud ocupacional en estas empresas informales. Entre los riesgos priorizados en el sector del calzado se encuentra como prioritario la carga física por la mala postura que mantienen los trabajadores durante la mayor parte de la jornada laboral, en segundo lugar el riesgo mecánico debido a la maquinaria que manipula el trabajador (maquinarias, pulidora troqueladora, entre otros), y en tercer lugar está el riesgo químico que es el más relevante en el sector de fabricación de calzado por los productos que se utilizan en este proceso y a los cuales están expuestos los trabajadores constantemente. Los pegantes, activadores, soluciones, tintes, abrillantadores, son productos que lesionan tanto el sistema respiratorio como el sistema hematopoyético ocasionando a mediano o largo plazo lesiones irreversibles en la salud de los trabajadores expuestos.

En lo referente al CED Centenario, se priorizaron tres riesgos importantes: en primer lugar la carga física debido a la manipulación de mercancías, en segundo lugar encontramos el riesgo químico, los trabajadores están expuestos continuamente a los gases de combustión emitidos por los automotores que transitan por allí, esta situación puede generar problemas y enfermedades de tipo respiratorio, irritación en los ojos y en la piel y en el caso de vendedores informales están expuestos entre 8 y 12 horas al día durante 6 días en promedio a la semana. Debido a la ubicación estratégica de la plazoleta, en la primero de Mayo con Cra. 22 sur, el continuo el paso de vehículos automotores como buses, busetas, vehículos particulares, etc., ocasiona grandes descargas de contaminación ambiental. El tercer riesgo es de tipo biológico generado por vectores que se encuentran en el CED (que se observa en pésimas condiciones tanto físicas como de salubridad) donde además de la humedad y la filtración de agua que hay en los módulos, se suma la manipulación de alimentos, los desechos que se desprenden y el mal almacenaje de los mismos, también pueden ser considerados como un riesgo; cabe mencionar el estado de los baños, que además son insuficientes para la cantidad de personas que hay en la plazoleta.

³⁹ Diagnóstico Ámbito Laboral- Hospital Rafael Uribe Uribe 2008

⁴⁰ Diagnóstico Ámbito Laboral- HRUU -2008

En aspectos demográficos de los trabajadores informales, el mayor porcentaje de trabajadores caracterizados tienen entre uno y dos hijos equivalentes a un 49% del total de la población; un 18% tiene tres hijos, un 14% no tiene hijos y un 10% tiene cuatro hijos; tan sólo menos del 1% tiene siete y ocho hijos. Menos del 1% de la población caracterizada presenta algún tipo de condición de discapacidad, lo que deja ver que si hay un control natal en esta población y hay una conciencia social sobre el número de hijos que quieren tener por la situación que se vive actualmente en los diferentes sectores de la economía.

Es preocupante que el 81% reciben entre 1 y 2 salarios mínimos, el 90% de los trabajadores laboran sin un contrato y sus ganancias son el desatrazo, viven en arriendo con mayor porcentaje en casas (44%) en alquiler o familiares, también un alto porcentaje habita en apartamentos igualmente arrendados (39%); el 16% de la población trabajadora vive en habitaciones arrendadas en inquilinatos y en su mayoría son personas solteras o que no tienen familia en esta ciudad. Sólo un 1% es población que vive en cambuches o casa lotes, un 15% de esta población caracterizada no tiene seguridad social, su nivel educativo es muy bajo, solo el 20% ha terminado el bachillerato y un 1% tiene una carrera profesional. Respecto a la salud lo que más los afecta es el dolor de espalda seguido de la tos, expectoración debido a la inhalación de gases emitidos por los pegantes, solventes, tinturas y demás productos químicos utilizados en la fabricación de calzado; de las personas intervenidas, ninguna reporto pertenecer a redes de organización social. Se encontró un grupo de personas perteneciente a la comunidad Quechua de Bogotá en la plazuela del CED Centenario, se encontró grupo de procedencia ecuatoriana y algunos tienen la nacionalidad Colombiana.

Los niños y las niñas trabajadores que se identificaron, se caracterizaron e intervinieron por el ámbito laboral en el primer trimestre de 2008.

Durante los meses de abril a julio de 2008, se identificaron 55 niños y las niñas escolarizados, y 10 desescolarizados, focalizados en espacios abiertos como calle, concentraciones de vendedores ambulantes y plazas de mercado. Por otra parte, el 91% de los niños asisten al colegio, mientras que al 9% restante se le vulnera este derecho. Según tenencia de la vivienda un 38% viven en su casa propia, un 43% en arriendo y un 18% residen en vivienda familiar; se registra que el 62% de los niños y las niñas identificados se encuentran ubicados en el estrato socioeconómico 2, seguidamente se evidencia que el 29% se concentra en el estrato 3, mientras que el 9% residen en el estrato 1. Con relación a la condición de vulnerabilidad, se destaca que el 82% de los niños y las niñas, no se encuentran en ninguna de estas circunstancias, lo cual indica que no se están violentando en mayor medida los derechos de la infancia; seguidamente se registra que el 11% son afectados por la explotación laboral, ya sea por el tipo de actividad que realizan, la jornada u horario de trabajo desempeñado; el 6% se encuentra en condición de desplazamiento y el 2% corresponde a población con discapacidad. Según el tipo de familia predomina la nuclear con un 54%, seguido de familias mono parentales con un 25%, familias recompuestas con un 14%, y el 4% con familias extensas, lo que indica que en la localidad 15 se mantiene la familia con su núcleo completo. Adicionalmente el parentesco de las personas que los cuidan en su mayoría son sus familiares, dentro de los cuales están sus padres y abuelos; de los 10 niños y niñas trabajadores desescolarizados que han sido identificados, el 80% de los niños y las niñas no encontraron cupo escolar disponible para planteles educativos que estuviesen ubicados cerca del domicilio, y el 10% expresa que no le interesa el estudio y prefieren realizar otras actividades y también con un 10% presentan dificultades en el aprendizaje. La mayoría de los menores (57%), no asisten a ningún espacio local diferente a la escuela, debido a que manifiestan no conocerlos o por el contrario no les interesa.

El 28% de los niños y las niñas se dedican a actividades recreativas en el tiempo libre, en segundo lugar se registra el 25% quienes se dedican a actividades deportivas, el 15% a ninguna actividad, el

14% a otras actividades, el 9% a actividades académicas, el 8% artísticas y solo un 2% a actividades culturales. En cuanto a la afiliación al SGSSS, se destaca que el 97% de los niños y las niñas están afiliados solamente a salud, es decir es nula la afiliación a ARP. Así mismo existe un 3% de los niños y las niñas que manifiestan no tener ningún tipo de afiliación, ni siquiera a salud. Este último caso se presenta por la desvinculación laboral de alguno de los padres lo cual ocasiona la suspensión del beneficio en el Régimen Contributivo y por consiguiente la desprotección en salud de la familia. A esto se suma que para ingresar al Régimen Subsidiado requieren de una carta de desvinculación de la EPS, la cual en ocasiones, no es solicitada por las familias, acarreando así la carencia del servicio de salud. El 26% de los niños y las niñas trabajan para colaborar en casa, éste mismo porcentaje se comparte con aquellos que NS/NR, el 18% tendrían otras razones para trabajar; el 17% de los mismos trabaja para obtener dinero propio, un 9% lo motiva para alejarse de los vicios y un 2% manifiesta que la familia depende de los niños y las niñas y/o para costear sus estudios.

Durante los meses de abril a julio de 2008, se identificaron 12 casos de niños y niñas trabajadores, con quienes se requiere adelantar acciones de desvinculación de su actividad laboral, toda vez que ponen en riesgo su integridad física y emocional. Entre las principales actividades económicas, predominan las actividades de servicio doméstico en hogares privados con un 33%, seguido del 22% en acabado de productos textiles, con un 19% en ventas de frutas y verduras, en un 11% el comercio de otros productos alimenticios, un 7% en trabajos en pintura de muros y pisos, un 4% comparte las actividades de venta ambulante y 4% fabricación de prendas de vestir. De los menores trabajadores identificados se encuentra que el mayor número laboran bajo la modalidad de trabajador con familiar pero sin remuneración con un 41%, seguido de la modalidad de acompañante con un 22%, como ayudante con remuneración con un 19%; el 7% comparte la modalidad de empleado y trabajador con familia remunerado y por último un 4% trabaja por cuenta propia. Lo anterior indica que casi la mitad de los menores no son recompensados en dinero por el trabajo realizado, por lo tanto no se les está reconociendo su actividad laboral. En cuanto al tiempo en que vienen realizando las actividades, el 59% de los mismos lo ha hecho de 1 a 2 años, el 26% menos de seis meses y un 7% de 6 meses a 1 año. De esta manera se destaca que sin importar el tiempo en que los niños y las niñas han estado vinculados al trabajo, no se les afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se evidencia que el 96% de los NIÑ@S incluidos en el proyecto durante los meses de abril a julio, realizan su actividad laboral en jornada diurna, seguido del 4% que trabajan en jornada mixta, especialmente los que realizan venta ambulante, su actividad laboral lo hacen en la jornada diurna aunque los vendedores ambulantes trabajan en jornada mixta.

En los meses de febrero a julio de 2008 se identificaron 36 jóvenes trabajadores, 24 desescolarizados y 18 escolarizados en la localidad Antonio Nariño.

Los y las jóvenes trabajadores viven en casa propia, seguido de arriendo y un pequeño porcentaje se encuentran viviendo en grupos familiares. Se evidencia el predominio de estratos 2 y 3 por la carencia que tiene la localidad en el 1. Respecto a la condición de vulnerabilidad, el 88% no presenta ninguna, las demás condiciones (desplazamiento, explotación laboral y sin identificación) cada una presenta un 4%, por lo que se deduce que la falta de dinero (47%) es la causa principal por la cual los y las jóvenes no asisten al colegio, el 35% lo hace por trabajar. Se puede pensar que estos dos elementos de análisis vienen hacer similares porque el 35% que lo hacen por trabajar pueden repetir en su vida futura el factor carencia de dinero, debido a las pocas oportunidades y mala remuneración, que a su vez puede interferir con el estudio. El 96% se encuentra afiliado solamente a salud. En cuanto a la percepción del trabajo, la obtención de dinero propio es predominante con un 53%, seguida por colaboración con los gastos de la casa (30%), este tipo de comportamiento porcentual determina la necesidad de muchos jóvenes de satisfacer muchas necesidades no satisfechas y otras tanto para adquirir elementos de moda entre los jóvenes. Entre sus actividades laborales están: acabados de productos, comercio al por menor principalmente de frutas y verduras en la plaza Restrepo, trabajo familiar se encuentra que un 43% recibe como parte

de pago de su labor, dinero, un 30% recibe pago en especie y 27% simplemente no recibe pago. Este último porcentaje sin pago son aquellos jóvenes que laboran con la familia sin remuneración; los NIÑ@S que reciben dinero como remuneración, el 33% recibe ingresos mensuales inferiores a \$100.000, el 7% de los mismos recibe de 100 a 250 mil pesos mensuales y el 56% no recibe ninguna remuneración económica. Por otra parte, aquellos NIÑ@S que reciben pago en especie por su actividad, en la totalidad obtiene vestuario, alimentación, vivienda y estudio entre otros; es de gran importancia mencionar que partiendo que en su mayoría los empleadores son los padres o acudientes quienes ven como forma de pago la satisfacción de necesidades básicas, las cuales son deber de la familia el suplirlas.

Entre los riesgos que afectan a esta población se registra principalmente el ruido, porque su labor se desarrolla en la calle y además por la sensibilidad auditiva que poseen los niños y niñas. Los cambios continuos de temperatura generan en esta población malestares como el gripal, seguido de los riesgos químicos como el polvo, el humo por el alto flujo vehicular causando en los niños menores de 5 años complicaciones respiratorias. Otro de los riesgos es el biológico, se manifiesta principalmente en la triada Virus, Bacterias y Hongos, a los cuales están expuestos principalmente los niños y las niñas que trabajan en lugares en los que se encuentran productos orgánicos, como la plaza de mercado del Restrepo. Al igual que en lugares de gran flujo de personas como ocurre en dicha plaza, también están expuestos a riesgos mecánicos por el manejo inadecuado de elementos, riesgos por carga física, riesgos psicosociales, riesgos de origen social.

INDUSTRIA Y AMBIENTE

La localidad Antonio Nariño es una de las más antiguas del Distrito, tradicionalmente reconocida por que en ella se fue configurando uno de los más importantes centros de fabricación, venta de calzado y artículos de cuero, a escala nacional e internacional. Cuenta con gran diversidad de actividades comerciales y de servicios, bancos, almacenes de electrodomésticos y de ropa, cafeterías y restaurantes; además dispone de un centro de mercadeo de productos agrícolas reconocido en la ciudad: su plaza de mercado.

De las dos UPZ que conforman la localidad, la UPZ Restrepo es la que posee mayor dinámica de producción, el Hospital Rafael Uribe Uribe, durante el año 2008, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos desde la Secretaría Distrital de Salud para la línea de Industria y Ambiente y tomando como referencia el presupuesto asignado para tal fin, realizo intervenciones sanitarias a un considerable número de establecimientos en los que se almacena, comercializa, transforma y transportan sustancias químicas entre los que se encuentran establecimientos que manejan líquidos inflamables como fabricas de calzado, y en general establecimientos que utilizan como materia prima el cuero (110), almacenes de productos químicos (15), talleres de mecánica, latonería y pintura (145), establecimientos que utilizan como materia prima la madera (32), estaciones de servicio (8), establecimientos que desarrollan procesos industriales de transformación de plásticos (42), centros de estética (130), lavanderías y tintorerías (38), y otras industrias que desarrollan otras actividades industriales entre las que se encuentran las fabricas de jabones, tipografías, fabricas de auto partes y recuperación de baterías entre otras.⁴¹

Como se dijo anteriormente, la UPZ Restrepo tiene como base fundamental del desarrollo de las actividades industriales, aquella en la que se destacan los procesos de transformación del cuero y el almacenamiento, manipulación y comercialización de líquidos y solventes inflamables. Hablando de la cantidad de solventes que se encuentran en la localidad Antonio Nariño, es importante tener presente que a los inhalantes industriales se les llama solventes en virtud de su capacidad para disolver muchas otras sustancias: los solventes son compuestos orgánicos basados en el elemento químico carbono, ellos producen efectos similares a los del alcohol o los anestésicos; estos efectos se producen a través de la inhalación de sus vapores; algunos de ellos tienen aplicaciones industriales como los utilizados en la industria del cuero.

En relación a la UPZ Ciudad Jardín, durante el año 2008, la línea de Industria y Ambiente encontró que allí predominan microempresas de confección marroquinera, confección textil, tipografía y ornamentación; se encuentra también cierta tendencia en cuanto a la ocupación de los moradores por barrios, de esta manera en el barrio Ciudad Jardín la mayoría de las personas son empleados y algunos pequeños comerciantes; en Ciudad Berna se encuentran empleados y pensionados; los comerciantes predominan en el barrio Policarpa Salavarrieta, y en el barrio Sevilla. Aunque se percibe poco el fenómeno de niños trabajadores a nivel de las industrias que manipulan sustancias químicas en la localidad, se evidencia su presencia en algunos establecimientos como lavaderos de carros. Especialmente una de las características que fácilmente se pueden observar en la localidad Antonio Nariño, es aquella que está relacionada con el gran número de industrias que desarrollan actividades laborales desde el sector informal, como alternativa de organización del trabajo caracterizada por la precariedad de las condiciones en que se realiza, la mínima calificación laboral que demanda, la baja e irregular remuneración y la ausencia o muy baja cobertura frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud: esto se pudo evidenciar en el diligenciamientos de las actas de inspección sanitaria en los establecimientos intervenidos.

Hay dos aspectos relevantes en cuanto al control de los riesgos en el entorno laboral: el primero es la necesidad de regular la contaminación atmosférica, puesto que el sistema respiratorio es el conducto receptor por el que venenos industriales ingresan al cuerpo; no obstante es muy importante resaltar que como consecuencia a los problemas económicos que se han venido presentando en el país, la localidad 15 no ha sido ajena a esta situación siendo uno de los más afectados el sector textil, representado particularmente en la industria de las tintorerías que años atrás habían sido calificadas como uno de las principales fuentes de contaminación atmosférica por la utilización de fuentes energéticas como son el ACPM y el carbón mineral. Hoy la gran mayoría de estas industrias ha venido implementando prácticas de mejoramiento de sus fuentes de emisión atmosférica con los convenios establecidos con la secretaria de ambiente, la cámara de comercio, la universidad Distrital Francisco de Paula Santander y la alcaldía Local.

El segundo aspecto, es el relacionado con el almacenamiento, comercialización y manipulación de sustancias químicas altamente inflamables como son los solventes que son utilizados en la industria del calzado y que no solo representan un alto riesgo a nivel laboral sino también social, toda vez que las condiciones de almacenamiento y manipulación no garantizan la minimización total del riesgo, si se llegara presentar un accidente por explosión y/o incendio de estas sustancias químicas.

El número de intervenciones realizadas desde la línea de Industria y Ambiente durante el año 2008.

Vigilancia y control de Establecimientos Localidad Antonio Nariño 844: el número de establecimiento concepto favorable 243, pendiente 551, desfavorable 1, y terminado 49.

Tomando como referencia lo consignado en el presente documento, desde la línea de Industria y Ambiente se considera importante el desarrollo de acciones encaminadas a minimizar los riesgos tanto laborales, de salud pública y medio ambientales que pudieran estar asociadas a el almacenamiento, comercialización, transformación y transporte de solventes altamente peligrosos para la comunidad en general y su entorno.

2.3. Condiciones y Calidad de Acceso o Restricciones a Bienes y Servicios

SERVICIOS PÚBLICOS: existe buena cobertura en los servicios públicos de acueducto 99.7%, energía eléctrica 100%, aseo y alcantarillado 99.8%. Sin embargo, el gas natural alcanza un cubrimiento en promedio del 88,5%.

41 Diagnóstico oficina de medio ambiente 2008. Hospital Rafael Uribe Uribe

Por su parte, el acceso a los servicios públicos en la localidad es superior al promedio de la ciudad. De acuerdo al Censo del DANE del 2005, Antonio Nariño presentó coberturas casi universales en los servicios de acueducto, alcantarillado y energía eléctrica, mientras que en los servicios de gas natural y telefonía tiene la octava y novena cobertura más alta, respectivamente. En Bogotá los usuarios residenciales son los que mejor evalúan la calidad en la prestación de los servicios y la mayor cobertura. En el 2005 los bogotanos calificaron en promedio la prestación de los servicios públicos con 4.1.

VIVIENDA: En este sentido, según el censo DANE, el 7.0% de los hogares en la localidad tienen actividad económica en sus viviendas, especialmente en la zona del Restrepo, y Santander de la UPZ Restrepo, En la localidad el porcentaje de hogares que vive en arriendo o subarriendo es de 45.4% frente a un 39.7% que vive en su propiedad, lo que manifiesta una necesidad sentida de vivienda. El diagnóstico de la DPAE sostiene que de los 29.131 hogares que conforman la localidad, 5.937, es decir el 20.4%, tienen ubicadas sus viviendas en cercanías de fábricas o industrias. La amenaza tecnológica se manifiesta en la decidida presencia de pequeña y mediana industria manufacturera de cuero en el Restrepo, y de fábricas de textiles en el barrio Policarpa Salavarría, lo que se traduce en un riesgo para la población debido a la manipulación de productos químicos. De igual forma, la existencia de una cantidad importante de estaciones de servicio e industrias de otros tipos, estas últimas en el barrio Santander, hace que la población local perciba como riesgosa las actividades que se desarrollan en su entorno⁴².

Según información de territorios intervenidos SASC en la UPZ Ciudad Jardín, la mayoría de las familias cuentan con vivienda tipo pieza (42%), seguido de apartamento (31%) y casa (27%), cuentan con materiales adecuados; existe un 1% de familias cuyas viviendas presentan agrietamiento, humedad o apozamiento de agua en las paredes, techos y pisos, lo que pone en riesgo la salud y bienestar de sus integrantes; en condición de hacinamiento presenta un porcentaje del (7%). En las viviendas los espacios son pequeños y existe poca iluminación y ventilación.

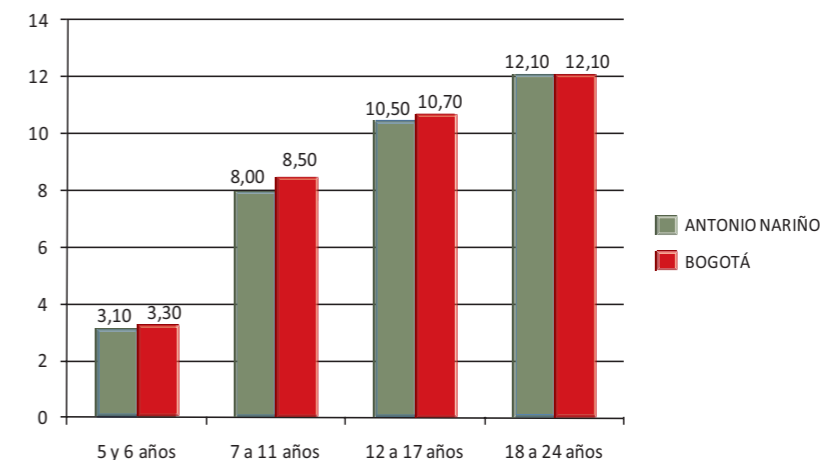
En la UPZ Restrepo la mayoría de las familias cuentan con vivienda tipo casa (55%), seguido de Apto (31%) y pieza (13%), cuentan con materiales adecuados en sus viviendas. Existe un 1% de familias cuyas viviendas presentan agrietamiento, humedad o apozamiento de agua en las paredes, techos y pisos, lo cual ponen en riesgo la salud y bienestar de sus integrantes, en condición de hacinamiento presenta un porcentaje del (4%). En las viviendas los espacios son pequeños y existe poca iluminación y ventilación.

EDUCACIÓN: Según el nivel de alfabetización en la localidad, el 97,7% de la población mayor de 5 años, sabe leer y escribir. Con relación a las cifras del distrito, la localidad presenta cifras más altas que el promedio de la ciudad, especialmente, en el nivel profesional, técnico y secundario; tiene su promedio de escolaridad en 9,0 años, lo cual la ubica en el noveno lugar a nivel distrital, ligeramente por encima del promedio de la ciudad de Bogotá cuyo promedio de escolaridad es 8,7 años. En cuanto a la demanda efectiva por tipo de colegio en el año 2008 para la localidad Antonio Nariño, se observa una demanda total de 13,476, lo que equivale al 1.2% de participación⁴³. 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 nuevos⁴⁴.

Según las proyecciones de población entregadas por el DANE y la SDP, la población de Bogotá para el año 2008 es de 7.155.052; para la localidad Antonio Nariño la población es de 107.682 que corresponde al 1.5% del total de Bogotá. El 22.1% (es decir 23.759) de la población de la localidad,

se encuentran dentro de la PEE Población en Edad Escolar, que corresponde a la población entre los 5 y 17 años de edad, la cual se distribuye por rangos de edad: población preescolar 5 y 6 años 3.1 %, básica primaria 7 a 11 años 8.0%, básica secundaria y media vocacional 12 a 17 años 10.5%, y educación superior 18 a 24 años 12.1%⁴⁵. En comparación con Bogotá, la población de la localidad cuenta con un alto grado de participación escolar en la educación superior (ver gráfica 21).

Gráfica 21. Participación de la población en edad escolar PEE según localidad 2009.



Fuente DANE SDP Proyecciones de poblaciones 2005-2015 (información tomada: de boletín informativo: Bogotá ciudad estadísticas- numero 9, julio 2009-cuadro 9, pág. 17)

MOVILIDAD: La localidad por su localización central posee buenas vías de acceso y transporte, tanto de personas como de mercancías. Entre las principales vías de transporte están la Avenida Caracas (con la vía de Transmilenio), Carrera 30, Avenida Primero de Mayo, Autopista Sur, Carreras 21, 24 y 27. Así mismo cuenta con obras viales como la intersección vial de Matatigres - Villa Mayor, la construcción del tercer carril de la autopista sur y vías de ciclo ruta⁴⁶.

La implementación de un mecanismo de comunicación dinamizador entre la Secretaria Distrital de Movilidad y la ciudadanía, se ha evidenciado en la localidad a través de la ejecución del proyecto 7253, de Centros Locales de Movilidad (CLM -15), implementado desde el mes de Agosto de 2007.

Centro Local de Movilidad. Este espacio (CLM-15) promueve la participación, organización y concertación con la comunidad en temas relacionados con la movilidad y basa su trabajo en 3 procesos de intervención (Formación, Participación e Información), a través de los cuales realiza el abordaje de las necesidades locales relacionadas con la movilidad, involucrando en su accionar a los diferentes grupos poblacionales que hacen parte activa de las dinámicas de la localidad. Durante el periodo transcurrido entre Agosto de 2007 y Julio de 2008, 2.491 ciudadanos de la localidad Antonio Nariño han sido beneficiados con los servicios del Centro Local de Movilidad en procesos de formación (Plan Maestro de Movilidad y Movilidad Segura), participación en movilidad, jornadas informativas sobre la normatividad que regula la movilidad vehicular y peatonal, y orientación en trámites y procedimientos⁴⁷.

DESCRIPCIÓN DE PROBLEMÁTICAS LOCALES: En la Localidad Antonio Nariño (15), las problemáticas en el tema de movilidad, a las cuales se ha hecho seguimiento desde el centro Local de Movilidad, se describen a Continuación:

42 DPAE, Plan Local de Prevención y Atención de Emergencias. 2008

43 Dirección de Cobertura. Fecha de Corte: Febrero 15 de 2008.

44 Sistema de Oferta de la SED. Cálculos: Dirección de Planeación - Subdirección de Análisis Sectorial. Fecha de Corte: Febrero 15 de 2008

45 Conociendo las localidades de Bogotá boletín julio 2009

46 Actualización Diagnóstico HRUU-2008

47 <http://www.antonionarino.gov.co/>

Tabla 12. Problemáticas en la localidad Antonio Nariño y seguimiento de centro local de movilidad

BARRIO	PROBLEMÁTICA	SEGUIMIENTO (Centro Local de movilidad)
San Antonio de Padua	Rutas urbanas e intermunicipales en el barrio San Francisco de Padua	Desde la Dirección de Transporte e Infraestructura se han realizado algunos adelantos dentro del estudio técnico, en donde se incluyen algunas alternativas de modificación de algunas de las rutas existentes, sin embargo se encuentra definiendo algunos temas de corredores de movilidad para complementarlas, de tal forma que permita establecer la viabilidad técnica de la alternativa a implementar
San Antonio de Padua	Señalización del Colegio República de Panamá Sede C	Se realizó un encuentro (19 de Junio de 2008) con la Comunidad Educativa afectada, en el cual se programó una visita al Colegio por parte de la Dirección de Control y Vigilancia para realizar la revisión de la señalización. El Día 02 de Julio de 2008, la Dirección realizó la visita en la cual manifiesta que se encuentra en revisión y ajuste el diseño de señalización vertical y demarcación realizado por el contrato 092 de 2007, que contiene el diseño del Colegio, el cual una vez aprobado se incluirá para implementación dentro de los contratos vigentes.
Restrepo	Señalización que indique giro izq. Prohibido en la intersección de la calle 17 sur por Av. Caracas	Se solicitó información de los movimientos permitidos en la intersección de la calle 17 sur por Av. Caracas, donde se evidencio la prohibición de giro izquierdo pese a la ausencia de la señal; sin embargo, la Dirección de Control y Vigilancia informa que para reforzar la prohibición colocará la señal en el mes de Agosto de 2008.
Restrepo	Invasión de espacio público por mecánicos que realizan su labor de reparación sobre andenes y calzada	Desde el CLM se ha intervenido a través de jornadas pedagógicas y se ha dado traslado a policía de tránsito para el respectivo control.
Restrepo Comercial	Invasión de espacio público – estacionamiento en doble costado de la calzada	Desde el CLM se ha intervenido a través de jornadas pedagógicas y se ha dado traslado a policía de tránsito para el respectivo control.

Fuente: informe oficina de movilidad

ESTADO NUTRICIONAL Y SEGURIDAD ALIMENTARIA⁴⁸: Frente a la Política Distrital de Seguridad Alimentaria y estado nutricional, en la localidad se han identificando necesidades y respuestas institucionales que contienen los componentes que influyen en la seguridad alimentaria, como:

Disponibilidad: La localidad Antonio Nariño se caracteriza por ser una localidad comercial en donde existe venta masiva de alimentos. Según la oficina local de planeación y el documento de Caracterización y Dimensionamiento del Mercado de Alimentos de la localidad Antonio Nariño 2.007, existen 475 establecimientos de rotación permanente de alimentos, entre los cuales se encuentran panaderías, supermercados, expendido de víveres, expendidos de carnes y pollo, la mayoría ubicados en la UPZ Restrepo. En otros 600 establecimientos se realiza manipulación directa de alimentos tales como restaurantes, fruterías, cafeterías, comidas rápidas, fabricas de tamales y derivados lácteos, que se ubican en la UPZ Ciudad Jardín y UPZ Restrepo, en su mayoría, además de las ventas ambulantes en las calles 3ª y 4ª de la misma UPZ. Por otro lado, la localidad cuenta con 2 plazas de mercado de las 18 existentes a nivel distrital, la plaza de mercado Restrepo y Santander. La primera, cuenta con 14 locales exteriores, 74 locales interiores y 640 puestos para un total de 728, consta de dos niveles, en el primer nivel se encuentran establecimientos de expendio de carnes, pollos, pescados, alimentos procesados (cevichería, fruterías), hiervas, licho, frutas, verduras, hortalizas, flores, abarrotes. En el

segundo nivel se ubica venta de animales vivos (gallinas, perros, conejos, peces, palomas, pájaros, entre otros), artesanías, expendio de lácteos y huevos, ropa, zona de restaurantes y administración⁴⁹.

Con respecto a la plaza de mercado Santander, aún no se cuenta con una estructura apropiada para el almacenamiento de alimentos y los costos de los productos son notoriamente más elevado: cuenta con 3 locales internos y 12 externos, y 71 puestos internos para un total de establecimientos comerciales de alimentos⁵⁰. De la información anterior se puede concluir que en cuanto al eje de disponibilidad de alimentos a nivel local, a pesar de contar con gran variedad de alimentos por la existencia de las 2 plazas de mercado y del gran número de establecimientos de elaboración y venta de alimentos, el elevado costo de los mismos, la inadecuada manipulación y la baja cobertura en cuanto a control sanitario, afecta sin lugar a duda a todas del etapas de ciclo vital, pues es la familia y la comunidad en general la que se beneficia de esta oferta de alimentos y así mismo los riesgos de consumo son para todas las personas, especialmente para las que tienen mayor vulnerabilidad en su entorno.

Acceso: De acuerdo al comportamiento actual de la localidad, se identifican hogares que a pesar de ser estrato 2 o 3, han venido perdiendo sus fuentes de ingreso por dificultades económicas, reconociéndose como población en pobreza vergonzante, lo que se puede evidenciar con la encuesta de Calidad de Vida de Bogotá 2007, para la localidad Antonio Nariño y la percepción sobre el poder adquisitivo del ingreso del hogar, en donde se reporto que de los 30.499 encuestados. Este instrumento evidenció que el 19,2% de la población de esta zona no alcanza a cubrir los gastos mínimos, el 64,5% considera que los logra cubrir y tan solo el 16,2% solventan más que los gastos mínimos. Lo anterior refleja que un porcentaje de familias que no tiene los ingresos adecuados no logra asegurar su alimentación para todos los miembros de su familia y cubrir sus necesidades nutricionales de acuerdo a su edad y género, y es allí donde a pesar de contar con disponibilidad de alimentos a nivel local, no se logra garantizar el acceso suficiente a los mismos.

Los criterios de clasificación del SISBEN han limitado el ingreso a programas de apoyo alimentario. En la localidad Antonio Nariño la mayor parte de la población se encuentra ubicada en estrato 3, solo el 8 % registra estrato 2 ubicados en los barrios Policarpa y Sevilla. No existen registrados hogares en estratos 4, 5, 6 y una población flotante de alrededor de 40.000 personas, la gran mayoría trabajadores⁵¹.

La localidad no fue priorizada para la asignación de cupos de programas de asistencia alimentaria, debido a la clasificación del nivel de SISBEN y a la estratificación socioeconómica donde un 92% correspondiente a estrato 2 y 3. Según datos recolectados a través del Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional, de un total de 13.883 cupos correspondiente al 12% del total de proyección de población para la localidad en el año 2.008 (115.459 hab. Aproximado), según Planeación Local, el 83% (11.479) corresponde a programas dirigidos a escolares y adolescentes. El 11% (1.566) de los cupos se asignó para menores de 5 años de edad. Un programa al cual pueden acceder personas de todas las etapas del ciclo vital es el de Comedores Comunitarios al cuál corresponde el 5% (719) del total de cupos. Para las gestantes y lactantes hay un mínimo de cupos que corresponden al 0.3% (49) y la misma cifra de 0.5% (70), para población en condición de discapacidad.

La tasa de desempleo para la localidad fue del 9.39 para el año 2003, a pesar de que es una de las más bajas del distrito, la situación de desempleo y subempleo afectan con mayor intensidad a la población de la localidad lo que conlleva a que las familias no logren acceder a una canasta básica de alimentos que les permita cubrir sus necesidades, y por otro lado, el alto costo de los alimentos que se comercializan, impiden aún más el poder adquisitivo de los mismos.

49 Estudio FUNDES, La red de soluciones empresariales. 2007

50 Bladimir Rodríguez, Administrador Plaza de Mercado Santander. 2009

51 Caracterización y dimensionamiento del mercado de alimentos de la localidad Antonio Nariño 2007

48 Análisis de situación de salud en la transversalidad seguridad alimentaria y nutricional. Documento síntesis 2009

En el componente de acceso a alimentos, es evidente que se afectan todas las etapas de ciclo ya que al no tener los ingresos suficientes para satisfacer las necesidades, se perjudica el consumo de alimentos de todos los miembros de la familia. En cuanto a los programas de apoyo alimentario se debe resaltar que la cobertura de estos, para el ciclo infancia con mujeres gestantes, personas en condición de discapacidad de todas las etapas de ciclo y adulto mayor, son insuficientes de acuerdo a lo que se concluyó a través del comité de SAN y lo que se ha discutido en los ciclos funcionales correspondientes.

Consumo: En cuanto a este eje se identifica como problemática que las estrategias pedagógicas y los contenidos de los programas de educación alimentaria y nutricional no corresponden a las condiciones locales y no se enfocan las metodologías por etapa de ciclo vital, razón por la cual las familias tienen información confusa o desconocimiento sobre el derecho a la alimentación, promoción de estilos de vida saludable, derechos del consumidor, entre otros.

Como parte de las intervenciones realizadas con recién nacidos y niños menores de 2 años en las IEC a través de SISVAN, se encuentra el fomento y apoyo a la lactancia materna, en donde se encontró que con corte a octubre del año 2.008 de 17 menores de 1 año, aun son alimentados con lactancia materna exclusiva 11 menores, equivalente al 64.7%. En cuanto a los mayores de 6 meses y menores de 2 años, se encontró que de 16 mujeres, 2 (12.5%) brindaron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, 1 (6%) no continuaron dando lactancia materna como único alimentos antes de los 6 meses, 8 (50%) continuaron brindaron leche materna a sus hijos entre los 6 meses y 2 años y 5 (31.2%) suspendieron la lactancia materna.

Con el fin de contribuir en la disminución de deficiencias de micronutrientes como hierro y vitamina A, identificadas en escolares y adolescentes a nivel nacional y distrital, en la localidad Antonio Nariño se llevó a cabo la primera fase de suplementación en el año 2.008, logrando una cobertura de 3.796 escolares de 9.648 estudiantes matriculados en el sector oficial de la localidad, según la Secretaria de Educación del Distrito, Oficina Asesora de Planeación del año 2.008.

A nivel distrital se diseñan programas de educación alimentaria y nutricional estandarizados para todas las localidades y no orientados a las necesidades de la comunidad, y por otro lado se focalizan ciclos vitales cubriendo en su mayoría a la población adulta. Durante el año 2.008 se han realizado actividades en colegios y a nivel familiar, para fortalecer los patrones de consumo saludables. En cuanto a los colegios de la localidad, en el ámbito escolar, durante el último trimestre del año 2.008, se realizaron actividades educativas con 1.461 personas, de las cuales 1.300 fueron padres de familia a quienes mensualmente se les enviaron notas informativas; 71 personas encargadas de la tienda escolar y docentes, y 90 niños con quienes se trabajó directamente en las aulas de clases. Los temas que se abordaron fueron los criterios que se deben tener presentes a la hora de comprar alimentos, hábitos de vida saludables, manipulación de alimentos y preparaciones nutritivas. A pesar del interés y disposición de los asistentes, sigue persistiendo la baja asistencia de los padres de familia, y en cuanto a las notas informativas, los padres no retornan un buen número de desprendibles. En el desarrollo de la sesión con la tienda escolar no asisten todas las personas citadas y el colegio no ejerce presión sobre ellos para llevar a cabo un buen desarrollo del proceso. El proceso de suplementación de micronutrientes también ha realizado actividades de sensibilización sobre la importancia de suplementación con micronutrientes con 3.100 niños, 665 adolescentes y 114 adultos en las IED de la localidad. A pesar de dicha sensibilización se presenta rechazo por parte de algunos adolescentes frente al sabor del sulfato ferroso. A nivel familiar a través del Programa Salud a Su Casa durante el segundo semestre del año 2.008, se ha logrado brindar información a 296 cuidadores de niños menores de 5 años en temas como lactancia materna, prevención de la desnutrición, importancia de la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo, prácticas de higiene y seguridad alimentaria, a 80 gestantes a quienes se les ha brindado educación sobre alimentación, cuidados durante la gestación, importancia de la asistencia y adherencia al control

prenatal, orientación sobre la toma de suplementos nutricionales durante la gestación, lactancia materna y alimentación complementaria.

Falta de interés de las familias por su cultura y hábitos de vida acerca de conocimientos sobre alimentación y estilos de vida saludables, debido a la oferta de alimentos poco saludables en diferentes ámbitos, especialmente a los escolares en donde se da la formación y adquisición de hábitos alimentarios. Con respecto a la lactancia materna exclusiva, la principal dificultad son las condiciones laborales que de alguna manera impiden continuar con la práctica durante los 6 primeros meses de vida de niño o niña lactante.

De acuerdo a lo referenciado por el grupo focal realizado con estudiantes de la IED Atanasio Girardot Sede B en el año 2007, de los grados cuarto y quinto, los niños y las niñas comentan que permanecen mucho tiempo solos, lo cual pone en riesgo el control sobre el consumo adecuado de alimentos en cantidad y calidad. Con respecto al ciclo juventud cuyo grupo focal se realizó con la Red Juvenil, se destaca la importancia de priorizar la atención en casos de trastornos alimentarios, información de la cual no se tienen cifras a la fecha. Con respecto al ciclo adulto, el grupo focal se realizó en el comedor Santander quienes identifican el trabajo como la principal base para obtener una alimentación digna y apropiada. Para el grupo focal de personas mayores realizado con 15 participantes del grupo Alegría de Vivir y de Hogar Dulce Hogar, los problemas con el consumo de alimentos están relacionados con las problemáticas de su familia y las enfermedades crónicas que aparecen con el paso de los años, la dependencia económica y el abandono en algunos casos. En general, los grupos focales identifican el derecho a la alimentación como la posibilidad de poder consumir alimentos, pero se desconocen los demás componentes de la SAN.

Con respecto al componente de consumo, se puede concluir que una de las etapas de ciclo vital más afectada en la localidad es la infancia, ya que a pesar de las actividades que se promueven para fomentan hábitos de alimentación saludables con niños y niñas, finalmente a nivel del hogar o cuidadores, se determina la cantidad y variedad de alimentos, y por otro lado con las mujeres gestantes se genera confusión con respecto al tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y su alimentación durante la gestación y la lactancia.

Aprovechamiento biológico: Del total de gestantes notificadas a través de SISVAN (656) se encuentra que el 37.5% tienen un peso adecuado para su edad gestacional, seguido de 29.7% de mujeres gestantes que tienen bajo peso, situación que se presenta especialmente en mujeres en el rango de edad de 19 a 26 años. También se observan situaciones de gestantes con exceso de peso para su edad gestacional representado en un 15.9% y 16.9% para sobrepeso y obesidad respectivamente, especialmente en mujeres gestantes en los rangos de edad de 27 a 44 años. Al confrontar con la información del año 2.007, la situación se mantiene constante, ya que de 666 gestantes notificadas en SISVAN el 36.5% de las mujeres tenían un peso adecuado para su edad gestacional, 30.6% bajo peso, 14.3% sobrepeso y 18.6% obesidad, siendo notorio en los mismos rangos de edad que durante el año 2.008.

Recreación y Deporte: El desarrollo de la localidad frente al proceso de recreación está concentrado en el Polideportivo La Fragua, el Estadio Local Andrés Escobar, el parque del barrio Villa Mayor, Parque de Ciudad Jardín y otros varios parques pequeños y zonas verdes para la recreación pasiva. Según la base de datos del IDRD, la localidad cuenta con 66 zonas verdes y parques que suman 446.064,85 metros cuadrados, lo que equivale 4.82 metros cuadrado por habitante; este indicador ubica a la localidad en un rango medio-alto entre las localidades con mayor cantidad de metros cuadrados de parque y área verde por habitante, ocupando la octava posición del Distrito.

Los líderes que participaron de los recorridos mencionaron que muchas veces no se utilizan los parques existentes por temor a situaciones de inseguridad asociadas especialmente con el consumo de sustancias psicoactivas y a la presencia de grupos que delinquen en esas zonas. Se

conoce que el parque ubicado en el barrio Policarpa, es el que mayor deterioro social presenta debido a la presencia de jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, presencia de roedores y perros callejeros⁵². Durante el año se llevan a cabo actividades que promueven la recreación, la actividad física y el deporte como juegos de integración ciudadana, juegos tradicionales, deporte blanco para persona mayor, festiparques en los parques principales fragua y villa mayor, y se suministra equipamiento deportivo a las escuelas e igualmente constituidas o lideradas por la junta de acción comunal de cada barrio. La Mesa de actividad física llevó a cabo una consulta con la comunidad de la localidad Antonio Nariño para conocer aspectos relacionados con: tendencias deportivas, actividad física y recreación. Se entrevistaron 60 personas de las cuales el 48% es de género femenino y el 47% de sexo masculino, el 5% restante no suministran el dato⁵³.

Se considera, además, que la ciclovía constituye otra iniciativa que ha permitido el aprovechamiento del espacio local para la práctica deportiva. Parte de la calle 17 sur y atraviesa la localidad de oriente a occidente. Durante los días de ciclovía se aprovechan los parques, como es el caso de La Valvanera en el barrio Restrepo, para la realización de ejercicios aeróbicos y otras actividades recreativas.

Cultura: La comunidad de Antonio Nariño y localidades circunvecinas, consideran que los lugares más representativos de la localidad son en primera instancia el conjunto de la centralidad Restrepo con su comercio, plaza de mercado y alcaldía, en segundo lugar el grupo compuesto por los espacios culturales encabezados por los patrimonios culturales inmuebles como El hospital San Juan de Dios, el Palacio e Iglesia del Asilo de San Antonio de Padua, el Cementerio del Sur, las iglesias y por otro lado los espacios de desarrollo cultural como la Biblioteca, los Museos, el Teatro Villa Mayor, el Polideportivo la Fragua, y finalmente espacios como el palacio de Nariño, y en menor proporción, lo correspondientes a otros barrios locales y a espacios fuera de la localidad como la Hacienda Montes.

De igual manera encontramos los edificios de conservación arquitectónica que por sus características únicas, físicas, históricas o tipológicas, revisten una importancia para la comunidad en su conjunto y se establecen como importantes puntos de referencia de la época colonial, republicana y moderna de la ciudad, para locales y turistas, como es el caso de la salacuna y Centro de Salud del Centenario, primer dotacional de sus características en la ciudad e inaugurado por el entonces alcalde Jorge Eliécer Gaitán, ó la Plaza de Mercado, primera plaza moderna de la ciudad y cuya arquitectura no sólo es un clásico, sino que conserva su vigencia.

De las empresas culturales encontramos la Escuela de Danza Flor Pachón y el Teatrino Don Eloy, los cuales dan muestra de tradición y buen arte en la localidad.

En la Localidad se lleva a cabo el desarrollo de proyectos importantes artísticos, culturales y de patrimonio a través del Festival Local de Cultura, la Vitrina Turística y Comercial (feria artesanal) y el proyecto Encuentros Culturales Barriales. Desde el nivel central se cuenta con apoyo anual para la comparsa local o Fiesta a Bogotá y apoyo a los eventos de navidad⁵⁴.

52 Narrativas de recorridos Localidad Antonio Nariño – Gestión Social integral – 2009

53 Mesa Local de actividad física- HRUU-2008

54 Actualización Diagnóstico-2008.

3.

3. PROFUNDIZACION EN EL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL

La elaboración del presente documento tiene como objetivo, presentar el avance de lectura integral de necesidades de los y las personas mayores de la localidad de Antonio Nariño. En ella se observan las acciones realizadas para dar respuesta a las aspiraciones sociales y culturales del ciclo vital persona mayores, desde la perspectiva de desarrollo de autonomía y transversalidad de equidad, todo esta secuencia desde el contexto de la estrategia promocional de calidad de vida y salud.

Con el fin de convertir este documento en un dispositivo que posibilite articular las intervenciones sobre los territorios y poblaciones para abrir caminos posibles hacia la construcción de mejores respuestas y obtener cambios y transformaciones en la vida social, hacia la calidad de condiciones de vida.

De acuerdo a unas líneas de acción a seguir, se describirá situaciones y condiciones de vida y salud de la población de personas mayores que nos permitirá conocer las características y particularidades, para comprender de manera integral la dinámica territorial y el papel que juegan los actores sociales para develar sus intereses, problemáticas, alternativas de solución y resultados; en últimas el proceso se convierte en una reflexión permanente acerca de la acción, tanto del Estado, las instituciones, como de la sociedad para generar compromisos que permitan que las necesidades se conviertan en una reivindicación de derechos por parte de los ciudadanos /as y del gobierno.

En síntesis dentro del procedimiento a desarrollar se destaca la producción de narrativas que es el recuento comprensivo que presenta la realidad de la situación, identificando los temas y núcleos generadores de acción colectiva, que dan luz a la complejidad de la realidad.

El progreso de lectura integral de necesidades, describe de manera ordenada y general la situación actual de cada una de las etapas de ciclo vital en cada una de sus interacciones del Territorio Social de la localidad Antonio Nariño, tomando como referente los datos estadísticos de los RIPS de consulta externa, Subsistemas de Información de Vigilancia en Salud Pública del año 2008, Sistema de Información APS en línea del Programa Salud a su Casa, fuentes primarias de información, como grupos focales, asesorías domiciliarias a discapacitados, recorridos de GSI, entre otras.

A continuación se presenta en primer lugar la descripción de los Territorios sociales desde lo geográfico, ecológico y medioambiental, seguido del abordaje por cada etapa de ciclo: Infancia, Juventud, Adultez y Vejez de aspectos que tienen que ver con CONSECUENCIAS DE LA INTERRELACIÓN TERRITORIO-POBLACIÓN, en sus manifestaciones económico, productivo, cultural y ambiental; EXPRESIONES DE LA RELACION TERRITORIO POBLACIÓN, donde se visibilizan las expresiones individuales en la etapa de ciclo vital que han generado daños a la salud, por condición o situación, (expresados en enfermedades y/o traumas) y sus consecuencias, y por último los NUCLEOS PROBLEMÁTICOS priorizados para cada territorio social, resultado de los análisis realizados al interior del Componente de Gestión Local, ámbitos, PDA y Transversalidades, con aporte de los insumos suministrados en los espacios de grupos dinamizadores de la GSI. Cada núcleo integra una síntesis de los aspectos más relevantes encontrados a lo largo del documento, así como el análisis de la determinación social respectiva y las etapas de ciclo más afectadas por el problema evidenciado. Lo anterior será insumo para el análisis de respuestas integrales.

Es pertinente informar que debido a que los Territorios GSI, comparten las 2 UPZ presentes en la localidad, se tomo como fuente de información algunos aspectos relacionados con condiciones ambientales o variables del Sistema de Información Salud a su Casa, principalmente, ubicando la información existente de la UPZ Restrepo en los Territorios 1, 2 y 3, y la correspondiente a la UPZ Ciudad Jardín, en los territorios 3 y 4, por la afinidad en condiciones de vida y ambiente.

3.1. Territorio 1: Noviembre Mayor

En la localidad Antonio Nariño, a partir de los recorridos realizados por las diferentes instituciones de la localidad en el marco de la Gestión Social Integral G.S.I, se delimitó barrialmente el territorio, aclarando que los territorios sociales definidos comparten las dos UPZ de la localidad. El territorio 1 denominado Noviembre Mayor, en los diferentes ejercicios realizados por los equipos dinamizadores de la GSI, está conformado por dos barrios, Villa MAYOR y Cinco de Noviembre, con estrato predominante 3 (ver tabla 13.)

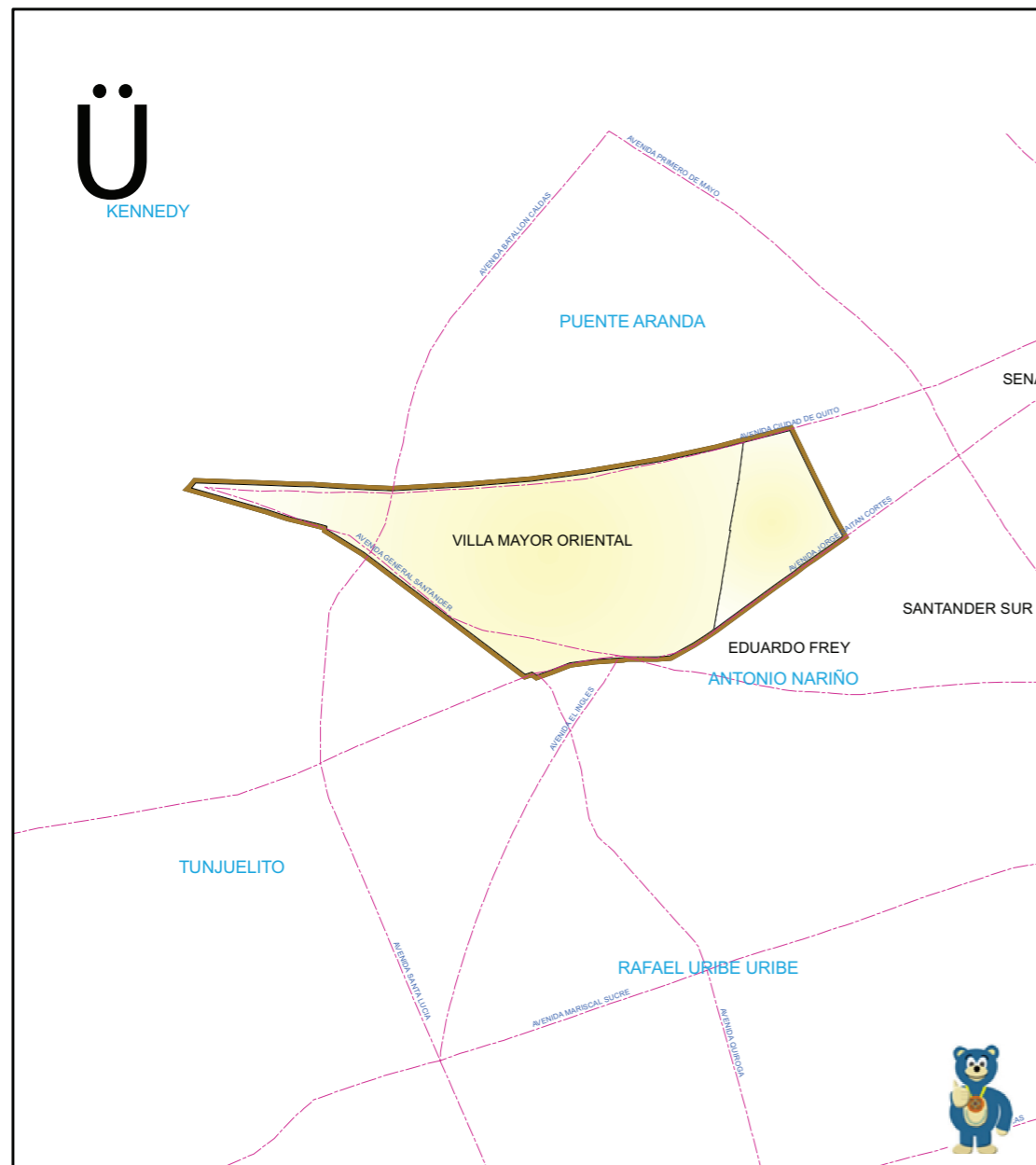
Tabla 13. Barrios y UPZ que integran el Territorio 01. Localidad 15.

TERRITORIOS	BARRIO	UPZ
TERRITORIO 1	VILLA MAYOR	38 RESTREPO
	CINCO DE NOVIEMBRE	38 RESTREPO

Fuente: Alcaldía Local de Antonio Nariño. Subdirección de integración Social. Grupo Fergusson

La delimitación del territorio se describe a continuación: Por el Norte: Localidad Puente Aranda. Sur: Localidad RUU. Este: B. Sena, San Jorge. Oeste: Localidad Tunjuelito. **(Ver mapa 9).**

Mapa 9. Territorio 1 Noviembre Mayor



— Territorio 1
- - - - - Vías Principales

ESCALA 1:15.000
Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Limite de Localidades (Res. 233de29 de Abril de 2004)

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LOCALIDAD
15

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaria Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

A continuación se presentan las dinámicas y características del territorio por categorías de análisis, teniendo como base los insumos de los recorridos realizados por funcionarios y funcionarias de instituciones y líderes comunitarios el 30 de marzo y 13 de abril de 2009, por los barrios 5 de Noviembre y Villa Mayor. Así como Información aportada por el Hospital Rafael Uribe sobre diagnósticos por etapa del ciclo vital, PDA y transversalidades.

En el barrio Cinco de Noviembre, que cuenta con 106 casas y 118 apartamentos del conjunto residencial Arboleda del Rey, las casas son de ladrillo, amplias, de 2 pisos y algunas con ampliación al 3er piso, cuentan con garaje y antejardín, sus fachadas se observan en buen estado y con mantenimiento constante. De igual forma, el conjunto residencial cuenta con una infraestructura adecuada, parqueaderos, zona verde, portería y cámaras que apoyan la seguridad. Las calles del barrio se caracterizan por el orden y la limpieza, al igual que sus 2 parques vecinales. De acuerdo con la información de los líderes de la JAC, la mayoría de casas son habitadas por sus propietarios quienes son pensionados de las fuerzas militares, sólo unas pocas son arrendadas. Los arriendos de las casas oscilan entre \$600.000 y \$800.000, al igual que el de los apartamentos.

Por último, el canal del río Seco, que inicia su recorrido por la localidad en la Carrera 27 con Calle 38 sur, cursa hasta el occidente por el antiguo cauce del río Seco, atravesando la localidad por el extremo occidental entre los barrios Villa Mayor y Cinco de Noviembre.

Con relación a la problemática de medio ambiente dada por su predominio comercial, entre los principales problemas encuentran: la contaminación por ruido, visual, de fuentes fijas y móviles, y por inadecuada disposición de residuos sólidos. Predomina en gran número el depósito, expendio y consumo de licores hasta altas horas de la noche, inadecuada manipulación de alimentos, comercialización de animales en las plazas de Restrepo y Santander, se encuentran ubicados todos los establecimientos de alto impacto (casas de lenocinio) de la localidad, por tanto se cataloga como una zona de alto riesgo epidemiológico y de frecuente vigilancia, la incidencia en el proceso salud-enfermedad de la concentración de riesgos es notoria pues problemas de salud asociados ocupan lugares infortunadamente importantes en las estadísticas de enfermedad de la población y por tanto en el perfil de morbilidad local.

En la UPZ Restrepo, puntos críticos de basuras identificados son: el costado oriental del Cementerio del Sur, transversal 33; Avenida Caracas, en cruce con diagonal 12 sur; carrera 22, carrera 27 y autopista del sur. El ilegal establecimiento de estos sitios como botaderos los convierte en fuente de malos olores y genera la propagación de artrópodos y roedores. Por otro lado, existen dos plazas de mercado, la primera de ellas en el barrio Restrepo llamada plaza Carlos E. Restrepo y la segunda, la plaza del Santander, puntos de gran generación de residuos sólidos orgánicos fácilmente degradables.

Según información territorios caracterizados SASC:

Condiciones higiénicas sanitarias: Un 13% de las viviendas no poseen cocina independiente, lo cual genera mayor riesgo de contaminación y manipulación inadecuada de los alimentos, además de los riesgos derivados del uso de gasolina o gas.

Existe presencia de vectores en las viviendas (31%), principalmente zancudos,

Existe presencia de caninos callejeros, así como tenencia y cría de equinos, especies menores, lo cual representa riesgo para la salud de la población por la trasmisión de enfermedades zoonóticas.

Se encuentran 52 expendios de alimentos minoristas, 85 de alimentos preparados, una plaza de mercado y 44 expendios de licor.

Condición de la vivienda

La mayoría de las familias cuentan con vivienda tipo casa (55%), seguido de Apto (31%) y pieza (13%).

La mayoría de las familias cuenta con materiales adecuados en sus viviendas.

Existe un 1% de familias cuyas viviendas presentan agrietamiento, humedad o apozamiento de agua en las paredes, techos y pisos, lo cual pone en riesgo la salud y bienestar de sus integrantes.

Factores de Riesgo Físicos-Químicos: Según información de la ficha de caracterización de entornos se encuentran 3 estaciones de almacenamiento de líquidos y gases inflamables y 2 expendios de líquidos y sólidos inflamables, lo que se constituye en riesgo químico para la población.

El principal riesgo natural que se presentan es el sismo (2%), en las viviendas del territorio.

Se encuentran fumadores en las viviendas en un 28%, lo cual constituye riesgo para la salud de sus habitantes en eventos de tipo respiratorio.

Factores de Riesgo Biológicos: Hay presencia de caninos callejeros de los cuales se desconoce estado de vacunación, lo cual representa riesgo para exposición de accidente rábico.

Según información de la oficina de medio ambiente la cobertura de vacunación canina es alta, por encima del 95%.

Presencia de vectores: Existe presencia de vectores en las viviendas (22%) principalmente zancudos, ratones y mosquitos, habitando áreas de interés público del territorio (Ver tabla y gráfico 4).

Condición de hacinamiento: Presenta un porcentaje de hacinamiento (4%). En las viviendas los espacios son pequeños y existe poca iluminación y ventilación

A pesar de que existe gran variedad de parques y equipamientos culturales tanto en la UPZ Restrepo como en la UPZ Ciudad Jardín, hay dificultad para utilizar estos espacios destinados a la actividad física y a actividades lúdico-recreativas por parte de las personas mayores, por los altos niveles de inseguridad asociados al hurto callejero y pandillas, venta y consumo de sustancias psicoactivas, proliferación de caninos callejeros y habitantes de calle atraídos por la presencia de residuos sólidos en espacios públicos, derivados de prácticas industriales e inadecuada disposición de residuos sólidos residenciales, por falta de concientización y capacitación sobre importancia de clasificar las basuras y controlar los horarios de recolección de las mismas.

En los barrios como La Fragua, La Fragueta, Villa Mayor, Santander, y en la UPZ Ciudad Jardín, en barrios como Policarpa y Ciudad Jardín, las Juntas de Acción Comunal (JAC) implementan estrategias propias para realizar actividad física grupal de una a tres veces por semana, pues los proyectos locales están condicionados a los puntajes del SISBEN y solo cubren a la población clasificada en los niveles I y II.

En este territorio el nivel de vida es óptimo, pues los residentes viven en conjuntos cerrados de casas y apartamentos, con buenas vías de acceso, medios de transporte adecuados y un gran centro comercial, el más grande de Suramérica.

No se observan animales callejeros, focos de residuos o carencia de servicios básicos en la población.

Se observan establecimientos dedicados a la venta de alimentos y gran variedad en el centro comercial Centro Mayor.

3.1.1 Etapa infancia

En el Territorio 1, no se registraron niños o niñas en condición o situación de desplazamiento, como integrantes de las familias caracterizadas por el Programa SASC.

En este territorio durante el 2009, la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral identificó solamente un adolescente trabajador, el cual representa el 0.5% del total de niños, niñas y adolescentes caracterizados, cabe anotar que este territorio es más de carácter residencial que comercial, lo cual incide en el mercado informal no prevalezca. El joven caracterizado se dedica al comercio al por menor de todo tipo de calzado, en donde recibe como retribución de su trabajo dinero y combina dicha actividad con las actividades escolares, dice trabajar porque quiere tener su propio dinero y sus ingresos están entre los 250 y 500 mil pesos. Con relación a la garantía del derecho a la salud, se encuentra afiliado al régimen contributivo y manifiesto presentar excelente estado de salud en el último año, ya que argumenta que el trabajo no afecta su salud. Lleva de 3 a 5 años en la actividad económica, el trabajo lo realiza en la jornada diurna y trabaja 4 horas por semana.

En lo que se refiere a la exposición a riesgos, se encuentran riesgos físicos como el ruido y las vibraciones, riesgos químicos como el polvo y el humo, riesgos biológicos como virus, bacterias y hongos, riesgo eléctrico de baja tensión, riesgos mecánicos representados en el trabajo con elementos cortantes y punzantes, superficies ásperas, manejo de maquinas y herramientas, transporte mecánico, proyección de partículas y caída de objetos, a riesgos por carga física como el manejo y transporte de cargas, movimientos repetitivos y posturas forzadas.⁵⁵

De acuerdo a información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Uribe, de fuente RIPS 2007, se encuentra las siguientes causas de morbilidad en los niños y niñas, según el servicio donde fueron atendidos, por los grupos de edad tradicionales y diferenciados por los centros de atención, donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en esta UPZ.

En la UPZ Restrepo en los niños y niñas menores de un año, las principales causas de morbilidad son: infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 30.5%, afectando más a las niñas; bronquitis aguda y bronquiolitis aguda, se presentan más en niños 9.1%, y en tercer lugar, las deformidades congénitas de la cadera 8.1%, afectando más a las niñas. Las anteriores causas pueden relacionarse con la contaminación ambiental que se presenta y situaciones ocurridas durante el embarazo y el parto. En los niños y niñas de 1 a 4 años se registran infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 23.9%, seguido de infecciones intestinales 9.7%, helmintiasis 7.9%, con mayor frecuencia en mayor porcentaje en niñas. Los factores causales de estas enfermedades pueden relacionarse con los inadecuados hábitos de higiene que producen contaminación de alimentos y del agua y son potenciales transmisores de parásitos, virus y bacterias, generando un círculo de desnutrición y este tipo de enfermedades infectocontagiosas.

En los niños y niñas de 5 a 14 años las causas de morbilidad son: helmintiasis 14.7% con predominio en las niñas, infecciones de vías respiratorias superiores 8.8% que afectan más a los niños, trastornos de la acomodación y refracción 8.1%, principalmente en niños.

Durante el año 2008, no se notificaron eventos al SIVIGILA en el territorio Noviembre Mayor para la etapa de ciclo infancia.

55 Diagnóstico Trabajo Infantil 2009. Ámbito Laboral, Hospital Rafael Uribe.

No se cuenta con información sobre el estado de salud oral de los niños y las niñas que habitan en el territorio, debido a que no se reportaron casos al Subsistema de Vigilancia en salud oral SISVESO.

3.1.2 Etapa juventud

A continuación se presenta la consolidación y análisis de las lecturas de necesidades de la población juvenil de la localidad, con base en la información obtenida desde los procesos desarrollados por el Plan de Intervenciones Colectivas del Hospital y en fuentes de información secundaria, tales como bases de datos y ejercicios de análisis interinstitucionales y locales.

El análisis desarrollado por el equipo de profesionales que conforman el Equipo Funcional de Juventud enriquece este documento, desde la perspectiva de la determinación social de la salud y su relación sistémica con el concepto de calidad de vida.

Este documento pretende aportar a la comprensión de las dinámicas y realidades que viven las y los jóvenes en su territorio y las formas en que los déficits planteados generan consecuencias directas en su calidad de vida; la forma en que se relacionan con todo el sistema político, económico y cultural que enmarca la vida cotidiana en nuestro país y, de forma particular, en el distrito. Igualmente, pretende aportar a la visualización de las potencialidades de la población joven para convertirse en un actor clave para el desarrollo local.

En el Territorio 1, no se registraron jóvenes en condición o situación de desplazamiento, como integrantes de las familias caracterizadas por el Programa SASC.

En este territorio durante el 2009, la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral, solamente identificó una joven trabajadora, la cual no estaba afiliada al SGSSS, ganaba menos de un salario mínimo mensual, vivía en estrato 3 y era bachiller.

Sobre las condiciones de empleo y trabajo, no posee contrato de trabajo, le pagan al destajo, trabaja en expendio a la mesa de comidas preparadas en restaurante en jornada diurna y nocturna, siete días a la semana y por último sus condiciones de salud son buenas, no reporta accidentes de trabajo en el último año.

De acuerdo a información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael de fuente RIPS 2007, se encuentran las siguientes causas de morbilidad en los y las jóvenes, que para este caso la mitad de los grupos de edad se reflejan en el grupo de 15 a 44 años, según servicio donde fueron atendidos por los grupos de edad tradicionales y diferenciado por los centros de atención donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en esta UPZ.

En la UPZ Restrepo los porcentajes más altos de consulta externa en esta etapa fueron los trastornos de la acomodación y de la refracción (9%), se presentó más en los jóvenes, seguido de migraña y otros síntomas de cefalea 6.2% más en las jóvenes, gastritis y duodenitis 5.4% en los jóvenes. En la UPZ Ciudad Jardín, se presentan mayor número de casos de caries dental seguido de gastritis. Los factores causales de estas enfermedades pueden relacionarse con los inadecuados hábitos de auto cuidado con la salud oral y los malos hábitos alimenticios.

Durante el año 2008, no se notificaron eventos al SIVIGILA en el territorio Noviembre Mayor, para la etapa de ciclo juventud.

No se cuenta con información sobre el estado de salud oral de los y las jóvenes que habitan en el territorio, debido a que no se reportaron casos al Subsistema de Vigilancia en salud oral SISVESO.

3.1.3 Etapa adultez

En el Territorio 1, no se registraron adultos y adultas en condición o situación de desplazamiento, como integrantes de las familias caracterizadas por el Programa SASC.

En este territorio durante el 2009, la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral, identificó 18 adultos y adultas trabajadores, de los cuales 11 eran mujeres y 7 hombres.

Sobre las condiciones de empleo y trabajo, la mayoría de las y los adultos identificados están afiliados al SGSSS en el régimen contributivo con un 55.5%, en el régimen subsidiado hay un 16.6%, dos de estos adultos correspondientes al 11.1% están en el régimen especial, un porcentaje igual están desafiados al sistema y acceden al servicio de salud de manera particular, y el 5.55% son vinculados.

El 77.7% de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio ganan 1 salario mínimo, el 11.1% recibe menos del salario mínimo y un porcentaje igual de trabajadores, dice ganar más de 1 y hasta 2 salarios mínimos. Según el estrato socioeconómico, el 66.6% viven en estrato 3 y el 33.3% en estrato 2.

El nivel educativo de las y los adultos de este grupo fue el siguiente: el 22.2% es técnico o tecnólogo, un porcentaje igual tiene el bachillerato incompleto y otro la primaria completa. El 15.7% de las y los adultos son bachilleres, el 11.1% tiene la primaria incompleta y el 5.55% nunca ha estudiado.

Frente al tipo de contrato, el 94.4% no tienen contrato de trabajo y solamente el 5.6% tiene contrato a término indefinido. En relación a la forma de pago el 50% de las y los adultos trabajadores cuenta con una remuneración fija, el 33.3% reciben pago al destajo, el 11.1% no reciben pago y el 5.55% recibe pago en especie. Ninguno de las y los adultos trabajadores de este grupo está afiliado a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales.

El 50% de las y los adultos trabajadores de este grupo trabajan en panaderías, 27.7% trabajan en restaurantes, el 11.1% en lavanderías y el 11.1% en peluquerías.

Sobre las condiciones de salud, el 61.11% de las y los adultos han reportado sufrir accidentes de trabajo durante el último año, los que se presentaron con mayor frecuencia fueron las quemaduras y las cortaduras.

El 66.11% considera que su estado de salud es bueno y el 38.8% lo consideran regular. El 66.6% de las y los adultos trabajadores considera que el trabajo afecta la salud.

De acuerdo a información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael de fuente RIPS 2007, a continuación se registran las principales causas de morbilidad en los y las personas adultas, que para este caso representan la mitad de los grupos de edad, entre los 47 y 59 años, según el servicio donde fueron atendidos, por los grupos de edad tradicionales y diferenciados de los centros de atención donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en esta UPZ.

En la UPZ Restrepo, los porcentajes más altos de morbilidad fueron en su orden, trastornos de la acomodación y de la refracción, seguido de Hipertensión esencial y otras dorsopatías; en la UPZ ciudad Jardín, se presenta caries dental seguido, trastornos endocrinos, nutricionales y metabólico los cuales en gran parte son el resultado de una vida sedentaria, malos hábitos alimentarios, consumo de alcohol, entre otros.

Durante el año 2008, no se notificó un caso de Malaria por Vivax importado al SIVIGILA en el territorio Noviembre Mayor para la etapa de ciclo adultez.

No se cuenta con información sobre el estado de salud oral de los adultos y adultas que habitan en el territorio, debido a que no se reportaron casos al Subsistema de Vigilancia en salud oral SISVESO.

3.1.4 Etapa envejecimiento y vejez

En el Territorio 1, no se registraron personas mayores en condición o situación de desplazamiento, como integrantes de las familias caracterizadas por el Programa SASC.

En este territorio durante el 2009, la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral, se encontró solamente un adulto mayor de sexo masculino, el cual estaba afiliado en el régimen contributivo del SGSSS, recibe un salario mínimo de ingresos mensuales, vive en estrato 3 y su nivel de escolaridad es de primaria completa.

El trabajador no contaba con contrato de trabajo, le pagan al destajo y no está afiliado a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales. Trabaja en un restaurante, comparte la actividad de operario con la administrativa, realiza su actividad en la jornada diurna, dice que trabaja 3 horas al día, 6 días a la semana.

Sobre las condiciones de salud no ha sufrido accidentes de trabajo durante el último año, considera que su estado de salud es bueno y no cree que el trabajo afecte la salud.

De acuerdo a información suministrada por la oficina de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael de fuente RIPS 2007, se encuentran las siguientes causas de morbilidad en los niños y niñas, según servicio donde fueron atendidos por los grupos de edad tradicionales y diferenciado por los centros de atención donde en forma mayoritaria acuden las personas que viven en esta UPZ.

Las personas mayores de 60 años de edad, constituyen un grupo que posee características epidemiológicas distintivas. Los cambios en la estructura demográfica y los éxitos en los programas para prevenir y tratar enfermedades parasitarias e infecciosas, han modificado los patrones de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional, tal como lo expresaremos a continuación, teniendo en cuenta las primeras causas de morbilidad.

En la UPZ Restrepo se presenta con mayor relevancia la enfermedad de hipertensión, afectando más a las mujeres mayores, le siguen trastornos de la acomodación y refracción, trastornos endocrinos, nutricionales, y metabólicos. En la UPZ Ciudad Jardín también se presenta en primer lugar la hipertensión, seguido de Bronquitis, Enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas

Durante el año 2008, no se notificaron caso al SIVIGILA de personas mayores habitantes del territorio Noviembre Mayor.

No se cuenta con información sobre el estado de salud oral de los adultos y adultas que habitan en el territorio, debido a que no se reportaron casos al Subsistema de Vigilancia en salud oral SISVESO.

En cuanto a la seguridad alimentaria las referentes de Gestión Local en Seguridad Alimentaria, aplicaron la técnica de recolección de información con grupos focales a diferentes personas mayores de esta localidad, con el fin de explorar las percepciones que se tienen frente a la alimentación y cómo estas ideas se van transformando en las diferentes etapas del ciclo vital, identificando las

circunstancias o problemáticas sociales, culturales y políticas que afectan positiva o negativamente en la seguridad alimentaria de la población y cómo influyen en la calidad de vida.

Las conclusiones más representativas tanto para la UPZ Restrepo como para la UPZ Ciudad Jardín fueron:

Las condiciones de enfermedad, intolerancia a ciertos alimentos, soledad e incapacidad llevan a las personas mayores a estados de desnutrición o malnutrición.

Las condiciones de dependencia económica o abandono no permiten tener una alimentación acorde a las necesidades nutricionales. La situación económica y los hábitos alimentarios inadecuados no permiten tener una buena alimentación, a pesar de que ellos reconocen la alimentación como algo fundamental en esta etapa. Cambiar y modificar comportamientos se puede lograr con mayor facilidad en otras edades. La educación alimentaria se debe enfocar desde edades tempranas porque los cambios en etapas mayores son mínimos. Sumado a esto no se saben elegir los alimentos que mas favorezcan la salud en la personas mayores

A pesar de que reconocen el derecho a la alimentación, no entienden las políticas de las entidades que no facilitan la ayuda a personas que no cuentan con la colaboración de su familia y que incluso pertenecen al estrato socio-económico 3.

Las personas participantes creen que si hay mayor unidad y comunicación en el grupo, y entre los vecinos pueden lograr que las diferentes entidades y la misma comunidad reconozcan las problemáticas que se presentan y den solución a éstas de manera efectiva, en especial a la dificultad para acceder a programas de apoyo alimentario.

Las conclusiones respecto al tema de seguridad alimentaria contrastan con las problemáticas identificadas por gestión local y el ámbito comunitario: A) Abandono social y familiar. B) Alta dependencia de las familias por carecer de ingreso propio. C) Falta de afecto, D) Falta de oportunidades de recreación y ocio. E) Alteraciones de la salud mental: red social débil. F) Modelo de aseguramiento que genera exclusión e inequidad. G) Barreras de acceso en el uso de los Servicios de Salud, los cuales contextualizan la situación de los mayores en sus respuestas: la soledad y el abandono dependiendo de la personalidad del mayor, que incrementa o inhibe el apetito y fundamentalmente la falta de ingreso y de trabajo.

3.1.5 Núcleos problemáticos priorizados Territorio 1

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 1: El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

Aunque no existe evidencia en cuanto a la notificación de eventos de salud mental durante el año 2009, a la intervención psicosocial del Ámbito Familiar del hospital, no se puede descartar que puedan existir fenómenos de este tipo, que por razones de temor o negligencia no se reportan para su intervención. En esta medida se analizan de manera general los determinantes sociales que pueden estar afectando la salud mental de los niños y niñas del territorio.

A pesar de tener unas características estructurales adecuadas y una estratificación media (3), los determinantes en salud mental están relacionados a elevados sentimientos de soledad en los niños y las niñas del territorio, exposición de violencia (abandono, violencia sexual, maltrato económico, negligencia, maltrato físico) en los núcleos familiares y consumo de SPA y conductas autodestructivas a edad más temprana y delincuencia común.

Con referencia al incremento del sentimiento de soledad en los niños y niñas del territorio se puede expresar que tiene un componente equicausal, alimentado por el reducido tiempo que le dedican los padres o cuidadores a esta población. Así mismo, con la aprehensión de modelos culturales ajenos a la dinámica social de los componentes sociales de nuestra comunidad (creación de culturas urbanas con modelos internacionales: Emo, Flogger, Punks, etc.) que influyen en la construcción de imaginarios en los procesos de identificación hacia la infancia tardía, donde afectan los procesos estructurales de consolidación de autonomía.

La exposición a la violencia y sus componentes se evidencia a través de las inadecuadas estrategias de afrontamiento por parte de los modelos de autoridad proyectados por los padres, cuidadores y docentes, forjados a través de la comprensión de la intolerancia del estrés del diario vivir. De igual modo la influencia de los pares hacia la necesidad de pertenencia a grupos, inherente a la especie humana exige rituales de iniciación basados en conductas violentas, pensamientos agresivos y emociones fluctuantes hacia una dependencia, disminuyendo la capacidad de forjar la autonomía hacia la consolidación de un sentido de vida y construcción de un proyecto de vida.

El consumo de SPA y las conductoras autodestructivas se están iniciando a más temprana edad, relacionado a los factores previamente descritos, teniendo en cuenta que el niño y la niña al no tener un sentido de vida genera a nivel existencial proyecciones de muerte alimentadas de filosofías de composición dadaísta arraigada que rivalizan con los modelos de autoridad. Otro determinante que afecta de manera crítica la población de niños, niñas y adolescentes de este territorio, es la conformación de sectas satánicas, quienes ejecutan rituales de iniciación que ponen algunas veces en riesgo la integralidad del ser. Teniendo en cuenta que promueven la autoagresión, consumo de SPA y encuentros sexuales en menores de 14 años.

La delincuencia surge como un estilo de vida y una necesidad de los niños y las niñas de ser reconocido como ser (es un componente de reconocimiento social), al generar una percepción negativa de sí mismo con el fin de integrar su dinámica mental, debido al abandono y sentimiento de soledad que día a día integra el sentimiento de valía de esta población.

Según información del SIVIM año 2008, se reportaron un total de 29 casos de personas mayores, donde el tipo de violencia que predomina es el emocional, con 13 casos notificados que representan el 45%, seguido de violencia física con un 24%, 7 casos y finalmente está la violencia económica con un 17% 5 casos y por negligencia un 14% 4 casos. El género más afectado son las mujeres mayores en el 100% de los casos.

Entre los derechos humanos del anciano sobresalen los siguientes: el derecho a un adecuado estándar de vida (alimentación, vivienda y vestido, seguridad, asistencia y protección social, la no discriminación por razón de edad, empleo, acceso a una vivienda digna, cuidados de la salud y servicios sociales, trato digno, protección contra el abandono y contra todo tipo de abuso físico o emocional, derecho a la participación política, económica, social y cultural, derecho a participar de las decisiones que afectan su vida (artículo 2, 16, 22, y 25) (Jiménez 2001).

Es así como se analiza que los abuelos continúan siendo víctimas de otros, vulnerando así sus derechos consagrados en la normatividad.

Es importante resaltar que en este marco las características culturales, económicas y sociales de la población de la localidad, juegan un papel importante para el manejo de conflictos y asertividad.

En el ciclo vital Persona Mayor, el núcleo problemático de “enfermedades mentales” agrupa problemáticas como: no hay reconocimiento social; no hay dignificación de la persona mayor; insuficientes e inadecuados programas ocupacionales de tiempo libre, no hay cobertura suficiente en programas asistenciales; no hay acceso a una pensión de vejez o discapacidad, familias

despreocupadas; afectación personal y emocional por la improductividad; soledad; discapacidades no manejadas; situación de violencia, maltrato y abandono familiar; rechazo familiar; dependencia económica y familiar; enfermedades crónicas.

En la medida en que una persona esté enfrentada a situaciones de vulnerabilidad emocional en su entorno familiar, especialmente en su niñez y juventud, estará en mayor riesgo de involucrarse en aquellas que le generen dependencia y vulneración de sus derechos por parte de otros (llámense pareja, pares, adultos). Y en la medida en que cuente con escasas redes de apoyo social o en que esas redes se alejen de la normatividad social, tendrá una mayor probabilidad de incurrir en comportamientos que le generen riesgos a él o a los demás. En la etapa Juventud se diferenciaron las siguientes situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas y con la violencia intrafamiliar y social.

Es importante tener en cuenta que las consecuencias no deseadas de una sexualidad ejercida sin responsabilidad (como el ejercicio temprano de la actividad sexual o la actividad sexual promiscua y/o sin protección), no se relacionan únicamente con el embarazo adolescente; existen otras manifestaciones, algunas que evidencian que efectivamente el inicio de las relaciones sexuales se desarrolla a edades tempranas, y otras que se relacionan con daños específicos en la salud y la calidad de vida de adolescentes y jóvenes.

A pesar que la localidad ocupa el sexto lugar, entre las que presentan una de las menores tasas generales de fecundidad (número de nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil), con edad promedio de fecundidad de 27.4 años, se presentó durante el 2009 un nacimiento en niñas de 10 a 14 años y 188 en jóvenes entre 15 a 19 años. Una de las estructuras familiares de la localidad está conformada por parejas jóvenes que asumen su rol de padres de manera prematura.

Se desconoce el comportamiento de Infecciones de Transmisión Sexual en las personas que habitan en el territorio, así como la incidencia de VIH-SIDA, por tipo de aseguramiento.

En la localidad Antonio Nariño se tiene en cuenta que los estereotipos culturales y la presión social junto a la restricción económica determinan que los adolescentes inicien su proceso de gestación con bajo peso, situación difícil de solucionar por intolerancia a los suplementos, cambio de domicilio que dificulta la intervención, falta de conocimiento de programas de apoyo alimentario, entre otras.

Se identifica dentro la problemática juvenil las consecuencias que trae el embarazo en adolescentes, entre las que se destaca el estado nutricional permanentemente disminuido de mujeres en edad fértil y en adolescente especialmente, que se asocia a condiciones socio-económica precarias, inseguridad alimentaria, presión social y estereotipos que se reflejan en fenómenos tales como la anorexia y la bulimia, determinantes que no han sido valorados de manera directa en la localidad. Esta situación está desmejorada sustancialmente por la disminución en la ingesta de los micronutrientes durante la gestación, especialmente en las adolescentes quienes por iniciar de forma tardía el control prenatal no tienen acceso a la suplementación. Adicionalmente, existe alta intolerancia a la suplementación lo que ocasiona una serie de síntomas gástricos, que llevan a las gestantes a suspenderlos indefinidamente, y en algunas ocasiones, existen gestantes que no piden los micronutrientes de manera oportuna.

Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

En la localidad no se cuenta con una caracterización cuantitativa del consumo de sustancias psicoactivas en la población juvenil que dé cuenta de la magnitud del problema; sin embargo, esta es una de las necesidades que con mayor frecuencia se expresaron en los ejercicios desarrollados por diferentes intervenciones del Hospital.

Como determinantes para todos los riesgos que afectan la salud de los jóvenes se tiene en cuenta:

DETERMINANTES ESTRUCTURALES: Explotación laboral, deserción del sistema educativo, poco sentido de pertenencia frente al contexto social, difícil situación socioeconómica.

DETERMINANTES INTERMEDIOS: Incoherencia de los educadores y los padres frente a lo que brindan y esperan. No existen programas preventivos de SPA, teniendo en cuenta el afecto y las emociones. Insuficiente orientación profesional, consejería en SSR.

DETERMINANTES SINGULARES: Incoherencia de los educadores y los padres frente a lo que brindan y esperan. Influencias negativas que reciben al pertenecer a un grupo. Invisibilización de los y las jóvenes que afectan su reconocimiento y aceptación social, patrones de relación violenta entre pares, consumo de SPA como única manera de solucionar los conflictos. No hay una adecuada construcción en torno al proyecto de vida.

Teniendo en cuenta el territorio social. En los barrios Villa Mayor y Cinco de Noviembre de este territorio social, se reconocen problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, manejo de la sexualidad y manejo del tiempo libre.

La problemática de inseguridad se evidencia en los parques del territorio de Villa Mayor y Cinco de Noviembre, sobre la avenida carrera 27, puente peatonal, en el canal del río Seco y alrededores del centro comercial Centro Mayor.

La comunidad considera que las causas de esta problemática obedecen a varios factores como el canal del río Seco, puesto que es un sitio de encuentro del habitante de calle; el centro comercial Centro Mayor ya que en sus alrededores se ha incrementado la inseguridad debido a la alta circulación de personas que visitan el centro comercial.

Son muchas las consecuencias que trae esta problemática, afectando especialmente la integridad física y mental, ya que genera temor, miedo, angustia y desconfianza entre los mismos habitantes del territorio y visitantes ocasionales.

El consumo de sustancias psicoactivas por parte de jóvenes y adultos que vienen de otros sectores y quienes se agrupan con jóvenes del territorio conlleva a incrementar la inseguridad.

Los habitantes consideran que el Derecho a la Seguridad e Integridad Personal se encuentra vulnerado puesto que como ciudadanos deben ser protegidos en su integridad física y emocional en todos los espacios de la vida cotidiana, tener el derecho a un ambiente sano y a la salud. Sin embargo las situaciones de inseguridad afectan directamente la salud física, psicológica y emocional y por ende la vida social e individual de los habitantes del territorio; así mismo el derecho a la movilidad, ya que se torna peligroso transitar en cualquier hora del día especialmente en la tarde y la noche, por el temor a ser violentados físicamente o despojados de sus pertenencias.

Violencia intrafamiliar y social

En la localidad Antonio Nariño en el territorio social Noviembre Mayor, que comprende los barrios Cinco de Noviembre y Villa Mayor, se evidencia una problemática de falta de convivencia que afecta negativamente las condiciones de vida de los habitantes del territorio.

Esta problemática es protagonizada en su mayoría por jóvenes los cuales se toman las calles para jugar, golpean las puertas y rompen los vidrios de las casas.

Se presentan daños en las paredes de las viviendas con grafitos y el problema de volumen de música en algunas viviendas, que ocasionan malestar a los habitantes del territorio.

Se evidencia que hay un alto desinterés de los habitantes para participar en diferentes espacios, es decir no hay apropiación de su barrio.

Esta problemática genera serios problemas de relación entre las personas, por la incomodidad que les causan, propiciando violencia y agresión entre los vecinos, por la intolerancia, daños materiales en bien ajeno y deterioro del mismo sector.

El problema se ha venido incrementando desde la construcción del nuevo conjunto residencial Arboleda del Rey y los derechos que afecta son el derecho a un ambiente sano, derecho a la participación y derecho a la salud.⁵⁶

Para empezar, se realiza el análisis por territorio de GSI, donde se describe que en la localidad Antonio Nariño se encuentra una tendencia creciente en el reporte de casos en SIVIM 2008, los territorios donde más se reportaron notificaciones fueron el territorio 2 con un 37%, el 5 con un 27%, el territorio 4 con un 18%, y los territorios 1 y 3, reportan solo el 9% de casos.⁵⁷

En la información local SIVIM 2008 de acuerdo al tipo de violencia, las más frecuentes en el territorio 1, 3 y 5, se encuentran en mayor porcentaje la física, seguida de la emocional y la negligencia. Los casos reportados al Hospital han venido aumentando exponencialmente en los últimos cinco años en todos los grupos de edad. En los adolescentes entre 11 y 15 años la proporción se ha quintuplicado de 2004 a 2008, y en los jóvenes entre 21 y 26 años.

La mortalidad materna por causas prevenibles, es una de los índices que demuestran las inequidades presentes en esta población, asociadas a las condiciones laborales, salud ocupacional, estado nutricional en las diferentes etapas de la vida, estrés, fatiga, a las violencias de género, a exposiciones ambientales, entre otras

La tasa de mortalidad materna en la localidad entre los años 2001 y 2008 ha presentado variaciones a lo largo del periodo, llama la atención el aumento de una tasa de cero en 2005 a una tasa de 94,2 en el 2006, ubicándose por encima de la tasa de Bogotá (52,9 para 2006), la cual ha tenido un comportamiento similar a través de este mismo periodo de tiempo Hospital Rafael Uribe Uribe⁵⁸.

La situación en cuanto a redes sociales y familiares en las personas mayores se enmarcan en determinantes estructurales en cuanto a la exclusión que existe en esta población, debido a que no se tiene en cuenta sus habilidades y potencialidades, desconociendo de esta forma los planteamientos del envejecimiento activo. Por otra parte el modelo económico, social y político que conlleva cada vez más a la individualidad y a la creación de condiciones de desigualdad, lo que conlleva a la transgresión del derecho al libre desarrollo de la personalidad el cual "permite al ser humano la construcción de la personalidad a partir del ejercicio autónomo y responsable, conforme a sus intereses, deseos y convicciones, siempre y cuando no afecte los derechos de otros, ni vulnere el orden constitucional. La sentencia de la Corte Suprema de Justicia 481 de 1998, evidencia la estrecha relación de este derecho con el concepto de autonomía de la personalidad, que comprende toda decisión que incida en la evolución de la persona en las etapas de la vida en las cuales tiene elementos de juicio suficientes para tomarla."⁵⁹

En este territorio que comprende los barrios Cinco de Noviembre y Villa Mayor, se evidencia una problemática de falta de convivencia que afecta negativamente las condiciones de vida de los habitantes del territorio. Esta problemática afecta especialmente a los adultos mayores que son

⁵⁶ Actualización documento GSI Mesas territoriales de calidad de vida y salud

⁵⁷ Base de datos SIVIM 2008 HRUU

⁵⁸ Boletín epidemiológico. SIVIM. 2008.

⁵⁹ Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

agredidos por los niños y niñas que viven en el conjunto residencial Arboleda El rey, que toman las calles para jugar, golpean las puertas y rompen los vidrios de las casas.

Se presentan daños en las paredes de las viviendas con grafitos y el problema de volumen de música en algunas viviendas, que ocasionan malestar en las personas mayores del territorio.

Esta problemática genera serios problemas de relación entre las personas, por la incomodidad que les causan y se generan violencia y agresión entre los vecinos, por la intolerancia, daños materiales en bien ajeno y deterioro del mismo sector.

El problema se ha venido incrementando desde la construcción del nuevo conjunto residencial Arboleda del Rey y los derechos que afecta, son el derecho a un ambiente sano, derecho a la participación y derecho a la salud.⁶⁰

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 2: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

A pesar de contar con parques en condiciones adecuadas para el desarrollo de la actividad física, los niños y las niñas del territorio no desarrollan el suficiente deporte, ni promueven procesos de socialización en la promoción de la convivencia de un espacio público saludable. De igual modo la mayoría de los niños y niñas de este territorio no estudian en instituciones educativas distritales y colegios del territorio, su red social en los barrios es reducida, contribuyendo así al sentimiento de soledad en esta población. Sin embargo, el acceso a medios de comunicación tecnológicos (Internet, juegos de video) de esta población disminuyen la participación e integración con pares a través de actividades lúdicas y recreativas.

De igual modo, la participación de la comunidad en los programas de tipo ambiental diseñados por las instituciones del estado es reducida. No obstante, esta dinámica no solo se evidencia en la población de esta etapa de ciclo sino en toda la comunidad de este sector, lo cual genera dificultad en realizar una lectura eficaz de los determinantes que realmente afectan la población, a pesar de realizar procesos de convocatoria arduos.

En el territorio Noviembre Mayor que comprende los barrios Cinco de Noviembre y Villa Mayor, se evidencia una problemática medio ambiental que afecta negativamente las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio.

Esta problemática afecta a todas las etapas de ciclo vital: se evidencia excrementos de caninos, focos de basuras en las calles y la contaminación auditiva.

En relación al excremento de caninos se evidencia que es generalizada en todos los parques del territorio, puesto que son visitados y empleados constantemente por los habitantes; la contaminación auditiva se evidencia en las algunas cuerdas ya que algunos jóvenes residentes del barrio (territorio) colocan la música en altos niveles de volumen que entorpece la tranquilidad de los habitantes.

Las problemáticas descritas anteriormente son causadas, por una parte, por la falta de responsabilidad y cultura ciudadana de los dueños de los perros, quienes no recogen los excrementos de sus mascotas y por otra, por la falta de cultura ciudadana de los habitantes del territorio, quienes arrojan basura en las calles, andenes y parques. En relación a los altos decibeles de sonido, esta situación obedece en la mayoría de casos a la falta de control por parte de los padres.

Se ha podido evidenciar que las problemáticas mencionadas anteriormente ocasionan enfermedades respiratorias y de la piel, el taponamiento de cañerías con basuras que ocasiona el represamiento de aguas en épocas de lluvia que perjudican la salud, una constante contaminación auditiva y la limitación del uso del espacio público que es empleado para fines diferentes a la recreación.

Los derechos más afectados son al deporte y la recreación, ya que no pueden hacer uso satisfactorio de los parques del territorio; el derecho a un ambiente sano y salud, debido a que en los espacios públicos pueden contraer algún tipo de enfermedad.⁶¹

En cuanto al tema de la actividad física y la importancia que este tiene dentro del medio ambiente, están las necesidades encontradas y las dificultades presentadas en los planteles educativos; situaciones en las que los docentes de educación física no están capacitados para dictar la materia, o que la clase de educación física no es tomada como una cátedra importante dentro del pensum, aparte que se priorizan otras áreas y se menosprecia a la educación física, a la que cada vez se le suprime la intensidad horaria dentro de la jornada escolar, marcan factores que disminuyen la calidad formativa.

Los colegios cuentan con buenas dotaciones deportivas, sin embargo el estudiantado no tiene acceso a ellas pues se considera que los estudiantes no se apropian de lo público y deterioran el material. Como consecuencia de lo anterior no se garantiza en los descansos espacios para el esparcimiento. La gama de deportes ha crecido notablemente en el ámbito juvenil, sin embargo no hay escenarios dentro de los planteles educativos para la práctica de deportes no tradicionales. La poca información que se transmite entre colegios y entidades del distrito no permite que se conozcan las actividades que ofrecen la ciudad o la localidad.

Existen proyectos locales en escuelas de formación deportiva pero al sector educativo le falta involucrarse en ese tema, así mismo con las escuelas de formación artística.⁶²

Frente a la escasa práctica de deportes y de actividad física por parte de la población adulta de la localidad, como producto de los inadecuados procesos de planificación urbana, que no contemplan dentro de los Planes de Organización Territorial (POT), espacios con las condiciones necesarias para el desarrollo de actividades deportivas y de actividad física.

El barrio Villa Mayor posee el Parque Central, en donde se han detectado expresiones artísticas en géneros musicales y danza. Anualmente se realizan jornadas culturales de una semana apoyadas por el IDCT. Allí se encuentra el Teatro Villa Mayor, importante espacio cultural y comunitario de la localidad en el cual se adelanta el programa "Cultura en Común" desde el 15 de Junio de 2.001, llevando programación cultural de forma gratuita los fines de semana, auspiciado por el IDCT.

La relación entre actividad física y salud puede concebirse en relación con una percepción subjetiva de salud que redunde en el bienestar. La calidad de vida, es decir, la posibilidad que las personas y los grupos desarrollen sus potencialidades, se convierte desde esta concepción orientada al bienestar en el referente cualitativo de la actividad física relacionada con la salud.

La situación del practicante recreativo, es muy precaria; no hay compromiso con ni hacia la localidad, pues los deportistas no cuentan con espacios deportivos para formarse. Esa misma situación se presenta en investigaciones sobre la relación entre deporte, actividad física, recreación para niños, jóvenes, adulto mayor y personas en situación de discapacidad, donde la profundización es nula; esto se ve reflejado en la poca información entre los habitantes de la localidad, acerca de los programas, eventos y actividades deportivas que se ejecutan o se llevan a cabo en la localidad, a pesar de que existe una gran oferta de actividades físicas y deportivas.

⁶¹ Lectura de necesidades recorridos GSI 2009

⁶² Actualización Lecturas de necesidades Ámbito Escolar 2009. Ídem

Las condiciones ambientales no óptimas o inadecuadas que se presentan en el territorio, afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas mayores, estas condiciones ambientales se deben al no tener políticas claras para la protección del medio ambiente que favorezcan la conservación de la calidad de vida. Dichas situaciones se enmarcan en determinantes Estructurales, debido a la falta de reglamentación o en muchas ocasiones del incumplimiento de la misma.

En este territorio se evidencia una problemática de invasión del espacio público situación que ha venido afectado las condiciones de vida del territorio.

La problemática afecta a todas las etapas de ciclo vital, niños, niñas, jóvenes, adultos y al adulto mayor debido a al aumento de vendedores ambulantes alrededor del centro comercial Centro Mayor, el parque y salón Comunal del barrio Cinco de Noviembre.

Las causas de esta problemática obedecen a la falta de oportunidades laborales, que inducen a la población a buscar nuevas formas de empleo. Por otra parte el centro comercial Centro Mayor es visitado por un alto número de personas, lo que atrae a las familias del territorio y foráneas, que ven en esta dinámica una oportunidad laboral, en la venta de productos comestibles y otros productos en puestos ambulantes que no tienen ningún control.

Como consecuencia de esto la comunidad considera que se presenta el difícil acceso al barrio, especialmente los fines de semana, cuando aumenta la presencia de visitantes al centro comercial y por ende de ventas ambulantes. Otro factor relacionado con este tema es la utilización de los espacios públicos como baños que afectan las condiciones de salud de los habitantes.

Los derechos más vulnerados son a un ambiente sano, puesto que no hay organización ni planeación para el cuidado de los espacios y la sana convivencia el cual depende de un adecuado funcionamiento del espacio público, derecho a la recreación y al deporte, puesto que los parques y zonas verdes son empleadas para las ventas, derecho a la seguridad y derecho a la movilidad.

La problemática de inseguridad afecta a todas las etapas de ciclo vital, niños, niñas, jóvenes, adultos y al adulto mayor debido a los altos índices de atracos callejeros, consumo de sustancias psicoactivas y a habitantes de calle.

La problemática se evidencia en los parques del territorio de Villa Mayor y Cinco de Noviembre, sobre la Avenida Carrera 27, puente peatonal, en el canal del río Seco y alrededores del centro comercial Centro Mayor.

La comunidad considera que las causas de esta problemática obedecen a varios factores como el canal del río Seco, puesto es un sitio de encuentro del habitante de calle, el centro comercial Centro Mayor ya que en sus alrededores se ha incrementado la inseguridad debido a la alta circulación de personas que visitan el centro comercial.

Son muchas las consecuencias que trae esta problemática, afectando especialmente la integridad física y mental, ya que genera temor, miedo, angustia y desconfianza entre los mismos habitantes del territorio y visitantes ocasionales.

Los habitantes consideran que el derecho a la Seguridad e Integridad Personal se encuentra afectado puesto como ciudadanos es deber del Estado proteger la integridad física y emocional en todos los espacios de la vida cotidiana: derecho a un ambiente sano y a la salud, ya que al presentarse situaciones de inseguridad éstas afectan directamente la salud física, psicológica y emocional y por ende la vida social e individual de los habitantes del territorio. Igualmente se

vulnera el derecho a la movilidad, porque se torna peligroso transitar a cualquier hora del día especialmente la tarde y noche, por el temor a ser violentados físicamente o despojados de sus pertenencias.

En relación a la disposición de excrementos de perro se evidencia que es generalizada en todos los parques del territorio, que son visitados y empleados constantemente por los habitantes; la contaminación auditiva se evidencia en las algunas cuadras ya que algunos jóvenes residentes del barrio (territorio) colocan la música en altos niveles de volumen que entorpece la tranquilidad de los habitantes.

Las problemáticas descritas anteriormente son causadas especialmente, por una parte, por la falta de responsabilidad y cultura ciudadana de los dueños de los perros, quienes no recogen los excrementos de sus mascotas, por otra parte se evidencia la poca cultura ciudadana de los habitantes del territorio al arrojar basura en calles, andenes y parques, en relación a los altos decibeles de sonido, obedece a la falta de control por parte de los padres.

Se ha podido evidenciar que las problemáticas mencionadas anteriormente ocasionan enfermedades respiratorias y de la piel, el taponamiento de cañerías con basuras que ocasiona el represamiento de aguas en épocas de lluvia que perjudican la salud, una constante contaminación auditiva y la limitación del uso del espacio público puesto que es empleado para fines diferentes a la recreación.

Los derechos más afectados son el deporte y la recreación, puesto que no pueden hacer uso satisfactorio de los parques del territorio; el derecho a un ambiente sano y salud ya que en los espacios públicos pueden contraer algún tipo de enfermedad.

Las situaciones anteriormente descritas contradicen lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir bien en la vejez la cual nos plantea la “Creación de entornos sanos, seguros y de fácil tránsito, eliminando barreras en la ciudad donde se reconozcan las situaciones particulares en movilidad de todas las personas mayores, hombres y mujeres, haciendo énfasis en las necesidades de las personas mayores en condición de discapacidad y en la comunidad rural.”⁶³

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 3: El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan en la niñez, produciendo enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

De acuerdo a los determinantes que afectan la calidad de vida de la población de los niños y niñas de la comunidad a través del modelo económico, se logra identificar que influyen en la aparición de enfermedades de alta prevalencia. Empero, en este territorio se dificulta la recolección de la información, teniendo en cuenta que en su gran mayoría las instituciones que brindan el servicio de atención pedagógica y cuidado de esta población, son de carácter privado y la atención en servicios de salud no es dada por la ESE y EPSs asignadas a la localidad.

Dentro de este núcleo se incluyen las problemáticas referentes a las situaciones de delincuencia e inseguridad que afectan a los jóvenes y aquellas que enmarcan las posibilidades de subsistencia de ellos y sus familias, lo que a su vez determina el acceso a bienes y servicios, la formación de capital social y el desarrollo humano.

63 Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

Asociadas a este núcleo se encuentran determinantes estructurales como la globalización y las políticas de privatización, que en el país y específicamente en el Distrito, han llevado a la precarización de las condiciones de empleo y productividad.

Lo anterior se expresa en el nivel intermedio en la posibilidad de acceso a educación de calidad que prepare a los jóvenes para ser competitivos en el mercado laboral y el acceso al mercado laboral en condiciones de igualdad.

Uno de los factores de riesgo que más influye en esta etapa de ciclo es lo pertinente al tema laboral; el 75% de las personas son trabajadores no calificados, el 22.5% son mujeres ama de casa y solo el 2,5% es profesional; de las personas que son trabajadores no calificados 40% son mujeres y el 30% son hombres. Para esta etapa de ciclo ninguna persona caracterizada se encontraba estudiando para la fecha en que se realizó el estudio. Lo cual implica nuevamente, que uno de los factores determinantes y recurrentes presentes en la localidad es el laboral, debido al comercio informal, la inestabilidad en los trabajos, la informalidad del factor productivo, la falta de oportunidades de capacitación presentes en este ciclo en parte por la actividad económica que desarrollan, la exposición a riesgos laborales en los lugares donde ejercen su actividad comercial y por ende los escasos recursos económicos que ingresan a sus núcleos familiares. Otro de los factores que afecta precisamente el ámbito laboral de las etnias son las políticas de recuperación del espacio físico, pues muchos de los habitantes de este grupo ejercen labores como comerciantes ambulantes o informales y este tipo de directrices se cruzan con el ejercicio de dicha labor y de su producción económica.

Los y las adultas de la localidad trabajan en su mayoría en supermercados ubicados en los diferentes territorios de Gestión Social Integral, de acuerdo a las inspecciones de terreno del año 2009 del Territorio 1.

La flexibilidad laboral, la precarización del empleo y el crecimiento de la informalidad hacen que la adultez sea la etapa del ciclo vital más afectada por la situación, ya que adicional a todo lo descrito en el desarrollo de este documento, se presenta un fenómeno en el momento de la contratación del adulto jóvenes y de más edad. En ocasiones el primero no es contratado porque no cuenta con los suficientes títulos y la experiencia requerida para desempeñar el cargo y por su parte el adulto maduro no es tenido en cuenta, aunque posee experiencia y capacitación, por su edad.

Al no tener la protección social que ofrecía su anterior trabajo, el adulto se ve enfrentado a no tener garantías para su vejez, contando con la posibilidad y el derecho a una pensión.

Los prejuicios existentes frente a estas poblaciones dificultan que la inserción a los sectores productivos de la economía formal, así como a los servicios de salud y educación, no sean los más adecuados, esto debido a las concepciones que se tienen frente al rol político, económico, cultural y social que estas poblaciones tienen.

En el caso del sector informal no existe un sistema de información o de vigilancia epidemiológica que permita saber, por ejemplo de que se enferman más los trabajadores de este sector de la ciudad, qué tipos de accidentes de trabajo sufren o qué impacto tiene en la salud de las mujeres, la doble y triple jornada de trabajo que asumen con los oficios propios del hogar.

Se presenta la inequidad de géneros en oportunidades de desarrollo integral, que no garantizan la satisfacción de necesidades básicas debido a las condiciones económicas que promueven la indigencia y la dependencia económica en las personas mayores, así como la exclusión de los procesos productivos e inclusión en condiciones precarias. Debido al modelo económico capitalista, que permite aumentar cada vez más la monopolización de recursos mediante la globalización y las

políticas de privatización, se presenta la precarización de las condiciones de empleo y productividad. Lo que se define como un determinante estructural.

Como determinantes particulares se observa que la falta de dinero en el hogar hace que los adultos salgan a trabajar y se cambien los roles haciendo que las personas mayores asuman el papel de cuidadores de los niños; se crea dependencia económica y aumenta la depresión por el rechazo. A esta situación se le suma la falta de existencia de un espacio laboral para esta población, porque relacionan la productividad con lo físico, lo que conlleva a ignorar las capacidades intelectuales de las personas mayores, así mismo la oferta institucional de las actividades para la persona mayor no responde a sus necesidades reales en términos de productividad y generación de ingresos.

El mercado productivo considera a la persona mayor improductiva; no se le genera un empleo digno ni en las condiciones que se requiere, de acuerdo a sus capacidades. Los trabajos realizados por las personas mayores en su edad “productiva” no permitieron en su mayoría obtener una pensión lo que genera hoy en día pérdida de autonomía, disfuncionalidad y dependencia lo que afecta de manera singular la calidad de vida de las personas mayores de los territorios de la localidad.

Desde el análisis que se realiza con la Transversalidad de Discapacidad se considera que la falta de empleo se define como determinante particular debido a que afecta de manera directa la economía familiar y la manera de relacionarse con la sociedad, pasando por singular debido al desconocimiento de capacidades de las personas mayores con discapacidad, y por último se define como estructural debido a que no existen suficientes programas que incluyan esta población.

Estas situaciones reiteran la vulneración del Derecho al Trabajo, el cual expone que “toda persona en edad de trabajar debe ejercer libremente profesión, arte u oficio para transformar, crear y producir con el fin de desarrollar capacidades y satisfacer necesidades personales, familiares y sociales”.

A su vez contradice lo planteado en la Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir bien en la Vejez, la cual nos expone el “Desarrollo de proyectos productivos, que incorporen procesos de capacitación y acompañamiento, permitiendo la continuidad laboral y el desarrollo humano de las personas mayores que quieran y estén en la capacidad de seguir trabajando”.⁶⁴

Se requiere ampliar capacidad en el hospital Ámbito Laboral, para caracterizar la real situación laboral del adulto mayor, dado que se reportó una persona mayor trabajadora, con condiciones de empleo que no cumplen con la normatividad vigente, puesto que no tiene contrato de trabajo, le pagan al destajo y no está afiliado a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales.

Debido al modelo de salud se generan barreras institucionales que ocasionan exclusión e inequidad en el acceso a servicios a las personas mayores. La falta de atención inmediata a las personas mayores se debe a las políticas institucionales de los prestadores de salud, cuya dinámica está inmersa en las contracciones del mercado. Así mismo no hay prioridad y los diagnósticos realizados son generalizados y determinados por la edad descartando las posibilidades de prevención de enfermedades. Estas situaciones están enmarcadas en determinantes **Estructurales**.

Como consecuencia de lo anterior se deteriora la salud de las personas mayores debido a la falta de atención oportuna, se pierde credibilidad hacia el sector salud debido a la deshumanización en la atención y aparecen nuevas enfermedades debido a la falta de prevención. Estas situaciones se presentan y se generalizan en los cinco territorios de la localidad y se enmarcan en determinantes

⁶⁴ Política Pública Social Envejecimiento y vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

Particulares. Las dinámicas de relación e intereses de las personas mayores que entran en conflicto con la oferta y calidez de la atención en los servicios de salud pasa por ser un determinante **Singular**.

En el análisis realizado con la **Transversalidad de Discapacidad** se observa la falta servicios de rehabilitación integral y los existentes incluyen solo a la población vinculada. El tipo de contratación con EPS subsidiada limita al acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud. También la georreferenciación de las EPS subsidiadas contratadas que ofrecen sus servicios en las localidades distantes, lo cual dificulta el acceso a las mismas.

Esta situación se define como determinante **Singular** ya que afecta de manera directa a las personas mayores, pasando por **Estructural** debido a que no existen programas que tengan continuidad y si los hay, acoge a personas que están en el régimen subsidiado lo que limita la inclusión a los pocos servicios que se brindan para esta población.

Estas situaciones vulneran el **derecho a la Salud**, el cual contempla que la salud “Es la posibilidad que tiene todo ser humano a disfrutar de una serie de servicios y condiciones que les permita conseguir y mantener el más alto nivel posible de salud, teniendo en cuenta la asistencia médica y las condiciones sociales como determinantes básicos del estado de salud”⁶⁵.

De esta forma también contradice lo expuesto en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión **Vivir bien en la vejez**, la cual contempla la “Promoción de una perspectiva integral de la salud, en el proceso de envejecimiento, donde se reafirme y se disfrute la vejez como un momento de la vida no asociado a la enfermedad en razón de la edad” y la “Garantía de la cobertura universal de las personas mayores en los Sistemas *Generales de Seguridad Social en Salud, sin discriminación de ningún tipo, haciendo énfasis en las personas que se encuentran en condición de alta fragilidad social o económica*”⁶⁶.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 4: La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad, genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

Para la población en condición de discapacidad las barreras de acceso son específicamente las de los servicios de salud y educación. En este territorio solo se cuenta con un colegio integrador donde las prácticas pedagógicas son pertinentes a las necesidades educativas especiales (NEE), donde se promueve y garantiza la educación inicial y preescolar básica para la población infantil en condición de discapacidad y que no cubren un porcentaje significativo de la población que requiere ser escolarizada. Esta información corresponde a las asesorías y acciones de RBC que brindan a las instituciones educativas de la localidad Antonio Nariño, desde el Hospital Rafael Uribe, el programa de Salud al Colegio, transversalidad de discapacidad en las intervenciones de sensibilización y detección de necesidades educativas especiales permanentes y / o transitorias; acompañamiento para la inclusión escolar de niños y niñas en condición de discapacidad y acompañamiento para la garantía en salud de niños y niñas en condición de discapacidad, en colegios promotores y en aquellos integradores del territorio.

En el territorio Noviembre Mayor, no hay una UPA de rehabilitación especial, para el proceso asistencial. No hay terapia física, fonoaudiología, terapeuta del lenguaje, psicología que permita el proceso de funcionalidad y autonomía para las personas con discapacidad.

Se propone avanzar en una tarea política: la construcción colectiva de la salud como un asunto de interés público, condición necesaria para la refundación del sistema de salud, en una perspectiva **inclusiva y equitativa**.

65 Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

66 Política Pública Social Envejecimiento y vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

La localidad Antonio Nariño tiene solo un centro de salud que es la UPA Sevilla T4 interviniendo por parte del hospital Rafael Uribe, esto refleja que las intervenciones realizadas por el hospital sean muy limitadas. Muchos de los habitantes de la localidad aún no reconocen este centro de salud, pero si se identifican más con el CAMI del Olaya siendo este uno de los que más capta usuarios de Antonio Nariño. Pero como este CAMI está ubicado en la localidad Rafael Uribe, hace que algunas personas sientan que no les pertenece. En la actualidad en el Hospital Rafael Uribe ya se están ejecutando los recursos financieros para empezar a construir en la localidad Antonio Nariño un centro de salud acorde a las necesidades de los usuarios.

Se ha determinado que las estrategias de Salud a su Casa y de Salud al Colegio son una intervención importante, pero que la población de los 5 territorios sociales GSI demanda mayor cobertura en la localidad. Cuando se han socializado los servicios de salud amigables para jóvenes se ve la necesidad de que se instale de igual forma esta atención en Antonio Nariño. A los jóvenes les interesan que se les brinde asesorías en temas de salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos, asesoría en ITS y VIH).⁶⁷

El objetivo del modelo es guiar el proceso de adecuación de los servicios de salud a las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes, con el fin de contribuir a que tomen decisiones protectoras de su salud y generadoras de bienestar, incluyendo de manera especial las decisiones entorno a la vivencia de su sexualidad.

Los servicios amigables reconocen a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y propenden por su salud sexual y reproductiva, asumiéndola como un estado integral de bienestar físico, mental, espiritual y social. Las instituciones de salud se vuelven “amigables” cuando se convierten en espacios de información, orientación y atención de calidad, contruidos con la participación de los y las jóvenes de acuerdo a sus realidades, vivencias y expectativas.

Cuando se organizan servicios de salud amigables, los adolescentes y jóvenes hacen uso activo de los servicios de salud y tienen acceso a atención de calidad, a partir de la cual toman decisiones informadas sobre su sexualidad. Los servicios de salud ofrecen atención diferenciada y confiable, y dan prioridad a la satisfacción de las necesidades de adolescentes y jóvenes. Los procesos administrativos en dichos servicios, facilitan el cuidado de la salud y propenden por el bienestar de adolescentes y jóvenes. La institución de salud se convierte en un agente transformador de su entorno, promoviendo cambios sociales tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Los gobernantes toman decisiones para responder a las necesidades de adolescentes y jóvenes y al contexto en que viven.⁶⁸

La mortalidad materna por causas prevenibles, es una de los índices que demuestran las inequidades presentes en esta población, asociadas a las condiciones laborales, salud ocupacional, al estado nutricional en las diferentes etapas de la vida, estrés, fatiga, a las violencias de género, a exposiciones ambientales, entre otras.

Debido al modelo de salud se generan barreras institucionales que ocasionan exclusión e inequidad en el acceso a servicios a las personas mayores. La falta de atención inmediata a las personas mayores se debe a las políticas institucionales de los prestadores de salud, cuya dinámica está inmersa en las contracciones del mercado. Así mismo no hay prioridad y los diagnósticos realizados son generalizados y determinados por la edad descartando las posibilidades de prevención de enfermedades. Estas situaciones están enmarcadas en determinantes **Estructurales**.

Se tiene como consecuencias que se deteriora la salud de las personas mayores debido a la falta **de atención oportuna**, se pierde credibilidad hacia el sector salud debido a la deshumanización en

67 Equipo Local de Apoyo Institucional Localidad 15

68 Modelo servicios de salud amigables para jóvenes UNFPA Colombia

la atención y se crean nuevas enfermedades debido a la falta de prevención. Estas situaciones se presentan y se generalizan en los cinco territorios de la localidad y se enmarcan en determinantes **Particulares**. Las dinámicas de relación e intereses de las personas mayores que entran en conflicto con la oferta y calidez de la atención en los servicios de salud, pasa por ser un determinante **Singular**.

En el análisis realizado con la **Transversalidad de Discapacidad** se observa la falta servicios de rehabilitación integral y los existentes incluyen solo a la población vinculada. El tipo de contratación con EPS subsidiada limita al acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud. También la georreferenciación de las EPS subsidiadas contratadas, que ofrecen sus servicios en las localidades distantes, lo cual dificulta el acceso a las mismas.

Esta situación se define como determinante **Singular** ya que afecta de manera directa a las personas mayores, pasando por **Estructural** debido a que no existen programas que tengan continuidad y si los hay acoge a personas que están en el régimen subsidiado, lo que limita la inclusión a los pocos servicios que se brindan para esta población.

Estas situaciones vulneran el **derecho a la Salud** el cual contempla que la salud *“Es la posibilidad que tiene todo ser humano a disfrutar de una serie de servicios y condiciones que les permita conseguir y mantener el más alto nivel posible de salud, teniendo en cuenta la asistencia médica y las condiciones sociales como determinantes básicos del estado de salud”*⁶⁹.

De esta forma también contradice lo expuesto en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión **Vivir bien en la vejez** la cual contempla la *“Promoción de una perspectiva integral de la salud, en el proceso de envejecimiento, donde se reafirme y se disfrute la vejez como un momento de la vida no asociado a la enfermedad en razón de la edad”* y la *“Garantía de la cobertura universal de las personas mayores en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud, sin discriminación de ningún tipo, haciendo énfasis en las personas que se encuentran en condición de alta fragilidad social o económica”*⁷⁰.

3.2. Territorio 2: La Paz

A partir de los recorridos realizados por las diferentes instituciones de la localidad en el marco de la Gestión Social Integral G.S.I, se delimitó el territorio por barrios. Cabe aclarar que los territorios sociales definidos comparten las dos UPZ de la localidad. El territorio 2 fue denominado La Paz, en ejercicios diferentes realizados por los equipos dinamizadores de la GSI, con participación de la comunidad. Está conformado por cinco barrios: San Jorge Central, Eduardo Frey, Santander, La Fragua y Sena, con estrato predominante 3 (ver tabla 14).

Tabla 14. Barrios y UPZ que integran el Territorio 02. Localidad 15.

TERRITORIOS	BARRIO	UPZ
TERRITORIO 2	SAN JORGE CENTRAL	38 RESTREPO
	EDUARDO FREY	38 RESTREPO
	SANTANDER	38 RESTREPO
	LA FRAGUA	38 RESTREPO
	SENA	38 RESTREPO

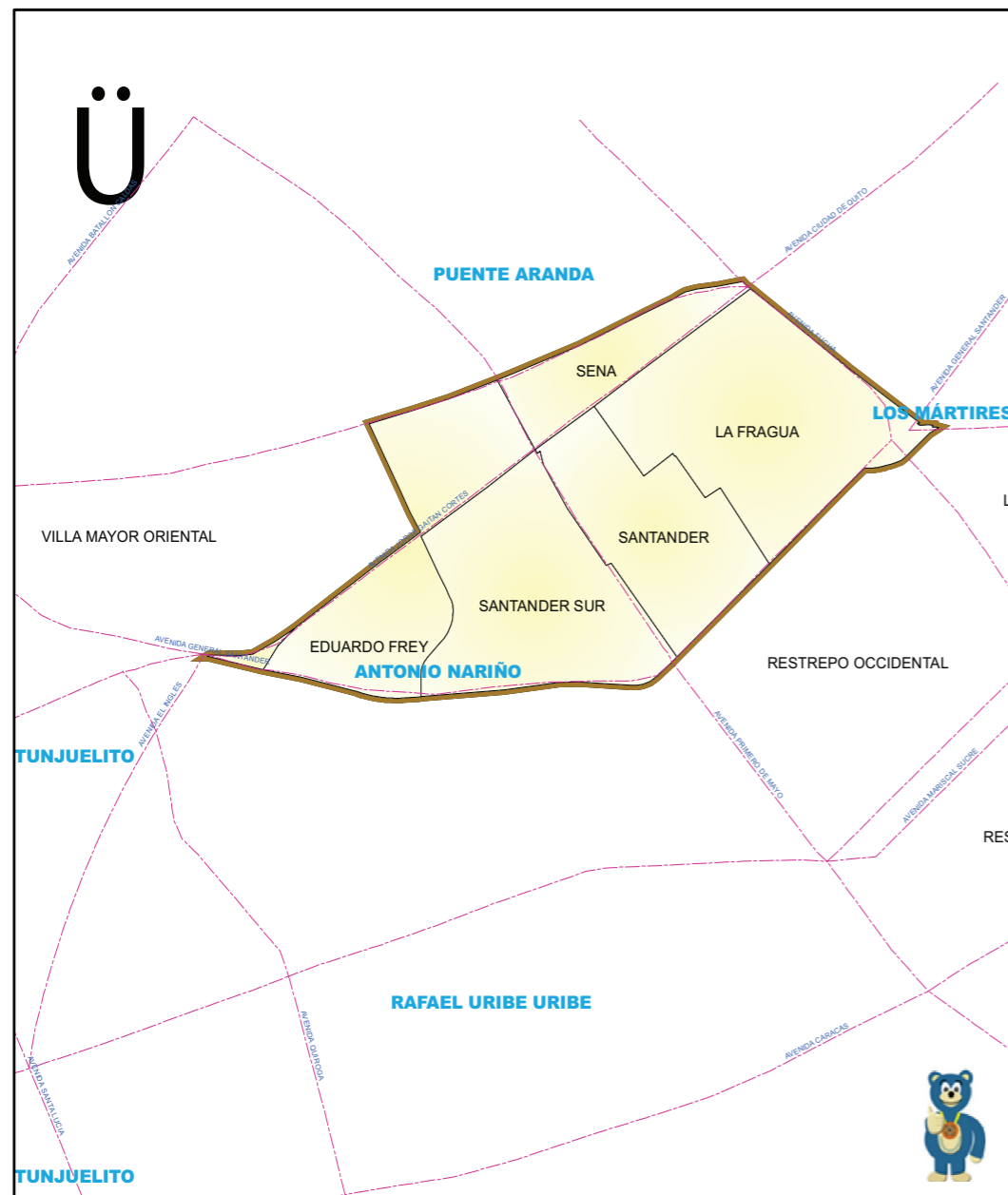
Fuente: Alcaldía Local de Antonio Nariño. Subdirección de Integración Social. Grupo Fergusson



La delimitación del territorio se describe a continuación: Por el Norte: Localidad Puente Aranda, Sur: Localidad RUU, Este: Localidad Mártires y Oeste: Localidad Tunjuelito. (Ver mapa 10)

69 Matriz de derechos. Equipo Transectorial. 2010.

70 Política Pública Social Envejecimiento y vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

Mapa 10. Territorio 2 La Paz



 Territorio 2
 Vias Principales

ESCALA 1:15.000
Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Límite de Localidades (Res. 2336c29 de Abril de 2004)

 **LOCALIDAD**
15

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe

A continuación se presentan las dinámicas y características del territorio por categorías de análisis, teniendo como base los insumos de los recorridos realizados por funcionarios y funcionarias de instituciones y líderes comunitarios, el 30 de Marzo y el 13 de Abril de 2009 por los barrios Fragua, Eduardo Frey y San Jorge Central, y por los barrios Santander y Santander Sur, así como información aportada por el Hospital Rafael Uribe sobre diagnósticos por etapa del ciclo vital y transversalidades.

En la Fragua evidencian dificultades derivadas de la pérdida del poder adquisitivo, lo cual afecta la calidad de vida de las familias.

En el barrio La Fragua se evidenció que en el centro del barrio existe un sector denominado “La Mutual”, donde las viviendas son más pequeñas que las del resto del barrio, tienen puerta trasera y su infraestructura presenta deterioro evidente, sus vías son estrechas y exclusivamente peatonales, algunas calles son cerradas. Se presentan problemas de saneamiento básico e inseguridad en la zona incluso con la presencia de bandas organizadas para delinquir.

En el barrio La Fragua existen fábricas de alimentos y establecimientos de comercio de alimentos y de artículos misceláneos. Por el contrario, en Santa Isabel se evidenciaron pocos establecimientos comerciales y ninguno industrial.

En el barrio San Jorge Central se presentan dos orígenes: por un lado, las casas construidas en lotes vendidos por la organización Luis Carlos Sarmiento, Wesner y Suárez, y la Flota Mercante, y por otra, el sector cercano al Cementerio del Sur que se inició como invasión de 39 lotes, el cual fue legalizado en 1993 por el DAPD. El Canal Albina atraviesa el barrio dividiéndolo en dos sectores. Aunque todas las casas presentan adecuada infraestructura, son amplias, la mayoría de 2 y 3 pisos, de acuerdo con los aportes de la presidenta de la JAC de los aproximadamente 6.000 habitantes, la mayoría son arrendatarios. La presidenta de la JAC mencionó como parte de la historia del barrio que en los años 70 hubo una presencia importante de esmeralderos que construyeron casas lujosas especialmente en la cuadra de la carrera 34 A con 27 y 27 A (“incluso con televisores empotrados en la pared, en esa época...”), quienes protagonizaban semanalmente enfrentamientos armados que algunas veces terminaban en muertes; mencionó que muchos de ellos se trasladaron posteriormente a Santa Isabel, trasladando a ese sector del sur de la ciudad la dinámica de los esmeralderos. Actualmente, algunos propietarios han optado por arrendar sus casas por apartamentos o habitaciones para ayudarse con los gastos de servicios públicos e impuestos, debido a los bajos ingresos.

En contraste con los anteriores barrios, el Eduardo Frey fue auto construido con cooperación del gobierno de Chile y estudiantes de ese país. Sus casas son de 2 y 3 pisos, algunas con ladrillo a la vista en los pisos 2º y 3º y notorio deterioro en sus plantas altas. El uso de las viviendas es mixto, algunas residenciales y en otras se ubican industrias textiles, talleres, bodegas de carrocías, recicladoras y chatarrerías, estas últimas generan una alta presencia de habitantes de calle y suciedad en las calles, sumado al mal estado de la malla vial. La mayoría de habitantes son arrendatarios de apartamentos o habitaciones, el valor de los arriendos oscila alrededor de los \$150.000 en adelante.

En los dos sectores del barrio Santander, se evidenciaron viviendas de construcciones antiguas, algunas con un notorio deterioro, la mayoría de 1 y 2 pisos, muchas de ellas en agrupaciones de 6 u 8 interiores cuya entrada común aparenta ser una casa más de la cuadra, pero en las que se presenta hacinamiento. De acuerdo con los aportes del presidente de la JAC, la mayoría de las viviendas son propiedad de adultos mayores que dependen económicamente de sus hijos, muchos de los cuales son profesionales y ya no viven en la localidad; sin embargo, la mayoría de esos adultos mayores se encuentran en condiciones de fragilidad social.

Fuente: Base cartográfica Secretaria Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

Actualmente en Santander se presenta un fenómeno de cambio del uso de suelo, pasando de habitacional a industrial, la mayoría de casas que están sobre la Avenida 1° de Mayo han sido transformadas en talleres y ventas de motocicletas, repuestos y accesorios para motos, y sobre la Avenida Carrera 30 funcionan talleres y venta de repuestos para automóviles.

En la UPZ Restrepo habitan un total de 76226 personas con predominio de sexo femenino, el total de habitantes de esta UPZ representa el 71% del total de la población de la localidad. La etapa de ciclo adulto es la más representativa (45%), seguida de la Juventud (27%), Infancia (17%) y por último personas mayores (11%), esta última se considera de gran proporción y debe ser tenida en cuenta.

A pesar de que existe gran variedad de parques y equipamientos culturales tanto en la UPZ Restrepo como en la UPZ Ciudad Jardín, existe dificultad para utilizar éstos espacios para actividad física y actividades lúdico-recreativas por parte de las personas mayores, por altos niveles de inseguridad asociados al hurto callejero y pandillas, venta y consumo de sustancias psicoactivas, proliferación de caninos callejeros y habitantes de calle, atraídos por la presencia de residuos sólidos en espacios públicos derivados de prácticas industriales e inadecuada disposición de los mismos, por falta de concienciación y capacitación de la importancia de clasificar las basuras y controlar los horarios de recolección de las mismas.

En la UPZ Restrepo, barrios como la Fragua, la Fragueta, Villa Mayor, Santander, y en la UPZ Ciudad Jardín, en barrios como Policarpa y Ciudad Jardín, las Juntas de Acción Comunal (JAC), implementan estrategias propias para realizar actividad física grupal de una a tres veces por semana, pues los proyectos locales están condicionados a los puntajes del SISBEN y solo cubren a la población clasificada en los niveles I y II.

Con relación a la problemática de medio ambiente relacionada por su predominio comercial, los mayores problemas por contaminación son por ruido, visual, por fuentes fijas y móviles, por inadecuada disposición de residuos sólidos; predomina también en un gran número el depósito, expendio y consumo de licores hasta altas horas de la noche, la inadecuada manipulación de alimentos, comercialización de animales en las plaza de Restrepo y Santander. Se encuentran ubicados todos los establecimientos de alto impacto (casas de lenocinio) de la localidad, por tanto se cataloga como una zona de alto riesgo epidemiológico y de frecuente vigilancia. La incidencia en el proceso salud-enfermedad de la concentración de riesgos es notoria, pues problemas de salud asociados ocupan lugares infortunadamente importantes en las estadísticas de enfermedad de la población y por tanto en el perfil de morbilidad local.

En la UPZ Restrepo, los puntos críticos de basuras identificados son: el costado oriental del Cementerio del Sur, la Transversal 33, la Avenida Caracas en cruce con diagonal 12 sur, carrera 22, carrera 27 y autopista del sur. El ilegal establecimiento de estos sitios como botaderos, los convierte en fuente de malos olores y genera la propagación de artrópodos y roedores. Por otro lado, existen dos plazas de mercado, la primera de ellas en el barrio Restrepo llamada plaza Carlos E. Restrepo y la segunda, la plaza del Santander, puntos de gran generación de residuos sólidos orgánicos fácilmente degradables.

Según información, territorios caracterizados SASC: Un 13% de las viviendas no poseen cocina independiente, lo cual genera mayor riesgo de contaminación y manipulación inadecuada de los alimentos, además de los riesgos derivados del uso de gasolina o gas. Existe presencia de vectores en las viviendas (31%), principalmente zancudos. Existe presencia de caninos callejeros, así como tenencia y cría de equinos, especies menores, lo cual representa riesgo para la salud de la población por la transmisión de enfermedades zoonóticas.

Se encuentran 52 expendios de alimentos minoristas, 85 de alimentos preparados, una plaza de mercado y 44 expendios de licor.

Condición de la vivienda: La mayoría de las familias cuentan con vivienda tipo casa (55%), seguido de apartamento (31%) y pieza (13%). La mayoría de las familias cuenta con materiales adecuados en sus viviendas.

Existe un 1% de familias cuyas viviendas presentan agrietamiento, humedad o apozamiento de agua en las paredes, techos y pisos, lo cual ponen en riesgo la salud y bienestar de sus integrantes.

Factores de Riesgo Físicos-Químicos: Según información de la ficha de caracterización de entornos se encuentra 3 estaciones de almacenamiento de líquidos y gases inflamables y 2 expendios de líquidos y sólidos inflamables, lo que se constituye en riesgo químico para la población.

El principal riesgo natural que se presentan es el sismo (2%) en las viviendas del territorio.

Se encuentran fumadores en las viviendas en un 28%, lo cual constituye riesgo para la salud de sus habitantes en eventos de tipo respiratorio.

Factores de Riesgo Biológicos: Hay presencia de caninos callejeros de los cuales se desconoce estado de vacunación, lo cual representa riesgo para exposición de accidente rábico.

Según información de la oficina de medio ambiente la cobertura de vacunación canina es alta por encima del 95%.

Presencia de vectores: Existe presencia de vectores en las viviendas (22%) principalmente zancudos, ratones y mosquitos habitando áreas de interés público del territorio (Ver tabla y grafico 4).

Condición de hacinamiento: Presenta un porcentaje de (4%). En las viviendas los espacios son pequeños y existe poca iluminación y ventilación. Cabe resaltar que según información del Programa SASC, un 33.5% de las familias conviven con animales.

En síntesis, este territorio es de tipo mixto con algunos barrios residenciales y otros sectores aledaños donde se encuentran industrias formales e informales, que emplean a los residentes y a su vez generan productos de consumo. En este mismo territorio se encuentra el Cementerio Local y una de las 2 plazas de mercado de la localidad. En este territorio proliferan las industrias y almacenes de comercialización de autopartes.

Se rodea de vías por donde transita gran afluencia vehicular, los cuales aportan gran contaminación atmosférica.

Se caracteriza por la venta de accesorios para vehículos, lujos y talleres de mecánica en general, reparación y repuestos para motocicletas; se cuenta con una plaza de mercado y muchos establecimientos dedicados a la venta de alimentos.

En el territorio se destaca que las familias en condición y situación de desplazamiento no presentan viviendas con estado inadecuado, lo que si se evidencia en las familias que no atraviesan estas condiciones, encontrándose que en un 2.5% sus viviendas presentan agrietamiento, humedad o apozamiento de agua en las paredes, techos y pisos. Lo anterior podría indicar que las acciones se han centrado en las personas en estas condiciones dejando de lado población sin esta condición⁷¹. Esta misma relación se presenta con respecto a los materiales de las viviendas, en donde un 2.7% de las construcciones en que habitan familias que no afectadas por alguna situación o condición de desplazamiento presentan problemas como cerramientos en teja de zinc, alfombra, latas, laminas plástico, cartón, tela asfáltica, escombros y piso de tierra.

71 Programa SASC acumulado 2004-2009

Respecto al acceso a servicios públicos domiciliarios, disponibles en las viviendas, se encontró que de 2642 familias caracterizadas por el Programa Salud a su Casa, el 17.54% no cuenta con servicio de teléfono, siendo familias sin condición especial (situación o condición de desplazamiento) y el 14.4% no cuentan con Gas Natural, de las cuales 12 se encontraban en situación o condición de desplazamiento.⁷²

En el caso de la población en situación de desplazamiento, la UPZ Ciudad Jardín es la receptora esta población, con un número de 24 familias residentes en el barrio Policarpa Salavarría identificadas gracias al programa Salud a su Casa y los registros locales, seguida de la UPZ Restrepo con 14 familias ubicadas en el barrio Eduardo Frei, la Fragua y Santander, siendo éste último el de mayor proporción con 11 familias de las cuales el 50% convive con una o dos personas mayores, en éste caso el desarraigo y la destrucción de la identidad cultural de la población desplazada promueve la indigencia, la dependencia económica y el riesgo de padecer y enfrentar enfermedades infecciosas, transmisibles y trastornos mentales dada por las condiciones de supervivencia.

3.2.1 Etapa infancia

En el Territorio 2, se encontró un niño menor de 10 años como población reinsertada de los grupos al margen de la Ley. No se registraron niños o niñas en condición o situación de desplazamiento.

En este territorio durante el 2009, la línea de intervención de Trabajo Infantil del Ámbito Laboral, identificó 36 niños, niñas y adolescentes trabajadores, que corresponden al 20.9% del total. La distribución por género de los niños, niñas y adolescentes entre los 5 a 14 años de edad, fue de 17 mujeres y 10 hombres.

De las condiciones socioeconómicas, el 61 % de estos niños, niñas y adolescentes trabajadores, están afiliados a salud en el régimen subsidiado, el 16.6% son vinculados, el 13,8 están en el régimen contributivo como beneficiarios, el 2.7 está en el régimen contributivo como cotizante y el 2.7% no registra información, tal como se muestra en la siguiente tabla.

El 11. 11% (4 niños) se encuentran sin estudiar en la actualidad. De ellos 2, un niño y una niña están entre los 15 y 17 años y los otros son dos niños entre los cinco y los catorce años.

Dentro de las razones por las que trabajan el 50% no sabe o no responde esta pregunta, el 41.6 % dice que lo hace por colaborar en casa y el 5.55% dice que trabaja por tener su propio dinero tal como lo muestra la siguiente tabla.

30 de los 36 niños, niñas y adolescentes no recibe pago por su trabajo, 2 reciben entre 100 y 250 mil pesos, 3 reciben entre 0 y 100 mil pesos y una recibe más de 450 mil pesos.

Las actividades económicas en las que se encontró mayor número de niños, niñas y adolescentes fueron en su orden: servicio domestico, ayudantes en cafeterías, ventas ambulantes y comercio al por menor de productos alimenticios.

Todos los niños y niñas caracterizados en este territorio dicen trabajar en la jornada diurna, el 55.5% trabaja eventualmente, el 38.8% afirma trabajar permanentemente y el 5.5% trabaja solamente los fines de semana. En cuanto a las horas a la semana dedicadas al trabajo, el 33.3% de los niños y las niñas dice realizar la actividad cuatro horas, el 30.5% trabaja tres horas, el 13.8% dedica dos horas de la semana a la actividad, el 8.3% dice trabajar 1 hora, un porcentaje igual trabaja 6 horas a la semana, el 2.7% trabaja 5 horas y este mismo porcentaje de niños y niñas dice trabajar por 7 horas a la semana.

El riesgo físico al cual están más expuestos los niños, las niñas y los adolescentes trabajadores de este territorio, es al ruido seguido de las vibraciones y de las radiaciones no ionizantes.

En cuanto a las condiciones de salud, ninguno de los niños y niñas identificados en este territorio han presentado accidentes de trabajo durante el último año y ninguno está afiliado a los regímenes de pensiones y riesgos profesionales. La mayoría de ellos dicen tener buen estado de salud (77.7%) y ninguno considera que el trabajo afecta su salud.

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 68 eventos, de los cuales el mayor número de casos en el territorio La Paz fueron en su orden: Varicela, Enfermedad similar a la influenza-IRA Grave, Exposición Rábica y Rubeola. Cabe resaltar la ocurrencia de 1 caso de Intoxicación por fármacos, donde se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, eventos como la hepatitis A que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta. En cuanto a enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva se presentaron 12 casos de Sífilis congénita que de acuerdo a investigaciones científicas se puede relacionar con más del 50% de las muertes perinatales, lo cual ameritaría un cruce de la información para profundizar en el respectivo análisis y conllevar a planes de mejora mas aterrizados a las causas reales del problema.

En el territorio La Paz se intervinieron 5 Instituciones educativas IED, con un número total de 1167 escolares, pertenecientes a los grados 0º a 5º de primaria, con un promedio de edad entre 5 a 11 años. En el primer TRIAGE realizado (Valoración General), se encontraron con caries 282 niños y niñas, a los cuales se les realizo su respectiva remisión y seguimiento, evidenciándose en el segundo TRIAGE que 172 escolares se encontraban con caries, demostrando cumplimiento a la consulta odontológica, con una disminución significativa de 110 niños y niñas con tratamiento en boca. La prevalencia de caries en las IEDs intervenidas en el territorio, fue del 24% en el primer triage y del 14.7% en el segundo triage (Ver tabla 15).

Tabla 15. Comportamiento de la Prevalencia de Caries en Instituciones Educativas intervenidas por SAC. Territorio 2. Localidad 19

Colegio	No. de escolares intervenidos	1er triage	2do triage	No. de escolares que disminuyeron índice de caries en la 2da valoración
ATANASIO GIRARDOT	809	170	95	75
FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	358	112	77	35
Total	1167	282	172	110

Fuente: Ámbito Escolar. Intervención Salud oral. 2009

Por otra parte se observó una disminución del porcentaje de placa bacteriana a 992 escolares, correspondiente al 85% del primer al último monitoreo en las IEDs del territorio (Ver tabla 16).

Tabla 16. Índice de placa bacteriana en Instituciones Educativas intervenidas por SAC. Territorio 2.

Colegio	No. de escolares intervenidos	Numero de escolares que disminuyeron % de Placa Bacteriana
ATANASIO GIRARDOT	809	802
FRANCISCO DE PAULA	358	190
SANTANDER		
Total	1167	992

Fuente: *Ámbito Escolar. Intervención Salud oral. 2009*

3.2.2 Etapa juventud

En el territorio La Paz, el Programa Salud a su Casa caracterizó 4 jóvenes en condición de desplazamiento y 2 en situación de desplazamiento, los cuales representan el 0.8% del total de jóvenes del territorio. Sobre la seguridad social se encontró que los jóvenes no cuentan con afiliación al Sistema de Salud. Por otra parte no se evidencian dificultades para el acceso al empleo en la población joven.

En este territorio durante el 2009, la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral identificó 8 adolescentes todos de sexo masculino, cuyas condiciones socioeconómicas muestran vinculación al SGSSS, a través del régimen subsidiado (1), dos en el contributivo y dos tenían servicio particular. Cuatro de los adolescentes dicen ganar más de uno y hasta dos salarios mínimos, el 25% gana el salario mínimo y el otro 25% gana menos del salario mínimo.

El 62.5% de los adolescentes viven en estrato 3, el 25% en estrato 1 y el 12.5% lo hacen en estrato 2. El 50% de los adolescentes tienen el bachillerato incompleto, el 25% la primaria incompleta, el 12.5% el bachillerato completo y el otro 12.5% correspondiente a un joven es técnico o tecnólogo.

Condiciones de empleo: Ninguno de los adolescentes tiene contrato de trabajo, 6 de ellos reciben pago al destajo, 2 en especie, 2 no están afiliados a salud dentro del SGSSS y ninguno al sistema de pensiones ni a riesgos profesionales.

Condiciones de trabajo: El 50% de los adolescentes identificados en este territorio trabaja en mantenimiento y reparación de vehículo y el otro 50% en restaurantes. El 62.5% de los adolescentes trabaja en la jornada diurna y el 37.5% dice trabajar en las dos jornadas.

Cabe destacar que el 62.5% de los adolescentes trabaja entre 9 y 12 horas diarias, el 37.5% restante trabaja 6 horas o menos al día. El 75% dice trabajar 6 ó 7 días a la semana y el otro 25% trabaja entre 4 y 5 días.

Condiciones de salud: El 62.5% de los adolescentes manifestó haber tenido accidentes de trabajo en el último año, los cuales en su mayoría fueron golpes y cortaduras, el 87.5% de los adolescentes considera que su estado de salud es bueno y solamente uno de ellos considera que su estado de salud es regular. De igual manera el 62.5% considera que el trabajo no afecta su salud y solo 3 piensan que sí.

En jóvenes mayores de 18 años se caracterizaron 61 de los cuales el 65.57% eran hombres y el 34.4% eran mujeres.

El 59% de las y los jóvenes caracterizados afirma ser cabeza de familia. El 65.5% ganan el salario

mínimo, el 21.3% gana más de uno y hasta dos salarios mínimos y el 13.1% dice ganar menos de un salario mínimo tal como lo muestra la siguiente tabla.

La mayoría de las y los jóvenes trabajadores del territorio 2 de GSI, viven en estrato tres con un 49.18%, seguidos del 29.5% de estrato dos y 19.6% en el estrato 1.

En cuanto al régimen de afiliación al SGSSS, se encontró que el 29.5% de las y los jóvenes trabajadores está afiliado en el Régimen Contributivo, el 18% en el Régimen Subsidiado, el 24.5% son vinculados y el 27.8% se encuentra en el servicio de salud de manera particular. En cuanto a la actividad económica en la que se desempeñan las y los jóvenes trabajadores en este territorio, se encontró que el 44.26% trabaja en restaurantes, el 39.34% en mantenimiento y reparación de vehículos y el 16.39% en panaderías.

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 54 eventos, de los cuales el mayor número de casos territorio La Paz fueron en su orden: Varicela, Exposición Rábica, Hepatitis A y VIH Sida. Cabe resaltar la ocurrencia de 3 casos de Intoxicación por fármacos y 2 por plaguicidas, donde se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, eventos como la hepatitis A que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta.

3.2.3 Etapa adultez

En el territorio La Paz, el Programa Salud a su Casa caracterizó 2 adultos en condición de desplazamiento y 6 en situación de desplazamiento, los cuales representan el 0.7% del total de los adultos y adultas en el territorio. Sobre la seguridad social se encontró que 4 de los adultos no cuentan con aseguramiento, 2 acceden a través del Régimen Contributivo, 1 con régimen subsidiado y 1 estaba vinculado. Por otra parte se evidencian dificultades para el acceso al empleo en esta población, 7 de 8 adultos están sin empleo.⁷³

A partir de la observación del modelo económico bajo el cual se desarrollan las actividades en la localidad, se pueden encontrar una serie de características que afectan a la población adulta de la localidad, entre ellas se encuentran: adultos y adultas trabajadores sub-empleados o pertenecientes al sector informal de la economía.

Este fenómeno se presenta principalmente en el barrio Santander, no obstante es importante resaltar que existe un subregistro del número de trabajadores, derivado del temor de los microempresarios frente al incumplimiento de las obligaciones legales en torno a la Seguridad Social Integral, así como también a las "modalidades de contratación" que enmascaran las relaciones labores.

En este territorio se identificaron 191 adultos y adultas trabajadores, 113 mujeres y 78 hombres, a través de la caracterización que realiza el ámbito Laboral.

La mayoría de las y los adultos trabajadores de este grupo están afiliados al SGSSS en el régimen contributivo con un 46.5%, el 24% están en el régimen subsidiado, el 19.3% son vinculados y el 9.4% de ellos está desafiliado del sistema y accede al servicio médico de manera particular.

El 54.45% de ellos gana un salario mínimo, el 32.4% ganan más de 1 y hasta 2 salarios mínimos y el 13% gana menos de un salario mínimo.

73 Sistema de información APS en línea. Acumulado 2004-2009

El 54.45% de ellos gana un salario mínimo, el 32.4% ganan más de 1 y hasta 2 salarios mínimos y el 13% gana menos de un salario mínimo.

En cuanto a la actividad económica en la que se desempeñan las y los adultos trabajadores identificados en el territorio, el 52.35% trabajan en restaurantes, el 24.6% trabajan en mantenimiento y reparación de vehículos, el 18.84% trabajan en panaderías y el 4.18% trabajan en lavanderías.

El 53.4% de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio, reporta haber sufrido accidentes de trabajo durante el último año, los más frecuentes son las quemaduras, las cortaduras y los golpes.

El 68.5% de las personas adultas identificadas en este territorio, consideran que su estado de salud es bueno, el 30.3% dice sentirse regular de salud, el 0.52% dice que su estado de salud es excelente y un porcentaje igual dice que su estado de salud es malo. El 56% de las y los adultos trabajadores de este grupo consideran que el trabajo no afecta la salud.

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 44 eventos, de los cuales el mayor número de casos territorio La Paz fueron en su orden: Varicela, Exposición Rábica, Intoxicación con otras sustancias químicas y VIH/ Sida. Cabe resaltar la ocurrencia de 3 casos de Intoxicación, donde se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica.

3.2.4 Etapa Envejecimiento y Vejez

Se encontró una persona mayor en condición de desplazamiento caracterizada por SASC. La persona mayor en condición de desplazamiento, cuenta con afiliación al Sistema de Salud, a través del régimen contributivo.

En este territorio se encontraron 14 adultos mayores trabajadores, 6 mujeres y 8 hombres.⁷⁴

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS: Hay una mujer que tiene régimen especial de afiliación al SGSSS, 1 hombre es vinculado y los demás están en el régimen contributivo. El nivel de ingresos de una de las mujeres es inferior al salario mínimo, 5 mujeres y 4 hombres ganan el salario mínimo y 4 hombres ganan más de un SMLV y hasta dos veces esta suma. Dos mujeres y dos hombres viven en estrato 2, y cuatro mujeres y 6 hombres viven en estrato 3. Los niveles de escolaridad son bajos, solamente 1 mujer y 2 hombres son técnicos o tecnólogos, 2 mujeres y 1 hombre tienen bachillerato incompleto, 2 mujeres y 3 hombres tienen la primaria completa, 1 hombre y 1 mujer tienen la primaria incompleta y un hombre nunca estudio.

CONDICIONES DE EMPLEO: Frente al tipo de contrato, 3 hombres y 6 mujeres no tienen contrato de trabajo y solamente 3 mujeres y 2 hombres lo poseen a término indefinido. Hay una mujer que no recibe remuneración por su trabajo, 5 hombres y 6 mujeres tienen remuneración fija y 2 hombres reciben pago al destajo. Ninguno de ellos está afiliado a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales.

CONDICIONES DE TRABAJO: En cuanto a la actividad económica, un hombre trabaja en panaderías, tres hombres en el mantenimiento y reparación de vehículos, cuatro hombres y cuatro mujeres en restaurantes y dos mujeres en lavado y lavanderías. Una mujer y dos hombres son operarios y los demás combinan las actividades de operarios con las administrativas. Cuatro mujeres y siete hombres trabajan en la jornada diurna y dos mujeres y un hombre lo hacen en las dos jornadas. Todos trabajan entre 8 y 16 horas diarias, 6 o 7 días a la semana.

Condiciones de salud: Durante el último año 2 mujeres y 5 hombres han sufrido accidentes de trabajo, el más frecuente de ellos son las quemaduras. 4 hombres y 4 mujeres consideran que su estado de salud es bueno, 4 hombres y una mujer dicen estar regular de salud y 1 mujer dice que su estado de salud es bueno. Solamente 6 de los 14 adultos mayores trabajadores identificados piensan que el trabajo afecta la salud.

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 3 eventos (exposición rábica, Leshmaniasis cutánea y tuberculosis pulmonar), los cuales no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, hacinamiento y contaminación atmosférica.

3.2.5 Núcleos problemáticos priorizados territorio 2

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 1: El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales, sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

Este núcleo está soportado bajo lo establecido con el estado de salud mental y el análisis en aspectos como: conducta suicida, violencia intrafamiliar, abuso sexual, trabajo infantil, que es lo que más aqueja a la población infantil del territorio.

Además de la inasistencia de procesos pedagógicos diferenciales para la educación de los infantes, la falta de instituciones educativas que promuevan y garanticen la educación inicial, preescolar y básica, para los niños y niñas en condición de discapacidad física y limitación cognitiva de leve a moderada, la población infantil se encuentra excluida de los procesos de formación de sociedad. Como posibles alternativas se han planteado y desarrollado programas de inclusión y atención diferencial que integren una visión étnica, la situación de desplazamiento y a los infantes en situación de discapacidad. El objetivo de estos planes es la erradicación del racismo y las diferencias físicas y mentales.

Según información reportada por la Sala Situacional de Salud Mental 2009, las mayores problemáticas que se presentan en niñas y niños en los barrios comprendidos por Eduardo Frey, Santa Isabel sector sur, que pertenecen a la UPZ Restrepo, son:

Infecciones respiratorias agudas (IRA), encontrándose casos de neumonía, bronquitis, bronquiolitis, asociados a la cercanía de vías principales de transportes y el río Fucha.

Entre 1 a 4 años de edad, se observa una gran proporción de casos de violencia psicológica y violencia verbal.

Entre los 5 y 14 años, predominan los casos de violencia psicológica, seguida por la violencia física y verbal.

El abandono como parte de la violencia ejercida en los niños y niñas, encontramos que desde el mes de nacido hasta los 9 años es el rango de mayor riesgo.

Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas: En la localidad Antonio Nariño en el territorio social La Paz, que comprende los barrios San Jorge Central, Eduardo Frey, Santander, Santander Sur, La Fragua y SENA, se evidencia una problemática de consumo de sustancias psicoactivas que afecta negativamente las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio.

Esta situación perjudica principalmente a la juventud, pero no se descarta que concierne también a toda la población del territorio, puesto que se han identificado diversos grupos y personas consumidoras que intimidan a la población con actitudes agresivas y violentas.

Los lugares en donde se ha evidenciado que se presenta esta situación son en el parque Santander, La Fragua, Eduardo Frey, San Jorge Central, debajo de la escalera de la Defensa Civil del barrio Santander, alrededores de los colegios del territorio, en la Plazoleta de San José, en el Caño de la Albina, el Caño La Fragua y del río Fucha, frente a la parroquia del barrio Santander, la glorieta de la 8 con 27 sur, frente al SENA y avenida Primero de Mayo entre las carreras 27 y 30.

La comunidad considera que las causas del consumo de SPA obedecen a la soledad en niños, niñas, jóvenes y adultos, la desintegración familiar, la falta de oportunidades laborales y de estudio, y alternativas para el manejo del tiempo libre.

Entre las consecuencias del Consumo de SPA se encuentran los continuos robos, atracos, muerte un aumento de personas que consumen SPA, violencia intrafamiliar, deserción escolar, embarazos no deseados y aumento de enfermedades venéreas.

Los habitantes del territorio consideran que los derechos vulnerados son al trabajo a la seguridad económica, a la recreación y el deporte, a la justicia, al ambiente sano y salud, a la educación, a la seguridad y a la movilidad.⁷⁵

Violencia intrafamiliar y social: La problemática de inseguridad afecta a todas las etapas de ciclo vital debido a los altos índices de atracos callejeros a mano armada, raponazos y robo en viviendas y en negocios, entre los que se cuentan hurto de contadores del agua y gas, y la existencia de barras futboleras que se tornan agresivas. Estas últimas se reconocen como grupos organizados dentro de una hinchada, conformada especialmente por jóvenes hombres quienes se caracterizan por producir diversos incidentes violentos dentro y fuera del estadio. La existencia de barras futboleras en el territorio se georreferencian en los barrios Santander y la Fragua. Se ha evidenciado que ocasionan disturbios y daños sobre los bienes ajenos.

Muchos de los casos de delincuencia son protagonizados por población juvenil, en su mayoría. Cabe resaltar que la comunidad manifiesta que con frecuencia hay jóvenes menores de edad delinquiendo y que se aprovechan de esta condición para continuar haciéndolo reiteradamente, pues no hay una ley que sancione fuertemente a esta población.

La inseguridad (robos, atracos) se evidencia en todo el territorio aunque con mayor frecuencia sobre la Avenida Primero de Mayo, la zona bancaria y comercial, en el trayecto del canal albina, la autopista sur y alrededores del colegio Francisco de Paula Santander.⁷⁶

La relación del problema de inseguridad obedece en parte al cambio del uso del suelo de residencial a semi-industrial, puesto que la zona comercial e industrial cuenta con gran movimiento de personas en el día, lo que minimiza la inseguridad, y en la noche los dueños y empleados se dirigen a sus viviendas que en gran parte son fuera del territorio y la localidad, dejando lugares solos que se transforman automáticamente en peligrosos; por otra parte encontramos que la falta de empleo para jóvenes y adultos en edad productiva, los induce a concurrir en actos delictivos.

Son muchas las consecuencias que trae esta problemática, afectando especialmente la integridad física y mental, ya que genera temor, miedo, angustia y desconfianza entre los mismos habitantes del territorio y visitantes ocasionales. Por otra parte en casos aislados se ha evidenciado que los robos y atracos han cobrado la vida de la víctima.

Los habitantes sienten que el derecho a la Seguridad e Integridad Personal se encuentra afectado, puesto que se debe garantizar en todos los espacios de la vida cotidiana; así mismo el derecho a un ambiente sano y a la salud. Con situaciones de inseguridad que viven estas personas se vulnera su salud física, psicológica y emocional y por ende la vida social e individual de los habitantes del territorio. Igual sucede con el derecho a la movilidad, ya que se torna peligroso transitar a cualquier hora del día especialmente la tarde y noche,

por el temor a ser violentados físicamente o despojados de sus pertenencias; el derecho al trabajo se vulnera cuando no se garantiza acceso al mismo a jóvenes y adultos en edad productiva, facilitando que opten por incidir en actos delictivos como estilo de vida y/o subsistencia.

Con respecto al tipo de violencia conviene decir que, los casos que más se notificaron según la base de datos de SIVIM 2008, son de género femenino con un 67% y con un 33% de género masculino.

El tipo de violencia que predomina es el emocional, con casos notificados en un 43%, seguido de violencia física con 17 casos reportados para un 40%, entre estas edades (20 a 26 años), la violencia sexual es de un 2%, y finalmente esta la violencia por negligencia con un 10%, y la económica con un 5%.

De una manera cruda el adulto puede definirse como todo individuo, hombre o mujer, que ha alcanzado la plenitud de su desarrollo corporal, intelectual, mental y la estabilidad emocional de una persona madura. Sin embargo, si se mira desde el punto de vista de la salud mental, esta definición tendría que reevaluarse pues en este ciclo vital a diferencia de los anteriores, las personas están expuestas a diferentes factores y situaciones estresantes que pueden afectar de manera importante su salud mental.

Por otra parte, las edades que fueron más notificadas según la intervención psicosocial en la localidad Antonio Nariño, están entre los 27 y 40 años de edad, a causa de los eventos de depresión (asociados a situación familiar violencia y conflictos, duelo no resuelto, consumo de SPA), y trastornos de ansiedad asociados a embarazos no deseados.

En el año 2009, la intervención Psicosocial atendió un total de 17 casos de adultos y adultas, los cuales representan el 26,5% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (64 casos); se observa el predominio de factores que influyen en la salud familiar, en las mujeres, equivalente al 82% del total de la población reportada. En los adultos se encontró predominio de eventos relacionados con problemas económicos y de vivienda (1 caso), el estilo de vida (1 caso) y enfermedad crónica terminal (1 caso). En las mujeres adultas se presentaron en su orden: problemas con el grupo primario de apoyo (5 casos), problemas de crianza del niño (2 casos), lesiones por síndrome de maltrato (2 casos), problemas económicos (1 caso), trastornos mentales y de comportamiento (1 caso), problemas con el estilo de vida y modo de vida (1 caso). La distribución de casos según territorio social fue: Territorio 2 (6 casos que equivalen al 35% del total reportado), territorio 4 (11 casos que equivalen al 17% del total reportado).

La situación en cuanto a Redes sociales y familiares se enmarcan en determinantes **Estructurales** en cuanto a la exclusión que existe de las personas mayores debido a que no se tienen en cuenta sus habilidades y potencialidades, desconociendo de esta forma los planteamientos del envejecimiento activo. Por otra parte el modelo económico, social y político que conlleva cada vez más a la individualidad y a la creación de condiciones de desigualdad. Lo que conlleva a la transgresión del derecho **al libre desarrollo de la personalidad** el cual *“permite al ser humano la construcción de la personalidad a partir del ejercicio autónomo y responsable, conforme a sus intereses, deseos y convicciones, siempre y cuando no afecte los derechos de otros, ni vulnere el orden constitucional. La sentencia de la Corte Suprema de Justicia 481 de 1998 evidencia la estrecha relación de este derecho con el concepto de autonomía de la personalidad, que comprende toda decisión que incida en la evolución de la persona en las etapas de la vida en las cuales tiene elementos de juicio suficientes para tomarla.”*⁷⁷

Según hallazgos de la **Transversalidad de Discapacidad** se identifica que las personas mayores en condición de discapacidad carecen de redes sociales y de apoyo emocional que promuevan el desarrollo e inclusión. Se define como determinante **singular** debido a que se evidencia en algunos casos el abandono por parte de algunos familiares de las personas con discapacidad, lo cual aumenta el sentido de vulnerabilidad de la persona mayor, pasando a afectar lo **Particular** en el sentido de oportunidad de respuesta por parte de las instituciones, las cuales en ocasiones no son pertinentes en sus intervenciones.

⁷⁵ Documento GSI Mesas territoriales.

⁷⁶ Lectura de necesidades GSI 2009

⁷⁷ Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

La falta de reconocimiento, cuidado adecuado y oportuno de la persona mayor en sus hogares genera sentimientos de tristeza y reduce la toma de decisiones y de autonomía. Desde el informe final del **PDA Salud Mental** se corrobora la información en donde se manifiesta que en las personas mayores lo más frecuente son los problemas de salud, enfermedades crónicas, abandono, soledad, sienten que son un estorbo, sufren de depresión, abuso, son cuidadores pero no infunden el respeto que deben tener y no son tenidos en cuenta. Esta situación se genera de manera **singular** en la medida en que la persona mayor percibe la pérdida del rol de generador y de transmisor de saberes, conocimientos y experiencias, lo cual conlleva a su vez que la persona mayor tenga percepciones de abandono e inutilidad reduciendo de esta manera la autonomía y bienestar de la persona mayor.

Los aspectos en salud mental (episodios depresivos) en la que se ve más afectado las personas mayores del territorio, son los siguientes:

Territorio 2: Asociado a conflicto familiar

Ansiedad: asociado a trastornos de conflicto familiar

Así mismo se presenta el abandono, la soledad, inadecuado manejo del tiempo libre, dificultad para enfrentar los cambios de la etapa.⁷⁸

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 2: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

La población conformada por niños y niñas del territorio La Paz, habitan en viviendas que están estratificadas en los niveles 2 y 3, clasificación que no corresponde a la situación socioeconómica de la población. Este hecho afecta directamente a los infantes en su posibilidad de adquirir servicios y en la afiliación a programas específicos que cuenten con subsidios de educación recreación y salud. La explicación a esta circunstancia se encuentra en el hallazgo de una pobreza oculta, que se determinó mediante el análisis de la situación económica de los núcleos familiares, observando que en ocasiones corresponde a una pobreza avergonzante y evidente en las actividades que se ven obligados a realizar. Un ejemplo claro es el aumento de trabajos informales, aumento de vendedores ambulantes y delincuencia (robos). Como alternativa de solución se plantea realizar una revisión minuciosa respecto a la medición de características de estratificación social especial para la población infantil ya que es la población más sensible y que requiere con necesidad y frecuencia los servicios, para tener una vida con calidad.

En la localidad Antonio Nariño en el territorio social La Paz, que comprende los barrios San Jorge Central, Eduardo Frei, Santander, Santander Sur, La Fragua y SENA, se evidencia una problemática medio ambiental que afecta negativamente las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio.

Esta problemática afecta a todas las etapas de ciclo vital. Se trata de la inadecuada disposición de excrementos de caninos en todos los parques del territorio y por otra parte se evidencian focos de basuras en las calles aledañas al Jardín Santander y a la Plaza de Mercado. Otros agente productores de contaminación ambiental y auditiva son los talleres de motos, fábricas, tintorerías, fundición y chatarrería, ubicados en el barrio Santander entre la carrera 32, entre las calles 18 a 30 Sur, y la calle 31 con carrera 19 y la avenida Primero de Mayo, que propician el desmejoramiento de la calidad de vida y salud de los pobladores de esta zona.

El otro problema y que es mencionado en todos los territorios es la presencia de jóvenes que

utilizan los parques para consumir drogas y algunas veces rompen botellas en estos lugares. En ocasiones también se presenta la estigmatización de grupos de jóvenes por la comunidad como posibles pandillas que pueden llegar a delinquir.

Los estudios ambientales observan como causa fundamental del deterioro producido la adopción de un modelo económico depredador que sólo ha buscado la ganancia inmediata sin tomar en cuenta el cuidado del medio que nos rodea. La adopción de este modelo de crecimiento se inicia desde la llamada Revolución Industrial y es obvio que sus efectos visibles se harán patentes mucho tiempo después, ya que la naturaleza había sido hasta entonces capaz de digerir dichos efectos. Lo que es más interesante es que existe la tendencia a trasplantar automáticamente ciertos problemas propios de los países desarrollados hacia los subdesarrollados y a no considerar las formas propias de contaminación que éstos generan.

La realidad del problema ambiental no puede ser vista sólo por los signos evidentes de la enfermedad sino que es necesario ver sus causas, aparece entonces como relevante el binomio medio ambiente-desarrollo el cual empieza a cobrar fuerza como categoría analítica de la problemática ambiental. Pero lo más grave es que las amenazas que pesan sobre el planeta las compartimos todos, sin embargo, queda claro que, si bien todos estamos amenazados, ni la responsabilidad sobre las causas ni las consecuencias inmediatas son compartidas equitativamente.

De forma jerárquica, la urbanización desordenada, en la medida en que genera condiciones de movilidad urbana mediada por el uso desmedido de automotores; desestimula otras alternativas urbanísticas como ciclo rutas, limitan la práctica de la actividad física a la hora de transportarse en las poblaciones urbanas y esto se reconoce como un factor que deteriora la calidad de vida.

Barrio Carlos E. Restrepo: En cuanto a lo cultural se han realizado actividades en el Parque de la Valvanera, en el Salón Comunal y en la Cámara de Comercio, cubriendo todas las áreas artísticas. Posee el parque la Valvanera y el Carlos E. Restrepo.

Barrio Santander: En el barrio se encuentra la Parroquia de la Paz, que administra dos centros educativos, una sede de la Universidad San Buenaventura y el Parque Central, que es utilizado periódicamente para actividades culturales, deportivas y recreativas. Cuenta con Junta de Acción Comunal y salón comunal.

Barrio La Fragua: En cuanto a su infraestructura encontramos el Polideportivo de la Fragua y el Estadio Local Andrés Escobar, estos escenarios son administrados por el IDRD y sólo hasta este año se ha reanudado la intervención cultural gracias al Festival Local de Cultura y a los encuentros Culturales Barriales, estas actividades se han realizado en el interior del Polideportivo

Barrio San Jorge Central: El barrio cuenta con población joven y activa, organizada en grupos espontáneos. Es así como existen grupos de rock, jazz, orquestas y grupos de jóvenes que vienen trabajando en el aspecto cultural.

Barrio Eduardo Frey: Cuenta con el centro educativo Lina Amerino, donde se realizan actividades culturales, y en las instalaciones de éste, figura la Junta de Acción Comunal. Se encuentra también en el barrio el Parque Maracaná, que constituye una pequeña zona ubicada a un costado del salón comunal.

Las condiciones ambientales no óptimas o inadecuadas que se presentan en la localidad Antonio Nariño, afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas mayores, estas condiciones ambientales se deben a la falta de políticas claras para la protección del medio ambiente que favorezcan la conservación de la calidad de vida. Estas situaciones se enmarcan en determinantes **Estructurales**, debido a la falta de reglamentación o en muchas ocasiones del incumplimiento de la misma.

78 Informe PDA Salud Mental. Actualización Diagnóstico local. 2010.

Se evidencian focos de basuras en las calles aledañas al Jardín Santander y la Plaza de Mercado; en relación a los demás habitantes del territorio se evidencia que debido a la existencia de talleres de motos, fábricas, tintorerías, fundición y chatarrería, producen contaminación ambiental y auditiva, propiciando al desmejoramiento de la calidad de vida y salud de las personas mayores.

Las problemáticas descritas anteriormente obedecen, como se había mencionado antes, a la falta de responsabilidad y cultura ciudadana de los dueños de los caninos, quienes no recogen los excrementos de sus mascotas, a la poca cultura ciudadana de los habitantes del territorio que arrojan basura en calles, andenes y parques, y finaliza con la ausencia de una reglamentación clara sobre el uso del espacio público, especialmente de andenes, por parte de los talleres, que en parte se debe al cambio del uso del suelo, que ha pasado de residencial a semi-industrial.

Esta realidad tiene serias consecuencias para la salud como enfermedades respiratorias y de la piel, el taponamiento de cañerías con basuras que ocasiona represamiento de aguas en épocas de lluvia y por consiguiente perjudica la salud, una constante contaminación auditiva y la limitación del uso del espacio público puesto que es empleado para fines comerciales particulares. Todo esto impide que las personas mayores ejerzan su derecho a la utilización del tiempo libre, puesto que no hay sitios adecuados para la realización de actividad física. Así mismo los derechos más afectados son: la recreación y el deporte, al no poder hacer uso satisfactorio de los parques del territorio; el derecho a un ambiente sano y a la salud, ya que en los espacios públicos pueden contraer algún tipo de enfermedad y el derecho a la movilidad, puesto que los andenes son empleados para uso comercial privado y no permiten el tránsito normal de los habitantes.

De igual forma en el territorio se identifican las siguientes características ambientales que influyen de manera negativa en la calidad de vida de las personas mayores y que son determinantes que afectan de manera **Particular y Singular**, su calidad de vida: la Contaminación por ruido y vertimiento a la calle de desechos de talleres y fábricas, esta situación se presenta en la Calle 30 A sur con carrera 32 (Eduardo Frei, además invasión del espacio público y acumulación de escombros), Avenida Primero de Mayo entre Carrera 30 y Autopista Sur (San Jorge Central, talleres de motocicletas), Avenida Carrera 30 entre Av. 1° de Mayo y calle 37 sur (San Jorge Central). El deterioro de andenes y calles por la actividad de talleres en la Avenida 27 entre carreras 38 y 39 por presencia de talleres y parqueadero de busetas (5 de Noviembre). Avenida 1° de Mayo entre Av. carrera 30 y Autopista Sur y Avenida Carrera 30 entre Av. 1° de Mayo y calle 37 sur (San Jorge Central). Avenida Carrera 27 entre calles 30 y 37 Sur (Eduardo Frei).⁷⁹

La contaminación ambiental es producida por emisiones de gases ubicándose principalmente en los barrios la Fragueta y Santander. Entre ellas se han identificado: el Cementerio del Sur, talleres de mecánica y pintura automotriz, marmolerías, industria maderera, fábricas de baterías, restaurantes, tipografías, litografías, estaciones de gasolina, fabricas de artículos de caucho, de vinilos y esmaltes, de calzado, de espumas, de carrocerías, parque automotor y lavanderías de ropa en seco. La malla verde local es insuficiente para mitigar toda la contaminación, el desarrollo de la localidad se ha orientado al cambio de zonas residenciales por industriales y de comercio, generando falta de sentido de pertenencia del territorio por la ciudadanía y deterioro ambiental por la descarga de aguas negras y químicos de las industrias, invasión de las rondas de los canales, invasión del espacio público, contaminación visual, emisiones de gases por parte del sector industrial y altos niveles de ruido. La contaminación del cauce de los ríos por aguas negras, aceites y grasas provenientes de bombas de gasolina y talleres que se genera por diversas causas, entre ellas industrial, residencial, comercial, vial y lo más delicado es que no hay espacios suficientes para implementar las acciones requeridas.

El grado de contaminación está asociado principalmente con cromo, plomo, aceites usados, solventes, grasas y metales pesados. Lo anteriormente expuesto es mencionado en el plegable Situación de Salud de Antonio Nariño, lo cual fue validado este año en los recorridos realizados durante el primer semestre del año por las diferentes instituciones participantes en la estrategia de Gestión Social Integral y en compañía de la comunidad; se destaca la situación de medio ambiente vivida en el barrio Santander donde a través de los recorridos y en compañía del Sr. Héctor Reyes, líder del barrio y perteneciente a la JAC, hace mención de la situación antes descrita.⁸⁰

De acuerdo a esta información se presentan algunas zonas en los territorios sociales que son más críticas que otras en condiciones ambientales, a continuación se mencionan algunos sectores:

“La Mutual” en el barrio La Fragua, por el deterioro de la malla vial y las condiciones de vida de sus familias; el Canal Rio Fucha, por acumulación de basuras, presencia de vectores, humedad para el sector residencial cercano, presencia de habitantes de calle, consumo de SPA, inseguridad y deterioro de la infraestructura vial. El barrio Eduardo Frei por deterioro de malla vial, invasión del espacio público por carros y camiones, acumulación de residuos sólidos en las calles, inseguridad y consumo de sustancias psicoactivas por habitantes de calle y transeúntes. Lo anterior se asocia a la zona de chatarrerías y bodegas de reciclaje ubicada allí.

La diagonal 27 Sur con carrera 34 A, sector cercano a parque de San Jorge, por invasión del espacio público por vehículos y consumo de sustancias psicoactivas en el parque, lo que genera inseguridad. La Avenida Primero de Mayo entre Avenida Carrera 30 y Autopista Sur, por contaminación auditiva y de residuos de talleres de motocicletas, presencia constante de olor a pinturas, disolventes y aceites, deterioro de andenes por los talleres, acumulación de residuos sólidos en andenes y separador de la Av. Primero de Mayo, inseguridad y presencia de vendedores ambulantes en semáforos y transporte público. Además se ubican en ese mismo sector lugares de lenocinio que actualmente se amparan del control institucional bajo la figura de clubes privados. Por último, encontramos el sector del Cementerio del Sur por inadecuada disposición de residuos sólidos, presencia de menores trabajadores, vendedores ambulantes y contaminación.

Según la información aportada por **Entornos Saludables del Ámbito Familiar**, en el barrio Santander del territorio, se presentan incremento de establecimientos nocturnos en donde se produce contaminación auditiva la cual genera molestias a las personas mayores. Así mismo, en estos lugares se comercializa licor no apto para el consumo humano. De igual forma las personas se ven afectadas por la falta de vivienda propia y espacios higiénicos y agradables al interior de las viviendas del barrio anteriormente mencionado, a esto se suma la falta de visión integral para tener en cuenta las características físicas y culturales de las personas mayores. Se identifica la venta libre e indiscriminada de medicamentos en establecimientos no farmacéuticos, que representa un riesgo en las personas mayores, pues aumenta la posibilidad de adquirir productos sin garantía de calidad.

En relación a los parques de bolsillo y los parques vecinales, las zonas verdes con las que cuentan los barrios del territorio son, entre otros: el Polideportivo y el estadio “Andrés Escobar” en La Fragua, la Alameda y ciclo ruta sobre la ronda del río Fucha entre la carrera 27 y la Autopista Sur, y el proyecto de construcción del Parque Metropolitano de recreación pasiva. Estos recursos facilitan la realización de actividad física, recreación y deporte a los ciudadanos y ciudadanas. Además se ubican centros educativos de preescolar, primaria y bachillerato, tanto privados como públicos, la sede de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia y el Complejo Sur del SENA ubicado en el barrio SENA.

⁷⁹ Documento preliminar de caracterización de los territorios. Narrativas territorios. Fundación FERGUSSON. Equipo Transectorial. 2010

⁸⁰ Avance posicionamiento Plan Territorial. 2009

Las Vías principales que facilitan el acceso al territorio, como la Avenida Calle 1ª, Avenida Carrera 27, Avenida Carrera 30 y Autopista del Sur.

Las situaciones anteriormente descritas contradicen lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión **Vivir bien en la vejez** la cual nos plantea la *“Creación de entornos sanos, seguros y de fácil tránsito, eliminando barreras en la ciudad donde se reconozcan las situaciones particulares en movilidad de todas las personas mayores, hombres y mujeres, haciendo énfasis en las necesidades de las personas mayores en condición de discapacidad y en la comunidad rural.”*⁸¹

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 3: El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado), genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

El núcleo engloba las altas prevalencias de desnutrición y enfermedades frecuentes que registran las estadísticas de salud pública en la ESE (ERA y EDA). Las causas que ponen en alto riesgo a la población infantil son las actuales condiciones del ambiente, factores que deterioran y predisponen al establecimiento de enfermedades y desestabilización de la salud. En el territorio la prevalencia de Desnutrición Global es del 7.3%, la más alta entre los demás territorios GSI de la localidad, y la obesidad + sobrepeso que presentó una prevalencia del 2%.⁸²

De la caracterización entregada por el ámbito laboral, se observa vulneración del derecho al trabajo en condiciones dignas que garanticen una estabilidad y sostenimiento económico, que así mismo permitan el inicio de estudios técnicos o profesionales. La falta de aplicación de la normatividad en materia de pago de aportes a la seguridad social (salud pensión y riesgos profesionales), ponen en riesgo la integridad de los y las jóvenes no garantizando un futuro prospero.

Las siguientes son las actividades económicas en las que trabajan los y las adultas de la localidad en los diferentes territorios de Gestión Social Integral encontradas por el ámbito laboral en inspecciones de terreno del año 2009.

Territorio 2: Fabricación de herrajes, fabricación de zapatos, Fabricación de arequipe, Fabricación de pan, Fabricación de vehículos y motos, Plaza de mercado Santander, Fabricación de cartón, Fabricación de filtros, Fabricación de servicios, Fabricación de muebles.

La inestabilidad laboral que se vive en la actualidad imposibilita al adulto en el desarrollo de su proyecto de vida, ya que no logra acceder a los servicios de créditos financieros y no puede responder por las deudas adquiridas.

Poca inserción a la economía formal de integrantes de minorías étnicas, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, mujeres y población LGBT.

Se presenta la inequidad de géneros en oportunidades de desarrollo integral, que no garantizan la satisfacción de necesidades básicas debido a las condiciones económicas que promueven la indigencia y la dependencia económica en las personas mayores, así como la exclusión de los procesos productivos e inclusión en condiciones precarias. Debido al modelo económico capitalista que permite aumentar cada vez más la monopolización de recursos mediante la globalización y las políticas de privatización, situación que ha llevado a la precarización de las condiciones de empleo y productividad. Lo que se define como un determinante **Estructural**.

Como determinantes **Particulares** se observa que la falta de dinero en el hogar, hace que los adultos salgan a trabajar y se cambien los roles haciendo que las personas mayores asuman el papel de cuidadores de los niños, se crea dependencia económica y aumenta la depresión por el rechazo. A esta situación se le suma la falta de existencia de un espacio laboral para esta población, por que relacionan la productividad con lo físico, lo que conlleva a ignorar las capacidades intelectuales de las personas mayores, así mismo la oferta institucional de las actividades para la persona mayor no responde a sus necesidades reales en términos de productividad y generación de ingresos.

El mercado productivo considera a la persona mayor improductiva y no le genera un empleo digno ni en las condiciones que se requieren de acuerdo a sus capacidades. Los trabajos realizados por las personas mayores en su edad “productiva”, no permitieron en su mayoría obtener una pensión lo que genera hoy en día pérdida de autonomía, disfuncionalidad y dependencia, lo que afecta de manera **Singular** la calidad de vida de las personas mayores de los territorios de la localidad.

Desde el análisis que se realiza con la **Transversalidad de Discapacidad**, se considera que la falta de empleo se define como determinante **Particular**, debido a que afecta de manera directa la economía familiar y la manera de relacionarse con la sociedad, pasando por **singular** debido al desconocimiento de capacidades de las personas mayores con discapacidad, y por último se define como **estructural**, debido a que no existen suficientes programas que incluyan esta población.

Estas situaciones reiteran la vulneración del Derecho al Trabajo, el cual expone que “toda persona en edad de trabajar debe ejercer libremente profesión, arte u oficio para transformar, crear y producir con el fin de desarrollar capacidades y satisfacer necesidades personales, familiares y sociales”

A su vez contradice lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión **Vivir bien en la vejez** la cual nos expone el “Desarrollo de proyectos productivos, que incorporen procesos de capacitación y acompañamiento, permitiendo la continuidad laboral y el desarrollo humano de las personas mayores que quieran y estén en la capacidad de seguir trabajando”.

Debido al modelo de Salud se generan barreras institucionales que generan exclusión e inequidad en el acceso a servicios a las personas mayores. La falta de atención inmediata a las personas mayores, se debe a las políticas institucionales de los prestadores de salud, cuya dinámica está inmersa en las contracciones del mercado. Así mismo no hay prioridad y los Diagnósticos realizados son generalizados y determinados por la edad, descartando las posibilidades de prevención de enfermedades. Estas situaciones están enmarcadas en determinantes **Estructurales**.

Se tiene como consecuencias que se deteriora la salud de las personas mayores debido a la falta de atención oportuna, se pierde credibilidad hacia el sector salud debido a la deshumanización en la atención y se crean nuevas enfermedades debido a la falta de prevención. Estas situaciones se presentan y se generalizan en los cinco territorios de la localidad y se enmarcan en determinantes **Particulares**. Las dinámicas de relación e intereses de las personas mayores que entran en conflicto con la oferta y calidez de la atención en los servicios de salud, pasa por ser un determinante **Singular**.

En el análisis realizado con la **Transversalidad de Discapacidad** se observa la falta servicios de rehabilitación integral, y los existentes incluyen solo a la población vinculada. El tipo de contratación con EPS subsidiada limita al acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud. También la georreferenciación de las EPS subsidiadas contratadas que ofrecen sus servicios en las localidades distantes, lo cual dificulta el acceso a las mismas.

Esta situación se define como determinante **Singular** ya que afecta de manera directa a las personas mayores, pasando por **Estructural** debido a que no existen programas que tengan

81 Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

82 Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional SISVAN 2009. Hospital Rafael Uribe.

continuidad, y si los hay, acoge a personas que están en el régimen subsidiado, lo que limita la inclusión a los pocos servicios que se brindan para esta población.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 4: La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad, genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

Desde diferentes ámbitos se han expresado quejas y reclamos al momento de solicitar el acceso a servicios de salud, calificándolo como falta de sensibilidad, de respeto y discriminatorio. Acudir a los servicios médicos aparece como fuente de tensiones y malestar psico-social, en especial a los niños, niñas y mujeres gestantes pertenecientes a etnias menores en situación de desplazamiento. Además, cuando no se cuenta con la documentación requerida por los modelos de salud, este es violado. Entre las causas más frecuentes es la falta de no estar registrado o no contar con un documento que permita la identificación para la vinculación al sistema de salud.

Como alternativa de solución sería realizar vínculos con los sistemas de registro y gestión de salud, presentes en el territorio La Paz, identificando y vinculando directamente al solicitante de salud con el registro nacional y el registro en el sistema de salud, solucionando dos aspectos, por una parte el derecho al servicio de salud y el registro legal de un ser.

Para la población en condición de discapacidad las barreras de acceso se presentan en los servicios de salud y educación. En el territorio La Paz, no se cuenta con colegios integradores donde las prácticas pedagógicas sean pertinentes a las necesidades educativas especiales (NEE), donde promueva y garantice la educación inicial y preescolar básica para la población infantil en condición de discapacidad. En este territorio existe un colegio integrador para niñas con déficit cognitivo, que no cubre un porcentaje significativo de la población que requiere ser escolarizada.

Esta información corresponde a las asesorías y acciones de RBC que brindan a los colegios de la localidad Antonio Nariño, desde el Hospital Rafael Uribe Uribe, programa de Salud al Colegio transversalidad de discapacidad en las intervenciones de sensibilización y detección de necesidades educativas especiales permanentes y / o transitorias. Acompañamiento para la inclusión escolar de niños y niñas en condición de discapacidad y acompañamiento para la garantía en salud de niños y niñas en condición de discapacidad. En Colegios promotores y colegios integradores de la localidad Antonio Nariño.

Debido a la vulneración al derecho de la salud, en este territorio se presenta una alta incidencia de enfermedades crónicas, ellas afectan a todos los grupos de la sociedad e imponen dos tipos de carga: por una parte afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos, y por otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud generalmente de alto costo.

De igual forma, en este territorio se presenta una alta incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH, debido a la vulneración y exclusión de la población adulta al SGSSS.

Para el año 2009, el programa de Regulación de la fecundidad se mantuvo con una ejecución del 80% para la meta programada, en promedio se realizan 10067 consultas de planificación familiar entre primera vez y controles, y 5089 entre primera vez, ejecutándose al 90% la meta para el programa durante todo el año.⁸³

La asistencia a la consulta de planificación familiar por género corresponde al 99,9% en usuarias mujeres, de las cuales los métodos anticonceptivos de mayor uso son inyectables y orales 80%, implante Subdérmico en un 10%, DIU 5%, definitivos (remisión) 5%, teniendo en cuenta que al 100% se le ofrece un método de doble protección.⁸⁴

3.3. Territorio 3: Restrepo Social e Incluyente

El territorio 3, denominado Restrepo Social e Incluyente en ejercicios realizados por grupos dinamizadores de la GSI, está conformado por dos barrios, Restrepo Central y Restrepo Occidental, con estrato 3 (ver tabla 17.)

Tabla 17. Barrios y UPZ que integran el Territorio 3. Antonio Nariño

TERRITORIOS	BARRIO	UPZ
TERRITORIO 3	RESTREPO CENTRAL	38 RESTREPO
	RESTREPO OCCIDENTAL	38 RESTREPO

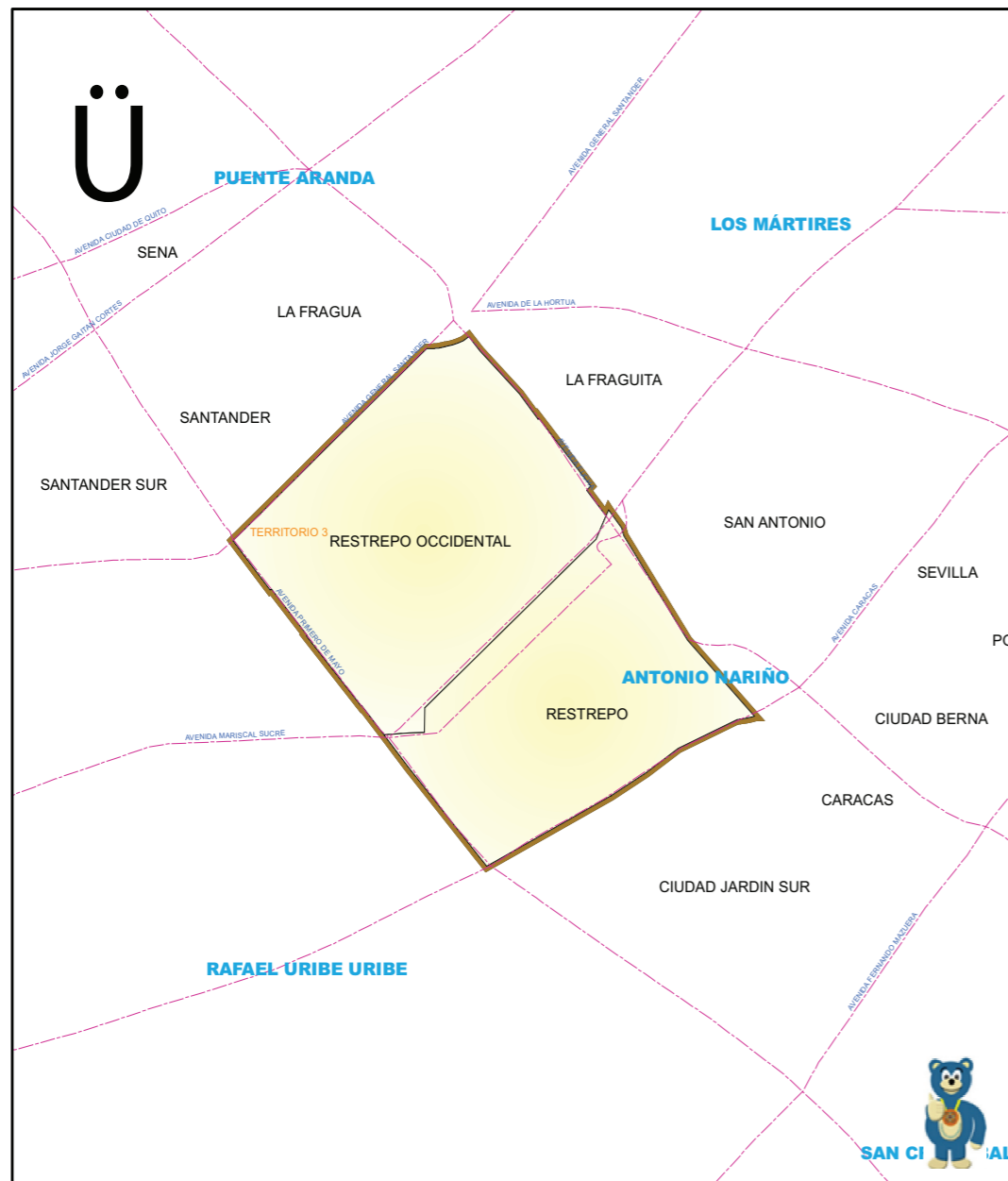
Fuente: Alcaldía Local de Antonio Nariño. Subdirección de integración Social. Grupo Fergusson

La delimitación del territorio se describe a continuación: Por el Norte: Localidad Puente Aranda, Sur: B. Ciudad Jardín, Este: B. La Fragueta, San Antonio y Oeste: Localidad RUU. (Ver mapa 11).

83 HRUU. SIVIM, Registros de atención a población afectada. 2009

84 Ibid

Mapa 11. Territorio 3 Restrepo Social e Incluyente



Territorio 3
 Vías Principales

ESCALA 1:15.000
Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Límite de Localidades (Res. 2336e29 de Abril de 2004)

LOCALIDAD
15
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaria Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU – Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

A continuación se presentan las dinámicas y características del territorio por categorías de análisis, teniendo como base los insumos de los recorridos por el territorio, realizado por funcionarios y funcionarias de instituciones y líderes comunitarios, el 30 de marzo y el 13 de abril de 2009, por los barrios Restrepo Central y Restrepo Occidental, así como Información aportada por el Hospital Rafael Uribe sobre Diagnósticos por etapa del ciclo vital y transversalidades.

Los dos barrios que conforman este territorio pertenecen al estrato 3, tienen cobertura total de servicios públicos y se caracterizan por tener un uso principalmente comercial e industrial, aunque también se encuentran viviendas de uso habitacional de diferentes tipos: apartamentos, casas familiares e inquilinatos, con estructuras antiguas, pero en general en buen estado aparente.

En el territorio se destaca principalmente la industria del calzado y la marroquinería y una amplia variedad de oferta de servicios de diferentes características: bancos, restaurantes, moteles, tabernas, bares, plaza de mercado, centros comerciales, talleres, venta de autopartes, almacenes, microempresas, instituciones prestadoras de servicios de salud, instituciones privadas y públicas de educación formal (primaria, secundaria, técnica y superior) y no formal, además de contener al centro administrativo de la localidad.

Con referencia a las características de la población que habita el territorio y sus condiciones de vida, el Diagnóstico Local de Salud elaborado por el Hospital Rafael Uribe, actualizado en 2008, describe sus características de la siguiente forma: “sus moradores son, en general, personas adultas en edad productiva, con educación media, de estrato 3 y con nivel IV del SISBEN, cuenta con un gran porcentaje de población flotante, una parte de ésta labora permaneciendo en la localidad en promedio ocho horas diarias, la otra parte está comprendida por compradores, visitantes y transeúntes”.⁸⁵

Territorio comercial, de servicios y esparcimiento de la localidad; es el lugar por excelencia donde se concentra la mayor parte de establecimientos dedicados a la venta y consumo de alimentos, bebidas alcohólicas y almacenes de comercio de ropa, útiles escolares y demás.

Se destacan a demás las talabarterías, almacenes de calzado y zapaterías, las cuales generan grandes cantidades de residuos y contaminación en general.

En este territorio son pocos los espacios destinados a la vivienda, en razón a los altos índices de ruido que generan esta alta cantidad de establecimientos.

En algunos sectores de este territorio se encuentran fábricas de calzado y trabajo de cuero en general.

En la UPZ Restrepo, habitan un total de 76.226 personas con predominio de sexo femenino, el total de habitantes de esta UPZ representa el 71% del total de la población de la localidad. La etapa de ciclo adulto es la más representativa (45%), seguido de la etapa juventud (27%), Infancia (17%), y por ultimo persona mayor (11%). (Ver tabla No. 18).

3.3.1 Etapa infancia

Otro aspecto muy relevante es la disposición de infraestructura requerida por los niños y las niñas para el desarrollo de recreación y libre esparcimiento. Como respuesta a esta necesidad, en la localidad se ubica la biblioteca Carlos E. Restrepo, espacio donde los niños y las niñas en edad escolar encuentran una ayuda para el desarrollo de sus tareas; por otra parte la biblioteca presenta un portafolio de servicios y actividades, algunas de estas direccionadas exclusivamente a la población infantil, promoviendo la cultura y el buen uso del tiempo libre.

85 Hospital Rafael Uribe Uribe. Diagnóstico local de salud, actualización 2008

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 91 eventos, de los cuales el mayor número de casos territorio Restrepo Social fueron en su orden: Varicela, Hepatitis A, Enfermedad similar a la influenza-IRA Grave, Tosferina y Parotiditis. Cabe resaltar la ocurrencia de 4 casos de intoxicación por fármacos y otras sustancias, donde se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, eventos como la hepatitis A que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta. En cuanto a enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva, se presentaron 2 casos de Sífilis congénita que de acuerdo a investigaciones científicas se puede relacionar con las 2 muertes perinatales ocurridas, lo cual ameritaría un cruce de la información para profundizar en el respectivo análisis y conllevar a planes de mejora mas aterrizados a las causas reales del problema. Adicionalmente se presente una mortalidad por IRA en un menor de 4 años.

3.3.2 Etapa juventud

No se encontraron caracterizados por el Programa SASC, jóvenes en condición o situación de desplazamiento en el territorio Restrepo Social e Incluyente.

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 58 eventos, de los cuales el mayor número de casos territorio Restrepo Social fueron en su orden: Varicela individual, Hepatitis A, Exposición rábica, ETA, Intoxicación por fármacos. Cabe resaltar la ocurrencia de 5 casos de intoxicación por fármacos y otros químicos, donde se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad, y contaminación atmosférica; eventos como la hepatitis A que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta. En cuanto a enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva, se presentaron 2 casos de VIH/SIDA, 1 caso de Sífilis gestacional; los 2 casos de TBC pulmonar y extrapulmonar podrían corresponder a coinfecciones por el VIH, lo cual ameritaría un cruce de la información para profundizar en el respectivo análisis.

3.3.3 Etapa Adultez

De acuerdo al análisis realizado desde el año 2009 a la fecha, en diferentes espacios de Equipo Técnico Poblacional y Unidades, la situación de causalidad se determinó así:

Determinantes Estructurales

El modelo de producción económica.

Debido a la gran actividad comercial e industrial presente en la localidad, se presenta que los adultos vinculados al sector formal de la economía, se encuentran en condiciones de inestabilidad laboral, baja remuneración o pago a destajo y carencia de servicio de seguridad social. Configuran una situación crítica para los trabajadores de la localidad, por lo que es conveniente mencionar que quienes no están insertos dentro de la dinámica del sector de producción formal, se encuentran dentro de la informalidad

Gas y agua, comercio, hoteles y restaurantes, transporte, intermediación financiera, actividades inmobiliarias, administración pública, educación, salud servicios comunitarios, personales y sociales, servicio doméstico y organizaciones extraterritoriales, son las principales actividades económicas del sector.

En un 58,3% corresponde al comercio, 12,5% a industrias, 27,3% a servicios y otros 9%. En la UPZ Restrepo destacan la metalmecánica, la industria (especialmente del cuero) y el comercio.

Se establecen que el tipo de comercio que más predomina es el de la ropa con un 29,7%, seguido por el calzado con 22,7%, adornos y joyas 9,9%, material para la construcción y ferretería 5,0%, papelería 3,9%, repuestos 1,0%, y otros 27,8%; su modalidad de venta es del 60,4 % al detal, por mayor el 1,8% y ambas modalidades 37,8%.

Como ya se mencionó, según el tamaño de las empresas, puede afirmarse que Antonio Nariño es una localidad mayoritariamente de microempresarios. Del total de empresas, hay 4.527 microempresas, que representaron el 92% de las empresas establecidas en la localidad.

La mayor proporción de las empresas de la localidad se ubican geográficamente cerca de los sectores tradicionales de los barrios Restrepo, Restrepo Occidental, Ciudad Jardín Sur, San Antonio de Padua, Valvanera y Santander Sur.

La población adulta trabajadora en la localidad se concentró en los barrios Restrepo Occidental, el comercio al por menor, en establecimientos especializados; con surtido compuesto principalmente de alimentos (víveres en general), bebidas y tabaco se concentraron en los barrios Restrepo Y Restrepo Occidental; el comercio de partes, piezas (auto partes) y accesorios (lujos) para vehículos automotores, se encontró en los barrios Restrepo y

Del total de empresas pertenecientes al sector industrial de Antonio Nariño, la mayor parte corresponde a actividades de curtido y preparado de cueros, fabricación de calzado, fabricación de artículos de viaje, maletas, bolsos de mano y similares, artículos de talabartería y guarnicionería, con 23% de las empresas concentradas en el barrio la Valvanera.

Pero esta intensa actividad comercial e industrial en la localidad, muestra viviendas en condiciones de hacinamiento, debido a las zonas de desmejoramiento reciente (Ubicadas en las UPZ de Restrepo y Ciudad Jardín) y la accesibilidad al sistema de atención en salud y en asociación con esto, la poca cultura de la prevención y el auto-cuidado presente en la población.

Según la Cámara de Comercio de Bogotá, en los estudios de perfiles locales de participación económica, las tres principales actividades que generan empleo son la venta de calzado, la venta de ropa y los restaurantes, con un total de 2951 trabajadores, equivalente al 34% del total reportado de los trabajadores informales de la localidad. Vale la pena recordar que ésta no es una opción libre y voluntaria de quienes allí se ganan la vida, sino que muy al contrario, la informalidad es la última opción, cuando la economía formal cierra sus puertas, por la incapacidad de vincular la creciente mano de obra. Como se expresa en el estudio de la Organización Internacional del Trabajo, “la informalidad responde a estrategias familiares de supervivencia que tratan de compensar el bajo nivel de ingreso familiar, con un aumento del número de miembros que ingresan al mercado del trabajo, por lo general a muy temprana edad y sin una educación adecuada, lo que los lleva a desempeñar trabajos de baja productividad e ingreso y con pocas posibilidades de progreso, reproduciendo así la condición de pobreza”

Poca inserción al mercado laboral formal de integrantes de minorías étnicas, población en situación de discapacidad, pertenecientes a la comunidad LGBT y de población desplazada.

De acuerdo con los datos que presenta PAB UEL del Hospital Rafael Uribe Uribe, entre los grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad, el mayor se haya conformado por los menores de edad con el 44% del total caracterizado, le siguen en orden las personas adultas mayores con 32%, las

personas en situación de discapacidad con el 26,40%, los pobladores denominados afrocolombianos con el 17%, los indígenas con un porcentaje de 6,10%, las personas en situación de desplazamiento con el 4,10%, y los extranjeros quienes ocupan un porcentaje importante (como personas trabajadoras en situación de vulnerabilidad) del 1%.

Por la anterior situación, para lograr una localidad saludable se debe continuar apoyando los diferentes actores sociales y a quienes se hayan comprometidos con el bienestar local.

Esto implica la continuidad de proyectos, la implementación del conocimiento y la expresión de la diversidad cultural que conduzcan a una mejor y mayor comprensión de la situación real de los sectores vulnerables, facilitando la inclusión social y la asertividad en la gestión gubernamental, que a su vez, ha de contribuir a cerrar la brecha que existe entre la demanda de la comunidad y la respuesta institucional.

Determinantes intermedios

Barreras de acceso a la afiliación al Sistema General de Servicios básicos de Salud y de educación.

La atención en la localidad se hace desde la UPA Santa Clara. En este lugar se recibieron 3339 usuarios en consulta externa, de las cuales el 9 % (300.51) corresponden a Diabetes, 80 % (2671.2) Hipertensión y 11% (367.29) EPOC. La hipertensión arterial se encuentra entre las 10 primeras causas de atención en la institución en consulta externa y urgencias. En cuanto a ciclo vital, de las 3339 personas atendidas, el 68 % son personas mayores, el 33 % se encuentran en edad adulta.

En la institución se cuenta con un programa a personas con condiciones crónicas, el cual opera en la localidad 18 y se compone de varias áreas como Promoción y Prevención, Detección temprana, Tratamiento y Rehabilitación.

Aunque la infraestructura de la localidad para la atención a usuarios del Sistema General de Servicios de Salud acoge una parte de la población adulta afiliada, se presenta bajo acceso a los servicios de salud. Esta situación obedece a barreras de tipo económico y geográfico, dadas por la imposibilidad de pagar por los servicios a pesar del aseguramiento (definidas como primer nivel de las barreras) y que serían similares al acceso a los servicios de salud en el distrito en el marco del SGSS.

Se toman estas barreras desde la disposición y características de los servicios; barreras que se denominan organizativas y que hacen referencia a los procesos administrativos de información y conocimiento sobre derechos, trámites y horarios de atención, la calidad de la recepción e información dispuesta y los tiempos de espera en estos servicios, y a otros, referidos a la organización para la prestación del servicio mismo, como la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción), según la modalidad de contratación que se tenga.

No se han implementado las políticas públicas creadas para atender a las poblaciones que pertenecen a las minorías étnicas, desplazados, personas en situación de discapacidad, mujeres y a la población LGBT.

Aunque existen políticas públicas que atienden las poblaciones anteriormente mencionadas a nivel distrital, estas políticas no han sido implementadas de una manera que atienda cabalmente a las poblaciones de una manera más integral, por lo cual existen debilidades en el cubrimiento de los servicios de salud, la defensa de los derechos y el reconocimiento y visibilizarían como sujetos sociales.

Es pertinente anotar que la profundización en la implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), es de vital importancia ya que es en esta medida como las poblaciones acceden a una calidad alimenticia, no sólo por medio de los comedores comunitarios, sino del acceso y disponibilidad de los alimentos, así como de permitir que los alimentos se encuentren en las mejores condiciones físicas y de consumo, para que se garantice el desarrollo de sus competencias, tanto sociales, políticas, económicas y de producción.

Determinantes particulares

Poca inserción a la economía formal de integrantes de minorías étnicas, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, mujeres y población LGBT.

Entre las actividades de la economía informal que realizan los adultos pertenecientes a estas poblaciones, se encuentran 3 grandes sectores:

Comercio al por menor de calzado, artículos de cuero e insumos de zapatería.

Es la principal actividad económica desarrollada en la zona comercial industrial de la localidad; se ubica principalmente en la UPZ del Restrepo, en los barrios Restrepo, Restrepo central, La Valvanera, Caracas y Sevilla.

El Comercio al por menor de Prendas de Vestir y Accesorios. Esta actividad económica se ubica principalmente en la UPZ del Restrepo, aunque existe presencia de desarrollo de esta actividad comercial en la zona residencial de la UPZ Ciudad Jardín. Expendio a la mesa de Comidas Preparadas en Restaurantes, Piqueteaderos, Asaderos y Otros

Es la tercera actividad económica desarrollada en la zona comercial industrial de la localidad, en esta actividad se emplean principalmente mujeres.

Presencia de tradiciones culturales, creencias y prejuicios frente a la población perteneciente a minorías étnicas, desplazados, personas en situación de discapacidad, mujeres y población LGBT.

Los prejuicios existentes frente a estas poblaciones dificultan que la inserción a los sectores productivos de la economía formal, así como a los servicios de salud y educación, no sean los más adecuados, esto debido a las concepciones que se tienen frente al rol político, económico, cultural y social que estas poblaciones tienen.

Este fenómeno parte del desconocimiento que se tiene de las potencialidades de estas poblaciones, lo cual los aísla totalmente del devenir económico, político, social y cultural de la localidad.

Es conveniente observar que frente a las poblaciones pertenecientes a minorías étnicas y en situación de desplazamiento, las dificultades para entender las dinámicas urbanas y específicamente de la localidad, excluye particularmente a esta población.

Barreras culturales en las poblaciones pertenecientes a minorías étnicas y desplazados, referidas a la incapacidad de entender e insertarse a las dinámicas locales y de la ciudad, y cambios de roles en el desempeño social y económico.

Los cambios de roles, las mujeres antes dependientes empiezan a ser proveedoras, pues consiguen emplearse más fácilmente, estos cambios terminan generalmente en conflictos de pareja, que a la postre se transforman en violencia intrafamiliar entre cónyuges y hacia los menores de edad.

Los padres de familia obligan a sus pequeños, acostumbrados a correr en espacios abiertos, a quedarse reclusos en espacios reducidos, “la pieza”, sin posibilidad de ir a los centros educativos (principalmente en el momento inmediato después de su llegada), lo que generan desordenes, en su salud emocional, de diversa índole que desencadenan en enfrentamientos con sus padres y posteriormente el posible ingreso a pandillas, grupos de delincuencia común y abandono de sus hogares.

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 37 eventos, de los cuales el mayor número de casos territorio Restrepo Social, fueron en su orden: Varicela, Exposición Rábica, Intoxicación por otras sustancias químicas, Hepatitis A. Cabe resaltar la ocurrencia de 7 caso de Intoxicación por fármacos y otras sustancias, donde se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, eventos como la hepatitis A que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta. En cuanto a enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva se presentaron 12 casos de Sífilis congénita que de acuerdo a investigaciones científicas se puede relacionar con más del 50% de las muertes perinatales, lo cual ameritaría un cruce de la información para profundizar en el respectivo análisis y conllevar a planes de mejora más aterrizados a las causas reales del problema.

3.3.4 Etapa Persona Mayor

La manutención de las personas mayores es en gran parte realizada por intercambios, en los que participa la familia. Estos intercambios no son siempre unidireccionales, ya que las personas mayores saludables, especialmente las mujeres, reciben bienes y servicios a cambio de otros que ellos mismos proveen al hogar. Existen 428 beneficiarias del subsidio económico para suplir algunas de las necesidades básicas, que proviene del Fondo de Desarrollo Local, de la Subdirección de Integración Social o del Ministerio de Protección, y favorece a 93 personas mayores del barrio Santander (UPZ Restrepo), 82 personas del barrio Policarpa Salavarieta (UPZ Ciudad Jardín) y 103 del barrio Restrepo (UPZ Restrepo) El subsidio es utilizado por las personas mayores como aporte al núcleo familiar al que pertenecen o para pagar hospedaje y/o alimentación en el caso de vivir solos. La comunidad entre 60 años y más, manifiesta que ésta ayuda es importante para ellos pero resulta insuficiente en el caso de las personas mayores que se encuentran solas, pues solo les alcanza para el arrendamiento o solo para cubrir gastos de alimentación. Consideran sea estudiada la posibilidad de que puedan ser beneficiarios de los programas de comedores comunitarios aquellas personas que residen solas al encontrar insuficiente el subsidio económico, pues al recibir los beneficios del bono no pueden acceder a los programas del comedor comunitario y viceversa, además del requerimiento de que sea ampliado al nivel 3 del SISBEN, debido a que la mayor parte de las personas mayores de ésta localidad pertenecen a éste nivel socio-económico, y por no poder suplir algunas de sus necesidades básicas por falta de empleo por su edad y no contar con una pensión, tampoco pueden ser beneficiarios de los subsidios del estado por el estrato socio-económico en el que está calificada la mayor parte de la población de ésta localidad.

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 8 eventos, de los cuales el mayor número de casos en el territorio Restrepo Social fue: Exposición Rábica y ETA. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, eventos como la Hepatitis A que ocurren comúnmente en instituciones cerradas, aunque puede aparecer en población abierta. En cuanto a enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva no se reportaron.

3.3.5 Núcleos problemáticos priorizados territorio 3

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 1: El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales, sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

A través de la lectura de necesidades de la población de niños y niñas del territorio, se identifican los siguientes determinantes que afectan su salud mental, entre ellos se puede señalar la descomposición y reconstitución de los núcleos familiares, de igual modo modelos de familia monoparentales, expresión de los componentes de violencia, incremento en la conducta suicida y de las peores formas de trabajo infantil.

Con el fin de profundizar en la descripción de cada uno de estos componentes se ha logrado identificar la descomposición y restitución de los núcleos familiares, y entre los agentes causales de la misma se encuentra el alcoholismo de uno o los dos cuidadores, la infidelidad, la violencia (con sus componentes), lo cual desencadena en los niños y las niñas alteraciones emocionales y comportamentales, al no contar con las adecuadas estrategias de afrontamiento y un disminuido sentimiento de valía.

Las familias monoparentales, algunas veces no tienen los recursos físicos, económicos y emocionales, para garantizar las condiciones mínimas necesarias para un desarrollo óptimo a nivel mental de los niños y las niñas, teniendo en cuenta que los cuidadores presentan cuadros de melancolía recurrente y sentimientos de frustración con referencia a sus proyectos de vida, lo cual genera en los niños sintomatología similar y vacío existencial al no contar con estereotipos sociales de familia nuclear.

De acuerdo al seguimiento de los registros evidenciados por SIVIM 2008, la violencia hace parte integral de la dinámica estructural de las familias del territorio Restrepo Social Incluyente. Teniendo en cuenta que las inadecuadas habilidades para el manejo de situaciones estresantes, duelos patológicos, genera en los padres o cuidadores conductas agresivas y verbalizaciones hacia los niños que no permiten un adecuado ejercicio de la autonomía, afectando su calidad de vida e incrementando el nivel de vulnerabilidad de esta población.

El trabajo infantil, es dado algunas veces por necesidad económica de los núcleos familiares, empero, en este territorio se han identificado casos de ECSNNA, los cuales afectan dramáticamente la calidad de vida de los niños y las niñas que se exponen a riesgos en el ejercicio de estas labores.

El consumo de SPA legal e ilegal, a través del expendio por redes de micro tráfico en la zona de bares y tabernas ha generado accesibilidad a estas sustancias a los niños y las niñas del territorio, quienes hoy en día inician el consumo a más temprana edad, generando alteraciones en la integralidad cognoscitiva, emocional y comportamental, que afectan dramáticamente la calidad de vida de esta población.

Situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad

Se identifican como determinantes:

- Condiciones económicas. El bajo ingreso económico de las familias de la localidad dificulta el acceso a métodos de planificación familiar y crea condiciones difíciles que las y los jóvenes deben enfrentar, buscando salidas a veces desesperadas a situaciones de privación. “En ocasiones no es por falta de interés, sino de dinero para comprar preservativos u otros métodos de planificación”; “en otros casos, algunas jóvenes continúan con la idea de “amarrar” al hombre con un hijo y ven en eso una alternativa para ellas y sus hijos”... “los hijos son una salida fácil para problemas económicos

y familiares, aunque a veces las mujeres creen que su pareja va a responder por ella y sus hijos y no es así en realidad.... Muchos hombres son mayores que las mujeres de esa edad que son madres”⁸⁶.

- Modelos familiares, sociales y culturales. *“También es cultural, en muchas familias las mamás, hermanas y primas también son madres muy jóvenes y se considera eso normal”*²⁵.

- Proyecto de vida. Tal como lo menciona la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, uno de los factores asociados en la localidad al embarazo adolescente, es la proyección que tienen muchas jóvenes de convertirse en madres y de esta forma realizarse como personas. En contraposición con lo anterior, se encuentra la visión masculina de la paternidad *“los hombres tienen miedo de asumir su paternidad responsable; a veces creen que ser más “macho” es tener muchas mujeres y siguen dejando hijos por todas partes”*²⁵.

- Desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos. Algunos jóvenes desconocen que existen derechos sexuales, por lo tanto no generan mecanismos de exigencia para que sean respetados. La cultura machista favorece las relaciones de parejas en las que la mujer asume que debe aceptar todas las condiciones que el hombre impone, entre ellas el tener relaciones sexuales sin protección o por la fuerza.

- Mitos. Debido a la desinformación que existe a pesar del esfuerzo institucional por abordar la temática desde tempranas edades, existen creencias y mitos en los jóvenes sobre la sexualidad, que se convierten en barreras de acceso para utilizar oportunamente servicios de prevención y promoción en salud, y en muchas ocasiones, desencadenan en transmisión de I.T.S. o en embarazos no deseados.

- Fallas en la educación sexual desde la competencia institucional y familiar. Esta causa fue mencionada en forma reiterada por los jóvenes en el proceso de cartografía social desarrollado por el Equipo Local de Apoyo Institucional – ELAI –, al igual que por los jóvenes de instituciones educativas de la localidad *“únicamente se habla de métodos anticonceptivos”, “no hay fortalecimiento de valores, respeto por sí mismo, por el cuerpo y por el otro”*.

- De otro lado, se menciona la baja efectividad en programas de promoción de la salud sexual. Los jóvenes manifiestan que algunas campañas institucionales no son asertivas y no se generan espacios abiertos de diálogo con las y los jóvenes y sus padres, dificultando el acercamiento ante un tema mitificado y, por tanto, se genera desinformación⁸⁷. Así mismo, la inadecuada comunicación familiar afecta negativamente los espacios responsables en donde los y las jóvenes pueden tener acceso a información sobre sexualidad⁸⁸ y crean temor a consultar a otros actores apropiados como los servicios de salud.

Respecto a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes, el componente de Vigilancia en Salud Pública del Hospital, recibió en 2007 en la localidad Antonio Nariño la muerte de 3 jóvenes hombres, por enfermedades trasmisibles

En 2008 SIVIGILA reporta por UPZ ciudad jardín 1 caso VIH – SIDA.

Relacionado con UPZ Restrepo 8 casos VIH – SIDA y 1 caso de sífilis gestacional.

De igual manera, en el territorio Restrepo Social, la Red Juvenil identificó la problemática de prostitución en la localidad, que implica en su mayoría a personas jóvenes. Se identificaron lugares de comercio sexual especialmente en la “zona rosa” de la calle 17 sur en el barrio Restrepo. Esta problemática

es potenciada por la multiplicidad de bares, tabernas y moteles del sector, que adicionalmente se asocian al expendio y consumo de sustancias psicoactivas en la localidad. La mayoría de trabajadoras sexuales son mujeres jóvenes y adultas jóvenes; sin embargo, de acuerdo con los testimonios de varios líderes comunitarios en esta zona existe un fenómeno de explotación sexual de mujeres menores de edad.

En los recorridos se identificaron dos lugares reconocidos por la comunidad en donde se concentra población LGBT en el barrio Carlos E. Restrepo. Zona de las peluquerías, entre la Avenida 1° de Mayo y Calle 17 sur y las carreras 16 y 17. La mayoría son hombres dueños y trabajadores de peluquerías y salones de belleza.

En la “zona rosa” se ubican varios lugares de encuentro de población LGBT, especialmente de hombres, algunos de estos lugares funcionan como clubes privados y ello les facilita que sus horarios sean extendidos; sin embargo, la presidenta de la JAC manifestó que algunos habitantes del sector cercano, han presentado quejas frecuentes por excesivo ruido en horas de la madrugada. Algunos de estos clubes presentan condiciones inseguras que incrementan el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual, ya que no siguen las recomendaciones de sanidad establecidas por la Secretaría Distrital de Salud y se presenta un alto nivel de promiscuidad.⁸⁹

En los espacios locales como la Gerencia de Mujer y Géneros, se manifiesta que no se hacen visibles fácilmente los demás actores de esta población por temor a la exclusión. De otra parte, una de las profesionales de la Gerencia de Mujer y Géneros, aportó información acerca de la existencia de prostitución masculina en la misma “zona rosa”, especialmente de hombres jóvenes, pero que tiende a invisibilizarse.

Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

En la localidad no se cuenta con una caracterización cuantitativa del consumo de sustancias psicoactivas en la población juvenil que de cuenta de la magnitud del problema; sin embargo, esta es una de las necesidades que con mayor frecuencia se expresaron en los ejercicios desarrollados por diferentes intervenciones del Hospital.

La Zona central de desarrollo comercial. Comprende el territorio, Barrio Carlos E. Restrepo y Restrepo occidental. Las mayores problemáticas que se presentan en los jóvenes son:

Consumo de sustancias psicoactivas, manejo de la sexualidad, trabajo, recreación y manejo del tiempo libre. Otro aspecto es la violencia, en casos de maltrato familiar y delitos sexuales.

En cuanto a la relación de esta problemática con el territorio, en el ejercicio de cartografía social desarrollado con la Red Juvenil⁹⁰, se identificaron multiplicidad de lugares de expendio y consumo en la localidad, tales como la llamada “zona rosa” del barrio Restrepo, en donde se agrupan tabernas, juegos de azar, discotecas y moteles (Territorio 5. Restrepo social). En este territorio también está la zona comprendida entre la carrera 25 y Avenida carrera 27 con calles 19 a 22 Sur, donde existen expendios de sustancias psicoactivas, que se convierten en fuentes de importantes ingresos para quienes los manejan. Mencionaron que estos expendios son reconocidos por las autoridades (sin tomar ninguna acción definitiva) y su modo de operar consiste en que los expendedores ofrecen a los dueños de los negocios pagar la mitad o una parte del arriendo *“para que los dejen trabajar”*.

En Restrepo occidental la Plazoleta de comidas, conocida como “4 vientos” o “caldo parado”, ubicada en la Carrera 26 entre calles 18 y 19 Sur, que cuenta con 12 puestos de venta de comida criolla. De acuerdo con los aportes de los líderes que participaron y fueron consultados en el recorrido, el sector cercano presenta problemáticas de escándalos y riñas, en las noches y madrugadas, que son

⁸⁶ Socialización diagnóstico de SAN jóvenes. 2008 Ídem

⁸⁷ Lecturas de necesidades. SAN Ámbito Comunitario. HRUU 2008 Ídem

⁸⁸ Lecturas de necesidades. Ámbito Familiar, Círculos de Participación Comunitaria. HRUU 2009 Ídem

⁸⁹ Actualización documento equipo técnico transectorial de GSI 2009

⁹⁰ Cartografía social Red Juvenil. Ídem.

protagonizados en su mayoría por jóvenes quienes asisten allí a consumir alimentos como caldo, gallina o fritanga, generalmente luego de consumir licor en otros establecimientos; también con frecuencia se escucha música a alto volumen en las horas de la noche o las madrugadas, ya que es lugar de trabajo de varios grupos musicales. Adicionalmente, los líderes comunitarios expresaron que en la zona cercana se ubican expendios reconocidos de sustancias psicoactivas y el sector es asociado con inseguridad.

Por otra parte también, se ha evidenciado que alrededor de la estación XV de la Policía, se ha incrementado la comercialización de SPA, y en algunos negocios se ha venido comercializando bebidas alcohólicas sin ningún tipo de control, especialmente cercanas a las instituciones educativas, siendo los principales consumidores los y las jóvenes del territorio⁹¹

Violencia intrafamiliar y social

El fenómeno de la violencia intrafamiliar es recurrente en la localidad y si bien las cifras registradas son alarmantes, no reflejan la realidad de su expresión, dadas las pautas sociales y culturales que rodean su dinámica y dificultan la denuncia. Sin duda, aunque es un fenómeno multicausal, uno de los principales determinantes asociados es la cultura que ha llevado a que los patrones de comportamiento machista consideren a las mujeres y a los menores como seres inferiores, a los que es lícito someter por la fuerza, lo que origina relaciones discriminatorias en donde el poder es determinante. Esta información fue corroborada dentro de los análisis transversales del componente género, mujer y PDA salud mental y con el Equipo Técnico Poblacional de Juventud.

En el territorio Restrepo Social el administrador de la Unidad Residencial Alfonso López – URAL - mencionó que de las aproximadamente 1.700 personas que habitan ese conjunto cerrado, alrededor del 60% son adolescentes y jóvenes entre 12 y 20 años, todos escolarizados, estudiantes de bachillerato y universitarios. Mencionó que en las noches y los fines de semana, se reúnen en grupos en las zonas verdes del conjunto y comparten con sus amigos, realizan deporte y reuniones, algunos jóvenes consumen licor *“dentro de los límites normales de lo que hace uno cuando es joven y quiere rumbear y compartir con sus amigos”*.⁹²

El territorio Restrepo ocupa el segundo lugar en reporte de eventos de salud mental como se evidencia en la siguiente grafica.

En la localidad de Antonio Nariño en el territorio social Restrepo social, en los barrios Restrepo y Restrepo occidental, de estrato social nivel 3, se evidencia una problemática de inseguridad que afecta las condiciones de vida de los habitantes del territorio.

La problemática de inseguridad se evidencia principalmente en la zona rosa del territorio, entre las calles 17 y 18 sur con carrera 14 A 21, en los parques Valvanera, Caño de río Fucha, avenida 1ª de mayo, los vendedores de la plaza centenario y los alrededores de la plaza Restrepo.

En la etapa de ciclo adultez, las personas están ocupadas con las tareas de la paternidad, la maternidad, la consolidación de una pareja, el trabajo, lo económico y también con la maduración o consolidación de sus profesiones. Sin embargo también se enfrentan con la perspectiva del estancamiento: estabilizarse, ir a ninguna parte, una existencia aburrida.

Las violencias que más se presentan en los adultos son la emocional, física, seguida de la negligencia y la económica.

Es así como las violencias se enmarcan en un contexto de desequilibrio de poder, e implica un conjunto de acciones, conductas y actitudes que se mantienen como estilo relacional y de interacción imperante en la pareja, donde una de las partes, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a la otra.

La situación en cuanto a Redes sociales y familiares se enmarcan en determinantes **Estructurales** en cuanto a la exclusión que existe de las personas mayores debido a que no se tiene en cuenta sus habilidades y potencialidades, desconociendo de esta forma los planteamientos del envejecimiento activo. Por otra parte el modelo económico, social y político que conlleva cada vez más a la individualidad y a la creación de condiciones de desigualdad. Lo que conlleva a la transgresión del derecho **al libre desarrollo de la personalidad** el cual *“permite al ser humano la construcción de la personalidad a partir del ejercicio autónomo y responsable, conforme a sus intereses, deseos y convicciones, siempre y cuando no afecte los derechos de otros, ni vulnere el orden constitucional. La sentencia de la Corte Suprema de Justicia 481 de 1998 evidencia la estrecha relación de este derecho con el concepto de autonomía de la personalidad, que comprende toda decisión que incida en la evolución de la persona en las etapas de la vida en las cuales tiene elementos de juicio suficientes para tomarla.”*⁹³

En el territorio Restrepo Social, conformado por los barrios Restrepo y Restrepo Occidental, se presenta la problemática de falta de compromiso familiar e institucional con el adulto mayor generando abandono para esta población.

Dicha problemática afecta directamente a la población de la etapa de Persona Mayor del territorio y a su entorno familiar; es allí, al interior de la familia donde se hace más visible presentándose en todas las clases sociales del territorio y hasta en establecimientos públicos del sector.

La población adulta mayor más afectada del territorio es la que habita en el barrio Restrepo Occidental por ser este un sector del tipo residencial. Entre las principales consecuencias vividas debido a la problemática, se encuentran el abandono por parte del Estado y de sus familias que sienten los adultos mayores; así mismo les genera depresión, soledad y conflictos personales y familiares.

La comunidad del territorio identifica la falta de compromiso del Estado y la familia con los adultos mayores, el abandono del adulto mayor cuando este carece de dinero, la falta de una pensión mínima para subsistir, la carencia de políticas públicas que garanticen derechos para la población de este ciclo vital, la falta de ocupación en actividades productivas, la falta de apoyo por parte de sus redes familiares, la apatía de población perteneciente a otros ciclos vitales con respecto a los adultos mayores y la falta de asistencia médica, como las causas determinantes de esta problemática.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 2: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital, y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

Entre los factores medioambientales que inciden negativamente en la calidad de vida de los niños y las niñas se pueden identificar los siguientes: falta y disponibilidad de zonas recreativas que promuevan la actividad física y la convivencia social, un espacio público inadecuado por acumulación de personas en las zonas de tránsito peatonal, contaminación visual y auditiva por el excesivo comercio del territorio, y establecimientos de expendio de SPA legal e ilegal, moteles, hostales y residencias.

91 Lectura de necesidades. recorridos GSI 2009

92 Diagnóstico situacional GSI 2009

93 Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

El territorio Restrepo Social e Incluyente no cuenta con la cantidad necesaria de zonas verdes y recreativas para el libre desarrollo de una convivencia social de los niños y niñas de la localidad. De igual modo, las que se encuentran habilitadas no cuentan con la seguridad básica de protección hacia esta población, estando expuesta a factores psicosociales de alto riesgo en estos parques que son visitados por consumidores de SPA legal e ilegal, habitantes de calle, exhibicionistas y delincuencia.

El espacio de tránsito de peatones se ve siempre invadido por vendedores y la muchedumbre de personas que asisten al territorio a realizar negocios y compras, lo cual impide un tránsito amable y seguro, generando riesgo de secuestro y robo de los niños y las niñas de la comunidad. De igual modo la gran mayoría de las calles están saturadas con información comercial que no recrean un ambiente sano para esta población. La contaminación auditiva es generada a través del exceso de tráfico de vehículos de servicio público que transitan por el sector, acarreando a través de su proceso de movilidad, contaminación por gases que algunas veces son desencadenantes de enfermedades respiratorias.

El expendio de SPA a través de las zonas de bares y residencias ha facilitado el acceso a estas sustancias a los niños y las niñas de este sector, iniciando el consumo a más temprana edad, tal y como fue descrito anteriormente, circunstancia que afecta dramáticamente la integralidad de esta población.

Por último, las residencias y moteles promueven en el sector las peores formas de trabajo infantil, ECSNNA, lo cual es manejado de manera encubierta por estos negocios con el fin de incrementar el nivel de sus ganancias, sin importar las condiciones y el trato que se les da a estos niños y niñas.

En el tema de contaminación ambiental encontramos:

Contaminación del aire: por fuentes móviles como automóviles particulares y de servicio público que recorren las vías principales como la avenida Caracas, calle 27 sur, carrera 30, avenida Primero de Mayo, autopista sur, carreras 16 a la 20. Los puntos álgidos son los cruces de la avenida Primero de Mayo con avenida Caracas, con carrera 27 sur, con carrera 30 y con avenida 19. En este punto es preciso plantear que las enfermedades respiratorias y los accidentes de tránsito, ocupan puestos destacados entre las causas de mortalidad en la localidad y pueden estar asociados a las condiciones descritas.

Contaminación por residuos sólidos y líquidos: En los canales Fucha, río Seco y Albina, existe una situación crítica de contaminación, tanto en las corrientes de agua como en su entorno, que se manifiestan en el vertimiento de residuos industriales y el aumento considerable en la presencia de desechos sólidos. Esta situación está asociada a la compleja problemática de la población habitante de calle, que improvisa su alojamiento en estas zonas, acumulando los materiales propios de la actividad recicladora a la que generalmente se dedica.

En el territorio Restrepo los puntos críticos de basuras identificados son: el costado oriental del Cementerio del Sur, transversal 33; la avenida Caracas en cruce con diagonal 12 sur; carrera 22, carrera 27 y autopista del sur. El ilegal establecimiento de estos sitios como botaderos los convierte en fuente de malos olores y genera la propagación de artrópodos y roedores. Por otro lado, existen dos plazas de mercado, la primera de ellas en el barrio Restrepo llamada plaza Carlos E. Restrepo y la segunda, la plaza del Santander, puntos de gran generación de residuos sólidos orgánicos fácilmente degradables.

Se puede señalar que ante el deterioro ambiental de la localidad, es claro un marcado desarraigo del territorio geográfico y social en que se habita, se estudia o se trabaja y, por ello, el control social que puede ejercerse a través de una red de apoyo es escaso en algunos sectores y nulo en

otros. Lo anterior sumado a una escasa formación ambiental en los niños y jóvenes, perpetúa el comportamiento distanciado del cuidado del entorno.

En contradicción, el tema ambiental es uno de los priorizados por los jóvenes de la localidad y en general del Distrito, y ha sido escasamente trabajado a través de la oferta institucional. Se propone generar propuestas de formación medio ambiental en las que participen activamente los jóvenes, desde la etapa de planeación hasta la de ejecución y seguimiento, desarrolladas a través de metodologías creativas, mediante las que se generen encuentros intergeneracionales que permitan valorar el saber de otros.

De igual forma, la IED Guillermo León Valencia, sede A jornada mañana, y la Normal María Montessori, reportaron presencia de vectores y contaminación por basuras en la institución y sus alrededores, así como en otros centros educativos; mencionaron la tenencia inadecuada de mascotas en los barrios, la emisión de gases por tránsito en las avenidas principales, talleres y microempresas, y las enfermedades generadas por inadecuada manipulación de alimentos.

Lo recreativo, entendido como una forma de expresión humana a partir del uso del tiempo libre y la resignificación de entornos naturales y sociales, cobra gran importancia cuando se analizan las condiciones de calidad de vida de la comunidad.

El barrio Policarpa Salavarieta cuenta con un parque central que tiene como nombre “Parque del Pueblo”, dotado de canchas de microfútbol y baloncesto, y espacios para la recreación infantil. Este parque se encuentra encerrado y en su interior se ubica el salón comunal y el salón cultural Cenaprov, puntos de encuentro clave para la realización de eventos culturales de la localidad.

La situación del practicante recreativo, es muy precaria; no hay compromiso con ni hacia la localidad, pues los deportistas no cuentan con espacios deportivos en su localidad para formarse. Esa misma situación se presenta en investigaciones sobre la relación entre deporte, actividad física, recreación para niños, jóvenes, adulto mayor y personas en situación de discapacidad, donde la profundización es nula; esto se ve reflejado en la poca información entre los habitantes de la localidad, acerca de los programas, eventos y actividades deportivas que se ejecutan o se llevan a cabo en la localidad, a pesar de que existe una gran oferta de actividades físicas y deportivas.

Las condiciones ambientales no óptimas o inadecuadas que se presentan en el territorio Restrepo social e incluyente, afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas mayores y obedecen a la ausencia de políticas claras para la protección del medio ambiente, que favorezcan la conservación de la calidad de vida. Estas situaciones se enmarcan en determinantes **Estructurales**, debido a la falta de reglamentación o en muchas ocasiones del incumplimiento de la misma.

En este territorio se identifican las siguientes características ambientales que influyen de manera negativa en la calidad de vida de las personas mayores y que son determinantes que afectan de manera **Particular y Singular**,

En la localidad de Antonio Nariño en el territorio social Restrepo social, en los barrios Restrepo y Restrepo occidental, de estrato social nivel 3, se evidencia una problemática de inseguridad que afecta las condiciones de vida de los habitantes del territorio.

La situación que se presenta afecta a niños y jóvenes, adultos y personas mayores que residen en el territorio, quienes están expuestos a atracos, rasponazos y todo lo referente a delincuencia común.

El Territorio Restrepo Social e Incluyente, se caracteriza por ser un territorio comercial e industrial; el cual presenta mucho tránsito de personas en horas del día, y en la noche los

empleados y dueños de establecimiento se desplazan a sus hogares en donde vive un gran porcentaje fuera del territorio y de la localidad.

La problemática de inseguridad se evidencia principalmente en la zona rosa del Territorio entre las calles 17 Y 18 sur con carrera 14 A 21, en los parques Valvanera, Caño de río Fucha, avenida 1ª de mayo, los vendedores de la plaza centenario y los alrededores de la plaza Restrepo.

Esta problemática se debe a la falta de presencia y autoridad policial en la zona comercial y en la zona residencial del territorio, por otra parte, a pesar de que es una zona de gran porcentaje comercial, no se cuenta con una vigilancia organizada desde este sector; la comunidad también considera que esta problemática obedece a la falta de oportunidad laboral y educativa para los y las jóvenes y adultos, a la población flotante que allí trabaja, a la falta de implementación de programas culturales y recreativos que permitan a los y las jóvenes y adultos emplear el tiempo libre y a la ausencia de compromiso social de la comunidad frente a la delincuencia y a la inseguridad que se vive en el territorio.

La anterior problemática genera temor y miedo en las personas mayores de transitar por las calles, parques y espacios públicos de forma tranquila y segura. Las consecuencias de esta inseguridad se evidencian en robos callejeros a peatones y residentes, pandillas organizadas para el robo de celulares, lo que representa un alto grado de traumatismo físico y emocional y un alto grado de intranquilidad en sus habitantes. También se logra evidenciar en el imaginario social, que este territorio por ser comercial y por su ubicación geográfica en el Distrito, tiende a ser inseguro.

Es así que la comunidad del territorio considera que los derechos más vulnerados o afectados son el derecho a la recreación y al deporte, el derecho a la integridad y seguridad personal, el derecho a un ambiente sano y el derecho a un trabajo.

De igual forma se evidencia una problemática de malla vial. Situación que afecta a todas las etapas del ciclo vital en especial a infancia, adultos mayores, personas con discapacidad y mujeres en embarazo.

Esta problemática se hace notoria en las principales vías y corredores de acceso de los peatones y las vías que se encuentran en mejoramiento, especialmente las cercanas a la plaza de mercado de Restrepo.

El deterioro de la malla vial se debe al tránsito constante de vehículos, puesto que el territorio contempla varias rutas de transporte público que van de oriente a occidente y de norte a sur y viceversa. La comunidad considera que frente a esta situación debe haber un mayor compromiso por parte de la comunidad, de la Alcaldía Local, del IDU y del Distrito a través del Plan de Desarrollo Local de malla vial.

Por otra parte la comunidad evidencia una problemática dual que se presenta. Por una parte el estacionamiento de carros en calles e incluso andenes que no son destinados a este uso, ha ocasionado trancones constantes de vehículos que poco a poco se convierte en otro factor que ocasiona el deterioro de la malla vial, puesto que los dueños de los automóviles no hacen uso debido de los parqueaderos del territorio; junto a esta problemática se presenta una situación social laboral, manifestada por la comunidad, puesto que se presenta un empleo informal a jóvenes trabajadores cuidadores de carros, los cuales devengan el sustento diario al cuidar los carros y vehículos parqueados en estos espacios públicos; dicha situación plantea que se requiere concretar soluciones que permitan tener en cuenta a esta población que carece de estudios y preparación para desempeñarse en algún trabajo formal.

La comunidad reconoce que el mejoramiento de la malla vial que se está presentado actualmente en el territorio ha traído consigo una inestabilidad económica puesto que los negocios se ven afectados debido a que disminuyen las ventas y el tiempo de ejecución de estas obras es muy largo. Por otra parte se evidencian problemas de salud por el polvo que produce el trabajo en las vías, lo que afecta a toda la población especialmente a las personas mayores, generando problemas respiratorios y de inseguridad pues las calles son cerradas y en ciertas horas del día el tránsito de personas es escaso, lo que facilita el robo a peatones y la permanencia de habitantes de calle.

Frente al núcleo problemático la comunidad considera que los derechos vulnerados son al derecho al ambiente sano, seguridad e integridad personal y derecho a la movilidad.

Así mismo los derechos a la vivienda y a la seguridad e integridad personal también se ven vulnerados, debido a que algunos adultos mayores no cuentan con un lugar de vivienda y se ven en la obligación de pagar un arriendo o habitar en la calle, en total desamparo y enfrentando peligros para su vida.

Por último se observa que la inadecuada infraestructura y el mal manejo de alimentos en la plaza del Restrepo, ubicada en el barrio con el mismo nombre de este territorio, aumenta el riesgo de deterioro de la salud en las personas mayores. La **Transversalidad de Seguridad Alimentaria** afirma que la distribución de los alimentos es un riesgo debido a la contaminación y la inadecuada manipulación de los mismos, esta situación afecta la disponibilidad de alimentos, el acceso, consumo y aprovechamiento biológico, y contribuye al desmejoramiento nutricional de las personas mayores. Así mismo la intermediación hace que se aumenten los costos y la calidad del alimento. Las situaciones anteriormente descritas evidencian la vulneración del **derecho a la Alimentación y Nutrición** el cual promueve el *acceso permanente y libre a una alimentación adecuada y suficiente que corresponda a las tradiciones culturales y que garantice la vida psíquica, física, individual y colectiva libre de angustias, satisfactoria y digna.*⁹⁴

Así mismo estas situaciones contradicen lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión **Vivir bien en la vejez** la cual nos plantea el *“Desarrollo de acciones que garanticen el acceso y promoción de una alimentación adecuada y suficiente, donde se reconozcan las necesidades nutricionales y el valor cultural, afectivo y nutricional de la cultura gastronómica de las personas mayores, hombres y mujeres, disminuyendo los altos niveles de desnutrición y malnutrición”.*⁹⁵

De esta manera se concluye que los ambientes y entornos sociales poco saludables e inseguros para las personas mayores aumentan su situación de vulnerabilidad. Las personas mayores se cohiben de salir por miedo, ocurren accidentes de tránsito por el irrespeto a las normas, de igual modo se presentan enfermedades mentales como el estrés.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 3: El modelo económico genera condiciones inadecuadas que afectan a la población del territorio en la niñez, generando enfermedades de alta prevalencia; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

EL núcleo engloba las altas prevalencias de desnutrición y enfermedades frecuentes que registran las estadísticas de salud pública en la ESE (ERA y EDA). Las causas que ponen en alto riesgo a la población infantil son las actuales condiciones del ambiente, factores que deterioraran y predisponen el establecimiento de enfermedades y desestabilización de la salud. En el territorio, la prevalencia de Desnutrición Global es del 5.3%, las mas alta entre los demás territorios GSI de la Localidad, y la Obesidad + Sobrepeso presentó prevalencia del 1%.⁹⁶

⁹⁴ Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

⁹⁵ Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

⁹⁶ Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional SISVAN 2009. Hospital Rafael Uribe.

De acuerdo al grupo focal realizado en el 2009 en el colegio Guillermo León Valencia, en el cual los jóvenes manifiestan tener difícil acceso a la educación técnica, tecnológica y superior, además de muy pocas oportunidades de ingresar al mundo productivo y aquellos que lo hacen se encuentran en la informalidad y sin los cuidados básicos de salud y protección mínimos para desempeñar su labor. Esto evidencia el desconocimiento en la política de salud de los trabajadores que busca promover el trabajo digno, incentivar valores en los jóvenes para que cuiden su salud, una vez se vinculen al mundo laboral, y mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población trabajadora

Con respecto al análisis de la población vulnerable en este núcleo problema, los determinantes estructurales, particulares y singulares tocan por igual a jóvenes en situación de discapacidad, desplazamiento y perteneciente a etnias. Se destacan los siguientes determinantes sociales.

Lo estructural está asociado a las condiciones políticas, económicas y de seguridad relacionadas con la violencia en el país, los imaginarios sociales de estigmatización y rechazo hacia la población vulnerable, las condiciones de pobreza y precarización del trabajo. En el nivel intermedio se encuentran las condiciones laborales a las que se enfrentan las familias, y el acceso a los servicios como salud, educación, alimentación, vivienda y recreación.

Por otra parte, en el nivel particular se dan las construcciones sociales que enmarcan comportamientos como la intolerancia, exclusión y estigmatización hacia la población vulnerable, que generan problemas de convivencia; las construcciones culturales de las familias sobre salud, educación, trabajo, derivadas de su historia de vida y de la pertenencia a regiones y/o etnias; las diferencias en las pautas de crianza y cuidado personal de la ciudad con respecto a las construcciones culturales de sus lugares de origen.

Y en el nivel singular se ubican los roles que deben asumir los niños, adolescentes y jóvenes que no son acordes a su edad; las pérdidas de familiares, los duelos no resueltos, la ruptura de núcleos familiares y la exposición a las situaciones de violencia que originaron el desplazamiento, lo que incide en daños específicos de salud mental.

En este territorio se encontraron 3 adolescentes trabajadores de sexo femenino.⁹⁷

CONDICIONES SOCIOECONOMICAS: De las adolescentes identificadas, 2 están afiliadas al SGSSS en el régimen contributivo y 1 en el subsidiado. Una de ellas recibe menos del salario mínimo y las otras dos SMLV. Todas viven en estrato 3, dos de ellas tienen la primaria completa y la otra es bachiller.

CONDICIONES DE EMPLEO: Frente al tipo de contrato, 1 de ellas no tiene contrato y las otras dos tienen contrato a término indefinido. 1 de ellas recibe pago al destajo y las otras dos tienen remuneración fija. Ninguna de ellas está afiliada a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales.

CONDICIONES DE TRABAJO: Todas trabajan en restaurante, 2 desempeñan labores de operarias y la otra combina las actividades de operaria con las administrativas, 1 trabaja en la jornada diurna y las otras dos trabajan en ambas jornadas. Trabajan entre 6 y 12 horas diarias por 6 o 7 días a la semana.

CONDICIONES DE SALUD: Ninguna de las adolescentes ha sufrido accidentes de trabajo durante el último año, 2 de las adolescentes consideran que su estado de salud es bueno y la otra dice que es regular. Ninguna cree que el trabajo afecta la salud

JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS

CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

La distribución de la afiliación al sistema de salud por régimen resultó así: el 37.89% pertenecen al Régimen Contributivo, el 21.17% está desafiado y accede al servicio de salud de manera particular, el 18.8% pertenecen al Régimen Subsidiado y el 17.94% son vinculados.

El 67% de las y los jóvenes del territorio ganan un salario mínimo mensual, el 22.3% gana más de 1 y hasta 2 salarios mínimos, el 8.2% ganan menos de 1 salario mínimo, 1.17% ganan más de 2 y hasta 3 salarios mínimos y este mismo porcentaje gana más de tres salarios mínimos.⁹⁸

CONDICIONES DE EMPLEO: La mayoría de las y los jóvenes de este territorio no tiene contrato de trabajo en un 68.23%, el 28.23% tienen contrato a término indefinido; el 1.17% representado por una mujer tiene contrato de prestación de servicios, otro 1.17% está contratado por obra o labor y otro 1.17% tiene contrato a término definido.

En cuanto a la forma de pago el 75.29% tiene remuneración fija, el 22.3% recibe pago al destajo, el 1.17% recibe pago en especie y el otro 1.17% no recibe pago. Ninguno de ellos está afiliado a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales

Al hombre le es más fácil acceder a un trabajo sin educación (construcción), no hay un control sobre la contratación en el sector privado. A las mujeres se les exige un cartón de bachiller para trabajar por días en servicios generales, esto implica que reciban bajos ingresos, es poca la oportunidad de capacitación. En materia de ingresos las mujeres aportan menos ya que las tareas de la casa no tienen un reconocimiento económico, se carece de estudio, vivienda, recreación, salud, alimentación y vestido. La violencia de pareja contra las mujeres, especialmente la psicológica y algunos casos contra los hombres, conllevan al maltrato infantil.

Las siguientes son las actividades económicas en las que trabajan los y las adultas de la localidad en los diferentes territorios de gestión social integral encontradas por el ámbito laboral en inspecciones de terreno del año 2009.

Territorio 3: Fabricación y venta de calzado, Plaza de mercado del Restrepo, Salas de belleza, restaurantes – panaderías, Residencias, Tabernas, Venta ambulante, Proyectos de reubicación para vendedores como el CED centenario, el centro comercial social Restrepo, ASOVICAR: cuidadores del espacio público del barrio el Restrepo.

La mayoría de las oportunidades laborales de la actualidad están en el sector informal, en contratos de trabajo que no superan los tres o seis meses, y que no ofrecen ningún tipo de garantía para el trabajador, en salarios por porcentaje según la actividad realizada o al destajo, o a través de cooperativas de trabajo asociado que se convierten en intermediarios entre el empleador y sus empleados, quitando las garantías de ley al trabajador y además cobrándole cuotas por la administración de su convenio de trabajo. Esta situación dificulta el desarrollo humano integral de los trabajadores y sus familias.

Entre las actividades de la economía informal que realizan los adultos pertenecientes a estas poblaciones se encuentran 3 grandes sectores, los cuáles son:

- Comercio al por menor de Calzado, Artículos de Cuero e Insumos de Zapatería y el Comercio al por menor de Prendas de Vestir y Accesorios

Esta actividad económica se ubica principalmente en la UPZ del Restrepo, aunque existe presencia de desarrollo de esta actividad comercial en la zona residencial de la UPZ Ciudad Jardín.

97 Caracterización Ámbito Laboral 2009. HRUU

98 Base de datos. Unidades de Trabajo Informal 2009. Ámbito Laboral. HRUU

Se presenta la inequidad de géneros en oportunidades de desarrollo integral, que no garantizan la satisfacción de necesidades básicas, debido a las condiciones económicas que promueven la indigencia y la dependencia económica en las personas mayores, así como la exclusión de los procesos productivos e inclusión en condiciones precarias. Debido al modelo económico capitalista que permite aumentar cada vez más la monopolización de recursos mediante la globalización y las políticas de privatización, situación que ha llevado a la precarización de las condiciones de empleo y productividad. Lo que se define como un determinante **Estructural**.

Como determinantes **Particulares** se observa que la falta de dinero en el hogar hace que los adultos salgan a trabajar y se cambien los roles haciendo que las personas mayores asuman el papel de cuidadores de los niños, se crea dependencia económica y aumenta la depresión por el rechazo. A esta situación se le suma la falta de existencia de un espacio laboral para esta población por que relacionan la productividad con lo físico, lo que conlleva a ignorar las capacidades intelectuales de las personas mayores, así mismo la oferta institucional de las actividades para la persona mayor no responde a sus necesidades reales en términos de productividad y generación de ingresos.

El mercado productivo considera a la persona mayor improductiva, y no le genera un empleo digno ni en las condiciones que se requieren de acuerdo a sus capacidades. Los trabajos realizados por las personas mayores en su edad “productiva”, no permitieron en su mayoría obtener una pensión lo que genera hoy en día pérdida de autonomía, disfuncionalidad y dependencia lo que afecta de manera **Singular** la calidad de vida de las personas mayores de los territorios de la localidad.

A continuación se describe la situación de las personas mayores en el territorio, esta información es producto del análisis realizado por la **Transversalidad de Trabajo**:

En este territorio se encontraron 15 adultos mayores trabajadores, 8 mujeres y 7 hombres, cuyas condiciones socioeconómicas se soportan en los ingresos que perciben de hasta 1 salario mínimo, aunque no cuentan con niveles básicos ni superiores de educación.

Frente al tipo de contrato, la mitad cuenta con contrato a término indefinido y la otra mitad ganan al destajo. Ninguno está afiliado a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales.

Durante el último, año 3 hombres y 1 mujer han sufrido accidentes de trabajo, han sido quemaduras y cortaduras. 1 hombre y 1 mujer consideran que su estado de salud es excelente, 3 mujeres y 5 hombre dicen tener buen estado de salud y 4 mujeres y 1 hombre dicen estar regulares de salud.

Estas situaciones reitera la vulneración del **derecho al Trabajo** el cual expone que ⁹⁹ “*toda persona en edad de trabajar debe ejercer libremente profesión, arte u oficio para transformar, crear y producir con el fin de desarrollar capacidades y satisfacer necesidades personales, familiares y sociales*”

A su vez contradice lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión **Vivir bien en la vejez** la cual nos expone el “*Desarrollo de proyectos productivos, que incorporen procesos de capacitación y acompañamiento, permitiendo la continuidad laboral y el desarrollo humano de las personas mayores que quieran y estén en la capacidad de seguir trabajando*”.¹⁰⁰

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 4: La estructura del modelo del SGSSS genera vulnerabilidad al

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ Política Pública Social Envejecimiento y Vejez. Último documento Julio 2010. Pág. 92

derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

Desde diferentes ámbitos se han expresado quejas y reclamos al momento de solicitar el acceso a servicios de salud de este territorio, calificándolo como falta de sensibilidad, de respeto y discriminatorio. Acudir a los servicios médicos aparece como fuente de tensiones y malestar psico-social, en especial a los niños, niñas y mujeres gestantes pertenecientes a etnias menores en situación de desplazamiento. Además, cuando no se cuenta con la documentación requerida por los modelos de salud, este es violado; entre las causas más frecuentes esta la falta de no estar registrado o no contar con un documento que permita la identificación para la vinculación al sistema de salud.

La mayoría de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio, están afiliados al SGSSS en el Régimen Contributivo con un 52.9%, el 19.7% en el Subsidiado, el 14.37% están desafiados al sistema y acceden al servicio de salud de manera particular, y el 12.87% son vinculados¹⁰¹

El 57.4% de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio, ganan 1 salario mínimo, el 34.7% ganan más de 1 SMMLV y hasta 2 salarios mínimos, el 4.19% reciben menos de un salario mínimo, 1.7% ganan más de 2 y hasta 3 salarios mínimos, el 1.19% devenga más de 3 salarios mínimos y el 0.5% no responde la pregunta¹⁰²

La distribución de las y los adultos trabajadores identificados en el territorio por estrato económico: El 67% viven en estrato 3, el 25.14% vive en estrato 2, el 6,58% vive en estrato 1 y el 1.19% vive en estrato 4¹⁰³

El nivel educativo de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio, tienen bajos niveles de escolaridad, ya que el 32.93% tiene bachillerato incompleto, el 25.7% son bachilleres, el 5% son técnicos o tecnólogos y solamente el 4.19% son profesionales¹⁰⁴

En la etapa de Persona Mayor se observa que debido al modelo de Salud, se generan barreras institucionales que propician exclusión e inequidad en el acceso a servicios para estos habitantes. La falta de atención inmediata a las personas mayores se debe a las políticas institucionales de los prestadores de salud, cuya dinámica está inmersa en las contracciones del mercado. Así mismo no hay prioridad y los diagnósticos realizados son generalizados y determinados por la edad, descartando las posibilidades de prevención de enfermedades. Estas situaciones están enmarcadas en determinantes **Estructurales**.

Se tiene como consecuencias, que se deteriora la salud de las personas mayores debido a la falta de atención oportuna, se pierde credibilidad hacia el sector salud debido a la deshumanización en la atención y se crean nuevas enfermedades debido a la falta de prevención. Estas situaciones se presentan y se generalizan en los cinco territorios de la localidad y se enmarcan en determinantes **Particulares**. Las dinámicas de relación e intereses de las personas mayores que entran en conflicto con la oferta y calidez de la atención en los servicios de salud, pasa por ser un determinante **Singular**.

Estas situaciones vulneran el **derecho a la Salud** el cual contempla que la salud “*Es la posibilidad que tiene todo ser humano a disfrutar de una serie de servicios y condiciones que les permita conseguir y mantener el más alto nivel posible de salud, teniendo en cuenta la asistencia médica y las condiciones sociales como determinantes básicos del estado de salud*”¹⁰⁵.

¹⁰¹ HRUU. Ámbito laboral, informe local. 2009

¹⁰² Ibid

¹⁰³ Ibid

¹⁰⁴ Ibid

¹⁰⁵ Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

De esta forma también contradice lo expuesto en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión **Vivir bien en la vejez** la cual contempla la “Promoción de una perspectiva integral de la salud, en el proceso de envejecimiento, donde se reafirme y se disfrute la vejez como un momento de la vida no asociado a la enfermedad en razón de la edad” y la “Garantía de la cobertura universal de las personas mayores en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud, sin discriminación de ningún tipo, haciendo énfasis en las personas que se encuentran en condición de alta fragilidad social o económica”¹⁰⁶.

3.4. Territorio 4 Policultural

En la localidad Antonio Nariño, a partir de los recorridos realizados por las diferentes Instituciones de la localidad en el marco de la Gestión Social Integral G.S.I, se delimitó barrialmente el territorio; cabe aclarar que los territorios sociales definidos, comparten las dos UPZ de la localidad. El territorio 4 denominado Policultural en ejercicios realizados con equipos dinamizadores de la GSI, está conformado por seis barrios con estrato predominante 3, a excepción del barrio Policarpa cuyo estrato es 2 (ver tabla 18.)

Tabla 18. Barrios y UPZ que integran el Territorio 4. Localidad 15.

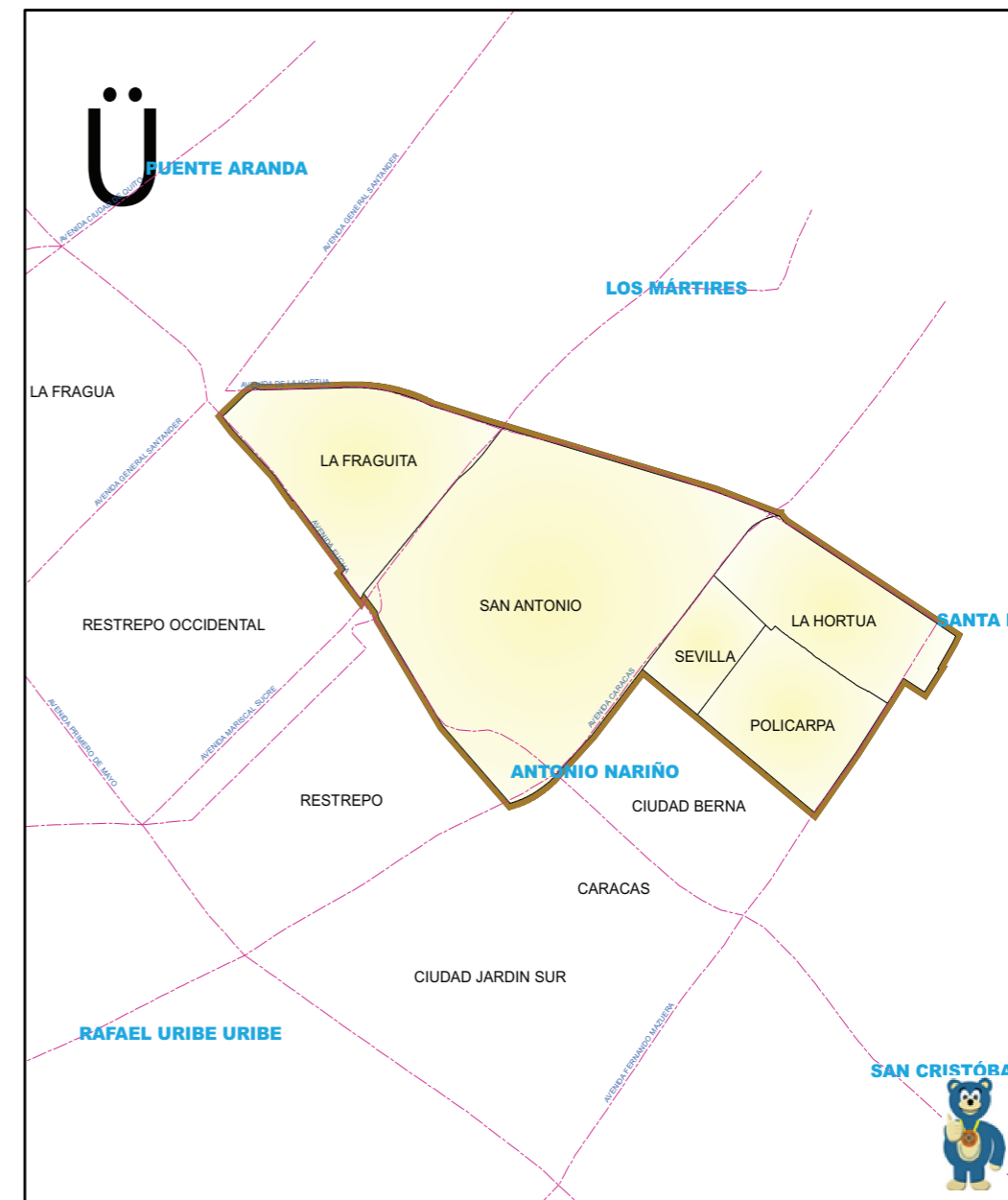
TERRITORIOS	BARRIO	UPZ
TERRITORIO 4	HORTUA	35 CIUDAD JARDIN
	POLICARPA	35 CIUDAD JARDIN
	LA FRAGUITA	38 RESTREPO
	SEVILLA	35 CIUDAD JARDIN
	SAN ANTONIO	38 RESTREPO
	LUNA PARK	38 RESTREPO

Fuente: Alcaldía Local de Antonio Nariño. Subdirección de integración Social. Grupo Fergusson

A continuación se presentan las dinámicas y características del territorio, por categorías de análisis, teniendo como base los insumos de los recorridos por el territorio, realizado por funcionarios y funcionarias de instituciones y líderes comunitarios, el 30 de marzo y el 13 de abril de 2009, por los barrios Fragueta y Santa Isabel IV Sector; así como Información aportada por el Hospital Rafael Uribe sobre diagnósticos por etapa del ciclo vital y transversalidades.

La delimitación del territorio se describe a continuación: Por el Norte: Localidad Mártires, Sur: B. Ciudad Berna, Este: Localidad Santa Fe y Oeste: B. Restrepo (ver mapa 12).

Mapa 12. Territorio 4 Policultural



— Territorio 4
- - - Vías Principales

ESCALA 1:15.000
Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Límite de Localidades (Res. 233629 de Abril de 2004)



Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaria Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

Los barrios San Antonio y Fragueta, se han desmejorado progresivamente, dando lugar a un fenómeno de pobreza vergonzante que tiende a generalizarse.

Los barrios San Antonio, La Fragueta y Santa Isabel en épocas anteriores, conformaron uno de los sectores residenciales tradicionales del sur de la ciudad; sin embargo, las condiciones de vida de familias de los barrios San Antonio y La Fragueta, evidencian dificultades derivadas de la pérdida del poder adquisitivo.

En cuanto a las condiciones de vivienda y los ingresos económicos, de acuerdo con los testimonios de las líderes del barrio San Antonio, las condiciones han cambiado drásticamente: “Ya el barrio no es como antes, tradicional, residencial, de condiciones prestantes...los antiguos propietarios vendieron o arrendaron...Hay casas que se arriendan por alcobas o piezas, preferiblemente a personas solas, estudiantes o trabajadores, o máximo a una pareja con 1 niño”.

En la Calle 1 con Carrera 15 (frente a la entrada del Hospital Santa Clara) se ubica un callejón con 26 predios, que las líderes del barrio San Antonio identificaron como un sector de invasión y que actualmente presenta hacinamiento, lo cual fue confirmado por funcionario de la Alcaldía Local.

Sobre el uso de las viviendas, en el barrio San Antonio, se encuentra el sector dedicado a la venta de repuestos y lujos para automóviles y talleres de mecánica, además de la reciente apertura de fábricas de zapatos, textiles, muebles de madera y artes gráficas, lo que sugiere un cambio o ampliación del sector comercial de la localidad. Por su parte, en La Fragueta se ha venido incrementando la presencia de fábricas de muebles de madera, tintorerías, talleres de mecánica y venta de baterías.

Los líderes de la JAC de La Fragueta, identificaron el sector más antiguo del barrio como receptor de familias desplazadas, ubicado entre las Calles 1ª y 7 Sur y las Carreras 21 y 24 B, y la Directora del Jardín Infantil El Principito del barrio San Antonio, manifestó que atiende 4 familias en condición de desplazamiento.

Los comerciantes del barrio Policarpa Salavarría, viven y trabajan en sus casas y se identificó como el sector más poblado.

Con relación a la problemática de medio ambiente principales, encontramos que hay contaminación del aire, por fuentes móviles como vehículos particulares y públicos, los sitios que presentan mayor nivel de contaminación corresponden a la carrera 10, calle 11 sur, avenida Caracas, calle 1 sur, calle 3 sur y avenida Primero de Mayo, afectando los barrios Policarpa, calle 4 entre carreras 11 y 12 y Ciudad Jardín, carrera 10 entre calles 17 y 19 sur. Lo que es de vital importancia, pues las enfermedades respiratorias se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad local, afectando principalmente a los menores de un año y a las personas mayores de 60 años.

Contaminación por ruido: actividades empresariales e industriales (fábricas de metalurgia, talleres de ornamentación, lavanderías, panaderías, recicladoras y carpinterías, entre otras), en diferentes puntos de la UPZ.

Existe un pozo natural ubicado en el barrio Ciudad Jardín, donde el agua es empleada para el lavado de vehículos, además de tres piscinas, dos en el barrio Ciudad Jardín y uno en Ciudad Berna, las cuales tienen la vigilancia del equipo de medio ambiente del Hospital Rafael Uribe Uribe; sin embargo, se presenta contaminación por aguas residuales y contaminación industrial por lavaderos de carros; el manejo deficiente de los residuos sólidos domésticos y su disposición al aire libre, o en cursos de agua y quebradas, presencia de vectores plaga (roedores, insectos). Una de las problemáticas más sentidas es la relacionada con el manejo de la población canina, con y sin dueño.

Las diversas problemáticas ambientales son determinantes, inciden en el proceso salud-enfermedad generando situaciones de riesgo asociados a problemas de salud que ocupan lugares importantes en el perfil de morbilidad local.

Es necesario señalar, que las rondas de los ríos de la localidad se sitúan como un factor de protección sólo de manera potencial, pues no son empleadas adecuadamente, ya que las acciones de arborización y embellecimiento son demasiado puntuales y no involucran a la comunidad en su conjunto, lo que hace que sigan siendo vistos como espacios sin dueño, no generen sentido de pertenencia y se sigan viendo como receptores de basuras. Los parques, que actualmente tienen un adecuado control y atención, siguen adoleciendo de circunstancias semejantes. De otra parte, el manejo de las mascotas es creciente y no es clara una visión de responsabilidad ciudadana a pesar de las diversas campañas de educación ambiental y de la salud en general.

Según información territorios caracterizados SASC.

Condiciones higiénicas sanitarias: Un 16% de las viviendas no poseen cocina independiente, lo cual genera mayor riesgo de contaminación y manipulación inadecuada de los alimentos, además de los riesgos derivados del uso de gasolina o gas.

Existe presencia de caninos callejeros, así como tenencia y cría de equinos, especies menores, representa un riesgo para la salud de la población por la transmisión de enfermedades zoonóticas.

Se encuentran 30 expendios de alimentos minoristas, 40 de alimentos preparados y 20 expendios de licor.

Condición de la vivienda: La mayoría de las familias cuentan con vivienda tipo pieza (42%), seguido de Apartamento (31%) y casa (27%).

La mayoría de las familias cuenta con materiales adecuados en sus viviendas. Existe un 1% de familias cuyas viviendas presentan agrietamiento, humedad o apozamiento de agua en las paredes, techos y pisos, lo cual ponen en riesgo la salud y bienestar de sus integrantes.

Factores de Riesgo Físicos-Químicos: Según información de la ficha de caracterización de entornos, no se encuentran sitios de riesgo químico para la población; no se presentan riesgos naturales en las zonas donde se ubican las viviendas del territorio. Se encuentran fumadores en las viviendas en un 11%, lo cual constituye riesgo para la salud de sus habitantes en eventos de tipo respiratorio.

Factores de riesgo biológicos: Hay presencia de caninos callejeros de los cuales se desconoce el estado de vacunación, lo cual representa riesgo para exposición de accidente rábico.

Según información de la oficina de medio ambiente la cobertura de vacunación canina es alta por encima del 95%.

Presencia de vectores: Existe presencia de vectores y roedores en las viviendas, (33%) principalmente zancudos, ratones y mosquitos, habitando áreas de interés público del territorio (Ver tabla y gráfico 4).

Condición de hacinamiento: Presenta un porcentaje de hacinamiento (7%). En las viviendas los espacios son pequeños y existe poca iluminación y ventilación.

En el caso de la población en situación de desplazamiento, la UPZ Ciudad Jardín es la receptora de la población desplazada en la localidad, con un número de 24 familias residentes en el barrio Policarpa Salavarría, identificadas gracias al programa salud a su casa y los registros locales.

A la UPZ Ciudad Jardín pertenecen 24 familias que conviven con personas de 60 años y más, y en la UPZ Restrepo se encuentran 14 familias en la misma condición, siendo mayor la proporción de hombres asociada a las precarias condiciones laborales, secuelas de accidentes laborales y de tránsito, y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida, implicando mayor riesgo de discapacidad, con problemáticas asociadas a escasos ingresos económicos para alcanzar niveles de vida digna, aislamiento social, programas de nutrición que no dan respuesta adecuada a las necesidades nutricionales de éste grupo poblacional, fallas en las condiciones de acceso y movilidad en el transporte público, alta exposición a accidentalidad por barreras arquitectónicas y urbanísticas al interior de las viviendas y fuera de ellas. Por tratarse de una zona en gran parte industrial, la exposición a contaminantes ambientales es permanente, afectando en gran medida a las personas mayores con patologías respiratorias y dermatológicas de base.

A pesar de que existe gran variedad de parques y equipamientos culturales, tanto en la UPZ Restrepo como en la UPZ Ciudad Jardín, existe dificultad para utilizar éstos espacios para actividad física y actividades lúdico-recreativas por parte de las personas mayores, por altos niveles de inseguridad asociados al hurto callejero y pandillas, venta y consumo de sustancias psicoactivas, proliferación de caninos callejeros y habitantes de calle atraídos por la presencia de residuos sólidos en espacios públicos, derivados de prácticas industriales e inadecuada disposición residuos sólidos residenciales, por falta de concienciación y capacitación de la importancia de clasificar las basuras y controlar los horarios de recolección de las mismas.

En la UPZ Restrepo, barrios como la Fragua, la Fragueta, Villa Mayor, Santander, y en la UPZ Ciudad Jardín, en barrios como Policarpa y Ciudad Jardín, las Juntas de Acción Comunal (JAC) implementan estrategias propias para realizar actividad física grupal de una a tres veces por semana, pues los proyectos locales están condicionados a los puntajes del SISBEN y solo cubren a la población clasificada en los niveles I y II.

Puede observarse que los niveles de participación económica de la población de 60 años y más, y la proporción de jubilados y/o pensionados, está directamente relacionada con el desarrollo industrial típico del área correspondiente a los barrios Ciudad Berna, Ciudad Jardín y Sevilla, que se dedican a actividades industriales domiciliarias.

En la UPZ Ciudad Jardín habitan un total de 30828 personas con predominio de sexo femenino, el total de habitantes de esta UPZ representa el 29% del total de la población de la localidad. La etapa de ciclo adulto es la más representativa (48%), seguido de la etapa juventud (25%), infancia (14%) y por último personas mayores (11%) (Ver tabla No. 17).

En el territorio se destaca que de las 249 familias caracterizadas por el Programa SASC, no se encontró ninguna en condición o situación de desplazamiento. Del estado de sus viviendas se encuentra que un 3.2% presentan agrietamiento, humedad o apozamiento de agua en las paredes, techos y pisos, lo cual se considera un porcentaje elevado por lo que se amerita precisar estudios sobre el fenómeno de pobreza oculta antes mencionado.¹⁰⁷

En el territorio Policultural, los materiales de las 249 viviendas caracterizadas por SASC, se destaca que ninguna presenta estado inadecuado.

Tiene algunos hogares con difíciles condiciones económicas, como en el barrio Policarpa y Sevilla; por su cercanía al centro de la ciudad reporta algunos problemas de inseguridad. En este territorio se encuentra el Hospital San Juan de Dios el cual ha sido controversial por su situación de deterioro y abandono estatal: se dice que quedaron muestras y órganos humanos abandonados. En este territorio se ha identificado un alto riesgo tecnológico por causa de los innumerables locales dedicados al comercio de textiles.

¹⁰⁷ Programa SASC acumulado 2004-2009

Otros barrios como San Antonio, poseen niveles óptimos de vida e infraestructura adecuada en materia de zonas verdes y árboles para sus habitantes.

Resalta el comercio al por mayor de textiles y los establecimientos de venta y consumo de alimentos, al igual que la venta de herrajes.

3.4.1 Etapa infancia

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 117 eventos, de los cuales el mayor número de casos territorio Policultural fueron en su orden: Varicela, ESI-IRAG, Mortalidad Perinatal y Exposición rábica. Cabe resaltar la ocurrencia de 4 casos de intoxicación por fármacos, donde se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, eventos como la Hepatitis A, que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta. En cuanto a enfermedades potencialmente evitables relacionadas, se presentó un caso de mortalidad por ERA en menores de 4 años, de lo cual ameritaría conocer el respectivo análisis del comité Nodo Institucional, para establecer planes de mejora mas aterrizados a las causas reales del problema.

3.4.2 Etapa juventud

Respecto al anterior registro del SIVIGILA 2008, para esta etapa del ciclo vital se reportaron 100 eventos de notificación obligatoria, de los cuales el mayor número de casos territorio Policultural fueron en su orden: Varicela, Hepatitis A, Exposición rábica, Intoxicación por otras sustancias químicas. En cuanto a enfermedades de transmisión sexual, se presentaron 3 casos de VIH y un caso de sífilis gestacional, de lo cual ameritaría conocer otras variables para profundizar en los análisis y establecer planes de mejora acordes a los problemas evidenciados en materia de prevención y control.

3.4.3 Etapa adultez

Fueron reportados durante el 2008 al SIVIGILA 110 eventos, de los cuales el mayor número de casos territorio Policultural fueron en su orden: Varicela, VIH7SIDA, TBC Pulmonar, Exposición Rábica y ETA. En cuanto a enfermedades de transmisión sexual, se presentó 2 casos de Hepatitis B, de lo cual ameritaría conocer otras variables para profundizar en los análisis y establecer planes de mejora acordes a los problemas evidenciados en materia de prevención y control.

De acuerdo al análisis realizado desde el año 2009 a la fecha, en diferentes espacios de Equipo Técnico Poblacional y unidades, la situación de causalidad se determinó así:

Determinantes Estructurales

El modelo de producción económica

Debido a la gran actividad comercial e industrial de la localidad, se presenta que los adultos vinculados al sector formal de la economía se encuentran en condiciones de inestabilidad laboral, baja remuneración o pago a destajo y carencia de servicio de seguridad social, configurando una situación crítica para los trabajadores de la localidad. Es conveniente mencionar que quienes no están insertos dentro de la dinámica del sector de producción formal, se encuentran dentro de la informalidad.

La mayor proporción de las empresas de la localidad se ubican geográficamente cerca de los

sectores tradicionales de los barrios Restrepo, Restrepo Occidental, Ciudad Jardín Sur, San Antonio de Padua, Valvanera y Santander Sur.

La población adulta trabajadora en la localidad se concentró en los barrios Restrepo Occidental y Policarpa Salavarrieta, el comercio al por menor, en establecimientos especializados, con surtido compuesto principalmente de alimentos (víveres en general), bebidas y tabaco se concentraron en los barrios Restrepo Y Restrepo Occidental; el comercio de partes, piezas (auto partes) y accesorios (lujos) para vehículos automotores se encontró en los barrios Restrepo y la Fragueta.

Del total de empresas pertenecientes al sector industrial de Antonio Nariño, la mayor parte se concentró en actividades de curtido y preparado de cueros; fabricación de calzado; fabricación de artículos de viaje, maletas, bolsos de mano y similares; artículos de talabartería y guarnicionería, con 23% de las empresas concentradas en el barrio la Valvanera.

Pero esta intensa actividad comercial e industrial en la localidad muestra viviendas en condiciones de hacinamiento, debido a las zonas de desmejoramiento reciente (Ubicadas en las UPZ de Restrepo y Ciudad Jardín) y la accesibilidad al sistema de atención en salud y en asociación con esto la poca cultura de la prevención y el auto-cuidado presente en la población.

Determinantes intermedios

Barreras de acceso a la afiliación al Sistema General de Servicios básicos de Salud y de educación.

La atención en la localidad se hace desde la UPA Santa Clara. Allí se atendieron 3339 usuarios en consulta externa, de las cuales el 9 % (300.51) corresponden a Diabetes, 80 % (2671.2) Hipertensión y 11% (367.29) EPOC. La Hipertensión arterial se encuentra entre las 10 primeras causas de atención en la institución en consulta externa y urgencias, En cuanto a ciclo vital de las 3339 personas atendidas el 68 % son personas mayores, el 33 % se encuentran en edad adulta.

En la institución se cuenta con un programa a personas con condiciones crónicas el cual opera en la localidad 18 y se compone de varias áreas como: Promoción y prevención, detección temprana tratamiento y Rehabilitación.

Aunque la infraestructura de la localidad de atención a usuarios al Sistema General de Servicios de Salud cubre una parte de la población adulta afiliada, existe poco acceso a los servicios de salud por las barreras de tipo económico y geográfico, por la imposibilidad de pagar por los servicios a pesar del aseguramiento (definidas como primer nivel de las barreras), y porque serían genéricas al acceso a los servicios de salud en el distrito, en el marco del SGSSS.

Se toman estas barreras desde la disposición y características de los servicios, barreras que se denominan organizativas, y que hacen referencia a los procesos administrativos, información y conocimiento sobre derechos, trámites y horarios de atención en los servicios, la calidad de la recepción e información dispuesta por el servicio y los tiempos de espera en el mismo, y a otros referidos a la organización para la prestación del servicio mismo, como la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción), según la modalidad de contratación que se tenga.

No se han implementado las políticas públicas existentes que atienden a las poblaciones pertenecientes a las minorías étnicas, desplazados, personas en situación de discapacidad, mujeres y a la población LGBT.

Aunque existen políticas públicas que atienden a las poblaciones anteriormente mencionadas

a nivel distrital, estas políticas no han sido implementadas de una manera que cubra cabalmente a las poblaciones, de forma más integral, por lo cual existen debilidades en el cubrimiento de los servicios de salud, la defensa de los derechos y el reconocimiento, y visibilizarían como sujetos sociales.

Es pertinente anotar que la profundización en la implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), es de vital importancia ya que es en esta medida como las poblaciones acceden a una calidad alimenticia, no sólo por medio de los comedores comunitarios, sino a través del acceso y disponibilidad de los alimentos. De igual forma se debe permitir que los alimentos se encuentren en las mejores condiciones físicas y de consumo, para que garanticen el desarrollo de competencias, tanto sociales, políticas, económicas y de producción.

Determinantes particulares

Presencia de tradiciones culturales, creencias y prejuicios frente a la población perteneciente a minorías étnicas, desplazados, personas en situación de discapacidad, mujeres y población LGBT.

Los prejuicios existentes frente a estas poblaciones dificultan la inserción a los sectores productivos de la economía formal, así como a los servicios de salud y educación, hacen que no sean los más adecuados, esto debido a las concepciones que se tienen frente al rol político, económico, cultural y social que estas poblaciones tienen.

Este fenómeno parte del desconocimiento que se tiene de las potencialidades de estas poblaciones y factor que los aísla totalmente del devenir económico, político, social y cultural de la localidad.

Es conveniente observar que frente a las minorías étnicas y en situación de desplazamiento, las dificultades para entender las dinámicas urbanas y específicamente de la localidad, excluyen particularmente a esta población.

Existen barreras culturales en las poblaciones pertenecientes a minorías étnicas y desplazados, referidas a la incapacidad de entender e insertarse a las dinámicas locales y de la ciudad, y cambios de roles en el desempeño social y económico.

Frente a los cambios de roles, las mujeres antes dependientes empiezan a ser proveedoras pues consiguen emplearse más fácilmente, estos cambios terminan generalmente en conflictos de pareja, que a la postre se transforman en violencia intrafamiliar entre cónyuges y hacia los menores de edad.

Los padres de familia obligan a sus pequeños, acostumbrados a correr en espacios abiertos, a quedarse reclusos en espacios reducidos, "la pieza", sin posibilidad de ir a los centros educativos (principalmente en el momento inmediato después de su llegada), lo que generan desordenes en su salud emocional de diversa índole, que desencadenan en enfrentamientos con sus padres y posteriormente el posible ingreso a pandillas, grupos de delincuencia común y abandono de sus hogares.

3.4.4 Etapa Persona Mayor

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 9 eventos, de los cuales el mayor número de casos territorio Policultural fueron en su orden: Hepatitis A y TBC Pulmonar. Cabe resaltar la ocurrencia de 1 caso de VIH Sida, en este grupo de edad, donde se hace necesaria la investigación más detallada, para determinar causas relacionadas.

3.4.5 Núcleos problemáticos priorizados Territorio 4

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 1: El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

En el año 2009, la intervención psicosocial atendió un total de 15 casos de niños y niñas, los cuales representan el 23% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (64 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud familiar en los niños equivalente al 60% del total de la población infantil reportada. En los niños se encontró predominio de eventos relacionados con problemas de crianza (5 casos), la educación y alfabetización (2 casos) y lesiones por maltrato físico (2 casos). En las niñas se presentaron en su orden: problemas de crianza (4 casos), problemas con el grupo primario de apoyo (1 caso) y lesiones por maltrato físico (1 caso). La distribución de casos según territorio social fue: TERRITORIO 2 (1 caso que equivalen al 7% del total reportado), TERRITORIO 4 (13 casos que equivalen al 87% del total reportado), TERRITORIO 5 (1 caso que equivalen al 7% del total reportado).

Así mismo en el año 2009, fueron atendidos 19 casos de jóvenes por la intervención Psicosocial, los cuales representan el 30% del total de casos reportados (64). En los jóvenes se encontró predominio de eventos relacionados con problemas con el grupo primario de apoyo (3 casos), la educación y alfabetización (2 casos) y lesiones por maltrato físico (1 caso). En las jóvenes se presentaron en su orden: con el grupo primario de apoyo (5 casos), lesiones por maltrato físico (3 casos), problemas económicos y de vivienda (2 casos), problemas con la educación y alfabetización (2 casos). La distribución de casos según territorio social fue: TERRITORIO 2 (12 casos que equivalen al 63% del total reportado), TERRITORIO 4 (7 casos que equivalen al 37% del total reportado).

Para la etapa de adultos se registraron 17 casos, los cuales representan el 26,5% del total de los reportados para todas las etapas de ciclo (64 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud familiar en las mujeres equivalente al 82% del total de la población reportada. En los adultos se encontró predominio de eventos relacionados con problemas económicos y de vivienda (1 caso), el estilo de vida (1 caso) y enfermedad crónica terminal (1 caso). En las mujeres adultas se presentaron en su orden: problemas con el grupo primario de apoyo (5 casos), problemas de crianza del niño (2 casos) y lesiones por síndrome de maltrato (2 caso), problemas económicos (1 caso), trastornos mentales y de comportamiento (1 caso), problemas con el estilo de vida y modo de vida (1 caso). La distribución de casos según territorio social fue: TERRITORIO 2 (6 casos que equivalen al 35% del total reportado), TERRITORIO 4 (11 casos que equivalen al 17% del total reportado).

Finalmente, la intervención psicosocial atendió un total de 13 casos de personas mayores, los cuales representan el 20% del total de casos reportados (64 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud familiar en las mujeres mayores equivalente al 77% del total de la población reportada. En los adultos mayores, se encontraron problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (3 casos). En las adultas mayores, se presentaron en su orden: problemas con el grupo primario de apoyo (5 casos), problemas económicos y de vivienda (2 casos), enfermedad crónica terminal (2 casos), lesiones por maltrato (1 caso). La distribución de casos según territorio social fue: TERRITORIO 2 (3 casos que equivalen al 23% del total), TERRITORIO 4 (10 casos que equivalen al 77% del total reportado).

La violencia intrafamiliar presente en el barrio Policarpa, donde las familias viven en Inquilinatos, se da contra las mujeres entre 20 y 45 años, las cuales son cabeza de hogar, trabajadoras informales o en condición de desplazamiento (fuera de la ciudad o interlocal).

La explotación laboral a menores en la zona de textiles del barrio Policarpa, se realiza en negocios familiares o madres que trabajan en la casa y son cuidadoras. El Hospital, desde la Mesa de Trabajo Infantil tiene caracterizada las familias y ha realizado acciones que prevengan el maltrato.

La venta y consumo de sustancias psicoactivas y de licor a menores, se ha observado en el barrio Policarpa (calles, parque Fucha y ahora en Ciudad Berna), asociada a habitante de calle, siendo los jóvenes principales consumidores. La situación descrita se apoya o se empeora por la proliferación de tabernas y discotecas, zona comercial.

En Sevilla se presenta abandono de la persona mayor, asumen cuidado de NN y atraviesan por el fenómeno de pobreza vergonzante. Antes se consideraban de "estrato alto, ahora son nido vacío.

La discusión realizada en el Nodo Coordinador el día 8 de mayo de 2009, en las instalaciones de la alcaldía, con la participación de las referentes de RBT, Idipron, IDPAC, Hospital, Alcaldía y 3 líderes de la comunidad, permitió realizar el siguiente análisis y comprensión de las violencias en Ciudad Jardín:

Todas las poblaciones que habitan o trabajan en Ciudad Jardín están expuestas a situaciones de violencia, que se manifiestan de formas diferentes según las características por edad, género, condición socioeconómica y ubicación territorial; Policarpa es el barrio donde más se presenta el conjunto de violencias.

La población fragilizada se concentra en el ciclo de jóvenes, puesto que ellos y ellas viven en un territorio en el cual es fácil el acceso a tabernas, discotecas o tiendas, donde se distribuye licor, situación que se registra con preocupación dado que al permanecer solos y solas en la calles también tiene acceso a SPA, distribuidas por habitantes de calle. Esta situación genera inseguridad, permitiendo atracos en sectores como la salida de algunos colegios y parques. La ocupación del espacio público por los niños, niñas y mujeres y hombres jóvenes, ha ido creando disputas territoriales, lo que se refleja en peleas y puñaladas organizadas entre barras y efectos intolerables con un asesinato a un joven en el trascurso del 2009. Las situaciones mencionadas, tienen relación con el uso del suelo que es predominantemente comercial, lo que implica que las personas adultas, hombres y mujeres, se desplazan a estos sectores, pero no necesariamente implica una pertenencia con el territorio. En este sentido los valores que circulan están alrededor de lo comercial, se accede a bienes (alimentación, recreación y cultura, vivienda, educación y salud) dependiendo del dinero que se posea. En esta idea se profundiza el modelo económico sobre las relaciones, lo que permite la trata de personas (mujeres jóvenes), explotación laboral a mujeres y niños, o el trabajo de los padres que genera soledad en otros miembros de la casas. Como consecuencia se ha aumentado el embarazo en adolescentes, la deserción escolar, la concepción del suicidio, la discriminación y humillación a estudiantes LGTB.

En el caso del barrio Sevillana, anteriormente considerado de estrato alto, se observa que las personas mayores que viven allí se han quedado solos y solas en la mayoría de los casos, dado que sus hijos viven en otros lugares; también se registran situaciones de inseguridad por robos, y respecto a la alimentación y al aspecto afectivo, otro extremo socioeconómico en este mismo ciclo, evidencia explotación de parte de familiares frente al bono (abuelitas), y el desempeño del rol de cuidadores(as). En algunos casos se ha reportado maltrato físico.

Además se mencionan condiciones de vivienda muy precaria en barrios en los cuales mujeres entre 20 y 45 años, cabeza de hogar, informales, en condición de desplazamiento (fuera de la ciudad o inter-local), baja escolaridad, viven en inquilinatos. En estos espacios se presentan violencia intrafamiliar, mujeres golpeadas y abusadas, abuso sexual en especial a niños y niñas en condición de discapacidad.

Por último se mencionan la existencia de población afro descendiente e indígena, con la cual la red no ha tenido mayores acercamientos y desconoce sus situaciones.

La RBT contribuye a la disminución de las violencias en Ciudad Jardín, promocionando territorios seguros, en donde los y las jóvenes se organizan y participan en iniciativas que les permita el desarrollo de su autonomía, por ejemplo, en el diseño de un programa de interacción intergeneracionales con personas mayores, gestionando el acceso a educación y trabajo. Promoción de relaciones solidarias en grupos de mujeres trabajadoras y cuidadoras con madres que se encuentran en alta vulneración. Las instituciones locales relacionadas con violencias se comprometen en el diseño respuestas integrales como una primera etapa, por ello se efectúa el ajuste a las iniciativas existentes, se continúan los proyectos en curso y se gestionan nuevas respuestas. Este plan se orienta desde la perspectiva territorial que ha sido adoptado por GSI.

Situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad: El proceso de toma de decisiones sobre los determinantes próximos de la fecundidad, está sujeto a una serie de regulaciones sociales. Se espera que el inicio de actividad sexual de las mujeres se posponga lo más posible e incluso que ocurra en el contexto de una relación estable. Estas expectativas y restricciones sociales hacen que su ocurrencia se asocie con una serie de significados psicológicos y sociales.

Se encontró que los hombres, en comparación con las mujeres, tienen menos conocimientos sobre anticoncepción y creen que las mujeres son las que deben cuidarse de un embarazo. Afirman que la falta de un sentido de autodeterminación, lleva a la persona a sentir que lo que le ocurre en la vida es causado externamente, por alguien o algo que no está bajo su control. A partir de estos planteamientos podemos comprender mejor por qué los jóvenes prefieren no planear las relaciones sexuales, evitan hablar del tema y dejan que las circunstancias decidan. El contexto sociocultural establece un trato diferencial en función del sexo, promueve el desarrollo de actitudes sexistas y, en esa medida, influye sobre la posibilidad de que en pareja se tomen decisiones relacionadas con el uso de métodos de planificación familiar.

Generar contextos de socialización que favorezcan el desarrollo de la autoconfianza y la autodeterminación, serían objetivos necesarios en el trabajo a realizar desde las aulas de clase, crear una atmósfera de aceptación y apoyo en la que los jóvenes puedan explorar y clarificar diversos motivos para tener relaciones sexuales a su edad, y analizarlos críticamente en función de sus estándares sexuales. Los y las jóvenes calificaron positivamente la educación sexual recibida en su familia, dijeron que ésta había trascendido la esfera reproductiva y había profundizado también en el ámbito del afecto y la comunicación, en la medida en que les permitieron reflexionar sobre sus deseos y prioridades y, por lo tanto, tomar decisiones más acertadas y seguras en relación con su vida sexual.

Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

En la localidad de Antonio Nariño en el territorio social Policarpa que comprende los barrios, Policarpa, Sevilla, La Hortúa, San Antonio, La Fragueta y Luna Park, se evidencia una problemática de venta y consumo de SPA, situación que afecta negativamente las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio.

La presencia de habitante de calle es muy marcada, la comunidad del territorio identifica la descomposición familiar y los conflictos que esto genera, la pobreza extrema, el desempleo, la falta de oportunidades, la no garantía de vivienda por parte del Estado, la comercialización y el consumo de drogas (SPA), la falta de educación, incluso la falta de fe religiosa, la carencia de ingresos y de políticas públicas que los ubique en lugares específicos para que no deambulen por las calles, son las causas determinantes de esta problemática.

La comunidad manifiesta la presencia de jóvenes en sitios de zonas verdes como el parque Policarpa (José Martí), en los bares, tabernas, en los alrededores del colegio Jaime Pardo Leal, de las obras de Transmilenio, en el parque La Hortúa, en la calle primera con carrera décima y algunas viviendas, donde se presenta la distribución de estas sustancias. A esto se suma la presencia de habitantes de calle como primeros consumidores y expendedores.

Se identificó dentro de la lectura de necesidades, presencia de expendios cerca y al interior de los colegios, soledad por trabajo de padres y dentro de este contexto que facilita el consumo de drogas se evidenció presión social, problemas de familia, falta de orientación y de oportunidades, desconocimiento, dificultades en la comunicación con el grupo familiar y falta de redes de apoyo familiares.

En cuanto a la relación de esta problemática con el territorio, en el ejercicio de cartografía social desarrollado con la Red Juvenil, se identificaron multiplicidad de lugares de expendio y consumo en la localidad, tales como los parques de los barrios Policarpa, San Antonio, Balvanera, Santander y Eduardo Frei, la avenida primera entre carreras 10 y 24 y los alrededores de instituciones educativas.

Violencia intrafamiliar y social

Hay un elemento que aparece constantemente en la bibliografía sobre este tema: las mujeres jóvenes se hacen más visibles en las cuestiones relacionadas con la violencia, con el embarazo adolescente o la prostitución, mientras que la pregunta por la masculinidad de los jóvenes apenas se empieza a vislumbrar; es más frecuente verlos en esta literatura como protagonistas de expresiones grupales tales como pandillas, guetos, parches y tribus urbanas.

Se reporta casos de conducta suicida, se notifican 4 casos entre los 20 y 25 años, basándose que 1 es evento de ideación, 2 equivale a intento y 3 evento consumado.

Según los datos presentados anteriormente, las mujeres parecen mostrar mayor tendencia a presentar conductas suicidas con respecto a los hombres, cuando atraviesan por problemas difíciles en las relaciones con su pareja, familiares o con otras personas. Para las mujeres, el estrés generado al interior de la familia o la violencia cumplen un papel importante en la decisión de un intento de suicidio. Aunque hay datos que apuntan a que las mujeres tienden más a la depresión y a los intentos de suicidio, el número de muertes de hombres por suicidio suele ser mucho mayor. Una de las principales razones para explicar esta diferencia es que los hombres, como pauta general, buscan menos ayuda ante el padecimiento de algún trastorno del estado del ánimo. Otro de los motivos es que los hombres suelen utilizar métodos altamente letales.

Los trastornos mentales más frecuentes y que aparecen asociados a la presentación de conductas suicidas en los/as jóvenes, son los trastorno del estado de ánimo, principalmente la depresión y los trastornos de la conducta especialmente conductas antisociales. Los resultados muestran que los/as jóvenes presentan altos niveles de depresión y ansiedad, pero los que intentan suicidarse tienen mayores niveles de agresión.¹⁰⁸

La problemática de inseguridad se evidencia en todo el territorio, aunque la comunidad ha identificado lugares específicos como el colegio Jaime Pardo Leal, por la Carrera 10ª entre las calles 1ª y 11 sur, por ocasión a las obras de Transmilenio, y con mayor frecuencia en los parques Policarpa, Sevilla y Berna. Por otra parte los habitantes consideran que la problemática de inseguridad en el territorio, obedece a la falta de actividades preventivas por parte de las instituciones, y la falta de medidas o sanciones drásticas que castiguen de forma severa a quienes agreden física y psicológicamente al hurtar objetos personales, quienes realizan estos actos en su mayoría son grupos de jóvenes (pandillas).

108 Fuente: Base de datos conducta suicida 2009 - HRUU

Teniendo en cuenta la dinámica de este ciclo vital adulto, se procede a realizar el análisis de la información arrojada por las intervenciones de vigilancia (SIVIM), y la intervención del ámbito familiar (intervención psicosocial).

Se describe a continuación los casos notificados SIVIM 2008 para Antonio Nariño, donde se observa que, en primer lugar se encuentra la violencia emocional con 105 casos (55%), y 75 casos (40%) de violencia física, seguido de violencia económica, 4 casos (2 %), por negligencia con 4 casos un (2 %), y finalmente está la violencia sexual con un caso (1%).

Los 172 casos notificados en la localidad Antonio Nariño, equivalen al 91% de género femenino y 17 casos que corresponden al 9% de género masculino.

La violencia Intrafamiliar y el maltrato infantil han sido las problemáticas que siempre han tenido una alta recepción de casos, ya que existe en la comunidad el conocimiento sobre su prevención y la concientización para evitar que se sigan presentando situaciones que vulneren sus derechos y las libertades de autodeterminación sobre sus vidas.

En la etapa de Vejez y Envejecimiento, la situación en cuanto a redes sociales y familiares se enmarcan en determinantes **Estructurales** en cuanto a la exclusión que existe de las personas mayores debido a que no se tienen en cuenta sus habilidades y potencialidades, desconociendo de esta forma los planteamientos del envejecimiento activo. Por otra parte, el modelo económico, social y político que conlleva cada vez más a la individualidad y a la creación de condiciones de desigualdad. Lo que conlleva a la transgresión del derecho **al libre desarrollo de la personalidad** el cual *“permite al ser humano la construcción de la personalidad a partir del ejercicio autónomo y responsable, conforme a sus intereses, deseos y convicciones, siempre y cuando no afecte los derechos de otros, ni vulnere el orden constitucional. La sentencia de la Corte Suprema de Justicia 481 de 1998 evidencia la estrecha relación de este derecho con el concepto de autonomía de la personalidad, que comprende toda decisión que incida en la evolución de la persona en las etapas de la vida en las cuales tiene elementos de juicio suficientes para tomarla.”*¹⁰⁹ Bajo este marco de derechos, se evidencia la vulneración en algunos territorios sociales de maneras distintas, corrobora esta situación la información aportada por la referente del proceso **Fortalecimiento a grupos y organizaciones de Persona Mayor del Ámbito Comunitario**, la cual manifiesta que en el barrio San Antonio las personas mayores manifiestan que no se les tiene en cuenta para la toma de decisiones en algunos casos. Así mismo, debido a que las personas adultas deben salir a trabajar, son las personas mayores quienes se desempeñan como cuidadoras de los niños y niñas.

En las intervenciones que se realizan en el Consejo y en el Comité de Persona Mayor, se manifiesta que los reducidos y manipulados espacios de participación para la persona mayor, no permiten la incidencia en la toma de decisiones, profundizar y trascender en el conocimiento de sus derechos y deberes. A esta situación se le suma, la falta de respuesta oportuna de las instituciones, en cuanto a la satisfacción de necesidades y a la falta de articulación, desde el nivel distrital y local de las instituciones que llevan procesos con las personas mayores, así como la exclusión de programas, proyectos y servicios debido al nivel de puntaje del SISBEN. Estas situaciones afectan de manera **Particular** a las personas que habitan el territorio y que pertenecen a la localidad, y se puede corroborar con las lecturas de realidades realizadas en años anteriores.

A continuación se expone los resultados del documento del Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente, el cual realiza un análisis de núcleos problemáticos que complementa lo expuesto anteriormente. Este análisis es realizado a partir del PDA de Salud Mental:

En general se encuentra que al ingresar a las instituciones de cuidado geriátrico o gerontológico, las personas “desaparecen” de la comunidad, pues dejan de participar en los escenarios en que anteriormente lo hacían. Esta invisibilización ocasiona la vulneración de sus derechos. Se observa también una pérdida significativa de su autonomía y en muchos casos descalificación, lo cual refuerza este desconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos.

Como se mencionó anteriormente, las redes de apoyo primarias para las personas mayores son, en la mayoría de los casos, muy pobres o prácticamente inexistentes. Los núcleos familiares se disuelven y la persona es llevada a un lugar desconocido. Estas situaciones son causa frecuente de depresiones y en general, sentimientos de abandono y soledad, poniendo en alto riesgo la salud mental de la persona mayor.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 2: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

Entre las condiciones medioambientales que inciden negativamente en la calidad de vida de los niños y las niñas, se han logrado construir determinantes a partir de un espacio público contaminado, inadecuados lugares para el ejercicio de la actividad física y la convivencia sana, la ausencia de centros de acopio inocuos para la distribución de alimentos, población flotante que influye en el fortalecimiento de la delincuencia común y organizada, y discriminación por un contexto histórico.

El espacio público nocivo, emerge a través del elevado número de habitantes de calle que circundan por las calles del microterritorio, algunos de ellos emiten comportamientos inadecuados como exhibicionismo, hurto, consumo de GACOL cerca de las IED. Comportamientos que en representación general son nocivos para un adecuado proceso de convivencia que garantice el ejercicio de los derechos en los niños y las niñas de la localidad.

Los espacios públicos como parques y plazas, se encuentran en este momento destinadas al comercio de SPA por las redes de micro tráfico del sector, lo cual genera un riesgo para los niños y las niñas al no poder desarrollar sus actividades recreativas de manera sana, teniendo en cuenta la contaminación que se evidencia a través de olores por la combustión de algunas de ellas y la alteración de los estados de conciencia que se genera en los consumidores.

No hay presencia de un centro de acopio de alimentos en el territorio, que permita tener una accesibilidad a buenos alimentos a los cuidadores, disminuyendo así la calidad nutricional en los procesos de alimentación de los niños y las niñas.

La población flotante que circunda el territorio, es en su gran mayoría de las localidades de Mártires y Santa Fe, los cuales transmiten las necesidades a nivel social, mental y cultural a los niños del territorio, afectando dramáticamente su calidad de vida, en la promoción de la agresividad y la violencia en el establecimiento de relaciones sociales e interpersonales.

Las diversas problemáticas ambientales son determinantes, ya que inciden en el proceso salud-enfermedad, generando situaciones de riesgo asociados a problemas de salud que ocupan lugares importantes en el perfil de morbilidad local.

La contaminación del aire en el Territorio Policultural, se evidencia por fuentes móviles como vehículos particulares y públicos, incluido Transmilenio. Los sitios que presentan mayor nivel de contaminación corresponden a la Carrera 10ª, Calle 11 sur, Avenida Caracas, Calle 1ª sur, Calle 3 sur y Avenida Primero de Mayo, afectando los barrios Policarpa, Calle 4ª entre carreras 11 y 12 y Ciudad Jardín, Carrera 10ª entre Calles 17 y 19 sur. Esta problemática es de vital importancia,

109 Matriz de derechos. Equipo transectorial. 2010.

pues las enfermedades respiratorias se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad local, afectando principalmente a los menores de un año y a las personas mayores de 60 años.

La contaminación por ruido: actividades empresariales e industriales (fábricas de metalurgia, talleres de ornamentación, lavanderías, panaderías, recicladores y carpinterías, entre otras) en diferentes puntos de los territorios.

La problemática del deterioro ambiental pone de relieve ciertas cuestiones y determinación social como:

Se trata de un asunto global que merece soluciones inmediatas ante un inminente peligro.

El despilfarro de los recursos naturales ha sido y es obra de un estilo de desarrollo extendido en todo el mundo, donde se ha privilegiado éste sobre el medio ambiente. Además, que los costos de este deterioro deben ser asumidos por los que más contaminan y que son los que han dado pie al subdesarrollo.

Es el Estado el que gesta las políticas ambientales, la sociedad civil tiene el derecho y el deber de participar de manera activa en las decisiones que se tomen.

Existe un alto flujo vehicular y como consecuencia altos niveles de ruido y contaminación atmosférica, que pueden incidir en las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, que ocupan el quinto lugar en los últimos años como causa de muerte, además en los accidentes de tránsito que tienen una tasa de 0,7 muertes por 10.000 habitantes, en la localidad.

Otra consecuencia del alto dinamismo comercial es la generación de basuras y el deterioro del espacio público. Además, como buena parte de la población no reside en ella, se genera una ausencia en el sentido de pertenencia, lo que puede estar asociado a la inseguridad y a las agresiones físicas frecuentes.

La actividad física es la ocupación informal de los espacios ciudadanos como lugares comunes de encuentro para la práctica del deporte, como camino enriquecedor de las ciudades y más allá de la obsesión formalizadora y reduccionista de las políticas urbanísticas más o menos usuales, que solo reconocen los espacios deportivos predefinidos como escenarios utilitarios para la práctica de la actividad física

Barrio Sevilla: cuenta con un salón comunal y un parque con cerramiento. El salón comunal actualmente se utiliza para actividades culturales tales como talleres de formación artística, presentaciones de títeres y ensayos del grupo local de danza "Resplandor Latino".

Barrio San Antonio: cuenta con un Museo de Artes Gráficas, que en la actualidad se halla bajo la administración de la Imprenta Nacional. Este punto no es reconocido, ni tenido en cuenta para ninguna actividad de animación cultural.

Barrio La Fragueta: cuenta con un salón comunal y un parque, en los cuales se programan continuamente cursos de capacitación, encuentros ciudadanos y actividades culturales y artísticas. En la actualidad se está ejecutando la Escuela de Formación Artística en el área de Pintura y la escuela de música.

Manifiestan además no compartir espacios culturales con sus familias por falta de tiempo y dinero. Tienen bajo nivel de escolaridad, algunos solo terminaron primaria y otros son bachilleres.

Las mujeres dicen aceptar malos tratos de sus esposos por miedo a perder el apoyo económico.

Sugieren la creación de proyectos productivos para personas en condición de discapacidad.

Manifiestan no tener estabilidad económica, algunos ganan lo que se hacen en el día, trabajan por contratos o temporales.

Las siguientes son las actividades económicas en las que trabajan los y las adultas de la localidad, en los diferentes territorios de Gestión Social Integral, encontradas por el ámbito laboral en inspecciones de terreno del año 2009.

Territorio 4: textiles, estaciones de servicio, salas de belleza, panaderías y restaurantes, venta de muebles, reparación de motos y vehículos.

- Comercio al por menor de Calzado, Artículos de Cuero e Insumos de Zapatería

Es la principal actividad económica desarrollada en la zona comercial industrial de la localidad, se ubica principalmente en la UPZ del Restrepo, en los barrios Restrepo, Restrepo Central, La Valvanera, Caracas y Sevilla.

- Expendio a la mesa de comidas preparadas en restaurantes, piqueteaderos, asaderos y otros

Es la tercera actividad económica desarrollada en la zona comercial industrial de la localidad, en esta actividad se emplean principalmente mujeres.

Las condiciones ambientales no óptimas o inadecuadas que se presentan en el territorio Policultural, afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas mayores, estas condiciones ambientales se deben al no tener políticas claras para la protección del medio ambiente, que favorezcan la conservación de la calidad de vida. Estas situaciones se enmarcan en determinantes Estructurales, debido a la falta de reglamentación o en muchas ocasiones del incumplimiento de la misma.

En el territorio se identifican las siguientes características ambientales que influyen de manera negativa en la calidad de vida de las personas mayores, y que son determinantes que afectan de manera Particular y Singular

En el territorio social Policultural, que comprende los barrios, Policarpa, Sevilla, La Hortúa, San Antonio, La Fragueta y Luna Park, se evidencia una problemática de inseguridad que afecta negativamente las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio.

Situación que se presenta y afecta a todas las etapas de ciclo vital, niños, niñas, jóvenes, adultos y persona mayor que residen en el territorio, debido a los altos índices de atracos callejeros a mano armada, raponazos y delincuencia común.

La problemática de inseguridad se evidencia en todo el territorio, aunque la comunidad ha identificado lugares como el colegio Jaime Pardo Leal, por la carrera 10 entre las calles 1ª y 11 sur, debido a las obras de Transmilenio, y en los parques del territorio Policarpa y Sevilla. La anterior problemática genera temor y miedo en las personas mayores al transitar por las calles, parques y espacios públicos de forma tranquila y segura.

Respecto a las causas de esta problemática, los habitantes expresan que se deben a la falta de oportunidades laborales a jóvenes y adultos en edad productiva, a las necesidades insatisfechas (alimentación, vivienda y vestuario) a la ausencia de oportunidades educativas y de formación

para el empleo, y a la carencia de actividades preventivas por parte de las instituciones, así como a medidas o sanciones drásticas que castiguen de forma severa a quienes agreden física y psicológicamente al hurtar objetos personales.

Son muchas las consecuencias que trae el tema de la inseguridad en las personas mayores del territorio, entre ellas la afectación a la integridad física y mental, ya que genera temor, miedo y angustia de los habitantes y visitantes del territorio y se vulnera el Derecho a la Seguridad e Integridad Personal, al no garantizar al ciudadano la integridad física y emocional en todos los espacios de la vida cotidiana, el derecho a un ambiente sano y saludable.

Según la información aportada por Entornos Saludables del Ámbito Familiar en los barrios Policarpa y Sevilla, se presenta incremento de establecimientos nocturnos, en donde se presenta contaminación auditiva la cual genera molestias a las personas mayores. Así mismo, en estos lugares se comercializa licor no apto para el consumo humano. De igual forma las personas mayores se ven afectadas por la falta de vivienda propia y espacios higiénicos y agradables al interior de las viviendas, en los barrios anteriormente mencionados. A esto se suma la falta de visión integral para tener en cuenta las características físicas y culturales de las personas mayores. Se identifica la venta libre e indiscriminada de medicamentos en establecimientos no farmacéuticos, lo cual representa un riesgo en la persona mayor ya que aumenta la posibilidad de adquirir medicamentos sin garantía de calidad.

Las situaciones anteriormente descritas contradicen lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir Bien en la Vejez la cual nos plantea la “Creación de entornos sanos, seguros y de fácil tránsito, eliminando barreras en la ciudad donde se reconozcan las situaciones particulares en movilidad de todas las personas mayores, hombres y mujeres, haciendo énfasis en las necesidades de las personas mayores en condición de discapacidad y en la comunidad rural.”

A continuación se exponen los resultados del documento del Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente, el cual realiza un análisis de núcleos problemáticos que complementa lo expuesto anteriormente, este análisis es realizado a partir de la Estrategia de Entornos Saludables en la Comunidad Religiosa de Protección al Anciano Indigente “Hermitas de los Pobres de San Pedro Claver”.

Se realiza acercamiento y reconocimiento a una institución de protección de personas mayores, ubicada en el barrio Sevilla, la cual es objeto de intervención. Se aplicó el instrumento de captura y registro de información “Lista de Chequeo”, con la información adquirida se identificaron las necesidades de la institución y se priorizaron las temáticas a abordar.

En la institución, se ha encontrado que las condiciones ambientales del centro de permanencia de la población institucionalizada, presentan condiciones higiénico-sanitarias y de infraestructura por mejorar.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 3: El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

EL núcleo engloba las altas prevalencias de desnutrición y enfermedades frecuentes que registran las estadísticas de salud pública en la ESE (ERA y EDA). Las causas que ponen en alto riesgo a la población infantil son las actuales condiciones del ambiente, factores que deterioran y

predisponen al establecimiento de enfermedades y desestabilización de la salud. La prevalencia de desnutrición Global fue de 4.3% en el territorio 4, y Obesidad + Sobrepeso de 0.9%.

Como causas y determinantes el actual modelo económico político laboral, no garantiza la protección social que debe proporcionar el trabajo por las formas de contratación flexibles. La informalidad incide en la vinculación temprana de jóvenes, niños y niñas al mercado laboral.

De igual manera los bajos ingresos familiares no satisfacen las necesidades básicas, el desarrollo pleno de las potencialidades de autonomía y desarrollo humano.

En este territorio se identificaron 9 adolescentes trabajadores, 4 mujeres y 5 hombres.

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS: En cuanto al régimen de afiliación al SGSSS, 4 hombres están desafiliados al sistema y acceden al servicio de salud de manera particular, dos mujeres y un hombre pertenecen al sistema subsidiado y 2 mujeres al contributivo.

Los ingresos mensuales de 2 mujeres y 3 hombres son de más de 1 y hasta 2 salarios mínimos, 2 mujeres y un hombre ganan el salario mínimo y 1 mujer dice ganar menos del salario mínimo. 4 mujeres y un hombre viven en estrato 2, 3 hombres viven en estrato 1 y uno vive en estrato 3.

En nivel educativo, solo uno de los hombres es bachiller, cuatro mujeres y tres hombres tienen el bachillerato incompleto y 1 tiene la primaria completa. En este grupo se encontraron cuatro hombres desplazados.

CONDICIONES DE EMPLEO: Ninguno de las y los adolescentes identificados en este territorio tiene contrato de trabajo, 4 mujeres y 4 hombres reciben pago al destajo y solamente un hombre tiene remuneración fija, ninguno de ellos está afiliado a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales.

CONDICIONES DE TRABAJO: Respecto a la actividad económica, dos hombres y dos mujeres trabajan en panaderías; dos mujeres y tres hombres en restaurantes; cuatro hombres y cuatro mujeres laboran como operarios y un hombre comparte las labores de operario con las administrativas; siete de las y los jóvenes de este grupo trabajan entre 8 y 12 horas diarias y el otro dice hacerlo solamente 1 hora al día. La mayoría de las y los adolescentes, siete trabajan 7 días a la semana, otro 2 días y un último solamente 1 día.

CONDICIONES DE SALUD: Durante el último año, 7 de las y los jóvenes han tenido accidentes de trabajo, los más frecuentes son las quemaduras y las cortaduras; 8 de las y los jóvenes consideran que su estado de salud es bueno y uno dice estar regular. Ninguno de ellos cree que el trabajo afecte la salud.

JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS

En este territorio se identificaron 38 jóvenes mayores de 18 años, 23 mujeres y 15 hombres.

Frente al régimen de afiliación al SGSSS, el 18.42% está desafiliado del sistema y accede al servicio de salud de forma particular, otro porcentaje igual pertenece al Régimen Subsidiado, el 47.36% está en el Régimen Contributivo y el 15.78% son vinculados.

Respecto a los ingresos mensuales, el 60.52% de las y los jóvenes de este territorio ganan el salario mínimo, el 23.68% dice ganar más de 1 SMMLV y hasta 2 salarios mínimos, y el 15.78% gana menos de este salario.

El 39.47% de las y los jóvenes del territorio viven en estrato 3, un porcentaje igual vive en el estrato 2 y el 21% viven en estrato 1

El nivel de escolaridad de las y los jóvenes trabajadores identificados en el territorio es el siguiente: el 60.52% son bachilleres, el 26.3% tienen el bachillerato incompleto, el 5.26% tienen la primaria completa, este mismo porcentaje son estudiantes universitarios y el 2.63% representado por una mujer tiene un tecnológico incompleto.

Con relación al nivel educativo, el Censo de 2005, nos entrega la siguiente información local: el 24,4% de la población residente en Antonio Nariño, ha alcanzado el nivel básico primario y el 39,0% secundaria; el 14,9% ha alcanzado el nivel profesional y el 2,0% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 3,5%¹¹⁰.

De acuerdo con el DANE 2005, las razones por las cuales no hay asistencia en la educación a nivel de Bogotá (en el año 2005) son:

Sus padres no tienen dinero para pagar estudios, 25,9%. No les gusta, 23,8%. Porque los padres consideran que no están en edad, 11,6%. No hay cupo o centro educativo cercano, 6,0%. Tiene que trabajar o buscar trabajo, 8,5%. Debe encargarse de los oficios, 3,3%. Cambio de residencia, 4,8%. Otra, 16,1%.

Los adultos y adultas: manifiestan además no compartir espacios culturales con sus familias por falta de tiempo y dinero. Tienen bajo nivel de escolaridad, algunos solo terminaron primaria y otros son bachilleres.

Las mujeres dicen aceptar malos tratos de sus esposos por miedo a perder el apoyo económico.

Sugieren la creación de proyectos productivos para personas en condición de discapacidad.

Manifiestan no tener estabilidad económica, algunos ganan lo que se hacen en el día, trabajan por contratos o temporales.

Las siguientes, son las actividades económicas en las que trabajan los y las adultas de la localidad en los diferentes territorios de gestión social integral, encontradas por el ámbito laboral en inspecciones de terreno del año 2009.

Territorio 4: Textiles, estaciones de servicio, salas de belleza, panaderías y restaurantes, venta de muebles, reparación de motos y vehículos.

En el caso del sector informal no existe un sistema de información o de vigilancia epidemiológica que permita identificar las principales causas de enfermedad de los trabajadores de este sector de la ciudad, o el tipo de accidentes de trabajo que se presentan.

Comercio al por menor de Calzado, Artículos de Cuero e Insumos de Zapatería

Es la principal actividad económica desarrollada en la zona comercial industrial de la localidad, se ubica principalmente en la UPZ del Restrepo, en los barrios Restrepo, Restrepo central, La Valvanera, Caracas y Sevilla.

Expendio a la mesa de Comidas Preparadas en Restaurantes, Piqueteaderos, Asaderos y Otros

Es la tercera actividad económica desarrollada en la zona comercial industrial de la localidad, en esta actividad se emplean principalmente mujeres.

Se presenta la inequidad de géneros en oportunidades de desarrollo integral, que no garantizan la satisfacción de necesidades básicas debido a las condiciones económicas que promueven la indigencia y la dependencia económica en las personas mayores, así como la exclusión de los procesos productivos e inclusión en condiciones precarias. Debido al modelo económico capitalista que permite aumentar cada vez más la monopolización de recursos mediante la globalización y las políticas de privatización, situación que ha llevado a la precarización de las condiciones de empleo y productividad. Lo que se define como un determinante Estructural.

Como determinantes Particulares, se observa que la falta de dinero en el hogar hace que los adultos salgan a trabajar y se cambien los roles haciendo que las personas mayores asuman el papel de cuidadores de los niños, se crea dependencia económica y aumenta la depresión por el rechazo. A esta situación se le suma la falta de existencia de un espacio laboral para esta población, por que relacionan la productividad con lo físico, lo que conlleva a ignorar las capacidades intelectuales de las personas mayores, así mismo la oferta institucional de las actividades para la persona mayor no responde a sus necesidades reales en términos de productividad y generación de ingresos.

El mercado productivo considera a la persona mayor improductiva y no le genera un empleo digno ni en las condiciones que se requieren de acuerdo a sus capacidades. Los trabajos realizados por las personas mayores en su edad “productiva”, no permitieron en su mayoría obtener una pensión, lo que genera hoy en día pérdida de autonomía, disfuncionalidad y dependencia, lo que afecta de manera Singular la calidad de vida de las personas mayores de los territorios de la localidad.

Desde el análisis que se realiza con la Transversalidad de Discapacidad, se considera que la falta de empleo se define como determinante Particular debido a que afecta de manera directa la economía familiar y la manera de relacionarse con la sociedad, pasando por singular debido al desconocimiento de capacidades de las personas mayores con discapacidad, y por último se define como estructural debido a que no existen suficientes programas que incluyan esta población.

Estas situaciones reiteran la vulneración del derecho al Trabajo, el cual expone que “toda persona en edad de trabajar debe ejercer libremente profesión, arte u oficio para transformar, crear y producir con el fin de desarrollar capacidades y satisfacer necesidades personales, familiares y sociales”

A su vez contradice lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir bien en la vejez la cual nos expone el “Desarrollo de proyectos productivos, que incorporen procesos de capacitación y acompañamiento, permitiendo la continuidad laboral y el desarrollo humano de las personas mayores que quieran y estén en la capacidad de seguir trabajando”.

A partir del análisis realizado por la Transversalidad de Trabajo, se establece que en este territorio no se identificaron adultos y adultas trabajadores

A continuación se expone el análisis de situación encontrada por el componente Transversalidad Entornos de Trabajo Saludables del Hospital Centro Oriente: se requiere de acompañamiento para la formación de líderes en la realización de actividades productivas y de manejo del tiempo libre, según las características e intereses de la población mayor de la institución, y la estructuración de sustentos teóricos que soporten la realización de tales actividades, por lo que se construye la presente Ficha Técnica como respuesta a los hallazgos realizados.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 4: La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad, genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

A través de la información recolectada en la mesa territorial, se ha logrado identificar que a pesar de contar con una UPA por parte del HRUU y el Hospital Santa Clara, no es suficiente para la elevada

demanda en los servicios de salud del territorio, teniendo en cuenta todos sus componentes a nivel asistencial y de salud pública, teniendo en cuenta que estas instituciones cuentan con poco recurso humano capacitado en la atención diferenciada que requiere esta población.

Se propone avanzar en una tarea política: la construcción colectiva de la salud como un asunto de interés público, condición necesaria para la refundación del sistema de salud, en una perspectiva incluyente y equitativa.

La localidad Antonio Nariño tiene solo un centro de salud que es la UPA Sevilla T4, que es intervenida por parte del Hospital Rafael Uribe de manera limitada. Muchos de los habitantes de la localidad aún no reconocen este centro de salud, pero si se identifican más con el CAMI del Olaya, que capta más usuarios de Antonio Nariño. Pero como este CAMI está ubicado en la localidad Rafael Uribe, hace que algunas personas sientan que no les pertenece. En la actualidad en el Hospital Rafael Uribe ya se están ejecutando los recursos financieros para empezar a construir en la localidad Antonio Nariño, un centro de salud acorde a las necesidades de los usuarios.

Se ha determinado que la Estrategia de Salud a su Casa y de Salud al Colegio, es una intervención importante, pero que la población de los 5 territorios sociales GSI demanda mayor cobertura en la localidad. Cuando se han socializado los servicios de salud amigables para jóvenes, se ve la necesidad de que se instale de igual forma esta atención en Antonio Nariño. A los jóvenes les interesan que se les brinde asesorías en temas de salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos, asesoría en ITS y VIH).¹¹¹

El objetivo del modelo es guiar el proceso de adecuación de los servicios de salud a las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes, con el fin de contribuir a que tomen decisiones protectoras de su salud y generadoras de bienestar, incluyendo de manera especial las decisiones entorno a la vivencia de su sexualidad.

Los servicios amigables reconocen a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y propenden por su salud sexual y reproductiva, asumiéndola como un estado integral de bienestar físico, mental, espiritual y social. Las instituciones de salud se vuelven “amigables”, cuando se convierten en espacios de información, orientación y atención de calidad, contruidos con la participación de los y las jóvenes de acuerdo a sus realidades, vivencias y expectativas.

Cuando se organizan servicios de salud amigables; los adolescentes y jóvenes hacen uso activo de los mismos y tienen acceso a atención de calidad, a partir de la cual toman decisiones informadas sobre su sexualidad. Los servicios de salud ofrecen atención diferenciada y confiable, y dan prioridad a la satisfacción de las necesidades de adolescentes y jóvenes. Los procesos administrativos en dichos servicios, facilitan el cuidado de la salud y propenden por el bienestar de adolescentes y jóvenes. La institución de salud se convierte en un agente transformador de su entorno, promoviendo cambios sociales tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Los gobernantes toman decisiones para responder a las necesidades de adolescentes y jóvenes y al contexto en que viven.¹¹²

Según caracterización realizada por el ámbito laboral en el 2009, la mayoría de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio, están afiliados al SGSSS en el Régimen Contributivo con un 59%, seguidos del 17.4% que se encuentran desafiados del sistema y acuden al servicio médico de manera particular, el 12% son vinculados y el 11.4% están afiliados en el régimen subsidiado¹¹³

El 69.7% de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio ganan el salario mínimo por su trabajo, el 26.8% gana más de 1 y hasta 2 salarios mínimos, el 2.68% representado por 3 mujeres y un hombre, dice ganar menos del salario mínimo, y el 2% representado por una mujer gana más de 2 y hasta 3 salarios mínimos¹¹⁴, tal como lo muestra la siguiente tabla.

El estrato socioeconómico en el cual viven la mayoría de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio, es el 3 con un 69.7%, seguidos de los que viven en el estrato 2 correspondientes al 26.17%, y el 4.02% que viven en el estrato 1.¹¹⁵

En cuanto al nivel educativo se encontró que el 39.5% de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio son bachilleres, el 23.4% tienen el bachillerato completo, el 7.3% terminaron sus estudios técnicos o tecnológicos y solamente el 2% representado por 2 hombres y una mujer, son profesionales¹¹⁶

Dentro de este grupo de trabajadores se encontró una mujer indígena.

Debido al modelo de Salud se generan barreras institucionales que generan exclusión e inequidad en el acceso a servicios a las personas mayores. La falta de atención inmediata a las personas mayores se debe a las políticas institucionales de los prestadores de salud, cuya dinámica está inmersa en las contracciones del mercado. Así mismo no hay prioridad y los Diagnósticos realizados son generalizados y determinados por la edad, descartando las posibilidades de prevención de enfermedades. Estas situaciones están enmarcadas en determinantes Estructurales.

Se tiene como consecuencias, que se deteriora la salud de las personas mayores debido a la falta de atención oportuna, se pierde credibilidad hacia el sector salud debido a la deshumanización en la atención y se crean nuevas enfermedades debido a la falta de prevención. Estas situaciones se presentan y se generalizan en los cinco territorios de la localidad y se enmarcan en determinantes Particulares. Las dinámicas de relación e intereses de las personas mayores que entran en conflicto con la oferta y calidez de la atención en los servicios de salud, pasa por ser un determinante Singular.

En el análisis realizado con la Transversalidad de Discapacidad se observa la falta servicios de rehabilitación integral y los existentes incluyen solo a la población vinculada. El tipo de contratación con EPS subsidiada, limita al acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud. También la georreferenciación de las EPS subsidiadas contratadas, que ofrecen sus servicios en las localidades distantes lo cual dificulta el acceso a las mismas.

Esta situación se define como determinante Singular ya que afecta de manera directa a las personas mayores, pasando por Estructural debido a que no existen programas que tengan continuidad, y si los hay, acoge a personas que están en el régimen subsidiado, lo que limita la inclusión a los pocos servicios que se brindan para esta población.

A continuación se exponen los resultados, análisis realizado por PDA Salud Oral y Crónicos (Hospital Centro Oriente) en la Comunidad religiosa de protección al anciano indigente, “Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver”:

Se evidencian condiciones físicas, actitudinales deficientes y con desconocimiento de prácticas de auto cuidado, rutinas de higiene oral, riesgos y técnicas de salud oral en la persona mayor institucionalizada que no favorecen un ambiente apropiado a la salud oral.

111 Equipo Local de Apoyo Institucional Localidad 15 |

112 Modelo servicios de salud amigables para jóvenes UNFPA Colombia

113 Op Cit. Pág 13

114 Op cit pág 14

115 Ibid

116 Ibid

Desde el PDA Crónicos: Se constituye en una población vulnerable en sus derechos de autonomía para acceder a consulta médica de especialistas, en igual medida a los programas de promoción y prevención ofertados por las entidades de salud. En análisis de datos recolectados en la base usuarios con condición crónica, prevalece la patología de HTA, seguida por la Diabetes, con mayor prevalencia en las mujeres que los hombres. Presentan dificultad en accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad, de servicios de salud para la etapa del ciclo vital persona mayor institucionalizada.

3.5. Territorio 5: Las Tres Estrellas

En la localidad Antonio Nariño, a partir de los recorridos realizados por las diferentes instituciones de la localidad en el marco de la Gestión Social Integral G.S.I, se delimitó barrialmente el territorio. Cabe aclarar que los territorios sociales definidos comparten las dos UPZ de la localidad. El territorio 3, denominado Las Tres Estrellas en ejercicios realizados en equipos dinamizadores de GSI, con participación de la comunidad, está conformado por tres barrios con estrato predominante 3 (ver tabla 19).

Tabla 19. Barrios y UPZ que integran el Territorio 05. Localidad 15.

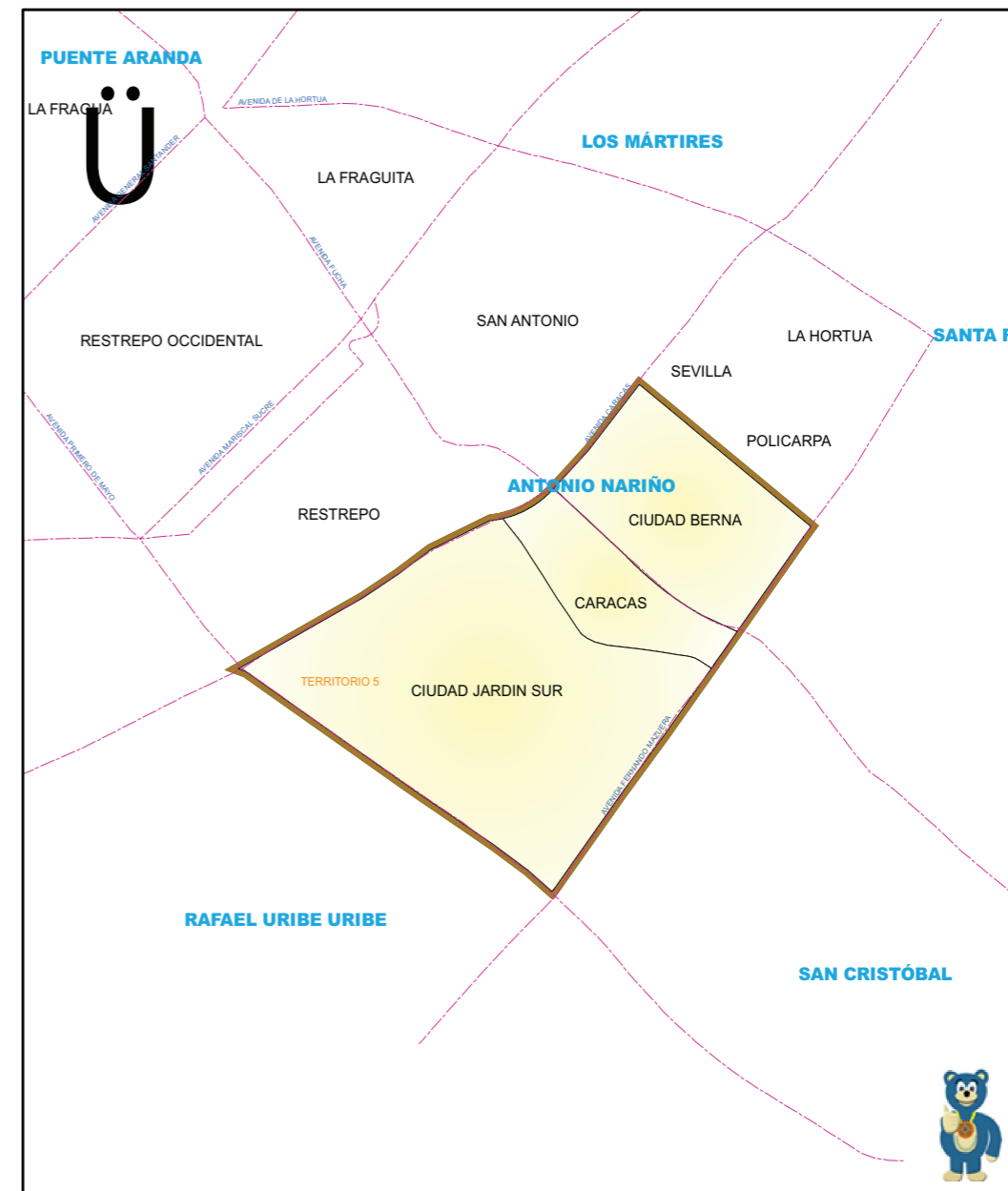
TERRITORIOS	BARRIO	UPZ
TERRITORIO 5	CIUDAD JARDIN	35 CIUDAD JARDIN
	CIUDAD BERNA	35 CIUDAD JARDIN
	CIUDAD CARACAS	35 CIUDAD JARDIN

Fuente: Alcaldía Local de Antonio Nariño. Subdirección de Integración Social. Grupo Fergusson

A continuación se presentan las dinámicas y características del territorio por categorías de análisis, teniendo como base los insumos de los recorridos realizados por funcionarios y funcionarias de instituciones y líderes comunitarios, el 30 de marzo y el 13 de abril de 2009 por los barrios San Antonio, Fragua, Fragueta y Santa Isabel IV Sector; por los barrios 5 de Noviembre, Villa Mayor, Eduardo Frei y San Jorge Central, y por los barrios Santander y Santander Sur. Así como Información aportada por el Hospital Rafael Uribe sobre diagnósticos por etapa del ciclo vital y transversalidades.

La delimitación del territorio se describe a continuación: Por el Norte: B. Sevilla, Policarpa, Hortúa, Sur: Localidad RUU, Este: Localidad San Cristóbal y Oeste: B. Restrepo, San Antonio. (Ver mapa 13)

Mapa 13. Territorio 5 Las Tres Estrellas



— Territorio 5
- - - - - Vías Principales

ESCALA 1:15.000
Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Límite de Localidades (Res. 233de29 de Abril de 2004)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

LOCALIDAD 15

Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaria Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

La Unidad de Planeamiento Zonal Ciudad Jardín, está clasificada por el Departamento Administrativo de Planeación Distrital como de tipo residencial consolidada, son barrios tradicionales con tendencia a densificarse y cambiar su uso.

Los barrios que conforman este territorio pertenecen al estrato 3, tienen cobertura total de servicios públicos y se caracterizan por tener un uso principalmente residencial. Los barrios menos poblados se consideraron Ciudad Berna y Ciudad Jardín.

En los talleres de cartografía social que realizó el Hospital Rafael Uribe en 2006, se evidenció que la población de la UPZ Ciudad Jardín se dedica al comercio fuera de la localidad, principalmente los residentes en Ciudad Berna y Ciudad Jardín.

En la UPZ Ciudad Jardín, habitan un total de 30828 personas con predominio de sexo femenino; el total de habitantes de esta UPZ representa el 29% del total de la población de la localidad. La etapa de ciclo adulto es la más representativa (48%), seguido de la etapa juventud (25%), infancia (14%) y por último personas mayores (11%).

A la UPZ Ciudad Jardín pertenecen 24 familias que conviven con personas de 60 años y más, y en la UPZ Restrepo se encuentran 14 familias en la misma condición, siendo mayor la proporción de hombres asociada a las precarias condiciones laborales, secuelas de accidentes laborales y de tránsito, y pesadas cargas de trabajo a lo largo de su vida, implicando mayor riesgo de discapacidad, con problemáticas asociadas a escasos ingresos económicos para alcanzar niveles de vida digna, aislamiento social, programas de nutrición que no dan respuesta adecuada a las necesidades nutricionales de éste grupo poblacional, fallas en las condiciones de acceso y movilidad en el transporte público, alta exposición a accidentalidad por barreras arquitectónicas y urbanísticas al interior de las viviendas y fuera de ellas. Por tratarse de una zona en gran parte industrial, la exposición a contaminantes ambientales es permanente, afectando en gran medida a las personas mayores con patologías respiratorias y dermatológicas de base.

Puede observarse que los niveles de participación económica de la población de 60 años y más, y la proporción de jubilados y/o pensionados está directamente relacionada con el desarrollo industrial típico del área correspondiente a los barrios Ciudad Berna, Ciudad Jardín y Sevilla, pertenecientes a la UPZ Ciudad Jardín, donde se desarrollan actividades industriales domiciliarias.

El territorio de las ciudades posee buena oferta de zonas verdes, la cual contrasta con los amplios sectores residenciales y su estructura vial en aceptable estado.

Se encuentra rodeado de varias vías de acceso importantes que facilitan la movilidad de la población; en este territorio se destacan parques, escenarios y centros de culto para la población, distribuidos y en buenas condiciones de mantenimiento. Las condiciones de vida de la población son adecuadas y sus residentes viven a gusto en estos barrios tradicionales de la localidad.

Se destacan establecimientos dedicados a la venta de alimentos y comercio de vehículos mediante concesionarios.

3.5.1 Etapa de ciclo infancia

Existe deficiencia en cuanto a la disposición de espacios públicos como son los parques infantiles, canchas para la realización de deportes, condicionando el desarrollo de actividad física de algunos niños y niñas.

Cuando los niños y las niñas no encuentran espacios propicios para la ejecución de actividades en el tiempo libre, o no se tiene una guía orientadora, los menores en ocasiones toman la decisión propia de crear actividades no idóneas para ellos.

En primera medida es de vital importancia entrar a determinar las causas que forman la problemática. Sin duda alguna todo radica en las condiciones socioeconómicas que se presentan en la actualidad, estas causas se encuentran desde lo global hasta lo regional.

A pesar de la situación anteriormente descrita, en la comunidad, buscando la creación de identidad por medio de la cultura, ha constituido el teatro Don Eloy en la UPZ de Ciudad Jardín, escenario donde los niños y las niñas tienen la oportunidad de darse a conocer públicamente, ejercer sus derechos como lo es la libre expresión.

Las causas de violencia que más se presentan en la UPZ Ciudad Jardín, en niños y niñas es la negligencia, seguida de la económica, y la emocional; en la UPZ Restrepo se presentan en igual proporción.

En el contexto nacional, la vulnerabilidad a la violación de los derechos de los niños y las niñas son temas de actualidad social día a día. Dicha problemática ha estado enmarcada en el maltrato físico, psicológico, el abuso sexual, el secuestro, el abandono, y se ha llegado al límite con el homicidio de niños indefensos.

Sin embargo los niños y las niñas por estar dentro de un ambiente comercial, se sienten atraídos por el dinero, lo que los lleva a desarrollar trabajos que no están acorde a su edad, como es cuidar de sus hermanos menores asumiendo roles de adultos, perdiendo así la oportunidad de tener una infancia.

Por la actividad comercial se evidencia la explotación laboral y sexual de los niños, ya que pueden conseguir dinero fácil para suplir necesidades de los menores o por simple placer, condicionado esto a la relación que existe entre la población y la producción del sector, se encuentran las zonas de diversión para adultos como las discotecas, tabernas y sitios de lenocinio, donde se observa que los menores de la UPZ hacen presencia en el desarrollo de estas actividades hostiles. Este tipo de situaciones ponen en directa vulnerabilidad a los niños y a las niñas.

Lo anterior se presta para el inicio de consumo de sustancias psicoactivas dando origen a la drogadicción a temprana edad, magnificando más aún el problema con el transcurrir del tiempo, y desencadenando un problema de salud pública; otro fenómeno asociado a este tipo de actividades en la prostitución infantil, que conlleva a enfermedades de transmisión sexual.

Puntualizando, en la localidad de Antonio Nariño se encuentran causas de problemáticas que afectan de manera indirecta o directa la calidad de vida de la población infantil, tales como el desempleo, la contaminación ambiental, la carencia de servicios públicos, el aumento de los precios en la canasta familiar, la inseguridad, las dificultades en el acceso a la educación, la recreación, las actividades culturales e iniciativas artísticas.

Como se menciona en los ítems anteriores el desempleo es una de las causas que afecta directamente en el bienestar de los menores. A pesar que el sector registra una actividad económica en términos generales buena por el desarrollo de actividades de la industria del cuero y la marroquinería, la fábrica textil, los talleres de mecánica y los almacenes de autopartes, se presenta el fenómeno social de desempleo al interior de los hogares, desencadenando en la reducción de adquisición de bienes y servicios.

Por otra parte cuando ya no son los padres quienes llevan dinero a los hogares, son los menores los que salen a buscar empleo, exponiéndose a realizar labores no aptas para ellos, como lo es el cargar objetos pesados y ventas ambulantes. Así se convierte el problema de la explotación laboral en una causa de la situación de pobreza que vive gran parte de la población, debido a la distribución inequitativa y desigualdad de la riqueza y el ingreso.

En segunda instancia se analiza la relación que cada una de estas causas tiene con los problemas que aquejan a los niños y las niñas de la localidad. Estas causas llevan a que dicha población acepte el trabajo infantil como algo natural y necesario, que no atenta contra la vida e integridad de quienes lo ejercen, afectando su autonomía, limitando el ejercicio de los derechos y por ende su calidad de vida. Al contrario, se piensa que forma parte de su vida y contribuye en su desarrollo personal.

Cabe de resaltar la política pública garantiza el derecho a la educación primaria en el distrito. Se ha conseguido la meta en la demanda de cupos escolares por parte de la población que se encuentra en edad escolar.

Sin embargo, al momento de haber carencia de recursos económicos, uno de los servicios que en la mayoría de los casos se empieza a restringir es el de la educación y son directamente los niños y las niñas los más afectados, puesto que en esas circunstancias los padres solo piensan en la satisfacción de las necesidades básicas, de alimentación, vivienda y vestido, descartando la educación de sus hijos.

Otro causal de la problemática para la etapa de ciclo infancia, es la contaminación ambiental, ya que por la susceptibilidad a las enfermedades en la primera etapa de la vida, todavía no se encuentra el sistema inmunológico totalmente desarrollado.

En la localidad se presentan diversos tipos de problemas ambientales deteriorando la salud.

En aspectos concretos la contaminación atmosférica se da por emisiones de agentes contaminantes como el dióxido de carbono y el monóxido de carbono, que son producto de la combustión de energía fósil y por la alta tasa de circulación de vehículos catalogados dentro de las fuentes móviles; este agente contaminante toma importancia ya que se ha comprobado su inferencia directa como causante de enfermedades respiratorias.

Por otra parte, el ambiente es un determinante en la calidad de la salud; en cuanto a lo relacionado de enfermedades del tracto digestivo, la principal afectación radica en EDA (Enfermedad Diarreica Aguda). En la localidad se cuenta con servicio de agua potable constante y de una calidad aceptable, sin embargo fuentes hídricas de la localidad representan un alto riesgo para la adquisición de EDA, ya que en ocasiones los alimentos para el consumo de los infantes no son manipulados correctamente provocando este tipo de enfermedades.

Se han presentado en pequeña proporción enfermedades que desestabilizan las condiciones de la salud en los niños y niñas en relación con la manipulación de alimentos, se observa que hay 5 niños y/o niñas en la UPZ de Restrepo, afectados por esta causa.

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 68 eventos, de los cuales el mayor número de casos en el territorio 5 fueron en su orden: Varicela, ESI-IRAG, Exposición Rábica y Tosferina. Cabe resaltar la ocurrencia de 3 casos de Intoxicación por fármacos y otras sustancias químicas, donde se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo o por mal manejo en almacenamiento de objetos que contiene sustancias químicas que puedan ser ingeridas por los menores, dichas sustancias son productos utilizados al interior del hogar para la limpieza, elementos como desinfectantes. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, eventos como la Hepatitis A que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta. En cuanto a enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva, se presentaron 1 caso de Sífilis congénita que de acuerdo a investigaciones científicas se puede relacionar con más la muerte perinatal ocurrida, lo cual ameritaría un cruce de la información para profundizar en el respectivo análisis y conllevar a planes de mejora mas aterrizados a las causas reales del problema.

Para la atención de de la población infantil se cuenta con instituciones prestadoras de salud, direccionadas por la ESE Rafael Uribe Uribe; en la localidad de Antonio Nariño se encuentra la UPA de Santa Clara Olaya.

En cuanto a la situación de las gestantes en la localidad, podemos decir que la falta de adherencia al programa de control prenatal que incluye la no consulta dentro del primer trimestre de embarazo, la no continuidad en los controles prenatales, la falta de cumplimiento de las órdenes médicas, la dificultad de acceso a los servicios de ecografías y de exámenes para clínicos, ya que casi nunca se presta este servicio el mismo centro donde se realiza el control prenatal. Lo anterior, aumenta el riesgo materno perinatal, el bajo peso al nacer, el contagio de enfermedades con mayor facilidad, esto sumado a las condiciones socioeconómicas en que se encuentran las gestantes. A continuación mostramos las barreras de acceso más frecuentes en esta población: la falta de información precisa y clara a la gestante sobre la importancia del reconocimiento precoz de los signos de alarma, la falta de capacitación a médicos tratantes en factores de riesgo, clasificación del riesgo y manejo de historia clínica de gestantes en alto riesgo para remisión oportuna a niveles superiores donde debe continuar la atención durante el embarazo y parto, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia, demoras en la consecución de cupos en instituciones de tercer nivel para la atención de complicaciones en el parto, ausencia de programas de promoción y prevención dirigidos a gestantes de grupos especiales, como adolescentes.

Respecto a la presencia de factores de riesgo se encuentran la edad temprana, desnutrición, analfabetismo, situación socioeconómica, entre otros. En grupos focales con gestantes, se evidenció que algunas de las razones por las cuales no asisten al servicio médico son: falta de adecuado conocimiento sobre los cuidados que deben tener en su estado, descuido, no cuentan con el apoyo de su pareja o familiares, no sabía que estaba embarazada o no deseaba el embarazo, desconocimiento de las fuentes que hay para tener un control oportuno y eficaz y no estar afiliada al SISBEN.

En las madres lactantes se encontró que existe miedo a planificar, condiciones de estrés asociadas al periodo de la lactancia que les impiden controlar su temperamento, además de no contar con una guía de pautas de crianza para sus bebés, dado que la mayoría son mujeres jóvenes que no planearon el embarazo y se sienten inseguras como madres, adicionalmente las situaciones afectivas y de pareja las afecta en esta etapa. En general, se sigue pensando en que principalmente se debe acudir al servicio de salud por urgencias.

Por las características del grupo abordado existen muchas razones de tipo social y cultural por la cual no acuden de manera oportuna a los servicios.

Generalmente porque estos embarazos no son planeados, deseados, no tienen la autonomía para el manejo de su carné de salud, e incluso por su edad deben acudir al servicio con un adulto responsable. Algunas situaciones de riesgo de las maternas no son denunciadas por miedo de las personas que están cerca y conocen la problemática.

Acerca del conocimiento de signos de alarma o peligro, se encontró que existe claridad respecto a los signos de alarma que pueden presentarse durante el embarazo y la importancia de acudir inmediatamente al centro de atención. Las respuestas permiten evidenciar un adecuado conocimiento frente a este tema y a la necesidad de ser atendidas en los servicios de urgencias. Así mismo, se hizo mucha referencia a que en ocasiones los equipos de salud no las reciben de manera atenta, haciendo comentarios poco positivos acerca de las razones por las cuales asistieron al servicio y según el criterio medico no lo ameritaba.

Dentro de este espacio se exploraron las razones que las usuarias dan, frente a la inasistencia o la asistencia poco oportuna al servicio de salud, que se relacionan con insatisfacción de algunas

de las usuarias en torno a la oportunidad, calidez y calidad en la prestación de los servicios, especialmente en la toma de exámenes, la entrega de los micro-nutrientes y el acceso a los servicios con profesionales de ginecología en los II y III niveles. A pesar de las barreras, las usuarias refieren que son los funcionarios de las instituciones quienes las motivan a acudir a los servicios porque brindan atención cálida, oportuna y atenta.

Frente a las razones que las motiva a asistir a los servicios de salud, principalmente acuden por conocer su estado de salud y el del bebé, pues consideran que así garantizan su bienestar, ya que pese a las barreras de acceso y calidad, las usuarias y sus familias reciben la información y explicación necesaria para sus cuidados.

Las gestantes y sus familias participantes de este evento reconocen el apoyo de los equipos de salud. Respecto a las personas más significativas del grupo familiar y comunitario, que ayudan a tomar la decisión de asistir al servicio de salud, generalmente son sus parejas, padres, hermanos y en ocasiones ellas mismas que reconocen su responsabilidad frente al bienestar de sus bebés. Sin embargo, algunas madres gestantes expresan necesidades alrededor del entendimiento y uso de información sobre sus derechos y deberes, que les permita ejercerlos de manera plena, sobretodo en los servicios de salud. Así mismo, tienen expectativas en estos espacios generados desde el Hospital, frente a tener herramientas para mejorar las condiciones de su gestación, conocer los cuidados para ellas y su recién nacido, detectar signos de alarma, etc.

Dentro de las lecturas de necesidades desarrolladas en los ámbitos en el año 2009, esta situación de redes de apoyo se relaciona directamente con las condiciones de vida bajo las cuales estas madres pasan su periodo de gestación y lactancia. Las madres gestantes relatan que sus patologías de alto riesgo durante la gestación (amenaza de aborto, preeclampsia, placenta baja, etc.), estarían asociadas a las condiciones de agotamiento, estrés, alcoholismo, violencia y maltrato, etc. Así mismo las madres lactantes relacionan sus patologías a altos niveles de estrés (dolores de espalda) y situaciones propias de la lactancia – cansancio, dolores, etc. (mastitis, mastalgia).

También se presentan dificultades de vivienda (hacinamiento, familia extensa o en casa paterna – alquilada o inquilinato), económicas, laborales y educativas, todo ello en algunos casos asociado a situación o condición de desplazamiento. Reconocen el apoyo de algunas instituciones como el Proyecto adolescente gestante, Sala cunas, Jardines infantiles, Hospital, CAMI's, Comedores comunitarios, Red Social Materno Infantil, Madres FAMIS Y proyecto de adolescente.

Se determinó, para el año 2008 y lo corrido del 2009, 158 casos en niñas y niños, siendo la violencia emocional (75 casos) y la violencia física (48 casos) las de mayor presencia. Si se realiza un análisis de la población a profundidad en la UPZ Ciudad Jardín, la violencia física es menor, pero la violencia emocional mayor a causa de la presión de los padres a sus hijos en actitudes comportamentales, en su forma de actuar, pensar y vestir, siendo a su vez causante de trastornos mentales, tales como, depresivos, demencias, dependencia alcohólica, psicosis, fármaco dependencia, trauma por estrés postraumático.

A nivel local, con el fin de disminuir e identificar los casos de violencia, la red del vínculo afectivo en articulación con el ciclo vital de infancia, ha desarrollado programas de sensibilización de la comunidad y profesionales, sobre la importancia de aunar esfuerzos para brindar una atención integral al menor de edad y a la familia, buscando prevenir y evitar la violencia intrafamiliar y la vulneración de los derechos consagrados en el Código de Infancia y Adolescencia. Dando buenos resultados como la participación e integración de la comunidad en eventos, foros y otras actividades lúdicas.

El género femenino frente al masculino, en la población infantil, las mujeres son altamente frágiles a sufrir problemas de abuso sexual, expresamente en el sector de los barrios de Restrepo y Caracas, mientras que los hombres hablando en términos de género, son frágiles al consumo de sustancias psicoactivas.

3.5.2 *Etapa juventud*

Durante el año 2008, se reportaron al SIVIGILA 45 eventos, de los cuales el mayor número de casos en el territorio 5 fueron en su orden: Varicela, Hepatitis, ETA e Intoxicación por Fármacos. Cabe resaltar la ocurrencia de 6 casos de Intoxicación por fármacos y otras sustancias químicas, se hace necesaria la investigación más detallada, para descartar si se debe a posibles conductas suicidas o inadecuada manipulación de estas sustancias por condiciones de trabajo o por mal manejo en almacenamiento de objetos que contiene sustancias químicas que puedan ser ingeridas por los menores, dichas sustancias son productos utilizados al interior del hogar para la limpieza, elementos como desinfectantes.

3.5.3 *Etapa Adulthood*

De los eventos reportados al SIVIGILA en el 2008, se registraron 32 en el territorio 5, que en su orden tuvieron predominio en: Varicela, Exposición rábica, ETA y Hepatitis A. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales presentes en el territorio, consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, eventos como la hepatitis A que ocurren comúnmente en instituciones cerradas: círculos infantiles, escuelas y unidades militares, aunque puede aparecer en población abierta

3.5.4 *Etapa Vejez*

En el territorio 5 se reportaron al SIVIGILA 2 eventos durante el 2008, en su orden fueron: Exposición Rábica y TBC Pulmonar. Los anteriores eventos no riñen con las inadecuadas condiciones ambientales como el consumo de alimentos contaminados, agua sin óptima calidad y contaminación atmosférica, así como la tenencia adecuada de perros y gatos.

NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS PRIORIZADOS TERRITORIO 5

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 1: El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral, que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

Situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad

Generar contextos de socialización que favorezcan el desarrollo de la autoconfianza y la autodeterminación serían objetivos necesarios en el trabajo a realizar desde las aulas de clase, crear una atmósfera de aceptación y apoyo en la que los jóvenes puedan explorar y clarificar diversos motivos para tener relaciones sexuales a su edad y analizarlos críticamente en función de sus estándares sexuales.

Los y las jóvenes calificaron positivamente la educación sexual recibida en su familia, dijeron que ésta había trascendido la esfera reproductiva y había profundizado también en el ámbito del afecto y la comunicación, en la medida en que les permitieron reflexionar sobre sus deseos y prioridades y, por lo tanto, tomar decisiones más acertadas y seguras en relación con su vida sexual.

El medio sociocultural, construye las cogniciones que guían las decisiones acerca de tener relaciones sexuales, usar métodos de planificación familiar, unirse o casarse, embarazarse o

abortar. Se establece que existe ambigüedad y a veces contradicción en los mensajes que transmiten los distintos agentes sociales, hace que en los y las adolescentes coexistan tanto disposiciones positivas como negativas hacia la sexualidad, lo cual afecta seriamente su juicio y su capacidad para tomar decisiones con un estilo lógico, racional y sistemático, utilizando estrategias planeadas cuidadosamente con una clara orientación hacia el futuro. En conclusión los y las jóvenes que tienen más dificultades para tomar decisiones planificadas, presentan deficiencias en, por lo menos, dos atributos de la agencia humana: la confianza en sí mismo y la autodeterminación. Es decir, no han contado con un ambiente propicio para el desarrollo de la convicción personal de que pueden ejercer control sobre los eventos y de que están en capacidad de optar y alterar las situaciones que les ocurren, para satisfacer sus expectativas y necesidades.

Aunque las fuentes de información son confiables en el medio familiar, la educación sexual en el colegio en general ocurre a destiempo, por ello los jóvenes tienen que resolver sus inquietudes en torno a la sexualidad recurriendo a los amigos y a las parejas románticas.

Los medios de comunicación, como la televisión, se convierten en recurso importante a través de los cuales los y las jóvenes obtienen información sobre el tema de la actividad sexual. La información no se reduce a permitir una primera aproximación al aspecto genital y reproductivo de la sexualidad humana, pues también proporcionan conocimiento fundamental sobre las formas correctas e incorrectas en las que se relacionan los hombres y las mujeres; sobre las expectativas y normas de las relaciones románticas y sexuales, y sobre la manera como se toman las decisiones sexuales y reproductivas.¹¹⁷

Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas: En la localidad Antonio Nariño, en el territorio social Las Tres Estrellas, que comprende los barrios Caracas, Ciudad Berna, Ciudad Jardín, se evidencia una problemática de consumo de sustancias psicoactivas que afecta negativamente las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio.

Esta problemática afecta a las etapas de ciclo vital juventud y adultez, evidenciándose el consumo entre hombres y mujeres. Se considera que el consumo de SPA y alcohol es realizado en su mayoría por los jóvenes.

Los habitantes del territorio georreferencian las zonas verdes, donde se expende y consume sustancias psicoactivas, también ha se ha evidenciado el aumento, el consumo de SPA en la rotonda del río Fucha y sumado a ello la presencia de habitantes de calle, quienes también son expendedores de drogas, ofreciéndolas especialmente a los y las jóvenes que llegan de otros barrios cercanos a consumir, y sumado a esto atracan especialmente a las mujeres, niños y jóvenes.

Las causas del Consumo de SPA, son el resultado de la descomposición familiar, debido al maltrato, el abandono, la falta de oportunidades escolares y laborales, entre otros, que inducen a los y las jóvenes y adultos, a refugiarse en las drogas.

Esta problemática ha generado inseguridad en el territorio, puesto que el temor a ser agredidos por los consumidores que se encuentran en un estado alterado de conciencia, ocasiona que los habitantes no transiten por ciertos espacios, a ciertas horas del día y la noche. Por otra parte ha creado problemas ambientales, puesto el consumo de sustancias psicoactivas en lugares públicos genera malestar a las personas, y crea una predisposición psicológica hacia los consumidores; además esta problemática ocasiona descomposición familiar debido al maltrato físico y psicológico.

Los habitantes consideran que el derecho a la Seguridad e Integridad Personal se encuentra afectado, puesto como ciudadanos se debe proteger la integridad física y emocional en todos los espacios de la vida cotidiana, derecho a un ambiente sano y salud, ya que al evidenciar

consumidores en espacios públicos, afecta directamente la salud física, psicológica y emocional, y por ende la vida social e individual de los habitantes del territorio, el derecho a la movilidad, ya que se torna peligroso transitar en cualquier hora del día, especialmente la tarde y noche.

Violencia intrafamiliar y social: La violencia hacia los adolescentes y jóvenes representa un problema social grave, producido por factores multicausales. Puede proceder de diferentes actores, por lo que la manera de manifestarse y los factores asociados a su aparición pueden ser disímiles. La violencia en el hogar puede provenir de las figuras parentales o responsables de su cuidado, y aunque en muchos casos se deriva de problemas relacionados con la pobreza, la falta de empleo y la desintegración social, también las relaciones disfuncionales en la familia y los trastornos mentales de las figuras parentales, pueden asociarse a la aparición del problema. Por otra parte, la violencia social se expresa de diversas formas. En particular, los jóvenes de la localidad hicieron referencia a la violencia escolar y al desplazamiento forzado. En cuanto a la primera, el Ámbito Escolar identificó que se genera por temas cotidianos como los gustos musicales, la intolerancia de miembros de diferentes culturas juveniles (Punk, Emmo, Candí, Gótica) o los grupos de amigos, y se expresa en el poder y la intimidación del más grande hacia el más pequeño (“matoneo”); el vandalismo y la agresión verbal entre estudiantes, y entre estudiantes y docentes, Diagnóstico Ámbito Escolar¹¹⁸. Sala situacional de juventud. Lo que perpetúa estos comportamientos que en su mayoría están relacionados con modelos familiares de relación.

La problemática de inseguridad se evidencia principalmente en la entrada del canal Fucha, queda paso a las volquetas, en los parques de Caracas, Ciudad Berna y Ciudad Jardín Sur, frente a la Iglesia San Miguel Arcángel en Ciudad Jardín, en la Carrera 13 con calle 19. Esta problemática se debe a la falta de presencia y autoridad policial en la zona residencial del territorio. Por otra parte, no se cuenta con una vigilancia organizada desde este sector; la comunidad también considera que se debe a la población flotante que trabaja en el territorio y por la falta compromiso de la misma comunidad para con sus habitantes, un compromiso social frente a la delincuencia y a la inseguridad que se vive en el territorio.

La anterior problemática genera temor y miedo en sus habitantes de transitar por las calles, parques y espacios públicos de forma tranquila y segura. Las consecuencias de esta inseguridad se evidencian en robos callejeros a peatones y residentes, pandillas organizadas para el robo de celulares, lo que representa un alto grado de traumatismo físico y emocional y un alto grado de intranquilidad en sus habitantes. También se logra evidenciar en el imaginario social, que este territorio, tiende a ser inseguro¹¹⁹

Si bien es cierto, las condiciones materiales de algunas mujeres han mejorado sustancialmente y desde el punto de vista de los derechos se ha dado un avance importante, también es cierto que hasta el momento los enfoques no han enfrentado cabalmente fenómenos colectivos como la marginalización institucional, la subordinación femenina, la persistencia de la feminización de la pobreza, el imaginario de las mujeres como receptoras de servicios y la triple jornada laboral, generando dificultades en su crecimiento y desarrollo personal.

En los casos sobre la problemática de Abuso Sexual donde la población atendida no es tan significativa, hace referencia a que igualmente las personas conocen las instituciones donde deben acudir primero para denunciar el caso y darle una solución al mismo, y luego son remitidas para que se haga el seguimiento respectivo de reparación emocional y psicológica que la víctima ha sufrido.

La situación de las personas mayores en cuanto a redes sociales y familiares se enmarcan en determinantes Estructurales en cuanto a la exclusión que existe de las personas mayores, debido

¹¹⁸ Diagnóstico situacional ámbito escolar 2009

¹¹⁹ Actualización. Documento GSI mesas territoriales 2009

a que no se tiene en cuenta sus habilidades y potencialidades, desconociendo de esta forma los planteamientos del envejecimiento activo. Por otra parte, el modelo económico, social y político que conlleva cada vez más a la individualidad y a la creación de condiciones de desigualdad. Lo anterior conduce a la transgresión del derecho al libre desarrollo de la personalidad el cual “permite al ser humano la construcción de la personalidad a partir del ejercicio autónomo y responsable, conforme a sus intereses, deseos y convicciones, siempre y cuando no afecte los derechos de otros, ni vulnere el orden constitucional. La sentencia de la Corte Suprema de Justicia 481 de 1998, evidencia la estrecha relación de este derecho con el concepto de autonomía de la personalidad, que comprende toda decisión que incida en la evolución de la persona en las etapas de la vida en las cuales tiene elementos de juicio suficientes para tomarla.” Bajo este marco de derechos, se evidencia la vulneración en el territorio, corrobora esta situación la información aportada por la referente del proceso Fortalecimiento a Grupos y Organizaciones de Persona Mayor del Ámbito Comunitario, la cual manifiesta que en los barrios Ciudad Jardín, Ciudad Berna y Ciudad Caracas, las personas mayores manifiestan que no se les tiene en cuenta para la toma de decisiones en algunos casos. Así mismo las personas adultas deben salir a trabajar lo que ocasiona que las personas mayores sean los cuidadores de los niños y niñas.

La falta de reconocimiento, cuidado adecuado y oportuno de la persona mayor en sus hogares genera sentimientos de tristeza y reduce la toma de decisiones y de autonomía. Desde el informe final del PDA Salud Mental, se corrobora la información en donde se manifiesta que en las personas mayores lo más frecuente son los problemas de salud, enfermedades crónicas, abandono, soledad, sienten que son un estorbo, sufren de depresión, abuso, son cuidadores pero no infunden el respeto que deben tener y no son tenidos en cuenta. Esta situación se genera de manera singular en la medida en que la persona mayor percibe la pérdida del rol de generador y de transmisor de saberes, conocimientos y experiencias, lo cual conlleva a su vez que la persona mayor tenga percepciones de abandono e inutilidad, reduciendo de esta manera la autonomía y bienestar de la persona mayor.

Los aspectos en salud mental (episodios depresivos) en la que se ve más afectado las personas mayores del territorio, son los siguientes:

Territorio 5: Asociado a hipertensión

Ansiedad: asociado a trastornos de conflicto familiar

Así mismo se presenta el abandono, la soledad, inadecuado manejo del tiempo libre, dificultad para enfrentar los cambios de la etapa.

A continuación se expone los resultados del documento del Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente, el cual realiza un análisis de núcleos PROBLEMÁTICOS que complementa lo expuesto anteriormente, este análisis es realizado a partir del PDA de Salud Mental:

Situación de la institución del territorio - Hogar María del Buen Pastor: Número de residentes: 13 (Hombres: 6 y Mujeres: 7): La institución no cuenta con estrategias, planes o capacitación, sobre prevención y promoción frente al riesgo psicosocial al que se encuentran expuestos los cuidadores y, en general, el personal asistencial y administrativo. De igual manera, no existen documentos de soporte que den cuenta de cursos de actualización o capacitación en temas relacionados con enfermedad y discapacidad mental en personas mayores. Frente a las estrategias de intervención psicológica, se encontró que se ha trabajado un poco sobre memoria con todos los residentes, pero no existe un plan estructurado y claro, que garantice atención personalizada a los usuarios.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 2: Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

La etapa de ciclo vital más afectada es la Juventud, en donde se presentaron más casos confirmados para cada uno de los eventos, seguido de adulto, infancia y persona mayor, en donde no se registran notificaciones. Esta estadística es el reflejo de la dinámica que transcurre en lo laboral, con una alta exposición a sustancias químicas en dichos ambientes para los trabajadores adultos y jóvenes, siendo éstos la fuerza laboral de la localidad. Desde la ESE se trabaja en varios frentes para optimizar el control a las industrias que tienen asiento en la localidad, realizándoles visitas periódicas, desde vigilancia sanitaria e intervenciones por parte del ámbito laboral, como es el caso de las unidades de trabajo informal que son las de riesgo especial, por tener características de poco desarrollo industrial y escasos recursos de inversión. Los accidentes por agresión animal aun se presentan en la localidad 15 y se evidencian debido a la presencia de animales callejeros que habitan en la localidad Antonio Nariño.¹²⁰(Ver Tabla 24).

Tabla 20. Intoxicación por químicos, por etapa de ciclo y por territorio GSI. Antonio Nariño. 2008

ETAPA DEL CICLO	EVENTOS NOTIFICADOS								
	INTOXICACION POR PLAGUICIDAS			INTOXICACION POR SOLVENTES			INTOXICACION OTRAS SUSTANCIAS		
	TERRITORIO 4 Y 5	TERRITORIO 1, 2 Y 3	TERRITORIO LOCAL	TERRITORIO 4 Y 5	TERRITORIO 1, 2 Y 3	TERRITORIO LOCAL	TERRITORIO 4 Y 5	TERRITORIO 1, 2 Y 3	TERRITORIO LOCAL
INFANCIA	0	0	0	0	1	1	3	1	4
JUVENTUD	2	5	1	1	2	3	6	8	14
ADULTEZ	1	2	0	0	0	0	2	10	12
VEJEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	7	1	1	4	4	11	19	30

Fuente: Vigilancia en salud Pública 2.008. Hospital Rafael Uribe Uribe

Los jóvenes expresan la necesidad de recibir capacitaciones sobre el manejo de desastres y atención en primeros auxilios, ante la eventual posibilidad de situaciones de emergencia natural o de otro tipo en la ciudad¹²¹.

De acuerdo con la actualización del diagnóstico de Medio Ambiente del Hospital realizada en 2007, el desarrollo reciente de la localidad corresponde a un proceso no planeado, en el que zonas residenciales han sido utilizadas cada vez más por la industria y el comercio, generando falta de sentido de pertenencia del territorio por la ciudadanía, y deterioro ambiental por vertimientos domésticos e industriales, invasión de las rondas de los canales, invasión del espacio público, contaminación visual, emisiones de gases por parte del sector industrial y altos niveles de ruido¹²².

El uso informal o uso creativo de los espacios, representa una posibilidad de construcción de alternativas saludables a la vida. Bajo ésta óptica, la localidad cuenta con escenarios deportivos y recreativos importantes.

Barrió Ciudad Berna. Cuenta con un salón comunal y varios parques. En estos espacios se han programado actividades culturales y muchos de sus habitantes han desarrollado actividades en estrecha relación con el Consejo Local de Cultura.

¹²⁰ Vigilancia en Salud Pública 2.008. Hospital Rafael Uribe Uribe

¹²¹ Actualización Lectura de necesidades Ámbito Comunitario. Red Juvenil y Perpetual Witness. 2009

¹²² Diagnóstico Medio Ambiente. Hospital Rafael Uribe Uribe, 2009

Barrio Ciudad Jardín. El parque principal es conocido como “Los Fundadores” y la Iglesia se llama “San Gabriel Arcángel”. Se encuentran en Ciudad Jardín organizaciones culturales y artísticas tan representativas como el teatro Don Eloy, que funciona como sala concertada con el IDCT, y la academia de artes El Teatrino, que existe en la localidad hace más de 35 años. El barrio no cuenta con salón comunal.

Hay exclusiva preocupación por la formación para el deportista de alto rendimiento, pero se desconocen los intereses de la población común; por eso mismo se limitan las opciones de visitar ciertos escenarios; si se otorga el espacio; desde que el IDR administrara los escenarios deportivos y zonas verdes, cobra a los usuarios de la localidad por su uso. Esta institución les solicita una póliza de alto costo a los directores y representantes de las escuelas de formación deportiva por el uso de estos espacios; el alto costo de los parques hace que no todas las personas tengan acceso a éstos; la principal queja es que a pesar de estos costos, la falta de mantenimiento de los parques es muy alta en el sector; por ende la comunidad se pregunta qué se hace con el dinero que como ciudadanos aportan en un impuesto al deporte. Este dinero no se ve invertido en la manutención de parques ni en la construcción de escenarios deportivos para las localidades.

Las condiciones ambientales no óptimas o inadecuadas que se presentan en el territorio Las Tres Estrellas, afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas mayores. Estas condiciones ambientales se deben a no tener políticas claras para la protección del medio ambiente que favorezcan la conservación de la calidad de vida, situaciones que se enmarcan en determinantes Estructurales, debido a la falta de reglamentación o en muchas ocasiones del incumplimiento de la misma.

En el territorio se identifican las siguientes características ambientales, que influyen de manera negativa en la calidad de vida de las personas mayores y que son determinantes, que afectan de manera Particular y Singular.

El territorio social Las Tres Estrellas, que comprende los barrios Caracas, Ciudad Jardín, Ciudad Berna, se evidencia una problemática medio ambiental que afecta negativamente las condiciones de vida y salud de sus habitantes.

Esta problemática afecta a todas las etapas de ciclo vital, se evidencia excrementos de perros; por otra parte se evidencian focos de basuras en las calles y la contaminación auditiva. Situaciones que afectan la calidad de vida de las personas mayores. En relación al excremento de perro se evidencia que es generalizada en todos los parques del territorio, puesto que son visitados y empleados constantemente por los habitantes.

Las problemáticas descritas anteriormente son causadas especialmente, por una parte, a la falta de responsabilidad y cultura ciudadana de los dueños de los perros, quienes no recogen los excrementos de sus mascotas, por otra parte, se evidencia la poca cultura ciudadana de los habitantes del territorio, al arrojar basura en calles, andenes y parques.

Se ha podido evidenciar que las problemáticas mencionadas anteriormente ocasionan enfermedades respiratorias y de la piel; el taponamiento de cañerías con basuras causa el represamiento de aguas en épocas de lluvia que perjudican la salud, y la limitación del uso del espacio público, puesto que es empleado para fines diferentes a la recreación. Se ha notado que los derechos más afectados son al deporte y la recreación, puesto que las personas mayores no pueden hacer uso satisfactorio de los parques del territorio; el derecho a un ambiente sano y salud, ya que en los espacios públicos pueden contraer algún tipo de enfermedad.

Así mismo otra de las problemáticas que se evidencia es la inseguridad, la cual se da principalmente en la entrada del canal Fucha queda paso a las volquetas, en los parques de Caracas, Ciudad Berna

y Ciudad Jardín Sur, Frente a la Iglesia San Miguel Arcángel en Ciudad Jardín, en la Carrera 13 con calle 19, se ha evidenciado en el territorio un carro Monza Negro, con 2 individuos quienes se hacen pasar por miembros de inteligencia y atracan a sus víctimas.

Esta problemática se debe a la falta de presencia y autoridad policial en la zona residencial del territorio, por otra parte no se cuenta con una vigilancia organizada desde este sector; la comunidad también considera que se debe a la población flotante que trabaja en la zona y por la falta de compromiso de la comunidad para con sus habitantes, un compromiso social frente a la delincuencia y a la inseguridad que se vive en el territorio.

La anterior problemática genera temor y miedo en las personas mayores de transitar por las calles, parques y espacios públicos de forma tranquila y segura. Las consecuencias de esta inseguridad se evidencian en robos callejeros a peatones y residentes, pandillas organizadas para el robo de celulares, lo que representa un alto grado de traumatismo físico y emocional y un alto grado de intranquilidad en sus habitantes. También se logra evidenciar en el imaginario social, que este territorio, tiende a ser inseguro.

Es así que la comunidad del territorio, considera que los derechos más vulnerados o afectados son el derecho a la recreación y al deporte, el derecho a la integridad y seguridad personal, el derecho a un ambiente sano y el derecho a un trabajo.

La Transversalidad de Seguridad Alimentaria afirma que la distribución de los alimentos es un riesgo, debido a la contaminación y la inadecuada manipulación de los mismos, que perjudica la disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos y contribuye al desmejoramiento nutricional de las personas mayores. Así mismo la intermediación hace que se aumenten los costos y la calidad del alimento. Las situaciones anteriormente descritas evidencian la vulneración del derecho a la Alimentación y Nutrición, el cual promueve el acceso permanente y libre a una alimentación adecuada y suficiente que corresponda a las tradiciones culturales y que garantice la vida psíquica, física, individual y colectiva libre de angustias, satisfactoria y digna.

Así mismo, estas situaciones contradicen lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir bien en la vejez la cual nos plantea el “Desarrollo de acciones que garanticen el acceso y promoción de una alimentación adecuada y suficiente, donde se reconozcan las necesidades nutricionales y el valor cultural, afectivo y nutricional de la cultura gastronómica de las personas mayores, hombres y mujeres, disminuyendo los altos niveles de desnutrición y malnutrición”.

De esta manera se concluye, que los ambientes y entornos sociales poco saludables e inseguros para las personas mayores, aumentan su situación de vulnerabilidad. Las personas mayores se cohiben de salir por miedo, ocurren accidentes de tránsito por el irrespeto a las normas, de igual modo se presentan enfermedades mentales como el stress.

Se presenta la inequidad de géneros en oportunidades de desarrollo integral que no garantizan la satisfacción de necesidades básicas, debido a las condiciones económicas que promueven la indigencia y la dependencia económica en las personas mayores, así como la exclusión de los procesos productivos e inclusión en condiciones precarias. Debido al modelo económico capitalista que permite aumentar cada vez más la monopolización de recursos mediante la globalización y las políticas de privatización, situación que ha llevado a la precarización de las condiciones de empleo y productividad. Lo que se define como un determinante Estructural.

Como determinantes Particulares, se observa que la falta de dinero en el hogar hace que los adultos salgan a trabajar y se cambien los roles haciendo que las personas mayores asuman el papel

de cuidadores de los niños, se crea dependencia económica y aumenta la depresión por el rechazo. A esta situación se le suma la falta de existencia de un espacio laboral para esta población, por que relacionan la productividad con lo físico lo que conlleva a ignorar las capacidades intelectuales de las personas mayores, así mismo la oferta institucional de las actividades para la persona mayor no responde a sus necesidades reales en términos de productividad y generación de ingresos.

El mercado productivo considera a la persona mayor improductiva y no le genera un empleo digno ni en las condiciones que se requieren de acuerdo a sus capacidades. Los trabajos realizados por las personas mayores en su edad “productiva” no permitieron en su mayoría obtener una pensión, lo que genera hoy en día pérdida de autonomía, disfuncionalidad y dependencia, lo que afecta de manera singular la calidad de vida de las personas mayores de los territorios de la localidad.

Estas situaciones reitera la vulneración del derecho al Trabajo, el cual expone que “toda persona en edad de trabajar debe ejercer libremente profesión, arte u oficio para transformar, crear y producir con el fin de desarrollar capacidades y satisfacer necesidades personales, familiares y sociales”.

A su vez contradice lo planteado en la política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir bien en la vejez la cual nos expone el “Desarrollo de proyectos productivos, que incorporen procesos de capacitación y acompañamiento, permitiendo la continuidad laboral y el desarrollo humano de las personas mayores que quieran y estén en la capacidad de seguir trabajando”.

A continuación se describe la situación de las personas mayores en el territorio, esta información es producto del análisis realizado por la Transversalidad de Trabajo:

Las y Los Adultos Mayores - Territorio 5

En este territorio se encontraron 5 adultos mayores trabajadores, 4 hombres y 1a mujer.

Condiciones Socioeconómicas

En cuanto a la afiliación de estos cinco adultos mayores al SGSSS, los cuatro hombres pertenecen al régimen contributivo y la mujer al subsidiado. Los ingresos mensuales de tres de ellos son un salario mínimo, y un hombre y la mujer ganan más de 1 y hasta 2 SMMLV. Dos de los hombres viven en estrato 2, los otros dos y la mujer en estrato 3. Solamente la mujer tiene estudios universitarios completos, un hombre tiene estudios universitarios incompletos, otro el bachillerato completo, otro el bachillerato incompleto y el otro tiene la primaria completa.

Condiciones de Empleo: El tipo de contrato para tres de los hombres y para la mujer es indefinido y tienen remuneración fija, el otro hombre esta por obra o labor contratada y le pagan al destajo. Ninguno de ellos está afiliado a los sistemas de pensión y riesgos profesionales.

Condiciones de Trabajo: Los cuatro hombres trabajan en panaderías y la mujer trabaja en un restaurante. Tres de los hombres realizan labores administrativas, uno es operario y la mujer realiza los dos tipos de labores. Dos de los hombres trabajan en jornada diurna y los otros dos y la mujer, laboran en ambas jornadas. Trabajan entre 6 y 15 horas al día. La mujer y uno de los hombres trabajan 5 días a la semana y los otros 37.

Condiciones de Salud: Ninguno de los cinco ha sufrido accidentes de trabajo en el último año. Todos consideran que su estado de salud es bueno y ninguno de ellos cree que el trabajo afecta la salud.

La Transversalidad de Entornos de Trabajo Saludables del Hospital Centro Oriente, centra su intervención desde la acción, realizando la aplicación de una lista de chequeo y base de datos de usuarios en la Institución Hogar Abuelitos María del Buen Pastor del barrio Ciudad Jardín, durante la Vigencia 2010, observándose una serie de necesidades y realidades que se deben impactar integralmente.

El diagnóstico que prevalece es el Alzheimer, discapacidad múltiple sin información de la situación ocupacional, actividad diaria caminar dentro de la institución, tipo de actividad en la juventud mano de obra, no desarrollan ninguna actividad productiva ni de manejo del tiempo libre dentro de la Institución.

Se concluye que se requiere de acompañamiento para la formación de líderes en la realización de actividades productivas y de manejo del tiempo libre, según las características e intereses de la población mayor de la Institución, y la estructuración de sustentos teóricos que soporten la realización de tales actividades.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 3: El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez ocasionando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y pérdida de autonomía en personas mayores.

En la localidad se identifican necesidades como capacitación y formación a la población, perteneciente a grupos étnicos en temas relacionados con el Derecho a la salud, para que el reconocimiento a esos Derechos se valide, sean reconocidas sus tradiciones, para que se puedan mejorar sus condiciones de acceso a los servicios de salud, saneamiento básico y los servicios públicos domiciliarios¹²³.

Igualmente se evidencia la falta de ofertas laborales, educativas, en materia de vivienda y salud, así como la necesidad de que se dispongan estrategias viables para disminuir las formas de discriminación social a la población en general.

De acuerdo a la lectura de necesidades 2009, en la transversalidad de discapacidad se identifican en primer lugar: barreras de acceso a los servicios educativos. Las barreras físicas o arquitectónicas. La falta de oportunidades laborales y de proyectos productivos, rehabilitación integral.

Es bien sabido la importancia de incidir mayormente en la población vulnerada o con pocas oportunidades, pero estas necesidades son derechos que se pueden ver afectados en cualquier joven como el derecho a la educación y tecnología y el derecho al trabajo; los cuales están plasmados en la Política Pública Distrital de Juventud. En base a esto podemos hacer el siguiente análisis de determinación social.

Nivel Estructural: El modelo económico capitalista que permite aumentar cada vez más la monopolización de recursos y que en el nivel estructural, mediante la globalización y las políticas de privatización, han llevado a la precarización de las condiciones de empleo y productividad.

Nivel Particular: Baja posibilidad de acceso a educación de calidad que prepare a los jóvenes para ser competitivos en el mercado laboral, y el bajo acceso al mercado laboral en condiciones de igualdad.

b) Falta de instituciones educativas oficiales que ofrezcan formación media técnica en la localidad.

c) Poca difusión de oferta educativa de universidades del distrito y programas de financiación y/o becas.

c) Barreras de acceso a programas productivos y sostenibilidad de las iniciativas productivas apoyadas por el fondo de desarrollo local, ante la competencia del mercado laboral distrital, nacional e internacional.

Nivel Singular: Disfunción y violencia intrafamiliar y los modelos de pautas de crianza transmitidos intergeneracionalmente. b) El periodo de conformación de un proyecto de vida y las expectativas asociadas con ésta, contrastado con la desesperanza y soledad afectiva de los jóvenes y la frustración frente a un presente y un futuro que no ofrece oportunidades y garantía de sus derechos.

En este territorio se identificó una joven trabajadora de sexo femenino.¹²⁴ Las condiciones económicas, de empleo, salud y trabajo se resumen a continuación: vinculada en el SGSSS, gana un salario mínimo, vive en el estrato 2 y tiene el bachillerato incompleto; no tiene contrato de trabajo, tiene remuneración fija y no está afiliada a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales; trabaja en un restaurante, combina las labores de operario con las administrativas, trabaja en las dos jornadas, 12 horas al día y 6 días a la semana; dice haber sufrido accidentes de trabajo en el último año, dichos accidentes han sido quemaduras y cortaduras, considera que su estado de salud es regular y que el trabajo sí afecta su salud.

JOVENES MAYORES DE 18 AÑOS

En este territorio se identificaron 19 jóvenes trabajadores, 8 mujeres y 11 hombres.

Condiciones socioeconómicas: Frente al régimen de afiliación al SGSSS, la siguiente tabla muestra la distribución de las y los jóvenes trabajadores identificados en este territorio. El 42.10% están afiliados al Régimen Contributivo, el 26.31% al Subsidiado, el 15.7% son vinculados, y un porcentaje igual de jóvenes están desafiados del sistema y acceden al servicio de salud de manera particular.

Respecto al nivel de ingresos de las y los jóvenes trabajadores se puede observar que el 52.6% gana el salario mínimo, el 31.57% gana más de 1 y hasta dos salarios mínimos, y el 15.7% gana menos de un salario mínimo.

En este grupo se encuentran niveles educativos bajos, ya que solo el 15.78% de las y los jóvenes trabajadores, tienen nivel universitario pero incompleto, este mismo porcentaje de jóvenes dice tener formación técnica o tecnológica pero también incompleta, y un porcentaje igual dice tener la primaria completa. El 26.3 de las y los jóvenes son bachilleres.

El 26.3% de los jóvenes dice haber sufrido accidentes de trabajo en el último año, los que se presentaron en este grupo fueron cortaduras, quemaduras y caídas. El 73.68% considera que su estado de salud es bueno, el 10.52% dice que su estado de salud es excelente, y el 15.7% dice sentirse regular de salud. Solamente el 31.57% de los jóvenes piensa que el trabajo afecta la salud.

Las siguientes son las actividades económicas en las que trabajan los y las adultas de la localidad, en los diferentes territorios de gestión social integral, encontradas por el ámbito laboral en inspecciones de terreno del año 2009.

Territorio 5: Restaurantes y panaderías, Supermercados, Venta de automóviles nuevos y usados, Venta de vitrinas

Aunque se ha avanzado mucho en la relación trabajo – género, y las mujeres han avanzado ocupando cargos públicos y privados de importancia, todavía sigue existiendo mucha discriminación de género, se prefiere a los hombres para muchos cargos y se les ofrece mejor remuneración.

Aún se relaciona mucho a la mujer con el mundo privado y las actividades de tipo doméstico; falta crear conciencia en los hombres sobre la necesidad de apoyar las tareas del hogar, en especial

cuando la mujer trabaja, para evitar sobrecarga de labores en las mujeres.

NÚCLEO PROBLEMÁTICO 4: La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad, genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

En la actualidad el sistema general de salud enfrenta una crisis para la cual no se han definido pautas que de verdad apunten a contrarrestar la emergencia social.

Se evidencian problemas en la atención de IPS Y EPS de diferente régimen, como calidad y calidez, que se muestran en la no cobertura total, barreras de accesibilidad, no cubrimiento de medicamentos y tratamientos en el POS.

Las diferentes barreras de acceso para la población juvenil, desencadenan en apatías que incrementan aun más el perfil morbi – mortalidad de los y las jóvenes. La situación socioeconómica del joven mayor de 18 años en algunos casos permite que se desafilie de su régimen de salud.

Se ha Identificando que cuando niñas y niños pasan a ser adolescentes y luego jóvenes, se presenta una débil asistencia a los servicios de salud y así mismo dificultad en el acceso a los servicios de salud específicos para ellos.

Por lo anterior, se ha venido planteando un modelo de gestión que permita continuar con el proceso de mantenimiento de sus condiciones de salud y calidad de vida. El propósito fundamental de los servicios amigables es el cuidado y mantenimiento de la salud de adolescentes y jóvenes, el cual, en el marco de la protección social, tiene varios componentes que están normalizados en las resoluciones 412 y 3384 de 2000¹.

De acuerdo con el análisis realizado por el Equipo Técnico poblacional de Juventud, algunos factores que actúan como determinantes de este núcleo son¹²⁵:

Nivel estructural: a) Las políticas nacionales que enmarcan el acceso y la prestación de los servicios de salud a la población, en estrecha relación con las fluctuaciones del mercado b) El criterio legal de la mayoría de edad (18 años) para la afiliación de un joven como beneficiario para el sistema de salud, ya que en la cotidianidad la mayoría de los jóvenes de la localidad a esa edad no acceden a la educación superior ni a un trabajo formal, que garantice la cobertura del Sistema General de Seguridad Social y por lo tanto, quedan excluidos.

Nivel Particular: a) Amplio desconocimiento de los jóvenes sobre sus derechos y responsabilidades en salud. b) Débil cultura de educación y cuidado de la salud en la población general, que se evidencia en las creencias y prácticas familiares.

Nivel Singular: a) Dificultades económicas para garantizar que sus jóvenes accedan a la educación superior y de esa forma continúen afiliados después de los 18 años. Esas mismas dificultades económicas se convierten en barreras de acceso para pagar las cuotas moderadoras y los copagos. b) Dinámicas de relación e intereses de los jóvenes que entran en conflicto con la oferta y calidez de la atención en los servicios de salud.

La problemática descrita se relaciona con diferentes factores, de un lado, la baja cobertura del SGSSS a los jóvenes; de otro, las barreras de acceso que enfrentan en los servicios de salud, y finalmente, la capacidad del sector para liderar procesos integrales de promoción de condiciones de salud, evidenciada en el perfil de morbilidad de este grupo poblacional.

124 Caracterización Ámbito Laboral. 2009

125 Análisis de determinación social. Equipo Funcional de Juventud. HRUU, 2009

La localidad cuenta 139 instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y una pública.

El 72% de la población de Antonio Nariño está afiliada al sistema de salud, y es la decimosexta localidad en cobertura de seguridad social en salud en Bogotá. La mayoría de la población afiliada pertenece al Régimen Contributivo (91%), mientras que 6.847 personas (9%) están dentro del Régimen Subsidiado. La localidad, pese a contar con una oferta hospitalaria aceptable, presenta niveles de aseguramiento inferiores al promedio de la ciudad (77,6%).

La localidad presenta la particularidad que la población que la integra en su mayoría es de estrato tres.

Únicamente en el sector de Santander (territorio 2 La Paz GSI) y Policarpa Salavarrieta (territorio 4 Policultural GSI), se encuentra la población con SISBEN I y II, lo cual en la práctica dificulta que la población de estrato 3, en condiciones de pobreza acceda a los programas y ayudas que tiene la localidad.

Entre las causas de enfermedad y muerte del país, predominan más que la transición epidemiológica, un perfil de heterogeneidad estructural, en tanto se combinan desigualmente las enfermedades de la pobreza, con las enfermedades del desarrollo, pero es muy fuerte la expresión de las inequidades socio sanitarias que de tiempo atrás han caracterizado al Sistema de Salud colombiano.

Los problemas más relevantes hoy son la alta y temprana mortalidad por homicidios y violencia, que aunque afecta predominantemente a la población masculina joven, empieza a aparecer con un peso importante en otros grupos etarios; la persistencia de desigualdades, entre regiones del país, entre zona urbana y rural y de género; el deterioro en las condiciones de vida se ha profundizado en los últimos años; y la gran vulnerabilidad de los jóvenes, las mujeres y los habitantes de la zona rural.¹²⁶

Se propone avanzar en una tarea política: la construcción colectiva de la salud como un asunto de interés público, condición necesaria para la refundación del sistema de salud, en una perspectiva incluyente y equitativa.

La Ley contempla aspectos de calidad en la prestación de los servicios, aspectos que hasta ahora algunas entidades de salud han considerado tangencialmente, pero que implican inversiones en equipos al obligar a la modernización, así como a la adecuación de las instalaciones, y a la capacitación y educación continua del personal. Si las condiciones laborales del personal de salud de las instituciones tanto privadas como públicas, no permiten el cubrimiento adecuado, por lo menos de sus necesidades básicas, el efecto se verá sobre todo en la calidad de los servicios, porque los profesionales buscarán la contratación por volumen de actividades a fin de compensar en alguna forma la disminución de sus ingresos por honorarios provenientes de la consulta particular. Los beneficiados serán entonces únicamente las personas que tienen capacidad de compra de planes complementarios al POS, que podrán exigir mejores condiciones de atención, y los profesionales buscarán atender en forma preferencial a esta población por el hecho de lograr mejores ingresos a través de estos planes. Otro aspecto que va en contra del profesional de la salud, se relaciona con el desconocimiento de aspectos empresariales y la tendencia a trabajar individualmente como una de las formas tradicionales del ejercicio profesional. Es necesario entonces promover y realizar educación a los profesionales en proyectos de inversión, contabilidad de costos, mercadeo y desarrollo organizacional, para lograr mejorar su capacidad de negociación con las IPS o con las EPS. Este es un proceso difícil y la tendencia puede ser que los profesionales sean absorbidos por las entidades como asalariados.

En conclusión, la Ley 100 que en su filosofía busca ampliar la cobertura de la seguridad social para todos los habitantes de Colombia, en su desarrollo, 3 años después de promulgada, se encuentra

126 Gerencia y política de la salud. La Salud en Colombia. Esperanza Echeverri

en un proceso de transición que de seguir las tendencias no podrá lograr el objetivo de cobertura. La Ley modificó el ejercicio de las profesiones de la salud, al introducir entidades financieras (EPS) como negociadoras de la contratación, a costa del ejercicio tradicional de las profesiones, y obligar al personal de salud a conocer acerca de sus costos de producción y a mejorar la calidad, para llevarlo a mercadear adecuadamente sus servicios, luchando en desventaja con las intermediarias. La población beneficiada con la Ley, hasta el momento, es la de los estratos 1 y 2, que logra un aseguramiento de seguridad social que no existía antes. Los trabajadores independientes y sus familias, de los estratos 3 y 4 pierden la opción de las cajas de compensación al quedar por fuera de los regímenes contributivo y subsidiado, y se enfrentan a la necesidad de buscar servicios en las ESE, sujetos al pago de tarifas variables según la institución. Bajo estas consideraciones, es necesario realizar un análisis detallado de las inconsistencias de la Ley, y buscar modificaciones legales que reivindicuen a las profesiones de la salud y permitan ampliar la cobertura a toda la población del país.¹²⁷

La mayoría de las y los adultos de este territorio están afiliados al SGSSS en el régimen contributivo con un 55.44%, seguidos del 19.8% de adultos y adultas que no están afiliados al sistema y acceden al servicio de salud de manera particular; el 16.83% están en el régimen subsidiado y el 7.9% son vinculados.¹²⁸

La mayoría de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio, es decir, un 60.3% ganan un salario mínimo, seguidos de un 33.6% que ganan más de 1 y hasta 2 SMMLG, el 2.9% que dice ganar menos del salario mínimo, el 1.3% que gana más de 2 y hasta 3 salarios mínimos, y el 0.6% representado por una mujer que gana más de tres salarios mínimos.¹²⁹

Frente al estrato socioeconómico, la siguiente tabla muestra como el 75.24% de las y los adultos trabajadores identificados en este territorio, viven en el estrato 3, el 19.8% viven en estrato 2 y el 4.9% viven en estrato 1.¹³⁰

Los niveles de escolaridad para este grupo son bajos, pues solo el 37.6% de las y los adultos trabajadores identificados son bachilleres, el 5.9% termino sus estudios técnicos o tecnológicos, y el 1.98% representados por 1 hombre y una mujer, son profesionales.¹³¹

Debido al modelo de Salud se generan barreras institucionales que generan exclusión e inequidad en el acceso a servicios a las personas mayores. La falta de atención inmediata a las personas mayores se debe a las políticas institucionales de los prestadores de salud, cuya dinámica está inmersa en las contracciones del mercado. Así mismo no hay prioridad y los diagnósticos realizados son generalizados y determinados por la edad descartando las posibilidades de prevención de enfermedades. Estas situaciones están enmarcadas en determinantes Estructurales.

Se tiene como consecuencias, que se deteriora la salud de las personas mayores debido a la falta de atención oportuna, se pierde credibilidad hacia el sector salud debido a la deshumanización en la atención y se crean nuevas enfermedades debido a la falta de prevención. Estas situaciones se presentan y se generalizan en los cinco territorios de la localidad y se enmarcan en determinantes Particulares. Las dinámicas de relación e intereses de las personas mayores que entran en conflicto con la oferta y calidez de la atención en los servicios de salud, pasa por ser un determinante Singular.

En el análisis realizado con la Transversalidad de Discapacidad, se observa la falta servicios de rehabilitación integral y que los existentes incluyen solo a la población vinculada. El tipo de

127 Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, diciembre 23 de 1993

128 Op Cit Pág 16

129 Ibid

130 Ibid

131 Ibid

contratación con EPS subsidiada, limita el acceso a la población con discapacidad, a los servicios de salud. También la georreferenciación de las EPS subsidiadas contratadas que ofrecen sus servicios en las localidades distantes, lo cual dificulta el acceso a las mismas.

Esta situación se define como determinante Singular ya que afecta de manera directa a las personas mayores, pasando por Estructural debido a que no existen programas que tengan continuidad, y si los hay, acoge a personas que están en el régimen subsidiado, lo que limita la inclusión a los pocos servicios que se brindan para esta población.

Estas situaciones vulneran el Derecho a la Salud, el cual contempla que la salud “Es la posibilidad que tiene todo ser humano a disfrutar de una serie de servicios y condiciones que les permita conseguir y mantener el más alto nivel posible de salud, teniendo en cuenta la asistencia médica y las condiciones sociales como determinantes básicos del estado de salud”.

Como se había mencionado antes se contradice lo expuesto en la Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez, en la dimensión Vivir bien en la vejez la cual contempla la “Promoción de una perspectiva integral de la salud, en el proceso de envejecimiento, donde se reafirme y se disfrute la vejez como un momento de la vida no asociado a la enfermedad en razón de la edad” y la “Garantía de la cobertura universal de las personas mayores en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud, sin discriminación de ningún tipo, haciendo énfasis en las personas que se encuentran en condición de alta fragilidad social o económica” .

A continuación se expone los resultados del análisis realizado a partir de los PDA Salud Oral y Crónicos en el hogar María del Buen Pastor, ubicado en este territorio:

Análisis de condiciones de Salud Oral:

Hogar María del Buen Pastor: Se observa desconocimiento de las rutinas básicas de higiene oral por parte de las personas mayores y de los cuidadores, lo cual nos hace pensar que la concientización, capacitación e instauración de buenos hábitos se debe trabajar a lo largo de toda la vida, ya que si no se instauran prácticas de auto cuidado en la infancia y adultez, es muy difícil modificar creencias, conceptos y hábitos en la vejez.

Análisis PDA Crónicos:

En su mayoría, los usuarios de esta institución están afiliados al SGSS y poseen una sede donde son asistidos en sus necesidades de cuidado médico.

Sin embargo, se constituye en una población vulnerable en sus derechos de autonomía para acceder a consulta médica, de especialistas, en igual medida a los programas de promoción y prevención ofertados por las entidades de salud.

En análisis de datos recolectados en la base usuarios con condición crónica, prevalece la patología de HTA, seguida por la Diabetes, con mayor prevalencia en las mujeres que los hombres.

Las condiciones de afiliación al SGSSS. En el tema, todos los usuarios son vinculados o beneficiarios de los servicios y ayudas que este les ofrece a la persona mayor, pero contando con la dificultad de no tener un servicio de transporte propio que facilite los desplazamientos de cada usuario a los servicios de salud para participar en programas de prevención, detección y seguimiento de condiciones crónicas, ofertados por las entidades de salud. En este sentido se sugiere el siguiente núcleo problemático: Servicios de salud y sociales con dificultad en accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad, para la etapa del ciclo vital persona mayor institucionalizada.

4.

4. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL Y PROPUESTA DE ACCIÓN

el Mejoramiento Continuo de la Calidad), Resolución 1446 de 2006 (Sistema de Información para la Calidad), Resolución 1043 de 2006 (Sistema Único de Habilitación), Acuerdo 308 de 2008 Plan de desarrollo Económico, social, ambiental y obras públicas para Bogotá D.C. 2008 -2012, “Bogotá Positiva: Para Vivir mejor” Decreto 377 de 2008 (Plan de Gestión Gerencial), Resolución 2181 DE 2008 (Implementación SUA en IPS) y Resolución 425 de 2008 (Plan de Salud Territorial y Plan de Intervenciones Colectivas), la actual administración 2008 – 2012 del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E., presenta una síntesis de sus objetivos y estrategias gerenciales, orientadas principalmente a lograr la prestación de servicios de salud auto sostenibles.

4.1.1 Portafolio de servicios

El Hospital Rafael Uribe Uribe – Empresa Social del Estado es una entidad del orden distrital, adscrita a la Secretaria Distrital de Salud, resultado de la fusión el Hospital San Jorge E.S.E. y el Hospital Olaya E.S.E., a través del Acuerdo 11 de 2000 del Concejo de Bogotá.

Está ubicada en las Localidades 15 y 18, Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño, respectivamente.

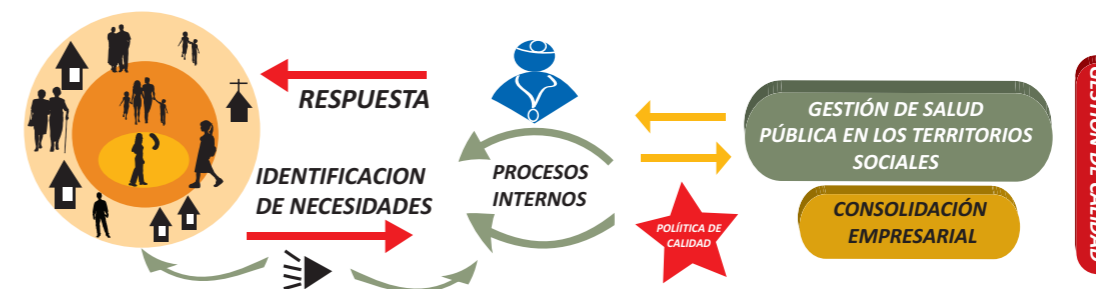
El Hospital presta servicios de salud de primer nivel a través de atenciones extramurales (consulta de medicina general, odontología general, laboratorio clínico e imagenología de baja complejidad, hospitalización y atención de urgencias y de partos de baja complejidad, terapia respiratoria, optometría, nutrición, psicología y programa de salud mental y extramurales (actividades de gestión y articulación de políticas distritales y prestación de actividades del Plan de Intervenciones Colectivas(PIC)), caracterizados por la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad . Como primer nivel de atención, las actividades desarrolladas por el Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E., están dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, así como a prevenir y controlar los riesgos y daños en salud de alta externalidad, a través del desarrollo del siguiente eje programático de Salud Pública (intervenciones individuales y colectivas):

Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.

- Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios).
- Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Intervenciones Colectivas, complementando sus acciones con el desarrollo de intervenciones resolutivas previstas en el POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para servicios de baja complejidad.

El Hospital ha definido un Enfoque del Modelo de Prestación de Servicios, se muestra el modelo de Gestión Institucional, creado desde la planeación del año 2005, que se ajusta a la actualidad de la institución y a las necesidades y expectativas de la comunidad y a los resultados del Diagnóstico.

Figura 1. Modelo de Gestión Institucional



Fuente: Oficina de Planeación HRUU.

Este esquema está diseñado, partiendo de la identificación de las necesidades sociales en los territorios, iniciando con las personas, para expandirse a la familia y por último al barrio; al respecto la institución responde con el diseño de los procesos internos, desarrollando la gestión de la salud pública en los territorios sociales y la consolidación empresarial, mediante la acción transversal de la gestión de la calidad enfocada hacia la mejora continua de los procesos.

Durante la ejecución de este modelo se diseñaron mecanismos que garantizaran el cumplimiento de nuestra misión como Empresa Social del Estado de primer nivel de atención, con tres objetivos fundamentales: Por un lado el abordaje integral a las comunidades y por otro la articulación y desarrollo de acciones conjuntas, desde el quehacer de cada uno de los macro procesos misionales y de apoyo. Así las cosas, la primera etapa del modelo, Identificación de necesidades, en su esencia, aborda a las familias, a través de diferentes grupos de trabajo en los denominados ámbitos: familiar, escolar, laboral, institucional y comunitario y desarrolla varias tareas con las familias en sí y con los individuos, que hacen parte de cada núcleo, según sus condiciones de vulnerabilidad, ciclo vital y aseguramiento en salud.

El ámbito se define como un espacio social de vida cotidiana, donde se construyen las relaciones, se establecen los roles y funciones familiares y de la sociedad, se producen y reproducen las diversas expresiones culturales, y se estructuran las estrategias de supervivencia material y afectiva. En últimas, para el Hospital se convierte en un escenario de operación de acciones promocionales, que orienta el segundo paso del modelo, diseño de la respuesta en salud, modelo de Prestación de Servicios, problemáticas identificadas en los territorios vulnerables, traduciéndola en servicios de salud dentro del marco del Sistema de seguridad Social en salud y complementarios, a través de la gestión local por medio de la intersectorialidad con instituciones que constituyen las redes sociales de la comunidad.

Como se dijo antes, en el desarrollo de acciones e intervenciones, se busca en todo momento el proceso de articulación y para ello se ha hecho necesario coordinar actividades, tanto extramurales con todos los ámbitos y garantizar el cumplimiento de actividades e intervenciones priorizadas y canalizadas a los centros de atención , la red de hospitales, los diferentes administradores de los

regímenes de aseguramiento que posee la población, y las entidades públicas y privadas que se contemplan dentro de las mismas.

Paralelamente, se articulan acciones con los componentes de medio ambiente, a través del desarrollo de intervenciones en territorios de Atención Primaria en Salud, y con el componente de Vigilancia en salud Pública, se fortalece el componente de canalizaciones y también se participa en el desarrollo de las salas situacionales, como mecanismo de participación ciudadana en el diseño de respuestas a las necesidades que ellos mismos identifican y que promulgan por la formación de gestores comunitarios capaces de gestionar con corresponsabilidad el cambio de sus realidades; siendo este la tercera etapa del modelo de atención Seguimiento y Evaluación de los resultados

En la localidad, el 53% de la población accede a los servicios de salud a través del Régimen Subsidiado y Contributivo, sin embargo un porcentaje alto del 47% se encuentran vinculados al sistema de salud, lo cual representa una brecha en el acceso a los servicios de salud a través de una EPS que tenga la garantía de todos los planes y beneficios para las personas vinculadas al Sistema (Ver tabla 20).

Tabla 21. Distribución de la población según régimen de afiliación al sistema de salud.

Régimen afiliación	Número de personas	Porcentaje
Contributivo y Especial	78551	21
Subsidiado	123.138	32
Vinculado	176.147	47
Total	377836	100

Fuente: Secretaría Distrital de salud. 2008

Las poblaciones especiales se encuentran dentro de la cobertura de la afiliación al régimen subsidiado, donde se identifican que hay en desplazados 2.706, habitantes de calle 217, madres comunitarias 155, menores ICBF 196, cabildos indígenas 88, desmovilizados 178, otro tipo de población 119.598, para un total 123.138.

La distribución de la población SISBEN por Nivel I: 93.469 personas, Nivel II: 119.611 personas, Nivel III: 85.765 personas, Nivel IV: 438 para un total 299.285 personas sisbenizadas integrados por los niveles 1, 2, 3 y 4, que se encuentra dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En los demás regímenes, subsidiado 123.138, vinculado 176.147 y contributivo 78.551, para un total de la población afiliada 377.836 personas, en la localidad Rafael Uribe Uribe.

Desde el programa de promoción y prevención se manejan los siguientes programas: PAI-Vacunación menores de 5 años y mujeres (aplicación de toxoide Tetánico de 10-49 años); consulta de crecimiento y desarrollo. Menores de 10 años; atención en planificación familiar. Para mujeres de 10 a 49 años o aquellas que han iniciado su vida sexual; detección de Cáncer Cérvico Uterino (Citología), atención al joven de 10 a 29 años por médico general, detección de alteración de agudeza visual, detección de alteración en el embarazo, atención en salud bucal, atención en alteración del adulto mayor de 45 años.

En materia de vacunación se encuentran coberturas útiles de vacunación solo para Triple Viral y Fiebre Amarilla. Para el caso del biológico BCG, el Hospital no cuenta con servicio de atención de partos y por tanto no se puede demostrar vacunación con este biológico. La atención de partos se realiza en el Policlínico del Olaya con amplia cobertura, y en el CAMI Chircales de forma mínima. Para el biológico Neumococo, en el 2009 se midió por la aplicación de segundas dosis, lo cual puede reflejarse en la cobertura alcanzada. A nivel general se observan debilidades en los

procesos de articulación sectorial y comunitaria, como al interior de la ESE, posibiliten alcanzar la meta establecida, mediante aplicación de estrategias de sensibilización a padres y cuidadores, impactando de manera positiva sobre la calidad de vida de la población susceptible de enfermar por un evento inmunoprevenible.

Tabla 22. Porcentaje de cumplimiento de metas por biológico localidad Antonio Nariño.2009

LOCALIDAD	ANTONIO NARINO	BOGOTÁ	
MENORES DE UN AÑO	ANTIPOLIO	86,2	96,7
	D.PT	86,1	99,0
	B.C.G	0,1	47,9
	HEPATITIS B	86,1	99,0
	HAEMOPHILUS	86,1	99,0
	NEUMOCOCO	72,1	85,8
	ROTAVIRUS	82,4	95,8
POBLACION DE 1 AÑO	TRIPLE VIRAL	97,4	103,2
	FIEBRE AMARILLA	106,3	112,9
	HEPATITIS A	88,4	93,5

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación Población DANE 2005

Sobre el sistema de referencia y contra referencia, se encuentra que este hospital de I nivel de complejidad, es el que presenta el más alto volumen de remisiones (14.197). De este gran total, el 31,66% corresponde a pacientes pertenecientes a la red pública y el 73,54% a la red privada. Existe cerca de un 10% que no se ha logrado clasificar.

Del total de sus remisiones, casi un 51,46% se remitió a un III nivel de atención, un 34% a instituciones de II nivel y un 19,75% a otras instituciones de I Nivel de atención, las cuales pueden pertenecer al régimen contributivo.

Con relación a las especialidades que requieren para su remisión, tenemos que un 43% requería gineco obstetricia, medicina Interna casi el 19,39%, cuyos pacientes pueden permanecer largos periodos en la institución esperando una respuesta positiva a su remisión.

Ocasionalmente el hospital es requerido para aceptación de pacientes desde niveles superiores, a través del proceso de contra referencia o de procesos de auditorías por parte de otras entidades, y las causales de rechazo son la falta de cama en primer lugar, con un 95,71 % de los casos.

4.1.2 Atención de urgencias

En el periodo comprendido del 2007 al 2009, se ha venido incrementando el rendimiento en el servicio de urgencias haciendo más efectivo el recurso invertido y mejorando la calidad en el servicio.

Tabla 23. Rendimiento en el servicio de urgencias trimestral. Hospital Rafael Uribe 2007-2009

Indicador	Rendimiento
I Trimestre 2007	0.9
II Trimestre 2008	1.4
III Trimestre 2009	1.5
Estándar	2.0

Fuente: Subgerencia de servicios de salud. HRUU

Esto ha llevado al fortalecimiento en el desarrollo de las urgencias y obliga a realizar un estudio sobre las principales causas de las mismas, para garantizar un mejor servicio.

Con base en esta información, se tomaron una serie de medidas de educación a los usuarios, mediante los guías en salud, así mismo se implementó la estrategia de parte educativa con los usuarios de consulta externa que incumplen o cancelan las citas, de esta forma se mejora la inasistencia y baja el riesgo de la consulta externa por urgencias.

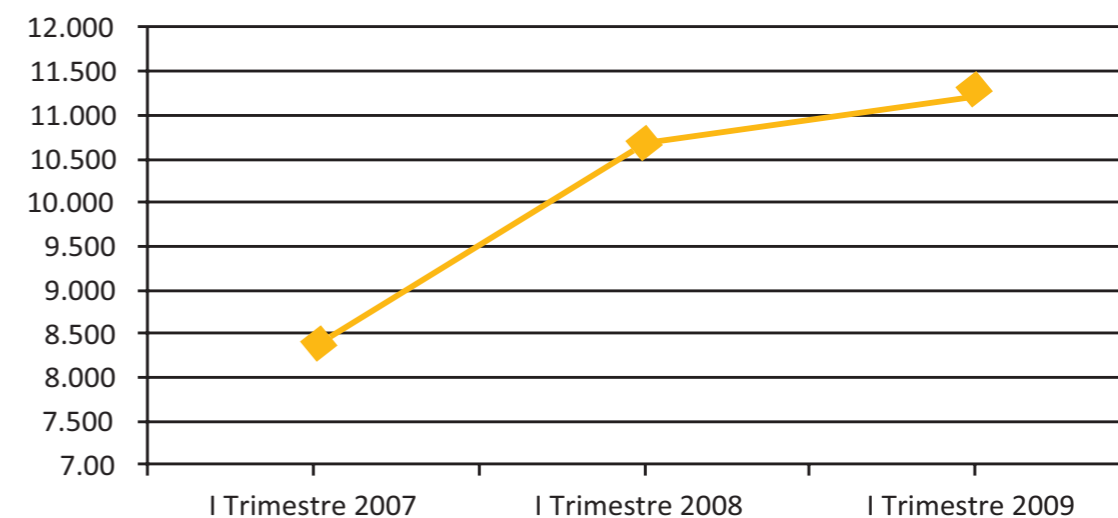
La implementación del Triage, definido como el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para su cuidado, permite evaluar oportunamente al usuario, definir quienes deben ser conducidos hacia la agenda prioritaria, estrategia que a su vez permite que aquellas personas clasificadas como Triage tres en adelante se les garantice una cita médica oportuna, que le permita tener su atención pero sin hacer uso irracional del servicio de urgencias.

Estas medidas se toman teniendo en cuenta que los usuarios del Hospital son los afiliados al Régimen Subsidiado y los participantes vinculados, los cuales por no tener capacidad de pago no se pueden aplicar las multas por inasistencia o uso inadecuado de servicio de urgencias.

En cuanto a la productividad de las horas laboradas versus las contratadas, se muestra un franco aumento del tiempo de desperdicio, especialmente para 2009; este indicador se vió afectado por el cubrimiento de vacaciones, utilización de recurso humano en el proceso de acreditación, específicamente en auditoría. Es importante resaltar que a pesar de tener menos horas efectivamente laboradas, la producción se incremento. Además para este periodo es frecuente la situación de vacaciones del personal planta, lo cual no permite hacer un análisis de comportamiento frecuente.

Frente al rendimiento de urgencias, es muy bajo en relación a la producción. Sin embargo, es un efecto producido por la demanda del servicio y las concentraciones de usuarios de acuerdo con los horarios y fechas de mayor incremento, no se puede disminuir el número de horas pues se afecta el servicio en las horas pico (ver grafica 22).

Gráfica 22. Producción Urgencias Hospital Rafael Uribe 2007 – 2008 – 2009



Fuente de datos: oficina de recursos tecnologicos y estadística

4.1.3 Proyectos exitosos

Los proyectos del Hospital reconocidos a nivel local y distrital como exitosos son:

Centro de escucha: Proyecto dirigido a realizar terapia de psicología al usuario y su familia.

Centro de rehabilitación Bravo Páez: Proyecto orientado a realizar terapias de rehabilitación integral a los usuarios que lo requieran como: Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de lenguaje y manejo de paquetes de salud e imagen.

Sala situacional: Estrategia implementada por el Hospital para realizar lectura de necesidades de las localidades, con el fin de identificar las brechas e iniquidades, y de esta forma generar estrategias de respuestas; se programaron por priorización de situaciones como: salud mental, medio ambiente, salud sexual y reproductiva.

Guías de la salud: Proyecto dirigido a fortalecer la gestión en salud y a conocer el SGSSS y los servicios que presta el Hospital.

Vivienda saludable: Se generó a través del proyecto Barrio Saludable, donde se identificaban las necesidades y se desarrollaba un proceso de cogestión, para dar solución a las mismas; se llevó a cabo la actividad de vivienda saludable y se presentó a la Secretaria Distrital de Salud como proyecto, el cual fue implementado e incluido en el Plan de Intervenciones Colectivas para todos los Hospitales, y cuyo objetivo es ayudar a los usuarios a realizar buenas practicas saludables y reciclaje.

Programa de prevención, detección precoz y atención integral a personas con condiciones crónicas: Brinda atención integral a la persona con enfermedad crónica mediante un enfoque promocional en salud para mejorar su calidad de vida.

Figura 2. Experiencias exitosas. Hospital Rafael Uribe



Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe- 2009

La ruta Saludable REDCO inicia entonces con el apoyo de 6 Gerencias de la Red Centro Oriente, por medio del convenio Inter administrativo para la implementación del programa ruta saludable en la subred Centro Oriente, dando inicio el 21 de noviembre del 2006, entre los Hospitales La Victoria, San Blass, Santa Clara, Centro Oriente, San Cristóbal y el Hospital Rafael Uribe Uribe, apoyados desde la Secretaria de Salud. Figura entonces como un proyecto macro para dar cobertura en las localidades Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, San Cristóbal, Los Mártires, Santa Fe y Candelaria, liderado por el Hospital RUU como administrador.

El programa prioriza el traslado de personas con discapacidad, gestantes, adulto mayor de 60 años y niños menores de 14 años, quienes son transportados entre los Hospitales, CAMIS y UPAS de la Red Centro Oriente, para dar cumplimiento a sus respectivas citas medicas, terapias y programas especiales.

Desde entonces la ruta cuenta con 5 vehículos acompañados de auxiliares de enfermería, un digitador, un auxiliar administrativo y un coordinador, liderado por la Jefe de Participación Social y Atención al Usuario, quienes son motor del proyecto. En el año 2007 se mostró como la mejor experiencia exitosa, otorgada por la Secretaria de Salud y logrando el reconocimiento por el Hospital Rafael Uribe Uribe, como uno de los valores agregados a la acreditación de nuestros servicios hacia los usuarios.

Las cifras que maneja la Ruta Saludable son modelo en Bogotá dentro de los demás de este orden, por la cantidad de servicios y traslados. Muestra cómo ha venido creciendo desde noviembre 21 de 2006, iniciando con 845 traslados en el año 2007, con 30.442 y en el año 2008, logra la cifra de 50434 traslados hasta el mes de diciembre. En la actualidad maneja un promedio de 4.200 desplazamientos por mes. La Ruta Saludable REDCO, está involucrada con los proyectos que manejan los programas de promoción y prevención, crónicos, tratamiento, Hospital día, para menores, y todo tipo de terapias, facilitando de esta manera el acceso a los servicios médicos, ayudando en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la Red Centro Oriente (Oficina Coordinadora Red Centro Oriente- REDCO).

Foto 1. Ruta saludable. Hospital Rafael Uribe Uribe



Dentro del proceso de acreditación del Hospital, se ha implementado la seguridad del paciente, estableciendo un cronograma de funcionamiento y operación dentro de la ESE.

Figura 3. Esquema Seguridad del Paciente. Hospital Rafael Uribe.2009



Fuente: Oficina de Planeación. Hospital Rafael Uribe Uribe. 2009

Salud Pública – Plan de Intervenciones Colectivas: La contratación de salud publica contempla las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas a través de: **Componentes de Gestión Local**, donde se participa en la construcción de las políticas locales y coordinación de la ejecución de los planes de acción, para abordar intersectorialmente las problemáticas que afectan la calidad de vida y la salud de las comunidades, y participar en los espacios el Hospital tiene un liderazgo en cada una de las mesas, consejos y comités de la localidad.

En el componente de Vigilancia en Salud Pública, se realiza la consolidación de la Red en Vigilancia en salud Pública, a través de las Unidades primarias generadoras de datos, Unidades Informadoras Comunitarias por UPZ, se efectúa el análisis de las diferentes bases de datos, se llevan a cabo los Comités de Vigilancia Comunitaria y Local, se realizan actividades de investigación epidemiológica de eventos de alto impacto; en el Componente de Ambiente se adelanta la Inspección Vigilancia y Control a los establecimientos de la localidad y se desarrollan proyectos encaminados al mejoramiento ambiental y saneamiento básico¹³².

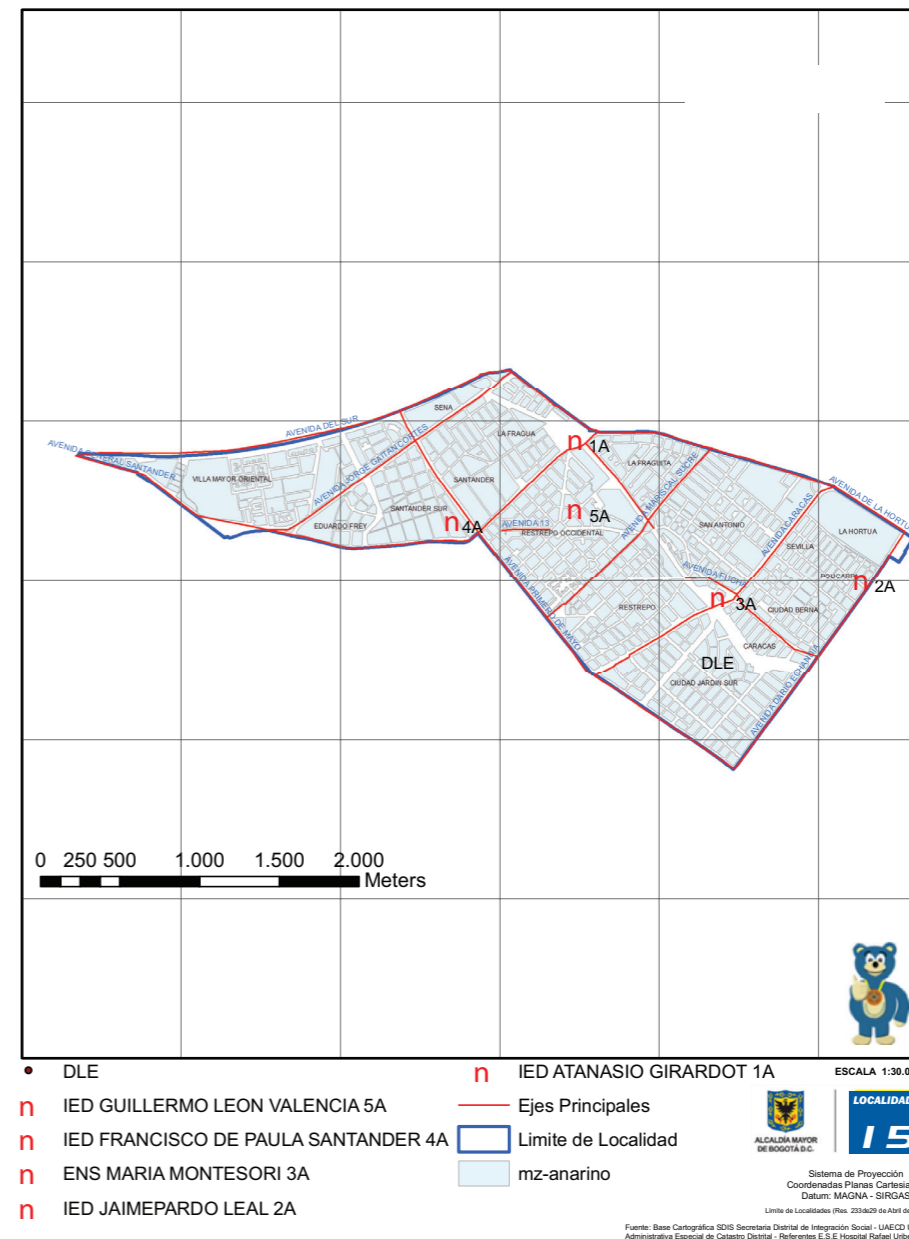
En el componente de medio ambiente, en donde se ha involucrado las visitas de inspección vigilancia y control, las esterilizaciones y vacunaciones antirrábicas y un número de población promedio beneficiada por cada metro cuadrado de desinsectación, desinfección y desratización. Se han realizado actividades de movilidad segura, priorizando entornos escolares, se visitan hogares de bienestar presentes en los territorios con educación sanitaria y capacitación en escuela saludable, se desarrollan acciones con las dos plazas de mercado Restrepo y Policarpa, mediante campañas de prevención para los trabajadores, especialmente los expuestos a altos niveles de ruido, trabajadores informales, y se da capacitación frente a preparación, dispensadores de alimentos y bebidas, lactarios y adicionalmente se atienden las ETAS.

También se lleva a cabo la recolección canina, esterilización a hembras y control de insectos y roedores, semanalmente se acompañan técnicamente a los operativos, liderados por la Alcaldía Local y apoyados por Instituciones locales y Distritales¹³³.

En el ámbito escolar se realizan actividades en las 8 Instituciones - IED de la localidad, en programas como salud sexual y reproductiva, salud mental, promoción de actividad física, salud oral, discapacidad, y desde la transversalidad de seguridad alimentaria y nutricional, se realiza la suplementación nutricional a 3.500 menores, y en jardines, a 600 niños y niñas, y se adelantan actividades de patrones de consumo y canalización de niñas y niños con desnutrición¹³⁴.

Este es un programa bandera del Alcalde Mayor de Bogotá., que en la localidad Antonio Nariño cuenta con un total de 8 sedes de colegios Públicos intervenidos (ver Mapa 14).

Mapa 14. Colegios distritales Localidad Antonio Nariño



Fuente: UAECD

En el ámbito familiar en la localidad, se tienen 2 territorios con una cobertura de 2.400 familias, donde se han implementado los núcleos de gestión y el levantamiento de los planes de acción; adicionalmente se realizan actividades de vacunación extramural, intervención psicosocial de gestantes, seguimiento a casos de hipotiroidismo congénito, VIH, mortalidad materna y perinatal. Valoración dinámica familiar a 20 familias, intervención psicosocial en conducta suicida y eventos de salud mental a 20 familias, y se le realiza seguimiento en situación de discapacidad a 35 familias¹³⁵ (ver Mapa 15).

132 Matriz- Plan Intervenciones Colectivas- HRUU-2009

133 Matriz de articulación consolidada – Gestión Local- Acciones reportadas Medio Ambiente 2009

134 Matriz Articulación Consolidad- Gestión Local- Acciones reportadas Ámbito Escolar 2009

135 Matriz Articulación Consolidad- Gestión Local- Acciones reportadas Ámbito Familiar 2009.

SALUD A SU CASA - 2009



LOCALIDAD	MICRO TERRITORIOS	FAMILIAS BENEFICIADAS	EQUIPOS DE SALUD
ANTONIO NARIÑO	2	2.400	2
RAFAEL URIBE URIBE	34	40.800	34

FUENTE: Establecimiento de Salud Pública HRUU



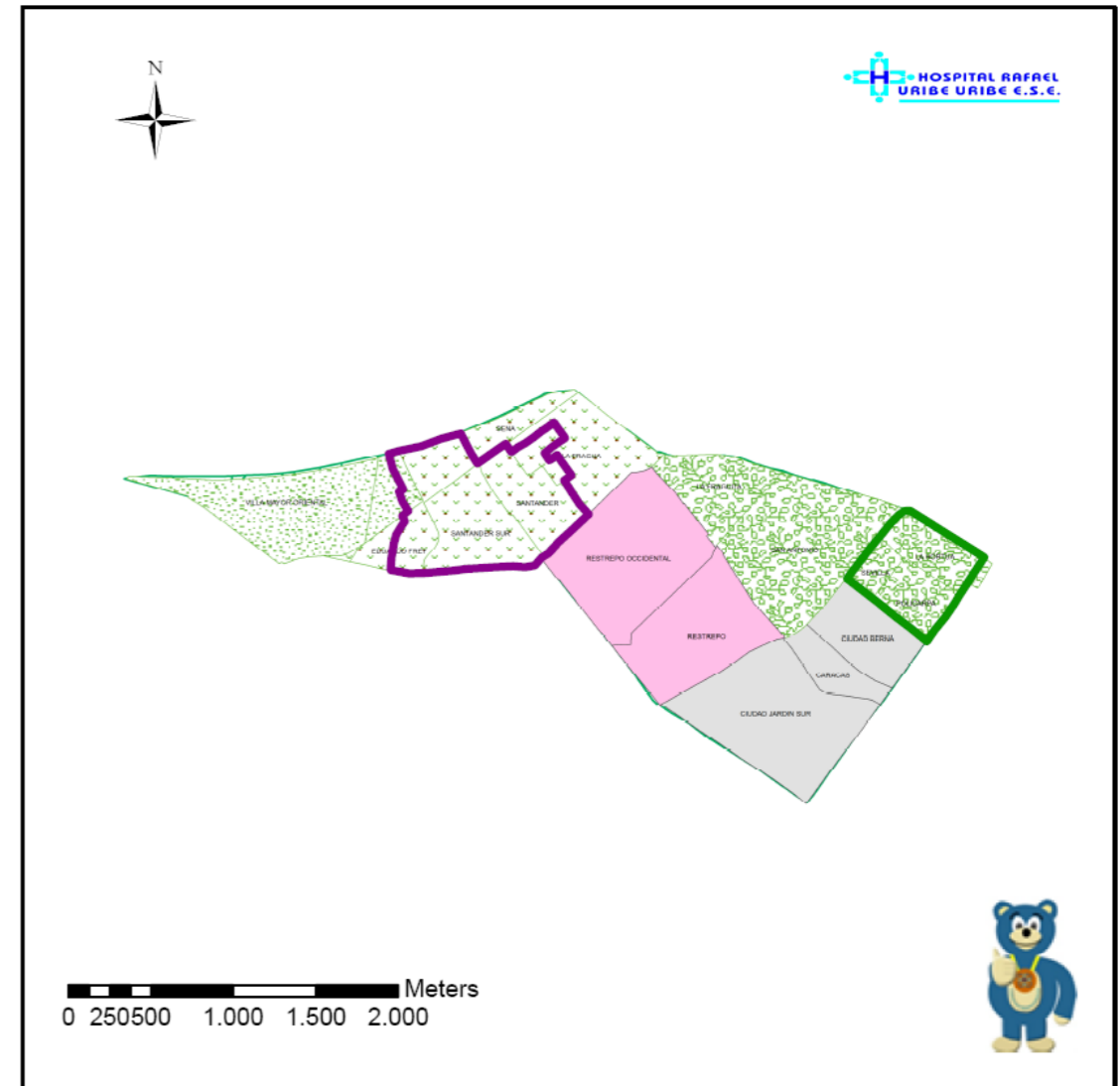
NUESTRO COMPROMISO: SALUD CON CALIDAD PARA TODAS Y TODOS



LOCALIDAD
15

Programa Bandera Alcalde Mayor. En este programa se realiza la caracterización de 2.400 familias de la localidad Antonio Nariño, y en Rafael Uribe Uribe se caracterizan 40.800 familias, donde efectúa la canalización a los servicios que requieren estas familias, como consulta externa y todas las actividades de promoción y prevención, dentro de los centros de atención del Hospital; si requiere de servicios adicionales se remite a los Hospitales de la Red.

Mapa 15. Microterritorios programa Salud a su casa localidad Antonio Nariño



ESCALA 1:35.000

CONVENCIONES

	TERRITORIO 31		Territorio 2
	TERRITORIO 6		Territorio 4
	Territorio 1		Territorio 5
	Territorio 3		antoniou arc



Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Límite de Localidades (Res. 253620 de Abril de 2006)

Fuente: Base Cartográfica SDIG Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaría Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

En el **Ámbito comunitario** se han realizado acciones dirigidas a la infancia y gestantes, en jornadas como la de la mujer gestante, capacitación de actores sociales en AIEPI-IAFI-IAMI; en los jóvenes se llevaron a cabo actividades de fortalecimiento a organizaciones juveniles y en los comedores comunitarios; en los adultos se realizan actividades con el programa Tú vales; y en las personas mayores se adelanta el fortalecimiento a los grupos de personas mayores y el Comité de Persona Mayor. Desde la perspectiva de seguridad alimentaria y nutricional, se organizan actividades en los comedores comunitarios; en salud mental se trabaja con las redes promotoras de salud mental, y desde crónicas se promueve el programa Tú vales; en la transversalidad de discapacidad se trabaja con la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, cuidando a cuidadores y se realiza el fortalecimiento a organizaciones de personas con discapacidad especialmente en la Fundación Ángeles Triunfadores; desde el medio ambiente se trabaja con la jornada del animal humano y en desplazados se realiza fortalecimiento a grupos de población desplazada¹³⁶

El pobre desarrollo de los sistemas de información de los eventos de salud pública, conlleva a problemas de coherencia con las bases de datos de pacientes diagnosticados, y aquellos que a pesar de tener la enfermedad no son incluidos en éstas. De esta manera se interrumpe la continuidad de las acciones, evidenciándose el impacto del PDA en la localidad.

Los factores que afectan la salud sexual y reproductiva, están asociados a debilidades en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y barreras de acceso de tipo administrativo contractual, que conllevan fragmentación de la atención con pérdida en la integralidad y continuidad del servicio prestado. Así mismo la falta de unificación de criterios en la interpretación de las normas, y el cambio constante de los profesionales que prestan el servicio de salud sexual y reproductiva en la institución, la no generación de espacios de capacitación a los trabajadores de área asistencial, y la no continuidad de los procesos por la alta rotación de los directivos que toman las decisiones para el fortalecimiento de las dificultades que afectan la calidad de los servicios en la institución.

Se visualiza desde la RED MI la falta de articulación oportuna para el mejoramiento de la información frente al cuidado de la mujer gestante y su familia, con los diferentes líderes comunitarios; solo se focalizó la atención de la gestante, lo cual deja de lado los demás grupos poblacionales. Frente al PIC en el PDA de SSR, se debe modificar la manera de abordar las comunidades, ya que se está impactando solo a un grupo poblacional que son las gestantes en los diferentes ámbitos de vida cotidiana. Se debe incluir un Referente del PDA de SSR desde gestión local, para que éste consiga espacios de impacto, pues desde el ámbito IPS es difícil de abordar las instituciones locales para el desarrollo de los diferentes necesidades que se tienen desde la SSR.

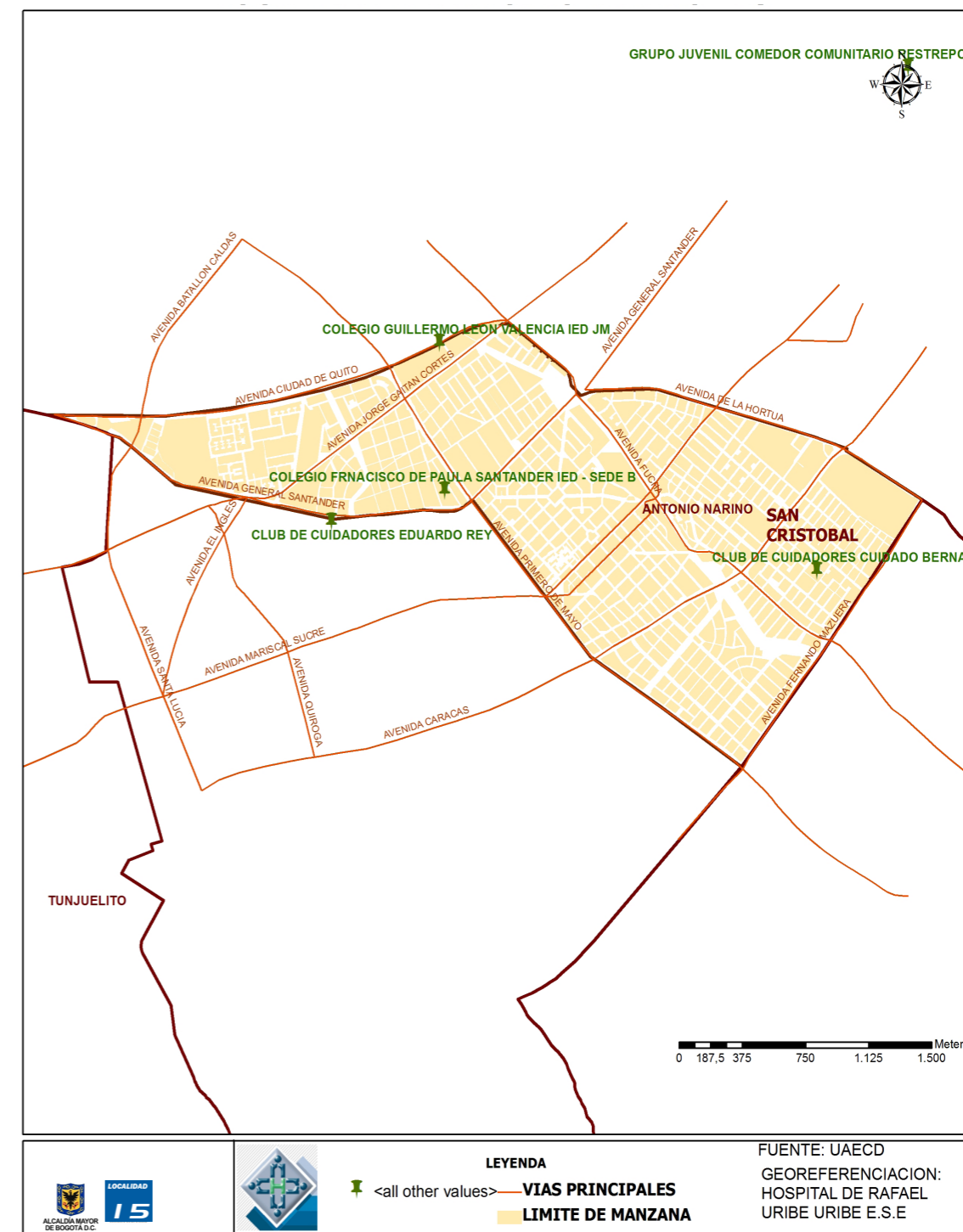
Desde la transversalidad de GESA, el déficit de respuesta sectorial del PIC 2009: A pesar de que el Hospital Rafael Uribe Uribe, atiende las localidades Antonio Nariño (15) y Rafael Uribe Uribe (18), la estrategia de entornos saludables, no tiene una buena cobertura en la localidad 15, igualmente no se cuenta con intervenciones de entornos comunitarios, trayendo como consecuencia que GESA deba asumir parte de estas intervenciones.

Algunas actividades realizadas como respuestas a las problemáticas de salud y ambiente son insuficientes para la demanda comunitaria.

Desde la Transversalidad de desplazados, el déficit de respuesta sectorial del PIC 2009, se refiere a la falta de reconocimiento de la existencia de la población desplazada, como grupo en la localidad por parte de las instituciones, planes y proyectos ejecutados. Esto ha hecho que la población no cuente con propuestas de solución a algunas de sus necesidades y se vuelva invisible ante los ojos de la misma comunidad. A lo anterior se suma la imposibilidad de muchas familias

de acceder a un trabajo en condiciones dignas, o por lo menos un empleo que le represente un ingreso constante a la población.

Mapa 16. Organizaciones comunitarias localidad Antonio Nariño



136 Matriz Articulación Consolidada- Gestión Local- Acciones reportadas Ámbito Comunitario 2009

Se suma que en la localidad Antonio Nariño, el número de habitantes de calle que existe es considerable, y no se les presta la mayor atención y cubrimiento de salud, para la detección y diagnóstico de Tuberculosis, siendo ésta la población que es más tosedora y que propaga en el ambiente, el bacilo causante de la enfermedad.

Las acciones que desarrolla el PIC 2009, en la transversalidad Desplazados ha consistido en:

Desde el proyecto de salud al trabajo, la intervención del ámbito laboral. Se hace sensibilización sobre las acciones a desarrollar en seguridad y salud ocupacional, cuyo objetivo principal es promover lugares de trabajo saludables a partir del mejoramiento de las condiciones del mismo, así como el desarrollo de habilidades y responsabilidades personales en torno al cuidado de la salud y la seguridad. También se habla de los beneficios y la importancia de promover la cultura del autocuidado en los trabajadores, motivando el cumplimiento de los requerimientos mínimos en el aspecto laboral, sanitario y ambiental. De esta forma se logra la participación de las personas que de una u otra forma desarrollan una actividad productiva. Desde el ámbito laboral se sensibilizaron 45 personas, se caracterizaron otras 45 y se realizaron 51 canalizaciones a otros ámbitos.

Desde el proyecto de Salud al Colegio, se trabaja en el territorio 2 que es Antonio Nariño, se trabajan 3 colegios que son: Jaime Pardo Leal, Guillermo León Valencia y María Montessori. En este contexto se busca generación, acompañamiento y fortalecimiento de factores protectores en el marco de los derechos que promueven calidad de vida de niños, niñas y jóvenes en desplazamiento ubicados en el contexto escolar. Hasta el momento se cuenta con una base de datos suministrada por el DILE, la cual no ha sido consolidada, por lo tanto no se tiene un dato cuantitativo de niños atendidos.

Entre las limitantes se encuentran: la falta de reconocimiento de su existencia como grupo en la localidad por parte de las instituciones; los planes y proyectos ejecutados han hecho que la población no cuente con propuestas de solución a algunas de sus necesidades y se vuelva invisible ante los ojos de la misma comunidad. A esto se suma la imposibilidad de muchas familias de acceder a un trabajo en condiciones dignas o por lo menos un empleo que le presente un ingreso constante a la población.

El déficit de respuesta sectorial del PIC 2009, en la transversalidad de discapacidad. Se ha venido construyendo el documento que muestre las necesidades de la población en condición de discapacidad, desde la estrategia RBC los problemas priorizados son los siguientes:

INFANCIA: barreras de acceso a educación primaria, espacios para estimulación temprana, acceso a servicios de rehabilitación funcional, colegios integradores o aulas de apoyo al interior de los mismos. Programas de detección temprana de signos de alerta.

JUVENTUD: no existe definido un proyecto de vida, trastornos en su salud mental dificultad acceder a educación media y superior, falta de programas lúdico recreativos o de esparcimiento.

ADULTO: oportunidad laboral, falta de actividades productivas, acceso a educación para el trabajo.

PERSONA MAYOR: manejo de tiempo libre, carencia de redes sociales, baja cobertura de servicios a esta población.

Pese a los avances logrados desde la estrategia de RBC, muchas personas siguen sin recibir servicios básicos de rehabilitación y no tienen acceso en condiciones de igualdad a la educación, la formación, el trabajo, el ocio y otras actividades de su comunidad o de la sociedad en general.

Al calcular los indicadores de las coberturas del PIC desde acciones de la estrategia RBC que recibieron las personas en condición de discapacidad por sexo, ciclo vital y población especial, se encontró: que las mujeres obtuvieron en total más intervenciones (14,53%) comparadas con los hombres (10,41%). Las mujeres jóvenes en condición de discapacidad fueron el grupo que recibió más intervenciones por la estrategia RBC (44.1%), seguido de las mujeres adultas mayores (28.77%), los niños (13.1%) y niñas (10%) y jóvenes hombres (9.3%), los adultos hombres (2.95%), persona mayor mujeres (2.19%) y persona mayor hombres (0.5%), y como se puede observar, los que menos se beneficiaron fueron los hombres y mujeres del ciclo persona mayor con 2.19% , y 0,5% , respectivamente. Lo anterior indicaría que las acciones dirigidas al ciclo persona mayor, se deben fortalecer en la localidad, desde los diferentes ámbitos y componentes.

Frente al déficit de respuesta sectorial del PIC en la transversalidad de etnias, se ha venido evidenciando desde las diferentes etapas de ciclo, que no se identifican acciones integrales, empezando por que la información con la que se cuenta para cada una de las etapas de ciclo solo se construye desde el ámbito comunitario, en donde hay referente, pero para los demás ámbitos se desconoce las acciones implementadas con la población étnica, teniendo en cuenta que son una minoría y que como tal, también se debe propender por realizar una atención diferencial.

La transversalidad de 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 ESE 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, y de cómo estos condicionantes han generado 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.

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.

Desde la transversalidad de orientación sexual vemos que la respuesta que se está dando a nivel de la ESE es poca, porque aun todos/as las /los funcionarios de la parte asistencial no conocen la normatividad, esto ha hecho que no se identifique dentro de la ESE una problemática clara del sector, adicionalmente el sistema de registro no permite visibilizar la situación a menos que contáramos con autorización para revisar las Historias Clínicas.

Después de la aplicación y el respectivo análisis del instrumento, nos dimos cuenta que los resultados arrojados no contemplan nada sobre el sector LGBT. Lo cual nos hace pensar que debemos trabajar más de manera articulada para garantizar un verdadero reconocimiento de este sector, puesto que a nivel distrital son muchas las cosas por hacer y la necesidad en atención diferencial y un sistema de seguridad que apoye la orientación a estos procesos, puesto que el uso incorrecto de métodos de hominización como lo son aceites mineral y vegetal, silicón industrial y fluido, hormonas, anabólicos, parafinas, biopolímeros, y automedicaciones son aplicados en gran cantidad, sin tener una orientación e información pertinente.

No existe una metodología que permita que este tipo de procedimientos estén orientados desde la parte médica con todas las normas de higiene y salud, si no que su implementación se hace a partir de la vivencia diaria, de lo que puedan observar de los otros y otras. Además de acelerar el contagio de VIH por agujas contaminadas y realización incorrecta de estos procedimientos, trae como consecuencia la pérdida de miembros, deformaciones y embolias pulmonares por falta de información y apoyo de instituciones. Es importante resaltar que la parte emocional y psicológica de las personas del sector LGBT, se ve amenazada constantemente, ya que la inclusión y el rechazo a nivel familiar y social, es el día a día de esta población, además del atropello constante de sus derechos.

Para acercarnos al tipo de barreras de acceso que tienen los usuarios de los servicios de salud, y principales dificultades en cuanto a la atención, se tomó como referencia la información del Programa Salud a su Casa en el periodo comprendido del 2004 a Julio de 2009, así como la evaluación de percepción de usuarios desarrollada por el equipo del Ámbito Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Los resultados se presentan a continuación:

Un total de 1310 niños y niñas menores de 10 años caracterizados durante el periodo comprendido entre el 2004 a Julio de 2009, no solicitaron atención estando enfermos, debido principalmente a que los cuidadores consideran que la enfermedad era leve en un 2.1% para niños y 2.4% para niñas, y que no ameritaba acudir al servicio médico respectivo, y por otra parte no tuvieron tiempo para solicitar el servicio.

De los 17 niños y niñas con limitación (para moverse, oír, hablar, caminar o relacionarse con las demás personas), ninguno presentó barreras en la prestación de los servicios de salud; esta misma percepción fue la registrada para los 18 niños y niñas en condición y situación de desplazamiento.

Igualmente los 8 niños y niñas pertenecientes a grupos étnicos, predominio Rom - Gitano, no mencionaron barreras de acceso a la prestación del servicio.

Para la etapa de ciclo juventud de 2967 jóvenes caracterizados durante el periodo comprendido entre el 2006 a Julio de 2009, no solicitaron atención estando enfermos, debido principalmente a que consideran que la enfermedad era un caso leve, en un 2.5% para hombres y 2.6% mujeres, y en segundo lugar no tuvieron tiempo para solicitar el servicio.

De los 43 jóvenes con limitación (para moverse, oír, hablar, caminar o relacionarse con las demás personas), ninguno registró barreras para la atención, relacionadas con la percepción del estado de salud como casos leves que no ameritaban la atención, seguido de falta de tiempo para acudir al médico, trámites para solicitud de citas y no atención en algún momento.

En los 40 jóvenes en condición y situación de desplazamiento, tan solo el 7.5% no acuden al servicio médico porque consideran que los casos son leves y no ameritan atención, y por otra parte un 2.5%, no tuvo tiempo para asistir ó en alguna oportunidad no lo atendieron y por ello no quiere regresar.

De los 50 jóvenes pertenecientes a grupos étnicos, ninguno registro barreras de acceso a los servicios de Salud.

Para la etapa de ciclo adultez, de 3682 adultos caracterizados durante el mismo periodo, no solicitaron atención estando enfermos, debido principalmente a que consideran que la enfermedad era un caso leve, un 2.9% para hombres y 3.7% para mujeres, en segundo lugar no los atendieron, o porque el centro de atención es lejos.

De los 53 adultos con limitación (para moverse, oír, hablar, caminar o relacionarse con las demás personas), un 3.8% no acuden al servicio de salud asignado, porque consideran que la enfermedad era leve y no ameritaba consulta médica, dentro de las barreras de acceso que se presentaron se encuentra principalmente con que no confían en el medico 1.9% .

En los 56 adultos en condición y situación de desplazamiento, las principales barreras para la atención tienen que ver con la no atención teniendo cita programada 5.4%.

De 47 adultos pertenecientes a grupos étnicos con predominio Rom- Gitano, no registran barreras de acceso para la prestación de los servicios de Salud.

Para la etapa de ciclo envejecimiento y vejez de 1254 personas caracterizados durante el mismo periodo, las principales barreras para la atención tienen que ver con percepciones del estado de salud como casos leves que no ameritan la atención, en un 3.1% para mujeres y 2.6% para hombres, seguido trámites para solicitud de citas y de la prestación de un mal servicio.

De las 74 personas mayores con limitación no registran barreras de acceso para acudir a los servicios de salud.

Las 11 personas mayores en condición y situación de desplazamiento presentaron como principal barrera para la atención su percepción del estado de salud como casos leves que no ameritan la atención en un (9.1%).

De 13 personas mayores pertenecientes a grupos étnicos con predominio Rom- Gitano, el 15% presentaban como única barrera de acceso su percepción de la enfermedad como casos que no ameritan atención médica.

Lo anterior permite evidenciar la falta de interés y conciencia de los cuidadores de menores en las medidas preventivas, ante la aparición de una enfermedad, la cual si se estudia a tiempo pueden evitarse complicaciones futuras o encontrarse otras patologías o situaciones de riesgo para la población infantil, como son el maltrato, problemas en el desarrollo, entre otros. De igual forma el porcentaje más alto de problemas de acceso se evidenció en la etapa vejez, específicamente los trámites en la solicitud de citas. Y por último, en las personas en condición o situación de desplazamiento y pertenecientes a grupos étnicos, se observa una marcada tendencia a percibir la enfermedad como caso leve que no requiere atención, lo cual puede relacionarse con la cultura y tradiciones propias de estos grupos.

Del informe del proceso de evaluación de percepción de los usuarios, realizado por el ámbito de IPS, del hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. para el primer semestre de 2009. De un total de 75 encuestas aplicadas a usuarios se encuentra que el 80% pertenecen al sexo femenino y el 20% al sexo masculino. El 81% de ellos residen en la localidad Rafael Uribe, el 8% a la localidad Antonio Nariño y el 11% a otras localidades.

Con relación a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, la mayoría pertenecen al régimen subsidiado con el 69%, el segundo lugar lo ocupa el régimen contributivo con 25%; la mayoría de los encuestados se ubicó en la población mayor de 50 años.

El 40% de los encuestados asistió al servicio de consulta médica general, el 34.7% a salud oral, el 32% a toma de citología, el 29.3% en Vacunación, el 26.7% en enfermedades crónicas, el 22.75 en control Pre-natal, el 17.3% en Crecimiento y Desarrollo, el 10.7% en Rehabilitación (discapacidad), el 9.33% en Regulación de la fecundidad y el 2.67% en transmisibles.

Del análisis por servicio se evidencio lo siguiente: Para la consulta de crecimiento y desarrollo, el 100% de los o las usuarias, manifiestan un trato amable e información adecuada sobre el desarrollo de su hijo de acuerdo a su edad, sobre como estimular al menor, cómo alimentar al niño/a, revisión del carné de vacunas, entre otros. El 92.35 reporta recibir información sobre el estado nutricional del menor, registro de peso y talla en la rejilla, y manifiesta satisfacción por la atención recibida por el profesional. El 84.6% reporta: evaluación del desarrollo de sus hijos con juguetes u otros elementos, refiere que el profesional consultó sobre si el niño/a presenta alguna enfermedad como diarrea, respiratoria o fiebre, y cuáles son los signos para acudir al médico, además de recibir información sobre hábitos higiénicos, de sueño y recreación. El 76.9% refiere que han adquirido indicaciones claras sobre el suministro de los medicamentos, examen físico completo, pautas de crianza y consideran que los servicios de la institución son amigables. El 61.5% recibió información sobre los signos de muerte. Al 53.8% lo remitieron a otros servicios.

En el servicio de vacunación el 86.3% de los usuarios reportaron haber recibido información sobre el estado de vacunación de los niños y los cuidados posteriores a la misma. El 90% reporta la revisión del carné, el 95.45% asegura haber recibido información sobre los signos de alarma luego de aplicar la vacuna. El 100% tiene claro cual es la fecha de la próxima vacuna y solo el 59% responde satisfactoriamente a la pregunta de cómo se siente con la atención del personal de salud. El 41%, no da respuesta a esta pregunta.

Para odontología e higiene oral, solo el 53.8% de los usuarios o usuarias encuestados, manifiestan ser remitidos desde otro servicio. Al 88.5% les han brindado información sobre hábitos de higiene oral, al 69.2% sobre cómo protegerse de factores de riesgo. Con relación a los programas de promoción y prevención en salud oral, el 57.7% reporta actividades como control de placa bacteriana, detartraje, aplicación de sellantes o flúor. Y de igual manera reporta recibir información sobre cuidados alimentarios en salud oral.

Con relación a la información sobre la próxima cita, el 80.8%, tiene esta información clara, y el 92.3% manifiesta haberse sentido satisfecho por la buena atención del profesional.

Para el programa de enfermedades crónicas el 100% tiene claro cuál es la fecha de su próxima cita control, el 90% manifiesta tener la información clara con relación a cómo tomar los medicamentos y el 85% sobre su enfermedad. El 75% manifiesta tener información sobre qué hacer en caso de urgencia y a dónde acudir. Al 60% le brindaron indicaciones acerca de los signos de alarma; con relación a la atención recibida por el profesional de salud, el 95% contestaron satisfactoriamente.

Para el programa de cáncer de cuello uterino, el 95.8% de las usuarias solicitaron cita para la toma de citología y le confirmaron datos de dirección y teléfono. El 87.5% manifestaron que le explicaron claramente el procedimiento, les informaron cuándo y cómo reclamar el resultado y les informaron sobre los resultados de la citología y las recomendaciones de acuerdo a los mismos. Al 75% les suministraron la fecha de la próxima cita. Con relación a la atención brindada por el profesional, el 83.3% de los usuarios manifestó su satisfacción, y sólo el 37.5% aseguraron que se les realizó el examen de mama y le enseñaron como hacer el auto examen, información suministrada por los usuarios de Diana Turbay y Lomas.

Para el servicio de rehabilitación se encuestó a 7 usuarios, de los cuales el 87.5% manifestaron recibir información sobre las redes de apoyo y se mostraron satisfechos con la atención recibida por el profesional. El 50% refirió hacer uso de la fila preferencial para acceder a los servicios. Y de los que requirieron comunicación con lenguaje de señas, el 87,5 aseguró que efectivamente les facilitaron este tipo de atención. La aplicación de encuestas para este programa se realizó en Bravo-Páez.

En regulación de la fecundidad según lo reportado, se informó sobre derechos sexuales y reproductivos al 71.4% a las usuarias que acudieron a este servicio, de igual manera este grupo se decidió por un método de planificación familiar y le suministraron el método.

Para el servicio de control prenatal, se encontró que al 100% de las gestantes les hicieron examen físico, le informaron sobre su estado de salud y proceso del embarazo, les solicitaron exámenes de laboratorio y les realizaron la consejería para la toma de prueba VIH. De igual manera, el 94.1% manifiesta tener información sobre la próxima cita, perciben los servicios de salud como amigables y sentirse bien atendido por parte del profesional, el 5.9% no respondieron estos tres ítems; además, el 88.2% manifiesta que le revisaron los exámenes de laboratorio y le explicaron los resultados. Con relación a la lactancia materna el 76% refiere haber recibido información sobre la importancia de la lactancia materna y el 70,6% asiste al curso psicoprofiláctico, y recibió explicaciones sobre los efectos secundarios. Con relación a la oportunidad para la asignación de citas, el 35% de los encuestados manifestó que se la habían asignado entre uno y cuatro días, el 21% entre 5 y 9 días, el 11% entre 10 y 14 días, el 13% entre 15 y 19 días, el 3% de 20 a 24 días y el 8%, equivalente a tres usuarias, refirió más de 30 días, en el CAMI Olaya.

4.2. Comunitaria

4.2.1 Participación social

La Oficina de Participación y Atención al Usuario del Hospital Rafael Uribe Uribe, es la encargada de apoyar y liderar todos los procesos de participación comunitaria en la localidad y desde la Secretaria de Salud y brindar asesoría para la Red Centro Oriente, a través de un gestor de participación, que desarrolla el trabajo en todos los sectores.

Dentro de las labores adelantadas por la Oficina de Participación Social y Atención al Usuario (OPSAU), se encuentra el trabajo con los mecanismos de participación social en salud establecidos por el Decreto 1757 de 1994, a saber, los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACO), la Asociación de Usuarios y el Comité de Ética Hospitalaria.

El COPACO de la localidad Antonio Nariño, en la actualidad está conformado por el Decreto local 33 del 5 de agosto de 2002, lo conforman representantes de cada una de las Juntas de Acción Comunal y de organizaciones sociales que hagan el proceso de delegación ante la Alcaldía Local; la presidente es la Alcaldesa Antonia Celestina Suárez Castelblanco y la Gerente del Hospital Rafael Uribe Uribe, como representante máxima de salud en la localidad. Internamente tiene un reglamento de funcionamiento donde han establecido varios compromisos hacia la localidad: se realizan asambleas los últimos sábados de cada mes, este espacio busca “la articulación, fortalecimiento y dinamización de la participación comunitaria en torno a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los procesos de planeación para el desarrollo local y control social.” Igualmente se definen los diferentes veedores de los proyectos para avanzar, ejecutados en la localidad, buscando articular un trabajo a nivel comunitario con el fin de exigir los derechos y deberes de los usuarios, quienes participan también en espacios locales y distritales de discusión. Desde la Secretaria de Salud existe un direccionamiento y apoyo a estos espacios de participación, el cual está afianzado por el proyecto de fortalecimiento a la organización, financiado por esta misma entidad y ejecutado por la Universidad Nacional, desde el cual se ha vinculado líderes comunitarios.

La Asociación de Usuarios es otro de los mecanismos de participación social en salud, conformado el 16 de septiembre de 2000, según el “Acta de la asamblea general de usuarios para conformar la asociación de usuarios del HRUU y elegir representantes de la comunidad ante la junta directiva del Hospital Fusionado”. Sus integrantes, (47 personas, 41 de la localidad Rafael Uribe Uribe y 6 de

Antonio Nariño), son usuarios de los servicios que presta el Hospital directamente en cada uno de los Centros de Atención, o beneficiarios de los programas que se ejecutan en Salud Pública, bajo los cinco Ámbitos de Vida Cotidiana y los cuatro componentes; esto quiere decir que puede ser miembro de la Asociación, cualquier persona que resida en alguna de las dos localidades en las que el Hospital tiene algún tipo de acción en Salud. Sus funciones principales son las de vigilar la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud y defender los derechos y el cumplimiento de los deberes de los usuarios. En la actualidad, la Asociación se encuentra en el estudio y reforma de sus estatutos, la revisión de su plan de acción y en la ejecución del proyecto de fortalecimiento a la organización, financiado por la Secretaría Distrital de Salud. Desarrollan acciones de promoción de derecho y deberes en los Centros de Atención por medio de los Comités que se conforman en cada uno de los Centros.

El último de los mecanismos de participación es el Comité de Ética Hospitalaria, creado en la Institución por la resolución 154 del 27 de abril de 2001; el Comité está conformado por 2 representantes de cada uno de los COPACOS, 2 de la Asociación de Usuarios, 1 representante del personal médico, 1 representante del personal de enfermería, 1 funcionario del equipo de odontólogos, la Gerente del Hospital y la jefe de OPSAU. El Comité centra su objetivo en “divulgar y velar por el cumplimiento de los deberes y derechos en salud, promover medida que mejoren la prestación de los servicios y atender y canalizar las inquietudes y demandas que presenten los colaboradores el Hospital en contra de los usuarios.”

El Comité se reúne una vez al mes y se encuentra en la revisión del reglamento interno, la elaboración del plan de acción y en el reconocimiento de experiencias de otros Hospitales sobre el tema de ética y bioética.

Respecto al componente de gestión de la salud en territorios sociales, existen diferentes espacios de participación en lo local, agrupados en Consejos, Comités, Mesas, Redes y Comisiones, donde confluyen Instituciones y sectores, grupos comunitarios y ciudadanos en general, que por competencia o interés en el desarrollo de proyectos y acciones que benefician a las diferentes etapas de ciclo vital en la localidad, se reúnen con cierta periodicidad para conocer de manera detallada las necesidades de la población en diferentes niveles de intervención, articulan respuestas y generan nuevas alternativas de abordaje con los diferentes grupos para alcanzar mejores condiciones de calidad de vida y salud de las poblaciones en los diferentes Territorios sociales. Para ampliar la información de cada uno de los espacios, se presenta de manera sucinta los responsables y participantes de la actividad y las dinámicas actuales en cada uno de ellos (ver tabla 27).

4.2.2 Organizaciones y grupos comunitarios

Durante la vigencia 2009, la línea de acción Fortalecimiento a Grupos y Organizaciones Comunitarios del ámbito comunitario del PIC, realiza una caracterización de sesenta (60) organizaciones y grupos comunitarios presentes en la localidad, con el fin de crear un directorio que permita a los referentes responsables de las líneas de acción que viajan por el ámbito comunitario, realizar contactos y establecer acercamientos para el desarrollo y ejecución de los programas.

De las sesenta (60) organizaciones y grupos identificados en esta localidad, el 58.33% son de tipo formal (poseen reconocimiento jurídico); el 36.67% son de tipo no formal, y el 5% no suministra esa información.

El 28.33% de las organizaciones y grupos comunitarios caracterizados, se encuentran ubicados en el Territorio 5 y el 66.67 % en el territorio Restrepo.

En cuanto a los beneficiarios de las organizaciones y grupos comunitarios en la localidad Antonio Nariño, encontramos por etapa de ciclo vital así:

Etapa de Ciclo Infancia

Los beneficiarios correspondientes a la etapa de infancia según la caracterización de las 60 organizaciones y grupos comunitarios para el año 2009, arroja un resultado del 8.24%, los cuales son usuarios de los HOBIS del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, quien presta servicios relacionados con el cuidado, protección y la atención al menor.

Etapa de Ciclo Juventud

Los beneficiarios correspondientes a la etapa de ciclo vital juventud, atendidos por las organizaciones y grupos comunitarios caracterizados durante el año 2009, arrojan un resultado del 30.16%. Estas organizaciones desarrollan actividades de tipo cultural, lúdico y recreativo como danza, teatro, arte circense, tango, entre otros.

Ciclos de Adulthood y Persona Mayor

Los beneficiarios correspondientes a las etapas del ciclo vital Adulthood y Persona Mayor, son atendidos por las organizaciones y grupos comunitarios en un 13,69% y 47.91%, respectivamente. Las actividades que desarrollan están dirigidas a la recreación, manejo del tiempo libre, actividad física y manualidades.

4.3. Gestión Social Integral

El proceso de Gestión Social Integral se ha venido trabajando en los espacios locales de UAT, CLOPS y CLG, donde se hace la priorización inicial del territorio Santander por parte de la Alcaldía Local, en CLG, apoyado por la Secretaria de Integración Social y el Hospital Rafael Uribe Uribe. Para este proceso se tiene en cuenta la socialización del Diagnóstico Local, el Plan de Desarrollo Distrital y el Plan de Desarrollo Local, este proceso se inició con la socialización de los diagnósticos del ámbito familiar, territorio Policarpa y Santander, y con esta socialización, se prioriza el primer territorio Santander, y se incluye en el Plan de Acción Interinstitucional del Consejo Local de Gobierno. De igual manera se realizan varias reuniones en el territorio y se programa el Consejo Local de Gobierno donde se establecen cuatro mesas a trabajar: *Salud Mental Abandono y Discapacidad, *Movilidad, Participación, Medio Ambiente, *Mesa de adolescentes Gestantes y Lactantes, *Desempleo y falta de vinculación de personal al SGSSS. A partir de este momento se define trabajar en temáticas como Gestión Social Integral, espacios de participación, afiliación al Sistema General de Seguridad Social, Acceso a todos los servicios de las diferentes entidades locales.

En el desarrollo de todo este proceso se definen acciones en tres territorios distribuidos así:

Territorio 1: UPZ Restrepo conformado por los Barrios Santander- Eduardo Frei- Villa Mayor y 5 Noviembre.

Territorio 2: UPZ Restrepo conformado por Restrepo y Restrepo Occidental

Territorio 3: UPZ Ciudad Jardín conformado todos los barrios de la Upz Hortúa, Policarpa, Ciudad Berna, Ciudad Jardín, Sevilla, Caracas.

Una vez definidos estos territorios, se propuso trabajar por equipos transectoriales donde participarán todas las Instituciones, en este sentido, se levantó un plan de acción donde se estableció la realización de recorridos barrio a barrio, teniendo en cuenta la definición de los territorios, así como realizar una lectura de realidades y necesidades para después sistematizar lo evidenciado, luego realizar la socialización teniendo en cuenta los tres sectores líderes del proceso: salud, participación, Secretaria de Integración Social y el acompañamiento de la Alcaldía Local.

A partir de estos recorridos se definieron y se tomó la decisión en Consejo de Gobierno de realizar una nueva distribución de territorios conformados, 5 territorios nuevos de acuerdo a la identificación de necesidades y realidades, discutidas en la Unidad de Apoyo Técnico y la Comisión Local de Participación-CLIP, y socializados en CLG, es el plan de trabajo a seguir en la siguiente vigencia.

Territorio 1: Villa Mayor y Cinco de Noviembre.

Territorio 2. Ciudad Jardín, Ciudad Berna y Ciudad Caracas.

Territorio 3. Restrepo Central y Restrepo Occidental.

Territorio 4. Sena, La Fragua, La Fragueta, Santander y Eduardo Frei.

Territorio 5. Sevilla, Policarpa, San Antonio, Luna Park.

Se realizarán 5 mesas territoriales Intersectoriales.

En este proceso se han llevado a cabo avances en el desarrollo de actividades intersectoriales como: Diplomado de Gestión Social Integral, proceso de reorganización interna de varias Instituciones como Secretaria de Integración social, Hospital Rafael Uribe Uribe, entre otras. También se adelantó el proceso permanente de capacitación e intervención en los territorios por parte del Hospital Rafael Uribe Uribe, Plan de Acción Interinstitucional de la vigencia anterior, teniendo en cuenta tres objetivos claros: a) Posicionar GSI; b) Investigación acción social en territorio; c) Aportar a consolidación de sistema de información local, y talleres sobre identificación de actores y acuerdos conceptuales en UAT y equipo operativo de SLIS 2009. Este proceso está apoyado por todas las Instituciones locales, unas con mayor compromiso que otras, y con los diferentes actores políticos que han sido parte importante para la toma de decisiones locales, como la voluntad política frente al proceso a desarrollar, interés de generar acuerdos tanto conceptuales como de toma de decisiones, estrategias articuladas para el mejoramiento de la calidad de vida. Dentro de estos sectores se encuentran los siguientes: Alcaldesa Local, Junta Administradora Local, Hospital Rafael Uribe (Gestión Local) y otras áreas, Subdirección Local de Integración Social, Dirección Local de Educación, Instituto para la Economía Social, Secretaría de Movilidad, IDPAC, Gerencia de Mujer y Géneros, Biblioteca pública Carlos E. Restrepo, Juntas de Acción Comunal de los barrios Santander, Policarpa, C. Jardín, Sevilla, Eduardo Frey, Villa Mayor, 5 de noviembre, Caracas, C. Berna, Santa Isabel. Y otro factor importante son los actores sociales: en este grupo de actores se resaltan varias cosas importantes, como el amplio conocimiento de territorios y procesos, trabajo en común, capacidad de gestión, dentro de este grupo se encuentran vinculados los siguientes actores: Subcomité Local de Mujer y Géneros, Líderes y comunidad barrio Santander, Líderes juveniles, Consejo Local de Juventud, Consejo Local de Cultura, Comité Local de Vendedores Informales, Organización indígena Ambika 2000, Parroquia La Valvanera, Iglesia Menoita.

El proceso de conformación de las mesas territoriales en la localidad Antonio Nariño, se ha venido convirtiendo en uno de los elementos importantes en la construcción de respuestas integrales a las necesidades identificadas en la localidad desde lo Transectorial.

A nivel local se ha evidenciado el interés de las diversas instituciones, quienes han aportado para que desde la Gestión Social Integral, se consoliden acciones para influir de forma positiva en los determinantes sociales que afectan las condiciones de vida y salud de la población en cada uno de los territorios.

La comunidad se ha convertido en uno de los ejes importantes en la búsqueda de soluciones a problemáticas identificadas, puesto que permite que se empoderen de la realidad que los rodea y

sean quienes den el visto bueno de las acciones que las entidades distritales y locales realizan en el territorio.

La definición de los territorios se realiza con base en 15 recorridos realizados en la localidad, dando como producto la caracterización, georreferenciación y división de los territorios sociales.

La caracterización de los territorios permitió pasar de tres (3) inicialmente a cinco (5), de acuerdo a los determinantes sociales identificados, siendo así que se logra construir el mapa político de los cinco territorios. El Consejo Local de Gobierno validó la división territorial en el mes de octubre de 2009.

Durante el año 2009, para el proceso de conformación de los equipos territoriales se analizó, discutió y conceptualizó el tema de la Gestión Social Integral en los equipos territoriales.

Los acuerdos políticos y la conformación de equipos transectoriales, permite visualizar que las entidades que asignaron talento humano para la conformación de equipos territoriales transectoriales fueron: Hospital Rafael Uribe Uribe, Subdirección Local, Cultura, Movilidad, Medio Ambiente e IDPAC, por otra parte se dan los primeros avances para la conformación del equipo conductor y se realiza la formación, estudio y análisis de la estrategia Gestión Social Integral, con el fin de fortalecer la conceptualización para llegar a la comunidad con claridad y posicionar el tema en los espacios como: JAL, CLG, CPL, CLOPS, UAT, COPACO, Comedores Comunitarios, JAC, Aso juntas.

En cuanto a las actividades desarrolladas durante el año 2010, el Convenio Fergusson – Arco Iris, realiza el proceso de capacitación a los integrantes del grupo 2 del equipo territorial Transectorial de la localidad Antonio Nariño, correspondiente a los territorios 1 (Noviembre Mayor), 2 (La Paz) y 5 (Ciudades).

En relación a la GSI, se realiza la capacitación según los componentes, y se socializan los avances alcanzados en cada uno de ellos, siendo estos: Territorio, Desarrollo de Capacidades, Presupuesto Adecuado a las Necesidades, Participación y Transectorialidad.

En reunión ordinaria de la Unidad de Apoyo Técnico UAT del 9 de Marzo de 2010, se efectúa la conformación del equipo conductor, el cual se conforma por las siguientes instituciones:

- Hospital local y sector salud.
- Subdirección Local de Integración Social como rector de Política Social.
- IDPAC como actor promotor de la participación en cada uno de los territorios.
- Sector ambiente como un elemento relevante en la dinámica local.
- Alcaldía local como director de la administración pública y máxima autoridad local.
- Hábitat y sus representantes locales.
- Secretaria de gobierno con sus gestores de mujer y género, seguridad y convivencia.

Durante el mes de abril cada equipo construyó el plan de trabajo a desarrollar en la vigencia, el cual ha sido retroalimentado periódicamente.

El plan de acción se formuló en seis momentos, siendo estos:

1. Definición del territorio: se encaminaron actividades a la revisión documental de las acciones adelantadas por el equipo territorial Transectorial en la vigencia 2009.
2. Construcción de reglas de Juego: Se conforma el equipo dinamizador, se realiza la capacitación en GSI a cargo del convenio Ferguson-Arco iris, se realiza la elección de la secretaría técnica, se establecen las propuestas metodológicas para las mesas territoriales y los procesos de sensibilización a la comunidad, se realiza el proceso de convocatoria a la comunidad y se realiza la elección de los líderes territoriales.
3. Actualización - Socialización de narrativa territorial, núcleos problemáticos y temas generadores: Se realiza la presentación de diagnósticos locales de las instituciones, socialización de narrativas a la comunidad, actualización de información de narrativas.
4. Identificación de las respuestas existentes frente a los temas generadores: Revisión de oferta de servicios de las instituciones frente a las necesidades identificadas, examen de las necesidades y problemas por temas generadores y núcleos de derechos, problematización de los enunciados de problemas y necesidades, balance de los problemas existentes vs. respuestas entregadas por las instituciones.
5. Construcción de respuestas integrales: Negociación de acción conjunta institucional, identificación o balance de los recursos disponibles, humanos y financieros, elaboración de propuestas de solución a modo de ideas y proyectos.
6. Construcción de la Agenda Social Territorial: Elaboración de plan de trabajo operativo a desarrollar en el territorio para la implementación de las respuestas, se publica la agenda social territorial, realizar evento local para realizar el lanzamiento público de la agenda para facilitar el conocimiento, apropiación, evaluación y seguimiento.

4.4. Análisis de Respuestas desde los Temas Generadores

A continuación se presentan los resultados del ejercicio de análisis de respuestas realizado con los PDA, Transversalidades y Ámbitos de vida cotidiana en los diferentes espacios de Unidades de Análisis realizadas durante los meses de junio, julio y agosto de 2010. Se parte de la consolidación de ofertas por cada Núcleo Problemático, identificado por cada etapa de ciclo, en la matriz diseñada para tal fin, donde se identificaron las acciones realizadas por cada actor interno y en algunos casos externos al Hospital, las coberturas con enfoque diferencial y territorial en la medida que la disponibilidad de la información lo permitieron.

Lo anterior se constituyó en insumo fundamental para realizar los análisis de las brechas de inequidad existentes, las cuales permitieron identificar los faltantes o debilidades de las acciones de respuesta existentes sobre el impacto positivo en los núcleos problemáticos. Por último, se sugieren propuestas o respuestas integrales, en el marco de la formulación del PIC 2011.

La metodología usada para las Unidades de Análisis con los diferentes ámbitos se expone a continuación:

- Determinación de fuentes primarias y secundarias de información con los equipos de gestión y coordinadores de ámbitos.

- Asesoría técnica por parte de la Analista de Gestión Local, para orientar los análisis partiendo de los insumos de Unidad de Análisis realizada en el mes de junio, y la Guía técnica entregada por SDS al ámbito familiar. (Cualificación de narrativas teniendo en cuenta parámetros como la pertinencia y coherencia de las acciones realizadas en torno a los núcleos problemáticos y la integralidad de las mismas).

- A los técnicos de sistemas del ámbito familiar y comunitario se solicitaron cuadros de salidas, según sistemas de información que manejan.

Para Ámbito Familiar: cruce de las bases de datos Individuos y familias con las bases de barrios que integran los territorios sociales GSI, con las siguientes variables: familias caracterizadas, Individuos caracterizados, educaciones realizadas, canalizaciones realizadas y verificaciones realizadas por localidad y territorio Social, en el periodo 2008-2009-2010.

Para el ámbito comunitario: Se sugirieron cuadros de salida para organizaciones y grupos, con las siguientes variables: nombre de la organización, tipo, objeto social, territorios, población cubierta, fortalecimiento por el ámbito.

Sesgos de información: En la base de familias e individuos SASC, los datos cruzaron en un 84 % para el año 2008 y en un 73% para el año 2009, debido a diferencias en los nombres de los barrios.

4.4.1 Etapa Infancia

A continuación se presentan los resultados del ejercicio de consolidación de la matriz de respuestas, el cual aún no se ha finalizado pues se observan dificultades para entregar información diferencial y por territorio social por parte de los ámbitos, PDA y TVS. A nivel general se observa que el primer núcleo problemático identificado en la etapa, el cual se relaciona con condiciones de enfermedad derivadas de las precarias condiciones económicas de las familias, obtuvo mayor número de respuestas por diferentes actores del hospital.

• Balance de la oferta actual

ÁMBITO FAMILIAR:

El proceso de salud a su casa en la localidad 15, inicio en el 2005 con 1 Microterritorio (MCT) en la UPZ Ciudad Jardín, y en el 2006 se adicionó 1 Microterritorio en la UPZ Restrepo. Partiendo de la anterior información, con respecto a las familias caracterizadas durante los años 2008 y 2009, se encontró que en el año 2008, se presentan 127 caracterizaciones que responden a nuevas familias que llegan a los territorios y posicionamiento del programa, en el 2009 se presentan 93 caracterizaciones, la cifra disminuye en comparación al 2008 debido al proceso de mantenimiento de familias caracterizadas en años anteriores y depuración de información en bases de datos desde lo Local y Distrital, dado que algunas familias aparecían como habitantes de Localidad San Cristóbal.

La caracterización constante de familias que llegan al territorio, se analiza como una respuesta positiva desde el ámbito, ya que estas familias recibieron acciones propias del programa como son educación, canalización a diferentes servicios y seguimientos respectivos.

Sobre las actividades de **educación** impartidas, se realizan al 100% de usuarios caracterizados y según necesidades de la familia sobresale la educación en: educación al paciente con enfermedad crónica, deberes y derechos, Influenza AH1 N1, planificación familiar y educación a la gestante. El territorio donde más se registran actividades de educación corresponde al territorio 31 de la UPZ Restrepo, en comparación al territorio 6 de la UPZ ciudad Jardín, debido a que este territorio está

compuesto por un mayor número de Barrios.

Sobre las actividades de **canalización** se realizan al 100% de usuarios caracterizados y según necesidades de la familia sobresalen: salud oral, citología vaginal, consulta medico general, planificación familiar, Urgencias, Crecimiento y Desarrollo, Programa control Hipertensión Arterial, Programa Diabetes y Control Prenatal. El territorio 31 es el que más canalizaciones presenta, debido a que abarca un mayor número de barrios, en comparación al territorio 6 que está compuesto únicamente por el Barrio Policarpa y el Barrio Sevilla.

AMBITO COMUNITARIO:

Desde la estrategia AIEPI, se abordan temas como: derechos de los individuos: derecho de niños y niñas/ seguimiento a niños y niñas menores de 5 años, y sensibilización pertinente a los cuidadores. Las metas para 2009: 8695 VISITAS para los territorios SASC.

Entornos comunitarios: Realizan actividades en los siguientes territorios:

Barrio Hortúa – Territorio: (4) – UPZ: 35 Ciudad Jardín. (Grupo UICAU Unidad Integral Comunitaria de Agricultores Urbanos)

Barrio Restrepo Central – Territorio: (3) – UPZ: 38 Restrepo. (Grupos los Hijos de Gaia del GLV)

Barrio Santander – Territorio: (2) – UPZ: 38 Restrepo. (Grupo Colegio Francisco de Paula Santander Sede B)

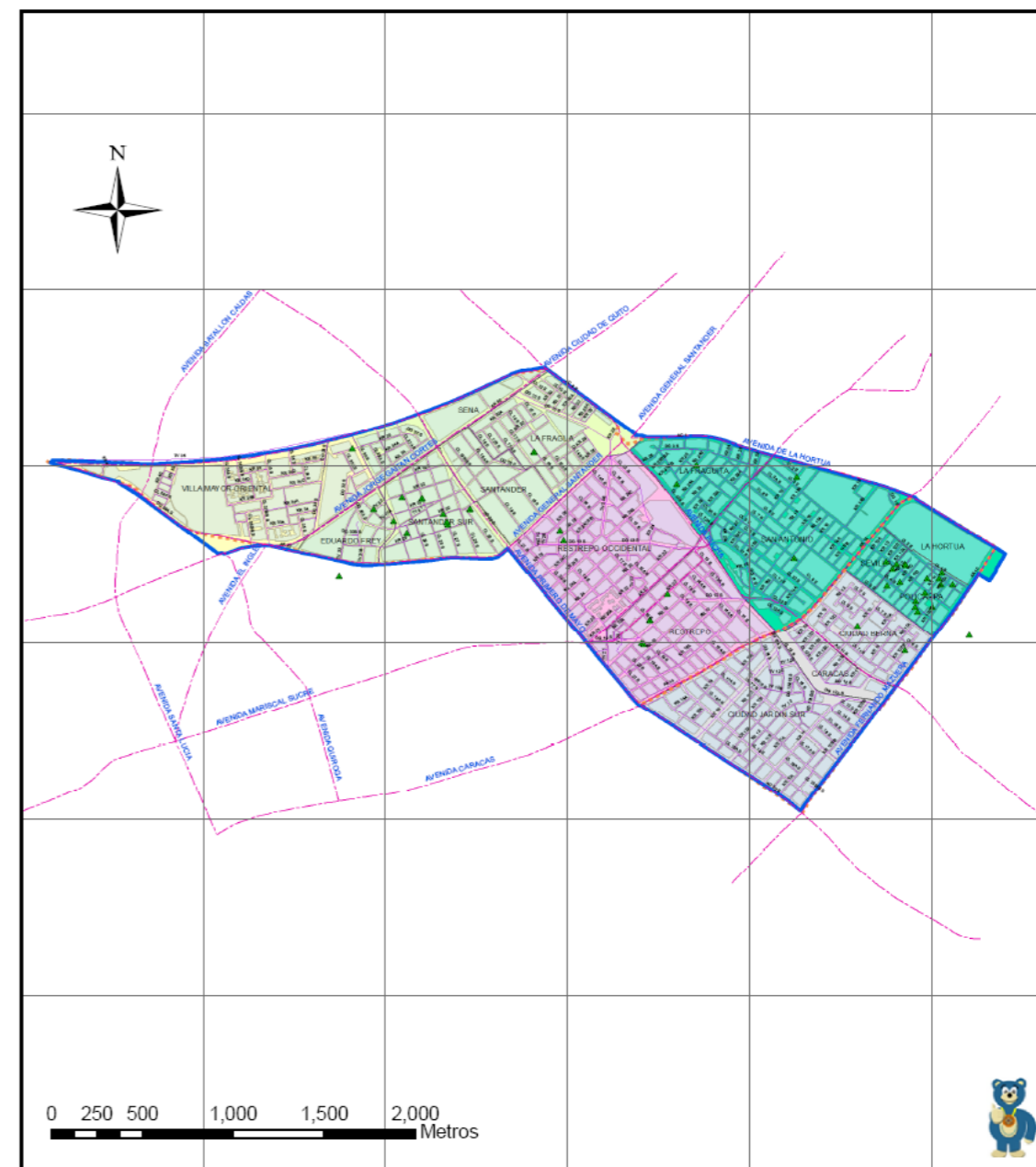
Con un total de 104 participantes en total, entre ellos 64 niñas y 40 niños, entre los dos instituciones educativas del ciclo vital infancia y 26 participantes en total, entre ellos 20 Mujeres y 6 Hombres que asisten a la Unidad Integral comunitaria de Agricultores Urbanos , para un total de 130 participantes.

AMBITO LABORAL:

En el 2009 la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral, identificó y caracterizó 177 niños, niñas y adolescentes en la localidad. El 42.9% eran de género femenino y el 57.1% eran de género masculino.

En el 2010 la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral, identificó y caracterizó 80 niños, niñas y adolescentes en la localidad. A continuación se presenta los sitios donde se realizan intervenciones por el ámbito laboral a niños y niñas, en estas condiciones. (Ver mapa 17)

Mapa 17. Trabajo infantil Ámbito Laboral. Localidad Antonio Nariño



- ▲ Trabajo Infantil
- Vías Principales
- Malla Vial
- Manzanas
- ▭ Limite de Localidad
- ▭ Limite de UPZ
- Territorio 1
- Territorio 2
- Territorio 3
- Territorio 4
- Territorio 5

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.
 ESCALA 1:30.000
 Sistema de Proyección: Coordenadas Planas Cartesianas
 Datum: MAGNA - SIRGAS
 Límite de Localidades (Res. 253a/29 de Abril de 2004)

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. LOCALIDAD 15

Fuente: Base Cartográfica ©DIO Secretaría Distrital de Integración Social - UAECO Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referenciales E.D.E Hospital Rafael Uribe Uribe

AMBITO ESCOLAR:

Desde las acciones promocionales se realizan las siguientes intervenciones que dan respuesta a la situación problemática planteada en el Núcleo 1:

Con la acción promocional de Actividad Física se realizan un conjunto de acciones que promueven el aprendizaje y el desarrollo a través de la actividad física, la lúdica y el juego en las diferentes áreas del conocimiento, contribuyendo al desarrollo y formación integral de niños, niñas y jóvenes (NNJ), mediante la estructuración participativa e implementación de una estrategia integrada en 6 colegios oficiales de la localidad y a una población de más o menos 600 niños y niñas.

Nutrición Patrones: promoción de condiciones favorables para la vida cotidiana y aquellas que contribuyen al logro de patrones de consumo alimentarios adecuados, potencializando acciones que promueven el derecho a la alimentación en 12 colegios oficiales de la localidad

Suplementación con Micronutrientes: contribuir a la disminución de la prevalencia de deficiencia de hierro y presencia de anemia en el ámbito escolar mediante la desparasitación y suplementación con hierro a niños, niñas y adolescentes menores de 14 años, en 12 colegios y 27 jardines oficiales de la localidad. La cobertura fue de 4100 niños y niñas suplementados en el 2009.

Salud visual: Divulgación y gestión para el cumplimiento del decreto 358 de 2009, en la promoción y prevención de la salud visual, a 12 colegios y 27 jardines oficiales de la localidad. Con cobertura de 2880 niños tamizados.

En los anteriores procesos, se brinda capacitación a docentes de los 8 colegios de la localidad.

Intervención de salud oral: Desarrollan metodologías lúdicas en la formación de hábitos de salud oral para la prevención de enfermedades bucales en 5 Instituciones educativas. El número de instituciones con cobertura del programas SAC es de cinco, sin embargo no fue la misma cantidad de niños y niñas en edad escolar, de los grados 0 a 5° primaria, atendidos para el periodo 2010, disminuyó en la atención de 853 estudiantes correspondientes al 23,66%.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el primer triage, y monitoreo realizado en el segundo trimestre de los años 2009 y 2010, se ha presentando una mayor prevalencia de problemas bucales como lo es la placa endobacteriana y caries en el primer triage del 2010, lo cual lleva a reevaluar las estrategias utilizadas para afectar los determinantes relacionados con esta problemática.

Las unidades educativas cubiertas por SAC en cada territorio social son:

TERRITORIO	NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	SEDES	BARRIO
2	Francisco de Paula Santander Atanasio Girardot	A Y B	Santander
		A	La Fragua
3	Escuela Normal María Montessori Guillermo León Valencia	B	Restrepo Central
		A Y B	Restrepo Occidental
4	Jaime Pardo Leal Atanasio Girardot Guillermo León Valencia	Única	Policarpa
		B	La Fragueta
		C	San Antonio
5	Escuela Normal María Montessori	A	Ciudad Berna

TVS SAN: En el caso de la localidad Antonio Nariño aunque no fue posible obtener información completa de las casas vecinales, Centro crecer y Jardines por parte de la Secretaria Local de Integración Social, puede verse una oferta equitativa en la UPZ 35 (Ciudad Berna) y 38 (Restrepo) de los programas ofrecidos por ICBF.

En este análisis no fue incluido el programa de recuperación nutricional del ICBF, ya que según lo referido por la institución, tuvo altibajos en su funcionamiento y suspendido en el último trimestre del año 2009. Sin embargo, se tendrá en cuenta para futuros análisis considerando su reactivación para el año 2010.

AMBITO COMUNITARIO:

Desde las Estrategias IAMI-IAFI-AIEPI se brinda un apoyo desde los diferentes ámbitos de vida cotidiana: Ámbito **IPS**, ofrece capacitación y educación continua a profesionales de los Centros de atención; Ámbito Comunitario, con el curso de agentes comunitarios a cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, capacita FAMIS, HOBIS; y a los Auxiliares de enfermería de SASC se les realiza reentrenamiento continuo, Capacitación en AIEPI clínico y ERA dirigido a profesionales de la salud y Reentrenamiento a FAMIS del ICBF.

También se realiza un seguimiento continuo o los auxiliares de SASC y Escolar (capacitación y direccionamiento a profesoras de los jardines de la localidad). Con las anteriores acciones se busca un resultado a mediano y a largo plazo, sobre las prevalencias de enfermedades e incidencia de muertes evitables en la infancia

Las coberturas alcanzadas durante el 2009 fueron: 1 curso a facilitadores, 2 cursos de agentes comunitarios. Total población: 96 personas entre 27 y 59 años (22 hombres y 74 mujeres). Las acciones se adelantan en toda la localidad ya que allí se encuentran los Centros de atención del hospital y personal capacitado en la estrategia, como son los auxiliares de enfermería de SASC, médicos y enfermeras y madres comunitarias y FAMIS del ICBF.

En el año 2009, la intervención Psicosocial atendió un total de 15 casos de niños y niñas, los cuales representan el 23% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (64 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud familiar, en los niños equivalente al 60% del total de la población infantil reportada. La distribución de casos según territorio social fue: TERRITORIO 2 (1 caso que equivalen al 7% del total reportado), TERRITORIO 4 (13 casos que equivalen al 87% del total reportado), TERRITORIO 5 (1 caso que equivalen al 7% del total reportado).

Por parte del ámbito comunitario- Intervención salud mental/ Línea Ciudad Protectora, se desarrollan las siguientes acciones: protegen la vida y fortalecen las autonomías y libertades individuales y colectivas, mediante la estrategia de promoción y restitución del derecho a la seguridad de las personas y la comunidad, para la prevención de los eventos de lesiones de causa externa no intencionales como la accidentalidad domestica y escolar, e intencionales como la conducta suicida con énfasis en niños, niñas y adolescentes. Desarrollan actividades de prevención del suicidio a través de metodologías lúdicas dirigidas a niños y niñas de la primera infancia, escolares y cuidadores, en los que se trabaja sobre la identificación temprana de la conducta suicida y el fortalecimiento de los factores protectores. Grupos: niñas asistentes a la Biblioteca Carlos E. Restrepo, en su mayoría del barrio Restrepo, UPZ Restrepo y territorio GSI 3, pues otros están distribuidos en diferentes barrios de la localidad 15 e incluso de la 18. Hasta el momento se han realizado actividades con un total de 79 niños y 68 niñas, para un total de 147 personas.

El ámbito escolar a través de la intervención de Discapacidad en colegios integradores, realiza las siguientes actividades: Acompañamiento para la detección de necesidades educativas transitorias,

donde se realiza trabajo con docentes, padres y estudiantes para abordar las necesidades que se presenten en la institución, relacionadas con el aprendizaje; creando estrategias de trabajo con cada población. Coberturas: seguimientos a casos con discapacidad, 3 niños y 11 niñas, (2009), 2 colegios integradores de la localidad asesorando a 65 docentes y padres de familia (2009), en promotores 69 casos con Necesidades educativas transitorias, reportando signos de alerta a nivel cognitivo, de lenguaje y psicomotor en 21 niñas y 48 niños, se trabajo con 46 docentes de los colegios promotores de calidad de vida. Ubicación: En el 2009 1. Fundación Promadin, barrio Santander. 2. Colegio nuestra señora de la paz, barrio Santander. Para 2010 solo se realiza acciones en fundación promadin barrio Santander (colegios integradores). Colegios promotores de calidad donde se desarrollaron acciones en el 2009 fueron: Territorio 2: Francisco de Paula Santander y Atanasio Girardot. Territorio 3: María Montessori y Guillermo león valencia, y Territorio 4:

La distribución de los colegios por territorio social es la siguiente:

ESCUELA Normal Superior Distrital María Montessori y Anexa sede A	Once sur caracas	Territorio 3
Guillermo León Valencia sede A	Restrepo	Territorio 3
Guillermo León Valencia sede B	Restrepo	Territorio 3
Guillermo León Valencia sede C	Restrepo	Territorio 3
Francisco de Paula Santander Sede A tarde	Santander	Territorio 2
Francisco de Paula Santander Sede B tarde	Santander	Territorio 2
Jaime Pardo Leal	Policarpa	Territorio 4
Atanasio Girardot	Centenario	Territorio 2

- **Análisis de respuestas**

Tema generador: Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

AMBITO FAMILIAR: La línea Seguridad Alimentaria y Nutricional NO continúa para el año 2010, viéndose afectada la canalización y atención oportuna de niños y niñas que presentan algún tipo de desnutrición, sumado al hecho que de las remisión enviadas al SISVAN, solo se intervienen efectivamente un bajo porcentaje, cuando cumplen criterios de inclusión a dicho programa, entre estas cabe resaltar las que se relacionan con el tipo de aseguramiento, donde la población en régimen contributivo no se le realiza el debido seguimiento.

No encontrar en la mayoría de familias al menor en la vivienda en el momento de la visita, dificulta la valoración y priorización de actividades para el menor.

Por otra parte, existen factores que afectan el cumplimiento de las metas del ámbito en el programa como son:

- Las familias que se niegan a recibir los beneficios del programa SASC, por pertenecer al régimen contributivo, régimen especial o desinterés por pertenecer al programa, también afectan el cumplimiento de caracterizaciones asignadas por SDS.
- La migración población en la localidad 15, calculada aproximadamente en un 12%, según fuente de Sistema de información SASC Cód. 26, dificulta el mantenimiento de la base de familias por territorio (1200 familias). Cuando se trasladan de vivienda las familias en la

misma localidad, ocasiona una duplicidad en el sistema, aumentando las caracterizaciones sin ser estas efectivas, esto a su vez aumenta los tiempos de trabajo de los equipos en terreno, lo cual no estaba previsto, también se observa reprocesos que afectan la productividad.

- En cuanto a la inseguridad de la localidad, el Barrio Policarpa es el que presenta cuadras inseguras, limitando el seguimiento a las familias que allí residen.
- Para el año 2010 según planeación Distrital, se encuentra programada la construcción de la quinta fase de Transmilenio, razón por la cual el territorio 6 enfrentará una reducción notoria de las familias del programa, al demoler la zona residencial y dar paso a la vía del Transmilenio y a la zona comercial del sector.

En cuanto a la afectación en las condiciones y calidad de vida de los usuarios, se puede analizar el hecho de la pérdida de contacto de casos en condición de riesgo o vulnerabilidad, y ciertas situaciones de negligencia de cuidadores de niños y niñas y mujeres gestantes que llegan hasta condiciones de muerte, donde un factor importante pudo ser la falta de seguimiento oportuno por traslado a otras ciudades o localidades.

En el mes de Julio de 2009, se suspendieron las actividades del ámbito por un mes, afectando los procesos, los contactos con líderes comunitarios y los seguimientos a individuos con alto riesgo de vulnerabilidad.

Las brechas que existen para lograr de manera óptima las actividades de canalización, se dan en torno a:

Las diferentes intervenciones, reportan que las direcciones y datos personales no son 100% reales, por condiciones inherentes a cada persona como condición de desplazamiento, temor a ser retirados de las ayudas gubernamentales o temor a sanciones por conductas inadecuadas.

A través del resultado del análisis del indicador de Canalizaciones en el Ámbito, corte enero a abril de 2010, para el programa SASC sin distinción de Localidad, de 8.840 personas canalizadas a los servicios de Promoción y Prevención (PYP) del Hospital (pertenecientes a todos los Regímenes de salud), solo fueron atendidas efectivamente 2.770, que corresponde al 31%. Lo anterior evidencia que la demanda supera la capacidad instalada de cada uno de los Centros de Atención del Hospital, y la otra causa es que no todos los se encuentran capitados por el hospital, lo cual también se convierte en una gran barrera, ya que no se puede confirmar las causas por las cuales no acceden estos usuarios a las diferentes EPS.

Los seguimientos, al igual que la caracterización, canalizaciones y educación presentan un mayor número en la UPZ Restrepo con el territorio 31, seguido del territorio 6 de la UPZ Ciudad jardín. Un factor que influye para el cumplimiento de las metas programadas son las visitas fallidas, las cuales se presentan en un 20% aproximadamente del total de visitas realizadas, así mismo los traslados de familias y el tema de inseguridad, son factores que limitan el tiempo de dedicación a esta actividad. Por otro lado las visitas fallidas y traslados se constituyen en una amenaza para el Programa, en lo que tiene que ver con la ocurrencia de muertes evitables en la población, especialmente los niños y las niñas menores de cinco años y las mujeres gestantes.

Por la intervención de AIEPI, se encuentran como dificultades internas la verificación continua del registro ya que al parecer no se ha tenido en cuenta; también es importante rescatar que muchas familias tienen problemas con su higiene personal y este ítem no aparece con codificación

en el nuevo formato, se recomienda que desde SDS se incluya el código, ya que este es un indicador de buen trato al menor.

Otros factores que se convierten en brechas para alcanzar un impacto definitivo de la Estrategia AIEPI en la localidad son: Personal nuevo no capacitado con la estrategia aplicada a familias con menores de 5 años, migración de familias a otros territorios, peligro al que están expuestos los gestores en los territorios al notificar casos de maltrato infantil, debilidades en la articulación con SIVIM y SISVAN, no hay una adecuada retroalimentación de los casos debido a la rotación de personal y falta de profesionales, que hacen parte de los equipos del SASC, de acuerdo al lineamiento.

Por otra parte, se debe articular con ámbito escolar, que menores de 5 años se encuentra en su base de datos y así verificar si estos menores se encuentra en la base de datos del SASC, para realizar seguimiento.

AMBITO LABORAL

Los niños y niñas trabajadores, presentan desnutrición por baja talla y peso, identificada mediante la observación al momento de caracterizar y realizar la entrevista en el domicilio, observación directa y registros del carné de control de crecimiento y desarrollo; además se observa que la ingesta de alimentos no es óptima en cuanto a cantidad recomendada, por el contrario, muchos de ellos solamente reciben un alimento al día, que es el proporcionado por los comedores comunitarios (quienes acceden a este servicio), o de lo contrario la alimentación se basa en pan o galletas con agua de panela, lo cual no les proporciona los nutrientes básicos.

Se encuentran precarias condiciones económicas y factores de alto riesgo psicosocial para los niños y niñas, entre los cuales se encuentran: atención a público, combinar jornadas laborales con escolares, humillación, malos tratos por parte de empleadores y asumir responsabilidades que no son propias para la edad. Para atender estas situaciones, solo se cuenta con intervención a familias por psicólogo de 2 horas por parte del hospital, y por la Subdirección de Integración Social (SIS), se intervienen algunos grupos que no alcanzan a cubrir al 100% de población canalizada.

AMBITO ESCOLAR:

Uno de los factores que influye en el desarrollo integral de niños y niñas es la práctica de actividad física, recreación y deportes, lo cual no solo apoya el proceso de crecimiento y mantenimiento de un adecuado estado nutricional y de salud, sino a su vez mejora sus capacidades a nivel mental y cognitivo. Por lo anterior como brecha identificada en este núcleo problemático, existen diversos factores en la localidad que impiden que los niños, niñas, jóvenes y comunidad en general realicen actividad física, actividades deportivas, recreativas, culturales y limitan el aprovechamiento de escenarios y programas:

Los niños no cuentan con espacios físicos adecuados, solo practican la actividad física que se les brinda en las instituciones educativas, pero la mayoría de las instituciones no cuentan con una zona verde para recrearse y no gozan de actividades recreativas en donde desarrollar sus habilidades; las instituciones educativas desconocen la importancia que la educación deportiva brinda y no hay personal capacitado para realizar ese tipo de seguimiento, con niños del rango de los 2 a los 6 años, por estas razones el proceso de formación corporal de los niños y las niñas se deja en un plano secundario, sumando la falta de elementos suficientes para la realización de actividades deportivas y recreativas dentro y fuera de las instituciones educativas.

En muchas ocasiones en la escuela y en la casa, el deporte es utilizado como un medio represivo. Si, por ejemplo, un estudiante no rinde en matemáticas, el “castigo” consiste en impedirle la participación en algún certamen deportivo. Esto está en total contravía con la verdadera educación.

Los niños salen a practicar actividad física solo los fines de semana con sus padres, entre semana no salen por el peligro que les acarrea salir a los parques de la localidad; especialmente en los parques de la Fragua, la Fragueta y Santander.

Con la suplementación de micronutrientes que se realiza a través del ámbito escolar, no hay cobertura universal del programa en la localidad; se detectan brechas de tipo técnico en el inadecuado suministro de las dosis para los niños y niñas y una falta de compromiso en los colegios. De igual forma es importante considerar la evaluación de impacto de este programa y la modificación realizada en cuanto a perfiles que lideran este programa.

Por el PDA Salud oral, se pudo a través de los procesos propios de este PDA, en los diferentes ámbitos que existe una brecha cultural por lo cual no se manejan hábitos de higiene adecuados; no se prioriza acceso a servicios de salud porque no se considera una necesidad básica en las familias, y en algunos sectores la cobertura de servicios públicos es inadecuada.

En cuanto a la transversalidad de SAN se encuentra que:

Los proyectos productivos están diseñados para trabajar en poco tiempo, con núcleos pequeños y con baja inversión, lo cual no dan solvencia a la problemática de la localidad. Además, son desarticulados con las demás instituciones, lo que genera una saturación de capacitaciones que finalmente provocan la no aceptación y rechazo de la comunidad.

Por otro lado, los apoyos alimentarios no son suficientes para el total de personas necesitadas, y provocan una larga lista de espera para acceder a algunos de estos apoyos alimentarios, que podrían ser el único medio para adquirir una comida al día.

La falta de unificación de criterios sobre educación alimentaria y nutricional como lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación saludable, de los diferentes instituciones y profesionales en salud, dado por la falta de espacios de socialización interinstitucional, provoca confusión a los usuarios ante las diferencias en la información recibida viéndose reflejado en la situación nutricional de la población de la localidad. Por lo anterior, es de vital importancia la continuación y sostenimiento de programas de apoyo que promuevan la promoción de salud y prevención de enfermedades dirigidas a la población.

Se realiza suplementación de micronutrientes, hierro y vitamina A en escolares, sin embargo la focalización es bastante limitada ya que se restringe por canalización insuficiente de recursos desde la secretaría de salud y no es posible dar cobertura sino a limitados colegios y jardines.

Tema generador: Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

AMBITO FAMILIAR: La intervención Psicosocial no atiende oportunamente a la población infantil afectada por eventos de salud mental, debido a casos fallidos por errores en direcciones y teléfonos en las canalizaciones, por migración de territorio o por no deseo de atención por parte del usuario.

Con relación a las gestantes, Salud a su Casa no alcanza a cubrir el total de la localidad, y para el año 2010 la intervención en salud sexual no será contratada por falta de recursos. Esta situación repercute en la falta de identificación oportuna de posibles riesgos biopsicosociales en las mujeres gestantes, que pueden convertirse en graves problemas para la salud integral de la madre y el hijo.

Por el PDA Salud Mental, se observa dificultad para la cobertura de la localidad por falta de presupuesto. No se cuenta con una base de datos unificada que evidencie las acciones realizadas.

Faltan respuestas integrales para abordar el tema de trabajo infantil, por ausencia de compromiso de la Alcaldía Local y de las dinámicas institucionales, ya que cada una maneja sus tiempos. De igual forma faltan ofertas Institucionales, que cubran el adecuado manejo de tiempo libre de los niños y niñas.

También se evidencia la falta de una adecuada oferta laboral y de estabilidad en este aspecto que permita generación de ingresos y condiciones dignas en trabajo en adultos para desvincular a los niños y niñas trabajadores.

Las metas propuestas para el ámbito laboral son bajas para el alto número de niños y niñas trabajadores.

PDA Salud mental: Recorte de presupuesto afecta la continuidad en las intervenciones, como la psicosocial. Desconocimiento de situación real de salud mental de las familias, porque los análisis de tendencias no se pueden hacer, por falta de bases de datos unificadas.

Por ámbito escolar: dinámicas institucionales como las jornadas pedagógicas impiden llevar a cabo las sesiones programadas. Falta financiación para elaboración de estrategias promocionales. El horario de atención que brinda la línea, no cubre la demanda de las llamadas como tampoco las necesidades de la población, a pesar de que se ha incrementado el personal y que aparecen recursos para la ampliación de horario en el Plan de Desarrollo del actual alcalde. El costo de la llamada como tarifa local, es lo que imposibilita el acceso de los menores que no cuentan con este servicio telefónico o el mismo es restringido. La poca claridad que poseen los miembros de la comunidad educativa, frente a la naturaleza y funcionamiento de Salud al Colegio como estrategia compartida entre Secretaría Distrital de Educación y Secretaría Distrital de Salud.

Mobilización de la ruta: Falta articulación entre los componentes del PDA de Salud Mental al interior de la ESE que posibilite la atención integral y retroalimentación de los casos y procesos relacionados con el tema. Consolidar un proceso de retroalimentación de casos, ya que aún las Instituciones no tienen claridad del mismo. Se generan altas expectativas por parte de las Instituciones educativas Promotoras de Calidad de Vida y Salud, frente a la atención de los casos a nivel Interinstitucional que no se satisface por procesos de retroalimentación adecuada, ni la infraestructura suficiente para atenderlos. Falta de oportunidad del hospital en la atención de los casos por no contar con el talento humano suficiente para atender la demanda. Desinterés, falta de compromiso y credibilidad en el proceso y en la ESE, por parte de las y los docentes, quienes no perciben un proceso de respuesta y retroalimentación adecuada de los procesos que remiten.

Tema generador: Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

Salud a su Casa realiza canalización diaria a los diferentes servicios que presta el Hospital, sin embargo la población que atiende el programa NO siempre se encuentra capitada con el Hospital. Adicionalmente, continúa presentándose inconvenientes para acceder con facilidad a las citas que ofrece el Hospital. Dentro de las quejas que la población presenta en el control 19 de SASC realizado en el mes de diciembre 2009, se encuentra: nunca hay citas para control, es difícil el acceso a citas en los CAMI, es necesario madrugar, nos remiten al CAMI Olaya, nunca hay citas o hay que llegar a las 4:00 a.m. No hay prioridad.

Las brechas que existen para lograr de manera óptima las actividades de canalización de usuarios se relacionan con: Las diferentes intervenciones, reportan que las direcciones y datos personales no son 100% reales, por condiciones inherentes a cada persona como condición de desplazamiento, temor a ser retirados de las ayudas gubernamentales o temor a sanciones por conductas inadecuadas.

A través del resultado del análisis del indicador de Canalizaciones en el Ámbito, corte enero a abril de 2010, de 8.840 personas canalizadas a los servicios de Promoción y Prevención (PYP) del Hospital (pertenecientes a todos los Regímenes de salud), solo fueron atendidas efectivamente 2.770, que corresponde al 31%. Lo anterior evidencia que la demanda supera la capacidad instalada de cada uno de los Centros de Atención del Hospital, y la otra causa es que no todos encuentran capitados por el hospital, lo cual también se convierte en una gran barrera ya que no se puede confirmar las causas por las cuales no acceden estos usuarios a las diferentes EPS.

De acuerdo al ejercicio de semaforización de las EPS, por parte de la Intervención de discapacidad en Colegios Integradores y promotores del ámbito Escolar, se observa que la atención en la IPS, donde acceden los usuarios a sus servicios en salud, continúa con la misma calificación.

La atención, accesibilidad y cobertura que se tiene en colegios promotores, está cubierta en su mayoría por EPS subsidiadas y Fondo de financiamiento Distrital, y la atención para personas en condición de discapacidad la realiza la IPS Bravo Páez, teniendo una atención para asignación de citas superior a 20 días, y cuando no cuenta con servicios especializados como T.A.C, resonancia, son remitidos a otras instituciones, lo que genera en los usuarios mayor tiempo de espera para atención oportuna.

Para los usuarios de Colegios promotores, la atención se centra en la autogestión según las necesidades presentadas o identificadas en el programa salud al colegio. Los usuarios refieren cierta dificultad al acercarse con la remisión asignada desde la referente, para la atención a la que han sido canalizados, ya que en algunas oportunidades la desconocen, la ignoran, la aplazan, o existe cierta demora para el acceso.

Los menores identificados o canalizados casi siempre no inician el tratamiento acorde con la dificultad, ya que sus padres o tutores muestran apatía a la solicitud por dichos inconvenientes referidos en reuniones de seguimiento o sensibilización frente al proceso.

En otros casos se logra la atención pero los padres o tutores desconocen el procedimiento, evolución y finalización para el tratamiento implementado, existen barreras en el manejo de la comunicación y orientación a padres de los menores identificados.

La dificultad de acceso a los servicios de salud, hace que el Programa Salud al Colegio, pierda cierta fuerza y credibilidad al realizar la movilización de la ruta, por la poca capacidad resolutoria de las problemáticas en los niños y niñas canalizados identificados con NEE.

La Red Social Materno Infantil, identifica que las necesidades de la población gestante no se resuelven de manera integral. Existe falta de compromiso en los procesos de actualización de conocimiento y evaluación por parte de los funcionarios de salud que atienden a las mujeres gestantes.

IPS

El frágil ejercicio de la rectoría de la Secretaría Distrital de Salud y los lineamientos técnicos fraccionados, no permiten la integralidad de las acciones, no existen referentes por ámbito e intervenciones. No involucran a los gerentes para que asuman directrices en materia de salud pública.

Fragmentación en la prestación de los servicios de salud: El modelo de salud refleja una perspectiva reduccionista y mecanicista de los servicios asistenciales. No hay articulación entre las actividades de promoción, prevención y detección del PIC con las de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, lo cual se ve reflejada en las canalizaciones inefectivas en las diferentes líneas.

Los referentes de salud oral expresan que existe miedo por parte de profesionales, para efectuar la denuncia de ciertos casos, pues no existe un sistema de protección de su integridad por amenazas producto de la denuncia. Existe desconocimiento a nivel general sobre la cultura de la denuncia y manejo jurídico.

En la auditoría realizada a historias clínicas en el 2010, por parte de calidad HRUU, se encontró que no hay valoración integral en la población menor de 5 años y gestantes en el área de P Y P y Urgencias, está situación ocurrió en todos los centros de atención del hospital a excepción del Centro de Atención Sevilla.

Las guías de atención para salud oral no están actualizadas, lo cual genera diferencias en las intervenciones educativas, e influye en el mantenimiento de la prevalencia de enfermedades en salud oral.

En las ESE, las instituciones prestadoras de servicios de salud, evidencian debilidades en su infraestructura, recursos físicos y talento humano, lo cual incide en la calidad de la atención y eventos adversos en la población.

El sistema de contratación impone cumplimiento de metas de actividades y por ende de facturación, lo que afecta la forma de contratación del talento humano y sus procesos de cualificación. El cumplimiento de metas restringe la calidad y calidez en la atención de pacientes y en el PIC, sumado a la falta de destinación de tiempo para realizar actividades de articulación u otras acciones que permitan mejorar calidad de vida de los usuarios. También la continuidad, sostenibilidad y productividad de procesos se ve afectada por tipos de contratación del personal.

En población con discapacidad no se cuenta con servicios de salud accesibles a nivel físico y actitudinal. En algunos centros de atención, como San Jorge, todos los consultorios se ubican en el segundo piso, se observan pacientes en sillas de ruedas que no pueden subir o lo hacen bajo riesgo de accidentes y en Antonio Nariño no entra la silla de ruedas al consultorio. La IPS realizó caracterización de los centros, la cual fue radicada en SDS y se presentó en la Coordinación de Salud Pública. Se elaboró un protocolo de traslado de personas de silla de ruedas al sillón odontológico, para evitar accidentes de trabajo o accidente adverso, el protocolo lo están validando en los centros para posterior aprobación por la oficina de calidad.

De igual forma se observan servicios y programas fragmentados que corresponden a una visión quebrantada de la realidad de la persona y no proporciona una respuesta a la complejidad de sus necesidades. Baja capacidad instalada.

Existe un sistema de evaluación y seguimiento con algunas deficiencias, que no ha permitido crear una línea de base para acciones integrales y unificadas. No existen indicadores de impacto para medir eficiencia de acciones sobre la calidad de vida y salud de las personas. En el balance Score Card, están unificados, se podrían subir indicadores de impacto. Desde enero de 2010, el ámbito IPS inicio manejo de indicadores de impacto.

Del informe del proceso de evaluación de percepción de los usuarios, realizado por el ámbito de IPS, del hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. para el primer semestre de 2009. De un total de 75 encuestas aplicadas a usuarios se encuentra que el 80% pertenecen al sexo femenino y el 20% al sexo masculino. El 81% de ellos residen en la localidad Rafael Uribe, el 8% a la Localidad Antonio Nariño y el 11% de otras localidades.

Con relación a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, la mayoría pertenecen al régimen subsidiado con el 69%, el segundo lugar lo ocupa el régimen contributivo con 25%; la mayoría de los encuestados se ubicó en la población mayor de 50 años.

El 40% de los encuestados asistió al servicio de consulta médica general, el 34.7% a salud oral, el 32% a toma de citología, el 29.3% en Vacunación, el 26.7% en enfermedades crónicas, el 22.75 en control Pre-natal, el 17.3% en Crecimiento y Desarrollo, el 10.7% en Rehabilitación (discapacidad), el 9.33% en Regulación de la fecundidad y el 2.67% en transmisibles.

Para la consulta de crecimiento y desarrollo, el 100% de los o las usuarias manifiestan un trato amable e información adecuada sobre el desarrollo de su hijo de acuerdo a su edad, información sobre como estimular al menor, información sobre cómo alimentar al niño/a, revisaron su carnés de vacunas. El 92.35 reporta recibir información sobre el estado nutricional del menor, registro de peso y talla en la rejilla, y manifiesta satisfacción por la atención recibida por el profesional. El 84.6% reporta: evaluación del desarrollo de sus hijos con juguetes u otros elementos, refiere que el profesional consulto sobre si el niño/a presenta alguna enfermedad como diarrea, enfermedad respiratoria o fiebre, y cuales son los signos para acudir al médico, además de recibir información sobre hábitos higiénicos, de sueño y recreación. El 76.9% refiere recibir información clara sobre el suministro de los medicamentos, examen físico completo, pautas de crianza, y consideran que los servicios de la institución son amigables. El 61.5% recibió información sobre los signos de muerte. Al 53.8% lo remitieron a otros servicios.

En el servicio de vacunación el 86.3% de los usuarios reportaron haber recibido información sobre el estado de vacunación de los niños y los cuidados posteriores a la vacunación. El 90% reporta la revisión del carné, el 95.45% informa haber recibido indicaciones sobre los signos de alarma luego de aplicar la vacuna. El 100% tiene claro cual es la fecha de la próxima vacuna, y solo el 59% responde satisfactoriamente a la pregunta de cómo se siente con la atención del personal de salud. El 41%, no da respuesta a este ítem.

Para el servicio de control prenatal se encontró que al 100% de las gestantes les hicieron examen físico, le informaron sobre su estado de salud y proceso del embarazo, les solicitaron exámenes de laboratorio y les realizaron la consejería para la toma de prueba VIH. De igual manera el 94.1% manifiesta tener información sobre la próxima cita, perciben los servicios de salud como amigables y dicen sentirse bien atendidos por parte del profesional, el 5.9% no respondieron estos tres ítems; además el 88.2% manifiesta que le revisaron los exámenes de laboratorio y le explicaron los resultados. Con relación a la lactancia materna, el 76 % refiere haber recibido información sobre la importancia de la lactancia materna y el 70,6% asistió al curso psicoprofiláctico y recibió una explicación sobre los efectos secundarios. Con relación a la oportunidad para la asignación de citas, el 35% de los encuestados manifestó que se la habían asignado entre uno y cuatro días, el 21% entre 5 y 9 días, el 11% entre 10 y 14 días, el 13% entre 15 y 19 días, el 3% de 20 a 24 días y el 8%, equivalente a tres usuarias refirió más de 30 días, en el CAMI Olaya.

4.4.2 Etapa Juventud

Dentro de los núcleos problemáticos de la etapa de ciclo vital juventud, encontramos muchos determinantes sociales que nos llevan a identificar las brechas existentes. El objetivo es poder proponer como institución, respuestas integrales que se confrontaran con las respuestas desde la intersectorialidad, y así brindar una verdadera solución a las necesidades que hoy en día viven los y las jóvenes.

A continuación se describe por núcleos problemáticos, lo desarrollado en el equipo técnico poblacional de juventud y la unidad de análisis. Los referentes de TV, PDA y ámbitos en conjunto, analizan sus acciones en lo local, las brechas, coberturas, enfoque territorial y diferencial, para por ultimo poder proponer respuestas integrales.

- **Balance de la oferta actual**

El hospital desde la intervención psicosocial tiene proyectos dirigidos específicamente a las familias, orientados a procesos de autonomía, restablecimiento de derechos y educación en el medio familiar, y la ampliación de redes de apoyo.

En el año 2009, la intervención Psicosocial atendió un total de 15 casos de niños y niñas, los cuales representan el 23% del total reportados para todas las etapas de ciclo (64 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud familiar en los niños equivalente al 60% del total de la población infantil reportada. La distribución de casos según territorio social fue: TERRITORIO 2 (1 caso que equivalen al 7% del total reportado), TERRITORIO 4 (13 casos que equivalen al 87% del total reportado), TERRITORIO 5 (1 caso que equivalen al 7% del total reportado).

Desde el ámbito escolar - Intervención salud mental, se realizan: Promoción de la línea 106: Grupo de estudiantes máx. 15 niños multiplicadores, capacitados en temas de salud mental y reconocimiento de la línea; Movilización de la ruta de atención ante violencias, capacitación y formación a la comunidad educativa; identificación y canalización de casos; sensibilización en conducta suicida, sensibilización y formación a docentes en conducta suicida y factores de riesgo, primeros auxilios psicológicos; Identificación y canalización de casos. Jóvenes en total 2009: 23 que representan el 9% de la población total (42% hombres y 58% mujeres).

Acción Promocional: Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas: Durante el año 2009, se trabajó diferentes fichas técnicas sobre resolución de conflictos, manejo de ira, autoestima, proyecto de vida, asertividad, actividades para el aprovechamiento del tiempo libre, etc. Por medio de estrategias comunicativas y lúdicas tales como afiches, plegables, cine foros, charlas, conversatorios, bitácora interactiva, Talk shows con invitados que han sido consumidores, encuentros con padres de familia y obras de teatro con grupos líderes de los colegios. Ubicado en TERRITORIO 3: IED María Montessori (Calle 14 Sur No. 14 - 36, ubicado en el barrio El Restrepo).

Sistema de vigilancia para la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (SIVIM): Se realiza seguimiento a casos prioritarios (presunto abuso sexual y/o aquellos que revisten riesgo de fatalidad), o de control (casos que se encuentran intervenidos por otras instituciones) a través de IEC (investigaciones epidemiológicas de campo), consulta programada, seguimiento telefónico, canalización a instituciones.

Durante el proceso de seguimiento, los profesionales encargados del caso asesoran, orientan y realizan acompañamiento, si lo requieren las víctimas de alguna situación de violencia. Cubre los 5 territorios sociales.

Desde la TVS Género-componente mujer: Se realiza posicionamiento de la política pública de género y LGBT en los diferentes espacios. Se efectúan jornadas de sensibilización con las mujeres, como el 8 de marzo Día Internacional de los Derechos de las Mujeres, 28 de mayo Día Internacional por la Salud de las Mujeres y 25 de noviembre Día de la No Violencia contra las Mujeres, y 16 días de activismo. Proyecto intercambio saberes: 20 hombres- 23 mujeres

Jornadas de salud: 7 mujeres. Esta transversalidad coordina sus acciones con diferentes instituciones como son: Casa de igualdad de oportunidades, punto focal de las alcaldías y abogada jurisperita.

Por el ámbito Comunitario-Comedores se realiza capacitación en temas como: Resolución de conflictos, derecho colectivo, Buenas Prácticas de Manufactura, Pautas de Alimentación saludable, trastornos alimentarios, Política de Seguridad Alimentaria. Soberanía Alimentaria, Redes Sociales, BPM, Derechos y Deberes, Reconocimiento institucional (como por ejemplo Cadell, Personería, y otros), Habilidades para la vida. Reconocimiento de BPM. Las coberturas son: COLINAS (niñas: 46

y niñas: 42), SAMORE: (niñas: 93), DIANA -MARRUECOS:(niñas: 195 y niños: 160) y 96 personas desplazadas.

UEL: Proyecto: 504 "Fortalecimiento de Ciudadanía en salud y comunidades saludables"

Componente: Salud al Colegio Vigencia: 2009

Componente 1 de Prevención: Formación de líderes, Encuentro de promoción y multiplicación y Diseño de cartillas: "Decálogo de la paz".

Componente 2 Promoción: Jornadas de reconciliación familiar con padres de familia y estudiantes con el fin de fortalecer la vinculación afectiva.

- Guías de fortalecimiento familiar: Se desarrollará un proceso de acompañamiento a través del desarrollo de 2 guías, una duración de 1 hora enfocada al fortalecimiento familiar.
- Jornadas de reconciliación escolar: Se realizarán 16 jornadas de impacto escolar, adicionalmente se ubicará un espacio en cada IED denominado el rincón de la paz, en el cual se tratarán las situaciones de conflicto presentes.

Componente 3 intervención: Se realizará asesoría psicológica a 139 estudiantes y sus familias, 17 por cada IED, víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil, adolescente gestante, niño, niña y joven trabajador, conducta suicida.

Coberturas: COMPONENTE: PREVENCIÓN: 80 líderes estudiantiles (20 por cada IED) de los grados 8, 9, 10 y 11 que se convertirán en Gestores de Reconciliación y Paz. COMPONENTE 2: PROMOCION. Se realizarán 8 jornadas de reconciliación (2 por cada IED). Se seleccionará 10 núcleos familiares por cada IED. COMPONENTE 3: INTERVENCIÓN. Asesoría psicológica a 139 estudiantes y sus familias, 17 por cada IED, víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil, adolescente gestante, niño, niña y joven trabajador, conducta suicida.

De los territorios 2 y 3.

El Centro de Escucha Granjas de San Pablo realiza la atención a víctimas de violencias, comprende 13 acciones, donde se elabora una evaluación y un diagnóstico, lectura del paciente y sus redes de apoyo, se establece un plan de tratamiento y unos objetivos, se efectúa el diligenciamiento de la ficha SIVIM, la articulación de caso por trabajo social y psicología y se realiza psicoterapia. Beneficia a adolescentes de ambos géneros que pertenecen al Fondo Financiero y residen en la localidad 15.

Clubes Juveniles y pre-juveniles ICBF: Apoyan el fortalecimiento de organizaciones pre-juveniles y juveniles como espacios de crecimiento grupal, que faciliten la integración social, el ejercicio de sus derechos, la construcción de ciudadanía, de proyectos de vida colectivos, en un ambiente de respeto, sana convivencia y dignidad humana, en interacción con la familia, la comunidad, como parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Previenen el maltrato, el abuso sexual, la drogadicción y otras problemáticas que afectan a los jóvenes en condición de especial vulnerabilidad. Cobertura: NNA entre 7 y 18 años de edad, de sectores poblaciones con vulnerabilidad socioeconómica y cultural; prioritariamente pertenecientes a hogares con jefatura femenina; niños, niñas y jóvenes trabajadores desescolarizados o desplazados por la violencia (idealmente pertenecientes a los niveles I y II de SISBEN).

Instituciones amigables y saludables PDA salud mental (IPS): Realiza capacitación a funcionarios de los centros de atención: Olaya y Sevilla, en temáticas de socialización de la ruta, línea 106, interrupción voluntaria del embarazo y portafolio de servicios de salud mental. También se brinda asesoría técnica a IPS con servicios de salud mental, inducción y re inducción a funcionarios de

salud mental de ámbitos y componentes. Coberturas: Periodo de enero a mayo 2010: asesoría técnica: CAMI Olaya: 5 funcionarias, Sevilla 2 funcionarias. Subgerencia de servicios: 8 funcionarios, 4 funcionarias. Mesa de sexualidad: 14 funcionarias. Inducción y re inducción: 6 funcionarias de ámbitos y componentes de salud mental.

Desde ámbito familiar, se considera que la formación de los jóvenes en educación técnica, tecnológica o profesional es costosa, sumado al hecho que deben trasladarse fuera de su localidad, aumentando los costos de inversión. Por parte de la intervención Discapacidad del Ámbito Familiar, se trabaja de forma articulada para el proceso de ayudas técnicas, acompañamiento a cuidadores, lo cual facilita el desempeño de los jóvenes en alguna actividad de formación o laboral. En el 2009 la meta estaba en 103 casos para los 5 territorios de GSI de todas las etapas de ciclo.

A través del ámbito LABORAL se realizan las siguientes acciones por intervención:

Trabajo infantil: Identificación de niños y jóvenes trabajadores y desescolarizados / atención de casos y canalización intra e interinstitucional. En el 2009 la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral, identificó y caracterizó 177 niños, niñas y adolescentes en la localidad. El 42.9% eran de género femenino y el 57.1% masculino. En el 2010, la línea de intervención de trabajo infantil del ámbito laboral identificó y caracterizó 80 niños, niñas y adolescentes en la localidad.

Laboral desplazados: Mejorar las condiciones de trabajo en seguridad industrial y asesoría de sus derechos como población desplazada.

Laboral Empresas Formales Discapacidad: Sensibilización sobre el decreto 470, Política Pública Distrital de Discapacidad, para que se empoderen de los derechos por personas en condición de discapacidad; también derechos y deberes en salud ocupacional, con el fin de que los jóvenes busquen trabajo en condiciones dignas y seguras.

El ámbito IPS desarrolla las siguientes acciones, como respuestas a las situaciones encontradas en este núcleo problemático:

Fortalecimiento y/o construcción de redes institucionales para la operación de los programas de salud pública con articulación del sector público y privado. Programas de salud pública posicionados e implementados.

Programas de salud pública innovadores, integrales e integrados con enfoque de ciclo vital y guías de atención actualizadas y unificadas.

Profesionales de salud con habilidades, conocimientos y actitudes frente a la salud pública.

Implementación del proceso de humanización en la prestación de los servicios

Programas de salud pública con seguimiento permanente y evaluación periódica.

Avances en el Proceso de Acreditación en las ESEs, incluidos procesos de Salud Pública

Fortalecimiento de los referentes de Intervención al proceso de Calidad, para revisión, adopción y socialización de guías.

Desde la construcción colectiva, crear propuestas que apunten a la garantía de mejores alternativas en salud a la población, es decir, la integración de diversos actores (sociales e institucionales) favorece la lectura de necesidades y la identificación de respuestas que apunten a los requerimientos reales de los grupos poblacionales.

Visitas de verificación por parte de la SDS a las ESEs para certificar la habilitación de los prestadores.

Asignación de mayor presupuesto para ampliar los tiempos e intervención

Implementación, reporte y seguimiento a Indicadores de Impacto de Salud Pública, que relacionan la ejecución de actividades de P y P,

Implementación de la estrategia “IPS Amigas de la Discapacidad y su familia” en las IPS Públicas y Privadas, para sensibilizar al talento humano y prestar servicios con calidad y calidez.

Implementación y reporte de Indicadores Trazadores a los Procesos de Salud

Implementación y reporte de Indicadores de Impacto en Salud Pública

Desde el sector salud se determinó en el plan Distrital de Salud como meta a 2010, haber implementado el programa de promoción de la actividad física en los ámbitos cotidianos de los jóvenes de 13 a 17, años de los colegios intervenidos en cada localidad por parte del programa salud al colegio, en consecuencia hay que contribuir al desarrollo de una educación enmarcada en el reconocimiento del cuidado propio y de la salud, como componentes básicos del bienestar, donde la actividad física es uno de los medios para lograrlo.

Se pretenden afectar los procesos y prácticas pedagógicas de las instituciones educativas, transcurriendo desde las dinámicas escolares cotidianas, como una forma de materializar la acción sobre los determinantes de la calidad de vida de las comunidades educativas. Con esto nació la idea de trabajar en las instituciones educativas con la propuesta de desarrollo de acciones desde un modo de trabajo acompañado y colaborativo por parte del sector salud, apoyados en la construcción de equipos técnicos que adopten pedagógicamente las acciones de salud en el ámbito escolar. El proyecto pedagógico “Tiempo Libre” liderado por la ESE Hospital Rafael Uribe Uribe, se desarrolla en 5 instituciones educativas distritales de la localidad 15. Esta meta se justifica por la dinámica identificada en la mayoría de los colegios frente al desarrollo del proyecto y por la necesidad de fortalecer con mayor dedicación de tiempo, las iniciativas y procesos donde los grupos gestores no demostraron mayor grado de compromiso, además de tener en cuenta que algunos colegios ni siquiera cuentan con maestro de educación física.

Tú vales: Es un programa integral dirigido a mujeres cuidadoras de hogar para la promoción de la actividad física, promoción de espacios libres de humo, incremento en el consumo de frutas y verduras, y liderar cambios. En él se desarrollan 7 sesiones de nutrición, 7 de actividad física, 3 de liderar cambios y 2 sesiones de espacios libres de humo, con cada grupo abordado. Dichas sesiones son de capacitación y educación y tienen como objetivo prevenir la presencia de enfermedades crónicas en la población, y estimular la multiplicación de conocimientos y prácticas aprendidas con su familia y la comunidad en general. Se desarrolla con 2 grupos en la localidad Antonio Nariño, ubicándonos actualmente en el territorio 2 para Antonio Nariño. Metas anual: 24 grupos al año, cada uno con 20 a 25 personas, entre los 18 y 65 años de edad.

Desde la intervención entornos saludables - ámbito familiar se desarrollan acciones: Para el trimestre abril a junio de 2010, se programó la ejecución de 125 visitas de Vivienda Saludable en la localidad Antonio Nariño.

Teniendo en cuenta que se requería terminar procesos iniciados con las familias en el año anterior y cumplir con las metas programadas para el presente trimestre, se dio prioridad a la culminación de los mismos logrando el cierre de 333 procesos educativos. Los temas tratados con las familias hicieron referencia a la vivienda como espacio vital en las que se presentaron

recomendaciones sobre las condiciones de aseo e higiene en espacios familiares y comunes, así como la inocuidad y manipulación de alimentos entre otros.

De igual manera se abordaron temas como manejo adecuado de agua para consumo y re utilización de la misma en el caso de agua para lavar, manejo adecuado de residuos sólidos, prevención de riesgos asociados a productos químicos usados en el hogar, tenencia adecuada de mascotas, prevención y control de plagas. La estrategia realizó su intervención en los micro territorios 6 y 31 de SASC. La meta correspondía a 557 visitas a núcleos familiares conformados por población infantil, juvenil, adultos y adultos mayores. Las acciones realizadas se desarrollan en el territorio GSI 2, UPZ Ciudad Jardín barrio Policarpa, y en el territorio GSI 4, UPZ Restrepo barrios Santander I y II, La fragua, Eduardo Frey y San Jorge Central.

Se inició el proceso de articulación con el Jardín Botánico para fortalecer la seguridad alimentaria a nivel familiar y comunitario. Para cubrir territorio GSI 2, UPZ Ciudad Jardín, barrio Policarpa.

Vigilancia sanitaria: Inspección vigilancia y control a establecimientos abiertos al público e industrias que puedan ofrecer riesgo para la población.

La Secretaria Distrital de Ambiente/Alcaldía Local/Jardín Botánico de Bogotá, realizan las siguientes actividades en todos los territorios de la localidad y para toda la población.

1. Vigilancia y control a industrias de la localidad.
2. Sanciones a infractores de normas ambientales.
3. Control de la contaminación atmosférica.
4. Sanciones a infractores en la localidad.
5. Operativos de control a establecimientos de la localidad.
6. Siembra de árboles en parques.

- **Análisis de respuestas**

Tema generador: Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

En este núcleo problemático se visibiliza las situaciones de riesgo de los jóvenes relacionadas con la salud mental y sexual. Los referentes que trabajan en el proceso de salud mental determinan que el hospital requiere contratar más profesionales y ampliar la cobertura en la localidad, dando mayor respuesta a las necesidades del joven, para esto se debe hacer inversión social para tratar las problemáticas de salud mental.

También proponen como respuestas, abarcar más en la sensibilización de los jóvenes a sus proyectos de vida, procesos de autoestima, procesos afectivos y autonomía y restablecimiento de dinámicas sociales.

El hospital desde la intervención psicosocial tiene proyectos dirigidos específicamente a las familias, orientados a procesos de autonomía, restablecimiento de derechos y educación en el medio familiar y la ampliación de redes de apoyo en la localidad Antonio Nariño.

Se encuentran como brechas partiendo de la no existencia de un sistema de aseguramiento equitativo, ni acorde a las necesidades y condiciones sociales de la población. Las metas contratadas por SDS no tienen suficiente cobertura para atender todos los casos de salud mental, de igual manera la cobertura de Salud a su Casa no llega a la totalidad de la localidad.

Algo de vital importancia es que las instituciones del estado trabajan de forma desarticulada frente a los eventos relacionados con la salud mental, a pesar de que existen redes conformadas por instituciones todavía, falta seguir avanzado en este proceso.

La comunidad según sus necesidades esperan acciones resolutivas como programas, proyectos que los envuelvan, sentirse apoyados desde los espacios locales de gestión por las instituciones ocupando más sus tiempos libres y el reencuentro familiar.

Una de las grandes falencias o brechas para dar una íntegra solución en lo que refiere la salud mental desde el hospital, es la contratación del POS, el cual hace que solo se cubra cierta parte mínima en los tratamientos a la población, teniendo en cuenta además que el nivel de atención del hospital, no permite dar mayor respuestas a las necesidades de los jóvenes en cuanto a servicios especializados como psiquiatría, y en temas de respuesta frente al consumo de SPA. Otra falencia es la poca cobertura que tiene el hospital para la localidad Antonio Nariño.

En lo que refiere a las situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad para los referentes que trabajan en salud sexual y reproductiva, analizan las brechas como el desconocimiento que existe frente a los derechos sexuales y reproductivos por parte de los y las jóvenes en todo lo que se refiere al manejo de ITS, VIH y VPH.

Es importante brindar asesoría a los profesionales de la salud en los derechos sexuales y reproductivos para que de esta manera sean multiplicadores de información a los usuarios que asisten a consulta. Existe la necesidad de ampliar la cobertura de estas acciones en la localidad Antonio Nariño debido a la poca presencia de IPS del Hospital Rafael Uribe, aumentando el número de profesionales y recursos económicos

Se identifican barreras de acceso a los servicios de salud en lo que implica la condición de aseguramiento, pues muchas veces los jóvenes son remitidos constantemente a otras IPS para continuar con el tratamiento, esto sumado a insuficiente cobertura para la población por la alta demanda y a las deficiencias encontradas en el sistema de información de referencia y contra referencia.

Otro de los riesgos relacionados con la sexualidad es el alto índice de prevalencia en embarazos de adolescentes. Los referentes que realizan acciones de seguridad alimentaria y nutricional efectúan su análisis teniendo en cuenta que una adolescente en gestación por su temprana edad para concebir, generan complicaciones que se ven reflejadas en el bajo peso tanto de la madre como del recién nacido al nacer.

Las brechas analizadas por el hospital son la falta de identificación real del número de gestantes de la localidad hechas por SISVAN, falta una mayor sensibilización a este grupo poblacional frente a los hábitos de consumo alimentario.

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la Salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades

Las propuestas que se dan son la de elaborar una guía de educación para la alimentación de las adolescentes gestantes, con el fin de ser entregados a las IPS con énfasis en aquellas donde se dictan los cursos prenatales. Se debe hacer mayor educación en los hábitos alimentarios en los procesos previos al embarazo.

Tema generador: Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

Para este núcleo problema se tienen en cuenta las deficiencias en la educación y el acceso del joven al mundo laboral. Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de que haya una mayor articulación intersectorial; el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la alcaldía local diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

En cuanto a lo desarrollado por el hospital y educación, se propone un proyecto de salud ocupacional para los jóvenes de grado décimo y undécimo, que les brinde elementos conceptuales que permitan buscar condiciones dignas y seguras de trabajo, conocer sus deberes y derechos evitando su vulnerabilidad,

Deben existir escuelas de formación en el arte u oficio con énfasis en salud ocupacional. Frente a las inspecciones de trabajo se requiere mayor control que proteja al joven de las condiciones que afectan su calidad de vida y salud, cumpliendo así con lo estipulado por la ley.

Para la población en condición de discapacidad hay una alta incidencia de desempleo y no es posible dar un cubrimiento total a las necesidades básicas de desarrollo personal. Se propone entonces sensibilizar a las grandes empresas de la localidad sobre la normatividad vigente de beneficios, a los que pueden acceder personas en condición de discapacidad. La población en condición de desplazamiento y perteneciente a etnias también se deben priorizar en la oferta de mejora social y productiva. Se plantea la formación de programas y proyectos específicos para los y las jóvenes. En la gestión local, se debe trabajar más en el conocimiento de las políticas públicas en sus deberes y derechos para la población étnica y en desplazamiento.

Es difícil medir brechas en cada una de las líneas de intervención del ámbito laboral, ya que por ejemplo para el caso de Unidades de Trabajo Informal no existen documentos de Diagnóstico que den una cifra exacta del número de empresas informales en la localidad, además la dinámica actual hace que se abran y se cierren empresas con frecuencia, ya que algunas no se logran consolidar. Sin embargo existen algunos factores que pueden ocasionar brechas en los resultados esperados como son:

La no implementación por parte de las y los trabajadores de las recomendaciones propuestas por los profesionales. La creencia de que la formalización acarrea mayores cargas tributarias. La falta de recursos por parte de los empresarios para realizar los cambios sugeridos.

Poco a poco el ámbito laboral, apoyado con la línea de intervención Red Local de Salud y Trabajo del componente de gestión local y las actividades realizadas por el Hospital Rafael Uribe Uribe, han ganado un reconocimiento a nivel local y se han logrado articulaciones importantes con instituciones, como por ejemplo el Instituto San Pablo Apóstol, quien articulo la intervención en algunos grupos para la Formación de Líderes en Salud y Trabajo.

Para la población en condición de discapacidad hay una alta incidencia de desempleo y no es posible dar un cubrimiento total a las necesidades básicas de desarrollo personal. Se propone entonces sensibilizar a las grandes empresas de la localidad sobre la normatividad vigente de beneficios a los

que pueden acceder personas en condición de discapacidad. También sería pertinente tener más acceso a capacitaciones dadas desde el ámbito comunitario, con el fin de garantizar otra vía de acceso económica, generada de manera independiente para así no estar en la larga lista de espera a la que se ven frecuentemente expuestas las personas en condición de Discapacidad. La población en condición de desplazamiento y perteneciente a etnias, también se deben priorizar en la oferta de mejora social y productiva. Se plantea la formación de programas y proyectos específicos para los y las jóvenes. En la gestión local se debe trabajar más en el conocimiento de las políticas públicas en sus deberes y derechos para la población étnica y en desplazamiento.

Existe poca oportunidad de trabajo ya que las empresas tienen temor a contratar por la capacidad de rendimiento que puedan tener las personas con discapacidad. También faltan oportunidades para continuar sus estudios o seguir carreras técnicas o profesionales, ya que no cuentan con los recursos económicos para esto. El embarazo en la persona con discapacidad, es un factor determinante en su desarrollo personal ya que sea hombre o mujer, no están en la capacidad sea por su edad o tipo de discapacidad o recurso económico, de brindarle la calidad de vida al bebé.

Tema generador: Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

Son muchas las falencias del sistema de salud teniendo en cuenta la crisis actual por la cual esta pasando el país. Para la población vulnerable esto se evidencia aún más teniendo en cuenta las condiciones de pobreza en las que viven, creando barreras de acceso al servicio de salud.

Se propone para las personas en condición de discapacidad hacerles un estudio profundo para que no se les tenga en cuenta un nivel de SISBEN.

La oferta del hospital es básica en servicios asistenciales, limitando la atención especializada. Se propone entonces que desde el nivel distrital se amplíe mediante inversión económica la cobertura al menos en los centros de salud mejorando la infraestructura.

Existe mucha apatía de los jóvenes frente a los servicios de salud, las razones van desde sus condiciones económicas y la situación a la que se enfrentan cuando cumplen la mayoría de edad y quedan por fuera del sistema de salud, ya sea por que no están estudiando o porque no laboran en la formalidad.

El perfil epidemiológico morbi – mortalidad continúa en aumento en esta población, es aquí donde se propone bajar estos índices mediante la implementación de un servicio de salud amigable para los jóvenes, que ofrezca lo adecuado según la expectativa que tienen.

En cuanto a la salud oral, aun se mantiene la alta prevalencia de enfermedades orales a pesar de las acciones realizadas en promoción y prevención. El hospital no cuenta con un registro de índice COP de dientes cariados, obturados y perdidos que ayude al análisis de situación oral de los y las jóvenes.

Es necesario ampliar los tiempos en los tratamientos odontológicos para garantizar buenos resultados, teniendo en cuenta que el tiempo estipulado es de 20 minutos por paciente de régimen subsidiado y 40 minutos de régimen vinculado o Fondo Financiero Distrital.

Se debe mejorar lo plasmado en bases de datos del hospital que tengan que ver con las diferentes patologías consignadas desde los códigos de CIE 10, para que puedan ser bien interpretados. Las acciones realizadas en Salud a su Casa y al colegio en higiene oral, no dan cuenta específica de la situación real de los jóvenes en su salud oral, puesto que solo se limitan a realizar control de placa bacteriana.

Debido a la alta demanda en tratamientos de odontología, las personas que asisten por urgencias no son atendidas con prioridad, por lo que se propone que exista un odontólogo exclusivo para atender las urgencias.

Algo muy importante es que no hay cobertura total en tratamientos especializados de odontología, como lo son la rehabilitación oral en temas de prótesis, radiología oral ortodoncia, ortopedia maxilar y periodoncia. Existen tratamientos de endodoncia pero solo en dos IPS del hospital para las 2 localidades.

Por todo esto, se ve la necesidad de incorporar un referente exclusivo para el PDA de salud oral, que pueda posicionar la política pública y direccionar acciones de manera articulada en el hospital.

Las metas en régimen subsidiado y vinculado no se alcanzan a cumplir en Jóvenes (Detección de alteraciones). Los resultados de 40 encuestas realizadas a adolescentes y jóvenes, entre 10 a 26 años (70% mujeres y 30% hombres) en abril de 2010, en los centros de atención, Olaya, San José, Chircales, Diana Turbay y San Jorge, revelaron: barreras de acceso por trato, no alcanzan las fichas para darle las citas, capacidad instalada deficiente, remisión para entrega de medicamentos al Olaya, Diana Turbay y Bravo Páez y con las EPS subsidiadas que tienen convenios, la prueba de VIH solo se realiza con EPS contratadas. Se realizan remisiones para laboratorio Clínico en la Candelaria, lo cual dificulta el desplazamiento porque no tienen para el transporte.

Múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, entre las que se destacan las geográficas, culturales y económicas, por régimen: Para los eventos de salud mental y violencia sexual existen barreras en la atención por urgencias y por los regímenes de salud. En cuanto a la canalización inadecuada de estos mismos eventos, hay desconocimiento por parte de profesionales del PIC, a pesar de que conocen la ruta de atención, no la aplican por ceñirse al lineamiento PIC (especialmente violencia sexual en menores).

Las guías de atención para salud oral no están actualizadas, lo cual genera diferencias en las intervenciones educativas, lo cual influye en el mantenimiento de la prevalencia de enfermedades en salud oral.

En la ESE, las instituciones prestadoras de servicios de salud, evidencian debilidades en su infraestructura, recursos físicos y talento humano, lo cual incide en la calidad de la atención y eventos adversos en la población.

El sistema de contratación impone cumplimiento de metas de actividades y por ende de facturación lo que afecta la forma de contratación del talento humano y sus procesos de cualificación. El cumplimiento de metas restringe la calidad y calidez en la atención de pacientes y en el PIC, sumado a la falta de destinación de tiempo para realizar actividades de articulación u otras acciones que permitan mejorar calidad de vida de los usuarios. También la continuidad, sostenibilidad y productividad de procesos se ve afectada por tipos de contratación del personal.

En población con discapacidad no se cuenta con servicios de salud accesibles a nivel físico y actitudinal. Algunos centros de atención, como SAN JORGE, donde todos los consultorios se ubican en el 2 piso, se observan paciente en sillas de ruedas que no pueden subir o lo hacen bajo riesgo de accidentes, ANTONIO NARIÑO no entra la silla de ruedas al consultorio. En Diana Turbay y Lomas, tampoco entran las sillas de ruedas. IPS realizó caracterización de los centros, se radico en SDS y se presento a Coordinación de salud pública. Se elaboró protocolo de traslado de personas de silla de ruedas al sillón odontológico, para evitar accidentes de trabajo o accidente adverso, el protocolo lo están validando en los centros para posterior aprobación por la oficina de calidad.

De igual forma se observan servicios y programas fragmentados que responden a una visión fragmentada de la realidad de la persona y no da respuesta a la complejidad de sus necesidades. Baja capacidad instalada.

Existe un sistema de evaluación y seguimiento con algunas deficiencias, que no ha permitido crear una línea de base para acciones integrales y unificadas. No existen indicadores de impacto para medir eficiencia de acciones sobre la calidad de vida y salud de las personas. En el balance Score Card están unificados, se podrían subir indicadores de impacto. Desde enero de 2010, el ámbito IPS inicio manejo de indicadores de impacto.

Tema generador: Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

En el hospital, el área que maneja el proceso relacionado con el medio ambiente tiene dentro de sus análisis, que la vigilancia sanitaria realizada a establecimientos abiertos al público no es suficiente para garantizar un acceso adecuado a productos de calidad, incidiendo así en la salud y calidad de vida de los y las jóvenes. Las acciones desde secretaria de ambiente no alcanzan la cobertura ideal por falta de recursos económicos y profesionales. En la localidad Rafael Uribe hay insuficiencia en las actividades de control de población canina callejera. Se cuenta con solo una plaza de mercado con carencia en adecuadas condiciones sanitarias y estructurales, lo que afecta el buen acceso de alimentos sanos.

En la localidad Antonio Nariño hay insuficiencia en las actividades de control de población canina callejera. La plaza de mercado del Restrepo no está en adecuadas condiciones sanitarias y estructurales, lo que afecta el buen acceso de alimentos sanos. En la localidad en su área industrial, existe falta de responsabilidad y compromiso en el no deterioro del medio ambiente local.

Se cuenta con un solo referente para GESA en las 2 localidades y algunos de los espacios de discusión no avanzan positivamente.

Se propone que lo realizado por el Jardín Botánico aumente su cobertura en las actividades de reforestación y recuperación de zonas verdes públicas.

Desde la comunidad, se tienen malos hábitos por parte de los jóvenes, quienes agreden con sus conductas el ambiente y contribuyen con el deterioro del mismo.

Las propuestas para dar solución son destinar mayor cantidad de recursos económicos para el hospital y así ampliar la cobertura tanto en control y educación a la población, la alcaldía local debe gestionar el control de las ventas informales y velar por el buen abastecimiento de alimentos de calidad a personas de escasos recursos. Se debe vincular a los procesos ambientales, colaborando con las entidades y trabajando en Pro de los derechos del medio ambiente.

Una de las debilidades identificadas por el Ámbito Escolar, en cuanto a condiciones para actividad física es no tener conformado el Consejo Local de Deportes, lo que no ha permitido que surjan propuestas por parte de las comunidades educativas y comunitarias para abordar y trabajar temas de promoción de la actividad física, espacios y elementos para la realización de actividades deportivas y recreativas que permitan el buen aprovechamiento del tiempo libre por parte de la comunidad educativa y la comunidad en general.

Los sitios donde los jóvenes realizan sus prácticas recreo-deportivas, se ven limitados en ocasiones por la inseguridad de cada sector y el consumo de sustancias psicoactivas en los parques, como es el caso del parque Diana Turbay (Territorio Diana Marruecos) y el parque metropolitano Bosques de San Carlos (Territorio Colinas).

Una opción podría ser implementar más programas de deportes, recreación y actividad física dirigidos a toda la población y a todas las etapas de ciclo. Para garantizar que la oferta supla la demanda, debe iniciarse un trabajo articulado entre todas las instituciones de la localidad que aporten en este sector, así mismo, debe realizarse un ejercicio muy juicioso y coordinado, delegando funciones, con el fin de abarcar todos los aspectos relacionados con el tema y de esta manera lograr una mayor cobertura.

4.4.3 Etapa Adulterez

A continuación se presentan los resultados del ejercicio de consolidación de la matriz de respuestas, del cual aún se observan dificultades para entregar información diferencial y por territorio social por parte de los ámbitos, PDA y TVS. A nivel general se muestra que los núcleos problemáticos relacionados con salud mental, obtuvieron mayor número de respuestas por diferentes actores del hospital.

- **Balance de la oferta actual**

Por gestión Local: Se realizan las siguientes actividades: visualización y reconocimiento de necesidades en salud de la población, posicionamiento en las agendas locales institucionales de estas mismas necesidades con miras a accionar de forma interinstitucional. Identificación de necesidades y construcción de diseño de respuestas integrales. Posicionamiento de respuestas integrales en mesas, comités y redes locales.

Sistema de vigilancia para la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (SIVIM): Se realiza seguimiento a casos prioritarios (presunto abuso sexual y/o aquellos que revisten riesgo de fatalidad), o de control (casos que se encuentran intervenidos por otras instituciones) a través de IEC (investigaciones epidemiológicas de campo), consulta programada, seguimiento telefónico, canalización a instituciones.

Durante el proceso de seguimiento los profesionales encargados del caso asesoran, orientan y realizan acompañamiento si así lo requieren las víctimas de alguna situación de violencia.

Desde la TVS Género-componente mujer: Se realiza posicionamiento de la política pública de género y LGBT en los diferentes espacios. Se llevan a cabo jornadas de sensibilización con las mujeres como 8 de marzo día internacional de los derechos de las mujeres, 28 de mayo día internacional por la salud de las mujeres y 25 de noviembre día de la no violencia contra las mujeres y 16 días de activismo. Proyecto intercambio saberes: 20 hombres - 23 mujeres. Jornadas de salud: 7 mujeres de la etapa juventud. Esta transversalidad coordina sus acciones con diferentes instituciones como son: Casa de igualdad de oportunidades, punto focal de las alcaldías y abogada jurisperita.

A través de las líneas de acción de la Intervención Salud mental- Ámbito Comunitario, es preciso señalar que en el año 2009 se desarrollaron acciones de fortalecimiento técnico a 10 organizaciones en la localidad de Antonio Nariño. Para dar respuesta a las problemáticas encontradas en la lectura de necesidades se desarrollaron temáticas tales como: participación, control social, veeduría, redes sociales, enfermedades prevalentes de las personas mayores, primeros auxilios, actividad física, salud mental, entre otros.

Cabe aclarar que este ejercicio no cuenta con una minuciosa descripción de los barrios a los que pertenecen estos grupos y organizaciones.

En cuanto al trabajo desarrollado durante el Primer semestre del 2010, se continua con el fortalecimiento técnico a 5 organizaciones por localidad, adicional se realiza fortalecimiento

técnico a los referentes responsables de las líneas de acción que viajan por el Ámbito Comunitario en temas solicitados por ellos para la intervención con los grupos con el fin de generar habilidades en el abordaje comunitario.

En la localidad Antonio Nariño los grupos y organizaciones están ubicados en los territorios 1, 2,3 y 5. Así:

- Territorio 1: Grupo parroquial dulce hogar ubicado en el barrio Villa Mayor.
- Territorio 2: Organización Familias en Acción: Ubicado en el barrio Santander.
- Territorio 3: Fundación mis sueños ubicado en el CDJ en el barrio Restrepo, y Grupo Nueva Esperanza, ubicado en la Alcaldía Local de Antonio Nariño, en el barrio Restrepo.
- Territorio 5: Grupo Milagro de Vida: Ubicado en el barrio Caracas.

Con un total de 33 participantes, entre ellos 32 mujeres y un hombre.

Promoción y Fomento de la Salud Mental, desde el ámbito comunitario: En la localidad Antonio Nariño se trabajó con el grupo Promadin, hoy llamado Vivencias del territorio 3 de Ciudad Jardín.

TVS Género/Componente mujer: Posicionar el tema de política pública de mujer y género, y el plan de igualdad de oportunidades, y los 6 derechos que contempla el plan; adicionalmente realizar acciones que ayuden a la transversalización de género como categoría analítica. Cobertura: Trabajo con organizaciones de mujeres, funcionarias y funcionarios de los diferentes instituciones en los territorios GSI.

Instituciones amigables y saludables PDA salud mental (IPS): Realiza capacitación a funcionarios de los centros de atención: Olaya y Sevilla; en temáticas de socialización de la ruta, línea 106, Interrupción voluntaria del embarazo y portafolio de servicios de salud mental. También se brinda asesoría Técnica a IPS con servicios de salud mental, inducción y re inducción a funcionarios de salud mental de ámbitos y componentes. Coberturas: Periodo de enero a mayo 2010: asesoría técnica: CAMI Olaya: 5 funcionarias, Sevilla 2 funcionarias. Subgerencia de servicios: 8 funcionarios y 4 funcionarias. Mesa de sexualidad: 14 funcionarias. Inducción y re inducción: 6 funcionarias de ámbitos y componentes de salud mental.

El centro de escucha Granjas de San Pablo del HRUU, realiza la atención a víctimas de violencias, comprende 13 acciones, donde se realiza una evaluación y un Diagnóstico, lectura del paciente y sus redes de apoyo, se establece un plan de tratamiento y unos objetivos, diligenciamiento de ficha SIVIM, articulación de caso por trabajo social y psicología, y psicoterapia. Se benefician adultos y adultas pertenecientes al Fondo Financiero de salud de los 5 territorios sociales.

En el año 2009, la intervención Psicosocial atendió un total de 17 casos de adultos y adultas, los cuales representan el 26,5% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (64 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud familiar en las mujeres equivalente al 82% del total de la población reportada. La distribución de casos según territorio social fue: TERRITORIO 2 (6 casos que equivalen al 35% del total reportado), TERRITORIO 4 (11 casos que equivalen al 17% del total reportado).

En el programa Tú Vales del Ámbito comunitario, se desarrollan de 7 sesiones de Actividad Física, 7 de patrones de consumo sano, 3 de Lidera Cambios y 2 sesiones de Espacios Libres de Humo, por cada grupo participante. Dentro de estas sesiones se abarcaron temas acordes a las

necesidades establecidas, tratando de mejorar el estilo de vida de las personas asistentes y sus familias. La cobertura fue de 2 grupos en la localidad Antonio Nariño.

Por parte del Ámbito familiar/ Intervención Discapacidad, se realiza activación de redes de apoyo, visita domiciliarias de acompañamiento al núcleo familiar. Proceso de canalización en la transversalidad de discapacidad, Gestión local, Alcaldía, SIS. Cobertura: se han atendido adultos y adultas en los barrios Restrepo, Ciudad Jardín, Policarpa y Santander.

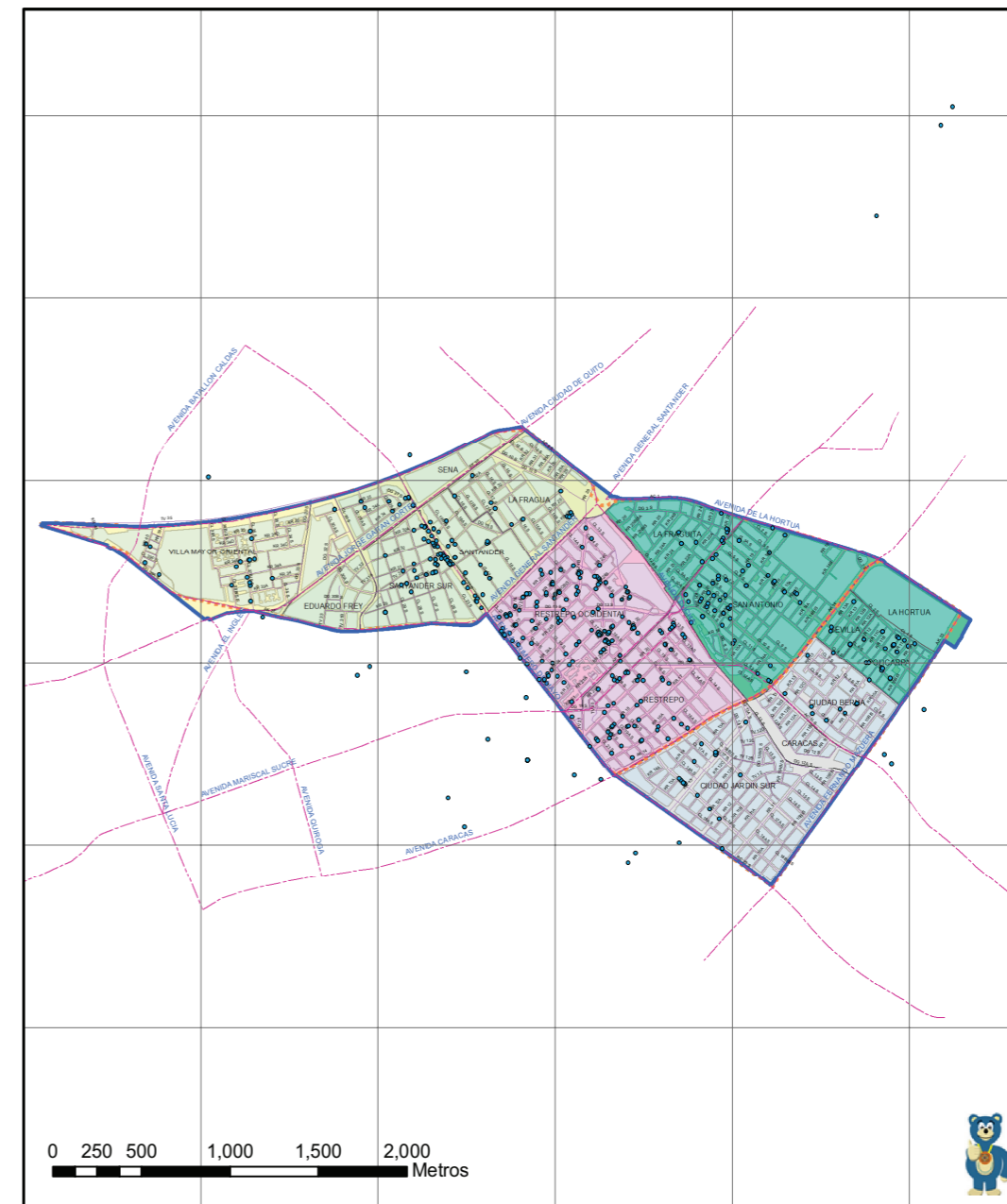
Por el Ámbito laboral, se realizan acciones desde las diferentes intervenciones encaminadas a mejorar condiciones laborales, de trabajo, en seguridad industrial y asesoría de sus derechos, así como de acceso a la formalidad laboral en la población adulta, analizadas para este núcleo problemático:

1. Asesoría a empresas para la inclusión laboral de hombres y mujeres con discapacidad en edad productiva: En el 2008 se sensibiliza a 43 trabajadores y trabajadoras de 6 moteles, sobre la importancia y responsabilidad que tenemos todas las personas hacia hombres y mujeres en situación de discapacidad.

En el 2009 se trabajo con 144 empresas y para el 2010 se espera intervenir 20 empresas.

2. Unidades de Trabajo Informal: En el año 2009 se intervinieron 430 Unidades de Trabajo Informal, de acuerdo a los datos encontrados en las caracterizaciones correspondientes se focalizaron 1063 trabajadores. Para el año 2010 se caracterizaron en total 207 empresas. Las actividades económicas priorizadas fueron calzado, restaurantes, lavanderías, panaderías, peluquerías y otros tratamientos de belleza (ver Mapa 18).

Mapa 18. UTIS Ámbito Laboral. Localidad Antonio Nariño



- UTIS - AntonioNariño
- Vias Principales
- Malla Vial
- Manzanas
- ▭ Limite de Localidad
- ▭ Limite de UPZ
- ▭ Territorio 1
- ▭ Territorio 2
- ▭ Territorio 3
- ▭ Territorio 4
- ▭ Territorio 5

ESCALA 1:30.000
Sistema de Proyección
Coordenadas Planas Cartesianas
Datum: MAGNA - SIRGAS
Límite de Localidades (Res. 233629 de Abril de 2004)



Fuente: Base Cartográfica SDIS Secretaría Distrital de Integración Social - UAECU Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe

Fuente: Base cartográfica Secretaria Distrital de Integración Social SDIS - Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital UAECU - Referentes E.S.E Hospital Rafael Uribe.

3. Plazas de Mercado: La localidad Antonio Nariño cuenta con dos plazas de mercado, la Plaza del barrio Restrepo (territorio 3 de GSI) y la Plaza del Barrio Santander (territorio 2 GSI), la primera es ampliamente reconocida a nivel local y Distrital, dada la oferta de productos y de público que origina sobre ocupación por parte de los comerciantes. En el 2010 se vienen adelantando las siguientes acciones: Sensibilización y socialización del Plan de Emergencias. Sensibilización de DPAE Bogotá con los pies en la tierra y las 6 jugadas maestras.

4. Formación de líderes en Salud y Trabajo: Durante el año 2009 se realizó el proceso con tres grupos: ASOVICAR, ASOCAMION y Grupo de adultos mayores de Ciudad Berna.

Para el año 2010, se está trabajando con tres grupos así:

1. Grupo de venta de Comidas del sector Cuatro Vientos. Localizado en la carrera 26 número 19-57.
2. Grupo de Salón Comunal Barrio Santander de la localidad Antonio Nariño.
3. Grupo asociación de vendedores de partes de vehículos del Barrio Restrepo.

Con la intervención de discapacidad/ámbito laboral, se ha logrado mejorar las condiciones de trabajo y se ha brindado asesoría de sus derechos y deberes, así como de acceso a la formalidad laboral en la población adulta con discapacidad, prevención de limitaciones evitables relacionadas con el trabajo, en las UPZ Restrepo y Ciudad Jardín.

PDA SSR/IPS: Componente ITS-VIH: El componente de VIH-ITS para el ámbito IPS evalúa las acciones que se realizan para el seguimiento y control de los casos de VIH y Sífilis tamizados en nuestra institución, positivos, con el fin de garantizar un tratamiento oportuno al momento de la confirmación del Diagnóstico y la adherencia al programa respectivo.

Para el año 2009 se presentaron 12 casos para Sífilis Gestacional reportados y 2 casos congénitos, de los cuales el 100% fueron mujeres del grupo de edad de 25 a 29 años usuarias mujeres gestantes. 5 casos de VIH Positivos grupo de 24-27 años, dos casos femeninos y tres casos masculinos.

Detección de Cáncer Cuello de Uterino (CCU): El programa de detección de cáncer de cuello uterino se ejecuta en los Centros de Atención, para el año 2009 se tomaron en general para la ESE 13.909 citologías.

La frecuencia de eventos reportados al SIVIGILA 2008, relacionados con este núcleo, se exponen en el Capítulo 3.

Gestión local: movilización social por el derecho a la alimentación. Realiza educación en: política de SAN, derecho a la alimentación, componentes de la SAN. También se adelanta promoción de condiciones favorables para la vida cotidiana y aquellas que contribuyen al logro de patrones de consumo alimentarios adecuados, en las UPZ de Restrepo y ciudad Jardín.

Ámbito comunitario/ Tú vales. Brinda educación en: Definición de alimento, nutriente, nutrición y alimentación, DNT, Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, Grupos de Alimentos, Manipulación de Alimentos, Almacenamiento y Conservación de los Alimentos, Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Distribución del Presupuesto Familiar, Necesidades nutricionales y Porciones según grupo de Edad, Elaboración de una Minuta, Creencias frente al consumo y mezcla de frutas y verduras. Con cobertura de 2 grupos en la localidad. Dentro del programa se incluyen precisamente la gran mayoría de temas necesarios para estimular y mejorar las condiciones de vida de las personas de los grupos, enfocados a mejorar sus prácticas alimentarias aumentando el

consumo de frutas y verduras, enseñando la adecuada manipulación de los alimentos y el manejo del presupuesto familiar entre otros, la demostración de las prácticas de actividad física adecuadas, el conocimiento de los parques de la localidad, la enseñanza de todos los efectos perjudiciales del cigarrillo y la resolución y manejo del conflicto entre otros; además se trata de incluir dentro de lo posible, temas adicionales que den respuesta a los requerimientos planteados por los participantes.

PDA Crónicos/IPS: En el programa a personas con condiciones crónicas de a ESE se atiende a la población de la localidad Antonio Nariño (15) con tres CAMIS y seis UPA, en los cuales se prestaron los servicios de consulta externa y Urgencias, 29.380 consultas en el año 2009.

En la distribución por ciclo vital el 66% corresponde a personas con edades iguales o mayores a 60 años, el 27 % con edades entre los 45 a 59, el 6 % con edades de 27 a 44 y el 1% de 19 a 26 años.

En la distribución por genero, el 66 % es femenino y el 34 % masculino.

Distribución por aseguramiento: Subsidiados 64%, Vinculados 35%, Vinculados Desplazados 1%.

El programa en la institución consta de cuatro componentes: Promoción y Prevención, Detección de Alteraciones, Tratamiento y Rehabilitación.

La siguiente es la distribución por territorio y UPZ:

LOCALIDAD	TERRITORIO	UPZ	CENTRO DE ATENCION	No. consultas Personas con DM, HTA, EPOC 2009	PORCENTAJE
Antonio Nariño (15)	Restrepo	Ciudad Jardín	UPA Antonio Nariño	821	3

- **Análisis de la respuesta**

Tema generador: Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

Desde la Vigilancia Sanitaria, como componente ambiente del HRUU, se evidencia que las actividades de control de la población canina callejera son insuficientes para toda la demanda presente en la localidad. La presencia institucional de la Secretaría de Ambiente y sus acciones no cubren la totalidad del territorio, ni alcanza la cobertura total en sus acciones, porque existe déficit de personal. La carencia de una plaza de mercado en adecuadas condiciones sanitarias y estructurales afecta el buen acceso a alimentos sanos, problema que es de la Alcaldía local. IDU: la presencia de vías en malas condiciones afecta la salud de las personas que están cerca de las avenidas. Industria: la falta de responsabilidad y compromiso de los industriales deteriora la calidad del ambiente local.

Por parte de la intervención GESA (Gestión Local), se cuenta con un referente para las dos localidades y algunos de los espacios de discusión no avanzan positivamente, por la falta de tiempo disponible.

En general la comunidad continúa con malos hábitos que agreden con sus conductas el ambiente y contribuyen con el deterioro del mismo. Por tanto se debe replantear las estrategias de sensibilización y educación impartidas o ausentes en muchos casos por la falta de recurso humano y por otro lado, el cumplimiento de sanciones a que haya lugar en caso de presentarse

estos comportamientos.

La localidad no está diseñada para el correcto tránsito de las personas en condición de discapacidad.

Tema generador: Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

PDA Salud Mental: Las dificultades radican en la falta de coherencia en la línea técnica, de las intervenciones en Salud Mental, falta de articulación con el grupo funcional de Salud Mental de la SDS, no está activo el Comité de Salud Mental Distrital, alta rotación de los referentes de Salud Mental y desactualización de la Política Distrital de Salud Mental. Falta del desarrollo de documentos, guías, estrategias que sustenten lo que es Desarrollo de Autonomía en Salud Mental.

Por ámbito comunitario: Deserción de los diferentes participantes, los diferentes imaginarios culturales de las comunidades, desarticulación de los diferentes ámbitos de trabajo.

En el trabajo con FAMIS, una de las principales brechas que se cree existe, es la neutralización de la violencia contra la mujer como un imaginario cultural. No existen programas que tengan cubrimiento para fortalecer la estructura afectiva de las usuarias, lo que hace que a pesar que conozcan las rutas de atención a las diferentes violencias continúen en el ciclo del maltrato, sumado al nivel de stress que esta población reporta, el sistema de aseguramiento les impide acceder a alternativas terapéuticas de calidad en salud mental, lo que desafortunadamente incrementa esta misma problemática, sumándose además la mala situación económica por la que atraviesan generando altos niveles de frustración y desesperanza.

Por SIVIM: Aunque la ficha SIVIM se actualizó en el año 2007, es necesario realizar ajustes a la misma. Falta apoyo de las instituciones para oportunidad y efectividad en la atención de casos remitidos. No se reportan los accidentes, amenazas y agresiones de trabajo de los psicólogos a la SDS ni a la ESE, para implementar acciones de salud ocupacional al riesgo psicosocial y de seguridad. No se logra atender toda la demanda del Distrito por falta de recurso humano. No se lleva a cabo un registro articulado a nivel de red distrital que permita el reconocimiento y seguimiento de los casos notificados.

Realización de apoyos frente a los eventos del SIVIM para el logro de autonomía y familiar, restitución de derechos y la reestructuración de las familias. Poco tiempo que se tiene para intervenir en cada caso, no se cuentan con los recursos suficientes ni medios adecuados para disminuir la problemática.

El sistema judicial del país es muy corto frente a las acciones que se deben tener contra el agresor y la protección a la víctima, ya que muchas veces no se cuenta con la evidencia física del hecho.

Ámbito familiar- Intervención psicosocial: La definición presupuestal establecida por SDS de salud, no es suficiente para dar cumplimiento a las acciones exigidas por lineamientos.

Falta de sensibilización adecuada de los equipos SASC y otros equipos, para generar un mayor número de canalización de casos, debido a que se desconoce los criterios definidos por la escala del CIE 10. Se hace necesario definir criterios de inclusión a las familias teniendo como base el riesgo psicosocial, que no solo está enmarcada por la presencia de enfermedad.

No hay suficiente oferta de servicios a nivel distrital para la remisión de algunos eventos, especialmente los relacionados con consumo de sustancias psicoactivas, la poca oferta esta dirigida a situaciones relacionados con el consumo crónico y muy poca oferta a nivel de consumo incipiente.

Existen múltiples imaginarios sociales y culturales asociados a la salud mental, la percepción de las comunidades se limita hacia la situación de patologías evidentes, “yo no estoy loco, yo no necesito un psicólogo”, estos imaginarios hacen que la intervención pierda la importancia que tiene la salud mental en lo social.

La oportunidad de atención en las instituciones que tienen a cargo los procesos resolutivos de salud mental son de tiempo extenso, lo que hace que el usuario termine por desistir en recibir una atención específica en salud mental.

La información de las canalizaciones recibidas es incorrecta, en muchos de los casos, referido a la dirección y/o teléfono; lo cual dificulta o impide el contacto con el usuario.

La intervención desde el lineamiento, los tiempos asignados y el presupuesto no contemplan el acompañamiento que el profesional debe realizar en muchos casos en los que se necesita una intervención integral, con participación intersectorial oportuna.

El sistema judicial del país es muy corto frente a las acciones que se deben tener contra el agresor y la protección a la víctima, ya que muchas veces no se cuenta con la evidencia física del hecho.

Baja notificación de eventos de maltrato familiar por temor a la denuncia, ya que el agresor cuenta con mucho tiempo para seguir ejecutando sus agresiones (los procesos judiciales son muy demorados).

Tema generador: Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas

Ámbito laboral: Es difícil medir brechas en cada una de las líneas de intervención ya que por ejemplo para el caso de Unidades de Trabajo Informal, no existen documentos de Diagnóstico que den una cifra exacta del número de empresas informales en la localidad, además la dinámica actual hace que se abran y se cierren empresas con frecuencia ya que algunas no se logran consolidar.

Sin embargo existen algunos factores que pueden ocasionar brechas en los resultados esperados como son:

La no implementación por parte de las y los trabajadores de las recomendaciones propuestas por los profesionales.

La creencia de que la formalización acarrea mayores cargas tributarias.

La falta de recursos por parte de los empresarios para realizar los cambios sugeridos.

Poco a poco el ámbito laboral, apoyado con la línea de intervención Red Local de Salud y Trabajo del componente de gestión local y las actividades realizadas por el Hospital Rafael Uribe, han ganado un reconocimiento a nivel local y se han logrado articulaciones importantes con instituciones, como por ejemplo el Instituto para la Economía Social, con quienes se articuló

la intervención en el CED Centenario y algunos grupos para la Formación de Líderes en Salud y Trabajo.

Por la TVS Discapacidad: Desde el ámbito familiar se presenta una brecha frente al direccionamiento que se realiza a las asesorías domiciliarias. Desde el ámbito laboral se detecta que es poca la articulación entre los ámbitos para retroalimentar la base de datos con perfil, para procesos de inclusión laboral desde la misma comunidad. El perfil académico de la población en condición de discapacidad es muy bajo.

Por parte del ámbito IPS del HRUU, se encuentra que: no hay actualización, unificación en el manejo y aplicación de las guías, protocolos y procesos de atención en las IPS para los programas y procesos de salud pública. Genera complicaciones en el estado de salud de la población adulta y persona mayor según información del comité técnico enfermedades crónicas 2009-2010- evaluación adherencia a guías de P y P marzo 2010. Salud mental: la demanda está desbordada por casos reportados.

En las ESE, las instituciones prestadoras de servicios de salud, evidencian debilidades en su infraestructura, recursos físicos y talento humano, lo cual incide en la calidad de la atención y eventos adversos en la población.

El sistema de contratación impone cumplimiento de metas de actividades y por ende de facturación lo que afecta la forma de contratación del talento humano y sus procesos de cualificación. El cumplimiento de metas restringe la calidad y calidez en la atención de pacientes y en el PIC, sumado a la falta de destinación de tiempo para realizar actividades de articulación u otras acciones que permitan mejorar calidad de vida de los usuarios. También la continuidad, sostenibilidad y productividad de procesos se ve afectada por tipos de contratación del personal.

En población con discapacidad no se cuenta con servicios de salud accesibles a nivel físico y actitudinal. Algunos centros de atención, como SAN JORGE, todos los consultorios se ubican en el 2 piso, se observan paciente en sillas de ruedas que no pueden subir o lo hacen bajo riesgo de accidentes, ANTONIO NARIÑO no entra la silla de ruedas al consultorio. IPS realizó caracterización de los centros, se radica en SDS y se presentó a Coordinación de salud pública. Se elaboró protocolo de traslado de personas de silla de ruedas al sillón odontológico, para evitar accidentes de trabajo o accidente adverso, el protocolo lo están validando en los centros para posterior aprobación por la oficina de calidad.

De igual forma se observan servicios y programas fragmentados que responden a una visión fragmentada de la realidad de la personas y no da respuesta a la complejidad de sus necesidades. Baja capacidad instalada.

Existe un sistema de evaluación y seguimiento con algunas deficiencias, que no ha permitido crear una línea de base para acciones integrales y unificadas. No existen indicadores de impacto para medir eficiencia de acciones sobre la calidad de vida y salud de las personas. En el balance Score Card están unificados, se podrían subir indicadores de impacto. Desde enero de 2010, el ámbito IPS inicio manejo de indicadores de impacto.

Etnias – Desplazados: Falta de cobertura para la población perteneciente a minorías étnicas, los cuáles no tienen el suficiente reconocimiento en la localidad. No hay inclusión ni equidad para la población desplazada y perteneciente a minorías étnicas en las instituciones de la localidad. Mano de obra calificada que permita el acceso a un trabajo digno para acceder a los servicios de salud. Falta de oportunidades de acceder al mercado laboral que les permitan acceder a todos los servicios de salud para el adulto y su familia.

Tema generador: Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

PDA SSR – IPS: Baja cobertura a la población adulta para la realización del examen de VIH y la citología, por barreras de acceso en el aseguramiento. Fragmentación de los servicios de salud para el tratamiento de los usuarios con resultado anormal de (0) positivos o de citología para los niveles II y III de atención.

Desconocimiento por parte de los usuarios acerca de la prevalencia del VPH, como factor de riesgo para el desarrollo de virus.

SAN: Las formaciones son muy específicas y no llegan a la totalidad de la población de la localidad. Los programas de tratamiento de enfermedades crónicas solo son para la población del ciclo vital de adulto mayor, quedando la población adulta por fuera del cubrimiento.

Según resultados de la encuesta adherencia al tratamiento aplicada en 2009 por PDA Crónicos del ámbito IPS se encontró: Para esta encuesta se aplicó una fórmula de muestreo simple para la adquisición de datos del 36,4% con un margen de error del 0,05% a una población de 640 personas que son los usuarios asistentes a las sesiones educativas en el periodo noviembre - diciembre de año 2009, sin embargo la muestra solo logró aplicarse al 28,3% de la población esperada. Esta encuesta permite ver la satisfacción de los usuarios respecto a la atención dentro de las sesiones grupales del programa “Vive tu Salud en Grande”. Estos resultados salen de apreciaciones subjetivas, las cuales dejan evidenciar la calidad y calidez de la atención por parte de la institución.

Proporción de hipertensos controlados: El indicador es medido en los usuarios que asisten a la consulta multidisciplinaria en la cual se realiza atención médica y asesoría en diversos temas como nutrición, actividad física, ingesta de medicamentos, conocimiento de la enfermedad entre otros aspectos que influyen en la adherencia al tratamiento. Ha mejorado con respecto al 2008, por la facilidad y oportunidad que tienen los usuarios para acceder a estos espacios, la conformación de equipos de trabajo, la unificación de criterios médicos, la adherencia a guías de hipertensión y diabetes por parte de los profesionales capacitados y que integran equipo.

Indicador diabéticos atendidos sin complicación: Se observa que de los usuarios con Diabetes atendidos en la institución, el 50% tienen algún tipo de complicación, motivo por el cual deberían ser atendidos en instituciones de mayor nivel de complejidad, sin embargo se presta el servicio en una ESE, ya que usuarios han manifestado las dificultades que presentan para lograr una oportuna cita para asistir con médico especialista o para tomarse un examen. Por parte de los profesionales se manifiesta inconformidad en el sistema de referencia y contra referencia, ya que no se puede dar continuidad a los tratamientos de personas que han sido referidas por falta de la contra referencia o especificaciones del especialista en el mismo.

Cumplimiento de la Normatividad: Para dar cumplimiento a la resolución 4700-08, la cual establece el reporte de información como talla, peso y resultados de laboratorios como valores de creatinina. Se realiza evaluación de la calidad de diligenciamiento observando que estos formatos son diligenciados de manera incompleta dificultando así el reporte de esta información a las EPS, quienes establecen de acuerdo a valores de cada usuario falla renal y previniendo complicaciones en el usuario.

4.4.4 Etapa persona mayor

Para el planteamiento de los temas generadores y de las respuestas integrales, se parte de las líneas de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez del Distrito Capital, con el fin de

operacionalizar la política en el nivel local de manera conjunta y coordinada con las acciones que se realizan a nivel institucional.

Para este fin se identifica a partir de los núcleos problemáticos de envejecimiento el tema generador y las respuestas que se dan al interior de la ESE, con el fin de determinar la brecha que existe y movilizar acciones que conlleven al planteamiento de respuestas integrales a partir del conocimiento y de los recursos existentes.

El análisis de respuesta como el planteamiento de los temas generadores están expuestos en los cinco territorios de la localidad, evidenciando la respuesta institucional desde las diferentes intervenciones al interior de la ESE; se retoma el documento elaborado por el Ámbito Institucional del Hospital Centro Oriente, el cual realiza un análisis de la respuesta dada a partir del planteamiento de los núcleos problemáticos. A continuación se presentan los resultados del ejercicio de consolidación de la matriz de respuestas, diseñada para este proceso, donde los diferentes ámbitos, PDA y TVS del PIC y algunas Instituciones locales, aportaron información sobre la oferta de servicios que prestaron durante el año 2009 y 2010, en caso de haber sido incluido o suprimido algún proceso o intervención con respecto al año anterior.

- **Balance de la oferta actual**

Desde el Centro de Escucha se realiza una atención a víctimas de violencias comprendiendo 13 acciones, mediante las cuales se realiza una evaluación y un diagnóstico, lectura del paciente y sus redes de apoyo, se establece un plan de tratamiento y unos objetivos, diligenciamiento de ficha SIVIM, articulación de caso por trabajo social y psicología, se realiza psicoterapia. Esta atención es prestada a personas mayores que pertenecen al Fondo Financiero y que residen en los tres territorios GIS de la localidad 15.

En SIVIM se realiza seguimiento a casos prioritarios (presunto abuso sexual y/o aquellos que revisten riesgo de fatalidad), o de control (casos que se encuentran intervenidos por otras instituciones) a través de IEC (investigaciones epidemiológicas de campo), consulta programada, seguimiento telefónico, canalización a instituciones (Bravo Páez, Centros de atención). Durante el proceso de seguimiento los profesionales encargados del caso asesoran, orientan y realizan acompañamiento si así lo requieren a las víctimas de alguna situación de violencia.

En el ámbito comunitario desde la línea Fomento de Redes Sociales Promotoras de Salud Mental, se busca la construcción de escenarios conversacionales-colectivos y reflexivos con la comunidad con el fin de promocionar la salud mental, la autonomía y el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida en los espacios locales y prevenir la aparición de los eventos prioritarios en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación y las lesiones de causa externa (violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia y abuso sexual, accidentalidad doméstica y conducta suicida), entre otros. No se especifica cobertura y se realiza en todos los territorios GIS. Se trabajó en el 2010, con dos grupos de personas mayores denominados: Vivencias (integrado por 10 personas, de las cuales 7 son mujeres y 3 hombres) y Eterna Juventud (integrado por 11 personas, de las cuales 10 son mujeres y 1 hombre), ubicado en el barrio 5 de Noviembre, UPZ Restrepo y territorio GSI 5; Vivencias se encuentra ubicado en el barrio Ciudad Jardín UPZ Ciudad Jardín, territorio GSI 1;

En los Servicios en Salud Mental del Área de Promoción y Prevención del Hospital Rafael Uribe Uribe, se incentiva la realización de intervenciones de promoción de la salud, detección oportuna, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública. A partir de Asesoría de Sexualidad en la Persona Mayor, en donde se brinda orientación sobre menopausia, sus efectos y manejo en la mujer; climaterio masculino, sus efectos y manejos. Educación al grupo familiar para

soporte social al paciente crónico, a partir del trabajo en promedio con 5 personas de la familia sobre cambio de hábitos. Se realizan sesiones de 60 minutos distribuidos entre Terapeuta, Nutricionista y Psicólogo. Esta intervención está orientada a usuarios que residen en los tres territorios de la localidad, los cuales son pertenecientes al Fondo Financiero y EPS –S capitadas con el hospital.

Desde la Intervención Psicosocial del ámbito familiar, en el año 2009 se atendieron un total de 13 casos de personas mayores, los cuales representan el 20% del total de casos reportados para todas las etapas de ciclo (64 casos); se observa predominio de factores que influyen en la salud familiar en las mujeres mayores equivalente al 77% del total de la población reportada. La distribución de casos según territorio social fue: TERRITORIO 2 (3 casos que equivalen al 23% del total reportado), TERRITORIO 4 (10 casos que equivalen al 77% del total reportado).

En el ámbito comunitario se trabaja a partir del proceso de Fortalecimiento a Organizaciones y Grupos de Persona Mayor en la autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con el entorno físico y social que les permita crear alternativas de desarrollo y dignifiquen la calidad de vida y salud de este grupo poblacional dentro de un contexto de envejecimiento activo. En el 2009 la cobertura de persona se encontraba ubicada localidad AN en los territorio 1 en el barrio villa mayor con el grupo Dulce Hogar.

A través del Ámbito Institucional - PDA de Salud Mental del Hospital Centro Oriente, se fortalecen los recursos con los que cuentan las instituciones de protección de personas mayores con el fin de promover espacios de interlocución con su entorno, favoreciendo el bienestar subjetivo, el uso óptimo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de metas individuales y colectivas con la participación activa de otros actores sociales con los que se relacionan cotidianamente. De esta manera, las acciones que se han emprendido han estado destinadas a cumplir dicha misión. Se obtuvo información sobre las intervenciones que se realizan en 2 hogares de personas mayores: 1. Hogar María del Buen Pastor y 2. Comunidad Religiosa de Protección al Anciano Indigente “Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver”.

Fortalecimiento de grupos y organizaciones de personas: a través de la formación a integrantes de los grupos y/o organización de personas mayores, para su autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con su entorno físico y social, que les permita crear alternativas de desarrollo que cualifiquen y dignifiquen la calidad de vida y salud de este grupo poblacional.

En la vigencia 2010, se está trabajando con 3 grupos y/o organizaciones de persona mayor, con una intervención de 2 o 3 sesiones al mes, las temáticas establecidas corresponden a: Participación social- liderazgo- autogestión, envejecimiento- vejez- cambios asociados- memoria, enfermedades más frecuentes en las personas mayores, sexualidad y envejecimiento, hábitos y estilos de vida saludables en la persona mayor, salud mental, buen trato, y además se está realizando encuentros intergeneracionales y circuitos en cada uno de los grupos. Cobertura de 3 grupos y/o organizaciones de persona mayor, con una participación de 70 personas mayores, de las cuales 6 son hombres y 64 corresponde a las mujeres. Estos Grupos se encuentran ubicados en los territorios 1, 3 y 5, en las UPZ: Restrepo y Ciudad Jardín. En el 2009 la cobertura de personas se encontraba ubicada en los territorios 1, 3 y 5 UPZ Restrepo y Ciudad Jardín, Barrios Restrepo, Villa Mayor, Ciudad Berna, Ciudad jardín.

En la vigencia 2009 del proceso de Fortalecimiento a Organizaciones y Grupos Comunitarios del ámbito comunitario, se encuentra una lectura de necesidades realizada con los líderes y lideresas representantes de las organizaciones de persona mayor. Los grupos de adulto mayor que aparecen son: Aosemica, Asociación semillas del ocaso y eterna juventud de la localidad Antonio Nariño. Se desarrollaron acciones de fortalecimiento técnico a 10 organizaciones en la localidad de Antonio Nariño, para dar respuesta a las problemáticas encontradas, en la lectura de

necesidades se desarrollaron temáticas tales como: Participación, Control social, Veeduría, Redes sociales, enfermedades prevalentes de las personas mayores, Primeros auxilios, Actividad Física, Salud mental entre otros.

Cabe aclarar que este ejercicio no cuenta con una minuciosa descripción de los barrios a los que pertenecen estos grupos y organizaciones.

En cuanto al trabajo desarrollado durante el primer semestre del 2010 se continúa con el fortalecimiento técnico a 5 organizaciones por localidad; adicional se realiza el fortalecimiento técnico a los referentes responsables de las líneas de acción que viajan por el ámbito comunitario en temas solicitados por ellos para la intervención con los grupos con el fin de generar habilidades en el abordaje comunitario.

En la actualidad los grupos y organizaciones de la localidad Rafael Uribe están ubicados en los territorios así:

- Territorio 1: Grupo Parroquial Dulce Hogar, ubicado en el barrio Villa Mayor.
- Territorio 2: Organización Familias en Acción, ubicado en el barrio Santander.
- Territorio 3: Fundación Mis Sueños, ubicado en el CDJ en el barrio Restrepo, y Grupo Nueva Esperanza, ubicado en la Alcaldía Local de Antonio Nariño en el barrio Restrepo.
- Territorio 5: Grupo Milagro de Vida, ubicado en el barrio Caracas.

Con un total de 33 participantes entre ellos 32 mujeres y un hombre.

Desde el componente fortalecimiento a Grupos de Gestores Comunitarios, se realizan acciones con los grupos gestores comunitarios, en espacios pedagógicos y formativos para propiciar escenarios de información y formación frente las políticas públicas y temas en salud para dar a conocer cómo mediante esta formación pueden acceder a sus derechos básicos para una calidad de vida saludable. Por otra parte, se genera y fortalece la construcción de sujetos políticos, promoviendo el desarrollo de habilidades y competencias que les permita avanzar en el reconocimiento de sus derechos y el ejercicio de la ciudadanía. Se conformaron tres (3) Grupos de Gestores Comunitarios ubicados en los territorios 2, 3 y 5.

Desde el Ámbito Familiar más exactamente desde Entornos Saludables, se realizan visitas de asesoramiento a familias en temáticas como: vivienda como espacio vital, manejo de agua para consumo humano, residuos sólidos, alimentos y vivienda con higiene y salud, prevención ante la presencia de plagas, manejo de riesgos químicos en el hogar y tenencia adecuada de mascotas. Se asegura que la cobertura está orientada a 557 viviendas de familias de los microterritorios SASC en los territorios 2 y 4, no se especifica cobertura por la etapa.

Así mismo desde el componente de Ambiente se realiza la inspección vigilancia y control a establecimientos abiertos al público e industrias que puedan ofrecer riesgo para la población, acciones de promoción y prevención en enfermedades compartidas entre el hombre y los animales, al igual que la Formación a Monitores Ambientales Comunitarios y Jornadas Ambientales de mejoramiento del Entorno, desde el ámbito comunitario. No se especifica en que territorios.

En el ámbito laboral en la UTIS, se realizan asesorías en seguridad industrial y salud ocupacional

con el fin de disminuir los riesgos en el ambiente y momento de trabajo. Así mismo se sensibiliza en deberes y derechos en cuanto a los usuarios a los servicios de salud. En los empleos formales de discapacidad, se realiza asesoría para disminuir barreras físicas para personas con discapacidad, con el fin de disminuir los riesgos en el ambiente y momento de trabajo. No hay información con respecto a los territorios y a la cobertura de persona mayor.

En la Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional se realiza la Movilización social por el derecho a la alimentación a partir de la educación en: política de SAN y derecho a la alimentación; no se especifica cobertura ni territorio.

No se evidencia más respuestas institucionales desde los procesos al interior de la ESE, debido a la falta del suministro de la información para esta etapa.

A través del Ámbito Institucional – ENTORNOS SALUDABLES del Hospital Centro Oriente, Durante la Vigencia 2010, se han visitado instituciones de manera personalizada y no a través de redes como se hacía en vigencias anteriores. La metodología utilizada en la asesoría y acompañamiento a las instituciones es teórico – práctica, la cual incluye las siguientes temáticas: Diseño e implementación de programas e instrumentos en saneamiento básico, se socializa y entrega la estructura para presentar por escrito cada programa del Plan; Promoción de ambientes libres de humo y Promoción del Manejo Seguro de sustancias químicas.

Las anteriores actividades recogen aspectos de promoción y prevención para posicionar tanto en las instituciones como con la población institucionalizada, con base en las seis (6) líneas de acción de la transversalidad de ambiente. Cobertura 2010 (a Julio): De manera directa se han capacitado 2 directivos y cuidadores, e indirectamente a 13 Personas Mayores, de los cuales 6 son Hombres y 7 son Mujeres.

Durante el año 2009 se realizó el proceso con un grupo de adultos mayores de Ciudad Berna, donde se desarrollaron las siguientes actividades: sensibilización e identificación por parte de las y los trabajadores, y las y los empleadores de las relaciones salud y trabajo, concientización de los riesgos presentes en los ambientes de trabajo y del enfoque preventivo de la salud en los ambientes de trabajo.

Se evidencia que desde el ámbito laboral se realiza desde la transversalidad de Desplazados, la mejora de las condiciones de trabajo en seguridad industrial y asesoría de sus derechos como población desplazada. Se manifiesta que esta intervención atendió a 22 personas informales en condición de desplazamiento de los territorios 2 y 4. Desde la transversalidad de Discapacidad se desarrollan asesorías a empresas para la inclusión laboral a personas con discapacidad y asesoría y direccionamiento a trabajadores informales con discapacidad. No se especifica cobertura de las personas mayores y territorios.

No se evidencian más respuestas institucionales desde los procesos al interior de la ESE, debido a la falta del suministro de la información para esta etapa.

El PDA de Entornos de Trabajo Saludables, del Hospital Centro Oriente, centra su Intervención desde la acción: “Promoción de Entornos de Trabajo Saludables para la Persona Mayor que Desarrolla Procesos Productivos”, la cual se encuentra enmarcada dentro de la transversalidad de Trabajo, con el objetivo de implementar estrategias de trabajo protegido para las personas mayores Institucionalizadas que realicen, o no, cualquier tipo de actividad productiva en dicho espacio, con el fin de favorecer las condiciones de manejo de tiempo libre y el mantenimiento de habilidades, para beneficiar la independencia y por ende la Calidad de Vida de estas personas. Se benefician las siguientes Instituciones:

- Hogar Abuelitos María del Buen Pastor (Barrio Ciudad Jardín): Posee 13 usuarios, de los cuales 6 son Hombres y 7 son Mujeres, el diagnóstico que prevalece es el Alzheimer, discapacidad múltiple, sin información de la situación ocupacional, actividad diaria caminar dentro de la institución, tipo de actividad en la juventud mano de obra, no desarrollan ninguna actividad productiva ni de manejo del tiempo libre dentro de la Institución.

Se identifican como factores protectores que la institución brinda a sus personas mayores institucionalizadas cuidados integrales relacionados con el auto cuidado, como higiene oral, baño, vestido, alimentación, y rutina de medicamentos; también lo correspondiente al cuidado de la ropa, limpieza del espacio físico y procedimientos de seguridad, que favorecen la integridad física.

Desde el Ámbito Comunitario a través del proceso de Fortalecimiento a grupos y/o organizaciones de persona mayor, se busca empoderar a las personas mayores para que cambien sus condiciones de vida y salud a nivel individual y colectivo, proporcionando herramientas para trabajar en la solución de sus propios problemas y las condiciones que afectan negativamente su vida diaria, a través de un proceso teórico-práctico, para lo cual, es importante aprender a envejecer saludablemente, mostrándoles el beneficio y las oportunidades de desarrollo personal y social que les pueden aportar, independientemente de la edad

Por otra parte, una de las convicciones que se tiene desde el ámbito comunitario persona mayor, es que a través del trabajo que se desarrolle con los grupos u organizaciones de persona mayor, identificados por la ESE, se pueden orientar e impulsar los procesos comunitarios en salud, con el ánimo de crear alternativas de desarrollo que cualifique y dignifique la calidad de vida de la población perteneciente a esta etapa del ciclo vital

La cobertura corresponde a 3 grupos y/o organizaciones de persona mayor, con participación de 70 personas mayores, de las cuales 6 son hombres y 64 mujeres, ubicados en los territorios 1, 3 y 5, UPZ Restrepo y Ciudad Jardín.

A partir del Ámbito Familiar, Salud a su casa, se realiza caracterización de familias, seguimiento con sensibilización en temas (educación e información en: derechos y deberes, adherencia a programas, manejo de pacientes crónicos, prevención Influenza A H1N1) y canalizaciones a diferentes servicios y ámbitos. Participación en núcleos de gestión de la salud, donde se identifican necesidades en salud. Se da una cobertura de 120 caracterizaciones en el 2009 de familias del territorio 2. En este mismo ámbito desde discapacidad se realiza un trabajo articulado para proceso de ayuda técnicas y acompañamiento a cuidadores.

En el ámbito IPS en el programa de crónicos, se realiza la Promoción y Prevención, Detección de alteraciones, Tratamiento y Rehabilitación. En el territorio 3, no se evidencia cobertura.

En el ámbito familiar desde el PDA de Salud Oral, se caracteriza y se realiza seguimiento a las familias sobre el adecuado manejo de la salud oral. Se manifiesta que esta intervención se adelanta en los microterritorios SASC de la localidad, en el territorio 3 GIS y que tiene una cobertura de 35 caracterizaciones y 70 seguimientos. No se especifica si esta cobertura corresponde a persona mayor o familias de ese territorio.

Desde la transversalidad de Etnias, se realiza acercamiento y sensibilización a la población étnica como a los diferentes ámbitos en la política pública, para el reconocimiento de los derechos y servicios de salud que se prestan. No se especifica territorio ni cobertura.

El componente de salud oral – Hospital centro Oriente, tiene como objetivo propiciar prácticas protectoras en los actores sociales que hacen parte de las instituciones de protección para la persona mayor, para hacer de ellas ambientes favorables a la salud oral. Esto se trabaja a través de

asesoría técnica y capacitación a los cuidadores y funcionarios que allí laboran en diferentes temas relacionados con salud oral. Intervienen 2 Hogares en la localidad 15: Hogar María del Buen Pastor y Comunidad religiosa de protección al anciano indigente “Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver”. En las instituciones gerontológicas, las personas mayores, están al cuidado de personal con experiencia en este campo, reciben en la mayoría de ellos atención especial, cariño, compañía, respeto y son comprendidos de acuerdo a las condiciones de discapacidad y deterioro mental y físico que presentan de acuerdo a su edad. Muchas de las personas mayores permanecen allí, por diversos motivos, pero principalmente se debe a la imposibilidad por parte de sus familias para cuidarlos y manejar las patologías que presentan en sus propias casas.

El componente de PDA Crónicos – Hospital centro Oriente, para el año 2010, se ha realizado reconocimiento de las unidades de trabajo, aplicación de instrumento de chequeo para actualización de Diagnóstico, categorización y recolección de información para levantar base de datos de usuarios crónicos de los diferentes hogares gerontológicos. Mediante la digitación y análisis de esta información, se crea y actualiza base de datos, con Diagnóstico médico por cada uno de los usuarios de las instituciones, luego se generan un plan de acción integral por el profesional de gerontología del ámbito, para la intervención directa con capacitación, asesoría y acompañamiento en los temas de captación y seguimiento de las personas mayores en condición crónicas, que viven en estos hogares. Se brinda herramientas como prácticas de auto cuidado y prevención de factores de riesgo que conduzcan a las personas mayores a condiciones crónicas, o se impide que empeore la condición e quienes ya la poseen y precipiten su deterioro. La cobertura fue de una Institución con un total de 224 personas mayores de las cuales, 130 mujeres y 94 hombres.

- **Análisis de respuestas**

- **Tema generador: Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.**

Se evidencia la falta de vínculos afectivos y sociales en los territorios sociales, así mismo no hay un abordaje amplio de las necesidades relacionadas con sexualidad, erotismo y vinculación afectiva en las personas mayores.

Los sistemas de información no suministran cifras adecuadas sobre la etapa de ciclo por territorio. Las intervenciones que se realizan no tienen la mayor cobertura para las personas mayores, debido a que los lineamientos trazan determinadas metas que no permiten la inclusión de más personas en los procesos. No existe la cobertura suficiente debido a que la mayoría de intervenciones se dirigen a Juventud e Infancia. Por último, se identifica que el número de profesionales involucrados en los procesos es insuficiente para todas las acciones que se pueden desarrollar.

Por parte del PDA Salud Mental- Ámbito Institucional, del Hospital Centro Oriente, se evidencian brechas relacionadas con vulneración de los derechos de las personas mayores, no sólo en las instituciones sino en la sociedad en general. Aunque se ha observado un esfuerzo de las instituciones por fortalecer sus redes apoyo para brindar bienestar a las personas mayores y hacer partícipes a sus familiares del proceso que ellas viven. Se encuentra que aún faltan esfuerzos para permitir que la persona mayor siga integrada a su comunidad como parte activa. Existen barreras de acceso muy grandes para la atención de esta población en los servicios relacionados con salud mental.

Es muy importante la respuesta que hoy estamos dando a la situación social en salud de las personas mayores, a través del proceso de Fortalecimiento de Grupos y/o organizaciones de Persona mayor, pero el talento humano es mínimo por lo tanto no se logra cubrir 18 grupos y/o organizaciones de personas mayores existentes en la localidad, y solamente se está llegando a 3 grupos con este proceso; es decir que se requiere aumentar el talento humano por cada localidad

para lograr dar mayor cobertura y de esta forma la respuesta será más efectiva e integral.

La falta de presencia de las instituciones para cumplir con las políticas públicas.

Por parte del PDA Salud Mental, se analizan brechas y dificultades en torno al Plan Obligatorio de Salud y su forma de operación frente a las intervenciones: El portafolio de servicios de salud mental desde el POS no es uniforme para todas las localidades, factor que es generador de inequidad entre la población a atender. Algunas localidades cuentan con servicios de tercer nivel, otras pocas tienen los que se contemplan para el segundo nivel y todas tienen algunos servicios en el primer nivel de atención.

La prestación de servicios desde el POS está sujeta a la contratación con la Secretaría Distrital de Salud para la población vinculada y subsidiada, en algunas localidades se ha logrado atender a las personas y familias que tienen régimen contributivo, gracias a la financiación de paquetes de atención a las violencias por parte de las administraciones locales, con recursos UEL.

La oferta de servicios en las localidades a través de paquetes, no es igual en todos los casos, en algunas de ellas la oferta se limita a los paquetes de atención a las violencias y a situaciones de crisis, mientras en otras la capacidad de respuesta a las personas se ha multiplicado y variado de acuerdo a las necesidades locales.

Tampoco es uniforme el acceso de las personas a los servicios de consulta externa, en algunos hospitales los usuarios deben pedir una cita que se otorga a través del sistema, en otros las agendas son manejadas directamente por los profesionales; desafortunadamente, en uno y otro caso, la oportunidad para la atención no es la mejor aliada del usuario.

- El número de psiquiatras y horas contratadas no es suficiente para dar cobertura a las localidades a las cuales pertenecen algunos hospitales, y en otros a la fecha no hay psiquiatría, por lo cual no se puede dar la atención que requieren los usuarios y tampoco iniciar ni terminar paquetes, que requieren.
- Se solicitan espacios adecuados y suficientes para las intervenciones de los profesionales. Un solo punto de atención de salud mental en hospitales, cuya área de influencia tiene dos ó tres localidades, dificulta que se reciba la atención requerida en forma oportuna y además los usuarios se deben desplazar por largas distancias pagando transporte para ellos y sus acompañantes en los casos de niños. Por otra parte el costo de la consulta incrementa gastos en la atención y facilita la deserción de los pacientes impidiendo que se hagan acciones efectivas en salud mental.
- Los imaginarios que priman aún en gran parte de la comunidad respecto a la estigmatización de la labor de los profesionales de salud mental y de sus usuarios, interfieren también al momento de tomar la decisión de continuar y terminar o no un paquete de atención.
- La articulación de las y los profesionales del POS, entre sí y con los demás proyectos en los hospitales, es muy escasa, lo que dificulta la complementariedad necesaria entre el POS y el PIC para beneficiar adecuadamente a la población.
- Las y los profesionales de psicología, particularmente, expresan su inconformidad con el

hecho de desplazarse permanentemente a diferentes puntos de atención en las localidades para atender dos o más puntos de consulta, dificulta el correcto posicionamiento del servicio y la adherencia de los pacientes a sus tratamientos, además de los gastos adicionales en que deben incurrir los profesionales.

- También se identifica que la participación de las y los profesionales de salud mental en las actividades de promoción y prevención no es reconocida ni está regulada desde la Secretaría de Salud, escasamente en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad; quedan de lado las necesidades emocionales de la población usuaria de los otros programas, como las de quienes padecen de enfermedades crónicas y cáncer, infección por VIH o con SIDA, mujeres y familias con resultados positivos en la citología o colposcopia, además del componente de salud mental en proyectos como discapacidad.

TEMA GENERADOR: Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

En cuanto a las brechas se evidencia que las actividades de control de población canina callejera son insuficientes para toda la demanda. Así como la presencia institucional de la Secretaría de Ambiente y sus acciones no cubren la totalidad de los territorios, lo que no permite alcanzar la cobertura deseada. Existe déficit de talento humano en las instituciones.

En el proceso de GESA, se tiene un solo referente para las dos localidades, además de la dificultad en algunos espacios en donde los procesos no avanzan positivamente. Por último se evidencia que las actividades de reforestación y recuperación de zonas verdes pública son insuficientes para las necesidades de la población.

Frente al programa de crónicos se propone controlar un profesional de nutrición, no se evidencia más respuestas institucionales desde los procesos al interior de la ESE, debido a la falta del suministro de la información para esta etapa.

Por el ámbito Institucional ENTORNOS SALUDABLES-Hospital Centro Oriente, se evidencia el desconocimiento en cuanto a los factores ambientales que inciden en la salud de las personas mayores institucionalizadas. Como la calidad de aire, las medidas de saneamiento básico y los riesgos del manejo inadecuado de sustancias químicas para la salud y el ambiente.

Tema generador: Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

En la intervención de Formación de Líderes en Salud y Trabajo, del ámbito laboral, se encuentran dificultades en torno a: La necesidad de buscar mecanismos de motivación a fin de incluir mayor número de trabajadores. Algunos trabajadores manifiestan la necesidad de certificar los talleres de una manera formal. Otros expresan su interés, pero dada su condición de informalidad, en ocasiones se les dificulta permanecer durante todo el taller ya que deben salir a conseguir “el diario”.

Es difícil medir brechas en cada una de las líneas de intervención, ya que por ejemplo para el caso de Unidades de Trabajo Informal no existen documentos de diagnóstico que den una cifra exacta del número de empresas informales en la localidad, además la dinámica actual hace que se abran y se cierren empresas con frecuencia ya que algunas no se logran consolidar.

Sin embargo existen algunos factores que pueden ocasionar brechas en los resultados esperados como son:

La no implementación por parte de las y los trabajadores, de las recomendaciones propuestas por los profesionales.

La creencia de que la formalización acarrea mayores cargas tributarias.

La falta de recursos por parte de los empresarios para realizar los cambios sugeridos.

La falta de acciones de las organizaciones encaminadas al trabajo de la población adulta mayor, y la falta de programas que promuevan e incentiven a la persona mayor en el desarrollo de las habilidades o potencialidades, que mejoren su situación económica en los territorios de la localidad Antonio Nariño.

Poco a poco el ámbito laboral, apoyado con la línea de intervención Red Local de Salud y Trabajo del componente de gestión local y las actividades realizadas por el Hospital Rafael Uribe Uribe, han ganado un reconocimiento a nivel local y se han logrado articulaciones importantes con instituciones, como por ejemplo el Instituto para la Economía Social, con quienes se articula la intervención en el CED Centenario y algunos grupos para la Formación de Líderes en Salud y Trabajo.

Por parte de la Intervención Entornos de Trabajo- Hospital Centro Oriente, se evidenció un mínimo desarrollo de actividades productivas y del manejo del tiempo libre en las Instituciones de Protección para la Persona Mayor, y por ende, la afectación por desuso de las habilidades de las Personas Mayores Institucionalizadas, lo que sustenta la importancia de la generación del Componente Entornos de Trabajo Saludables, de la Transversalidad de Trabajo, en el Ámbito Institucional y las acciones de tal Intervención, para brindar herramientas que permitan el diseño y ejecución de dichas actividades en las Instituciones.

Tema generador: Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

Es muy importante la respuesta que hoy estamos dando a la situación social en salud de las personas mayores, a través del proceso de Fortalecimiento de Grupos y/o organizaciones de Persona mayor, pero el talento humano es mínimo por lo tanto no se logra cubrir 18 grupos y/o organizaciones de personas mayores existentes en la localidad, y solamente se está cubriendo 3 grupos con este proceso; es decir que se requiere aumentar el talento humano por cada localidad para lograr dar mayor cobertura y de esta forma la respuesta será más efectiva e integral.

Evidenciado desde el PDA Crónicos del hospital Centro Oriente, la falta de acceso a los servicios por la exclusión de la persona mayor de 60 años en las actividades de P y P, talento humano no capacitado ni sensibilizado en el proceso de envejecimiento y la etapa propia de vejez, en la atención con calidad y calidez que se brinda a la persona mayor, desconocimiento de la normatividad de los deberes y derechos de este grupo poblacional, inactividad y sedentarismo marcado en la mayoría de las personas mayores usuarias de estos hogares.

Falta de compromiso familiar, responsabilidad del cuidado y acompañamiento de sus mayores, el manejo de hábitos y estilos de vida inadecuados y no saludables desde las etapas de ciclo vital anteriores, son temas que deben enmarcar las políticas para la promoción y prevención de las condiciones crónicas en las personas mayores.

Por parte del ámbito IPS del HRUU, se encuentra que: no hay actualización, unificación en el manejo y aplicación de las guías, protocolos y procesos de atención en las IPS para los programas y procesos de salud pública. Genera complicaciones en el estado de salud de la población adulta y persona mayor, según información del comité técnico enfermedades crónicas 2009-2010- evaluación adherencia a guías de P y P, marzo 2010. Salud mental: la demanda está desbordada por casos reportados.

En las ESE, las instituciones prestadoras de servicios de salud, evidencian debilidades en su infraestructura, recursos físicos y talento humano, lo cual incide en la calidad de la atención y eventos adversos en la población.

El sistema de contratación impone cumplimiento de metas de actividades y por ende de facturación lo que afecta la forma de contratación del talento humano y sus procesos de cualificación. El cumplimiento de metas restringe la calidad y calidez en la atención de pacientes y en el PIC, sumado a la falta de destinación de tiempo para realizar actividades de articulación u otras acciones que permitan mejorar calidad de vida de los usuarios. También la continuidad, sostenibilidad y productividad de procesos se ve afectada por tipos de contratación del personal.

En población con discapacidad no se cuenta con servicios de salud accesibles a nivel físico y actitudinal. Centros de atención de ANTONIO NARIÑO no entra la silla de ruedas al consultorio. IPS realizó caracterización de los centros, se radico en SDS y se presento a Coordinación de salud pública. Se elaboró protocolo de traslado de personas de silla de ruedas al sillón odontológico, para evitar accidentes de trabajo o accidente adverso, el protocolo lo están validando en los centros para posterior aprobación por la oficina de calidad.

De igual forma se observan servicios y programas fragmentados que responden a una visión fragmentada de la realidad de la persona y no da respuesta a la complejidad de sus necesidades. Baja capacidad instalada.

Existe un sistema de evaluación y seguimiento con algunas deficiencias, que no ha permitido crear una línea de base para acciones integrales y unificadas. No existen indicadores de impacto para medir eficiencia de acciones sobre la calidad de vida y salud de las personas. En el balance Score Card están unificados, se podrían subir indicadores de impacto. Desde enero de 2010, el ámbito IPS inicio manejo de indicadores de impacto.

Del Informe del proceso de evaluación de percepción de los usuarios, realizado por el ámbito de IPS, del hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. para el primer semestre de 2009. De un total de 75 encuestas aplicadas a usuarios, se encuentra que el 80% pertenecen al sexo femenino y el 20% al sexo masculino. El 81% de ellos residen en la localidad Rafael Uribe, el 8% en localidad Antonio Nariño y el 11%, en otras localidades.

Con relación a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, la mayoría pertenecen al régimen subsidiado con el 69%, el segundo lugar lo ocupa el régimen contributivo con 25%; la mayoría de los encuestados se ubicó en la población mayor de 50 años.

El 40% de los encuestados asistió al servicio de consulta médica general, el 34.7% a salud oral, el 32% a toma de citología, el 29.3% en Vacunación, el 26.7% en enfermedades crónicas, el 22.75 en control Pre-natal, el 17.3% en Crecimiento y Desarrollo, el 10.7% en Rehabilitación (discapacidad), el 9.33% en Regulación de la fecundidad y el 2.67% en transmisibles.

Del análisis por servicio se evidencio lo siguiente: Para odontología e higiene oral solo el 53.8% de los usuarios o usuarias encuestados manifiestan ser remitidos desde otro servicio. El 88.5% reporta recibir información en hábitos de higiene oral, el 69.2% refiere recibir indicaciones sobre cómo protegerse de factores de riesgo. Con relación a los programas de promoción y prevención

en salud oral, el 57.7% reporta actividades como control de placa bacteriana, detartraje, aplicación de sellantes o flúor. Y de igual manera reporta recibir información sobre cuidados alimentarios en salud oral.

Con relación a la información sobre la próxima cita, el 80.8%, tiene esta información clara, y el 92.3% manifiesta haberse sentido satisfecho por la buena atención del profesional.

Para el programa de enfermedades crónicas, el 100% tiene claro cuál es la fecha de su próxima cita control, el 90%, manifiesta tener la información clara con relación a como tomar los medicamentos. El 85%, recibe explicaciones claras sobre su enfermedad. El 75% manifiesta tener información sobre qué hacer en caso de urgencia y donde acudir. Al 60% le brindaron información acerca de los signos de alarma, con la relación a la atención recibida por el profesional de salud el 95%, contestaron satisfactoriamente.

Para el programa de cáncer de cuello uterino el 95.8% de las usuarias solicitaron cita para la toma de citología y le confirmaron datos de dirección y teléfono. El 87.5% manifestaron que le explicaron claramente el procedimiento, les explicaron cuándo y cómo reclamar el resultado y les informaron sobre los resultados de la citología y las recomendaciones de acuerdo a los resultados. Al 75% le informaron la fecha de la próxima cita. Con relación a la Atención brindada por el profesional, el 83.3% de las usuarios manifestó su satisfacción y sólo el 37.5% manifestaron que se les realizó el examen de mama y le enseñaron como hacer el auto examen, información suministrada por los usuarios de Diana Turbay y Lomas.

Para el servicio de rehabilitación se encuestó a 7 usuarios de los cuales el 87.5% manifestaron recibir información sobre las redes de apoyo y manifestaron estar satisfechos con la atención recibida por el profesional. El 50% refirió hacer uso de la fila preferencial para acceder a los servicios. Y de los que requirieron comunicación con lenguaje de señas, el 87,5 manifestaron que sí les facilitaron este tipo de atención. La aplicación de encuestas para este programa se realizó en Bravo-Páez.

En regulación de la fecundidad según lo reportado, se informó sobre derechos sexuales y reproductivos al 71.4% a las usuarias que acudieron a este servicio, de igual manera este grupo se decidió por un método de planificación familiar y le suministraron el método.

4.5. Propuestas para Mejoramiento de la Respuesta

Después de armonizar la información contenida en los capítulos anteriores (Territorio, población, Ambiente, Consumo, Producción y Respuesta), con énfasis en análisis crítico por etapa de ciclo vital, se realizaron 3 talleres con la participación de los referentes de los PDA, Transversalidad, Etapas de Ciclo, Ámbitos y Componentes del PIC, con el fin de establecer los temas generadores partiendo de los núcleos problemáticos ya definidos y teniendo en cuenta los territorios más afectados, las intervenciones o respuestas ofertadas por el PIC y otros sectores y haciendo un análisis de los déficit de atención o brechas existentes desde las que permitiera sustentar o justificar la razón de cada tema generador, los cuales se convierten en una parte fundamental, ya que estos representan ámbitos o focos de actuación que posteriormente se convierten en propuesta para el PIC 2010. Dichas propuestas se presentan de manera específica (por territorio social UPZ), en término de poblaciones a abordar, acciones e interacciones a desarrollar, que permitan dar solución o mejoren en parte la situación de calidad de vida y salud de la población en la localidad.

A continuación se presenta el resultado de los ajustes realizados a las propuestas que fueron planteadas en los diferentes espacios de la E.S.E, como Unidades de Análisis, Equipos Técnicos Poblacionales e información, resultado del trabajo de los equipos dinamizadores de la GSI en lo local. Se ajustaron los temas generadores y las propuestas corresponden a los núcleos problemáticos, territorio social, desde la oferta de la ESE y otros sectores.

Núcleos problemáticos, temas generadores y propuesta de construcción de respuestas integrales para los territorios sociales de la localidad Antonio Nariño.

TERRITORIO 1: NOVIEMBRE MAYOR

NUCLEO 1. El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

TEMA GENERADOR 1. *Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.*

DESDE LA ESE

Fortalecimiento de recursos resilientes en víctimas de violencias manifestadas en los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y sus familias residentes de la localidades, a través de acciones de intervención de las problemáticas de violencia intrafamiliar y sexual, el maltrato infantil, la explotación laboral y sexual de niños, teniendo en cuenta la perspectiva de género, el restablecimiento y garantía de derechos y la protección integral de las víctimas. Metas: Atención terapéutica (50 grupos familiares), Prevención (165 personas), Formación (100 niñas, niños y adolescentes), seguimiento (100 padres y/o madres de familia) y estrategias comunicativas.

La sensibilización a través de Encuentros intergeneracionales, como alternativa para sensibilizar sobre la importancia de compartir experiencias, conocimientos y tiempo con las personas mayores, para la consolidación de vínculos en las redes familiares y sociales en la vejez. Desde el ámbito comunitario.

La prevención del consumo de SPA en los niños y las niñas de la localidad RUU, a través de la cobertura del ámbito escolar, generando una integración entre el PIC y el POS, en la construcción de grupos y redes sociales en la comunidad educativa que permitan fortalecer las estrategias de afrontamiento y el desarrollo de la autonomía en los niños y niñas de las 11 IED SAC ESE.

DESDE SECTORES

Desde el equipo transectorial se está construyendo una propuesta desde el enfoque transectorial en la formación de un proyecto de SPA, que apunte a la afectación de forma positiva a esta problemática.

NUCLEO 2. *Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.*

TEMA GENERADOR 2- *Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.*

DESDE LA ESE

Creación de un programa de educación ambiental y sanitaria para que sea aplicado en todos los ámbitos y componentes del Hospital Rafael Uribe.

A través de Gestión Local (SAN), promover proyectos para la persona mayor que contemplen dos modalidades de contribución, económica, y alimentaria, a fin de garantizar su sostenibilidad, y conformación de un Fondo de Alimentos en con el apoyo de la Alcaldía Local.

DESDE SECTORES

Conformación del Consejo Local de Deportes, que permita el planteamiento de propuestas por parte de las comunidades educativas y comunitarias para abordar y trabajar temas de promoción de la actividad física, espacios y elementos para la realización de actividades deportivas y recreativas.

Promover encuentros entre comunidad y trabajadores de medianas y grandes empresas, en pro de acuerdos tendientes a transformar la relación salud-espacios productivos – ambiente, mediante la creación de la red de salud de los trabajadores en la localidad.

Articulación y coordinación con las instituciones pertinentes para la generación de condiciones habitacionales adecuadas para los hogares de las personas mayores en el territorio, así mismo el control de riesgos químicos, físicos y sanitarios para la generación de viviendas seguras para sus moradores. Ampliación de coberturas de vivienda saludable.

Generar alternativas de producción de alimentos saludables, en articulación con otros procesos como forma de operacionalizar lo contemplado en la política pública de envejecimiento en la dimensión Vivir bien la Vejez.

Control efectivo de las ventas informales y velar por el buen abastecimiento de alimentos de calidad a personas de escasos recursos a cargo de la Alcaldía local.

NUCLEO 3. El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

TEMA GENERADOR 3. Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

DESDE LA ESE

Promoción de trabajos protegidos para jóvenes desde la escuela: una aproximación al mundo del trabajo a través de capacitación y coordinación sectorial de convenios. Participan estudiantes de los grados décimos y once de las IED de la localidad Antonio Nariño.

Formación en salud ocupacional y seguridad industrial a las microempresas informales que han sido favorecidas por la unidad local de desarrollo empresarial del territorio.

DESDE SECTORES

Fortalecimiento a organizaciones sociales de adultos y adultas, participantes en espacios locales a través de procesos de formación en: Planeación participativa, Enfoque Promocional de Calidad de Vida en Salud, presupuesto participativo, formulación, diseño y evaluación de políticas públicas.

Creación y promoción de asociaciones productivas para las personas mayores, con la participación de: Ámbito Laboral, Gestión Local - Articulación transectorial y personas mayores de los territorios.

Estableciendo convenio con el SENA, escuelas de artes y oficios de la localidad, para la formación de estas personas en la actividad seleccionada, en emprendimiento y elaboración de un plan de negocio.

Articular con la ULDE de la localidad, para mirar de qué manera se pueden apoyar las iniciativas productivas que surjan. Establecer articulación con la secretaría de desarrollo económico y banca capital, para ver la posibilidad de acceso a crédito.

Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de que exista una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la Alcaldía local, diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

NUCLEO 4. La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

TEMA GENERADOR 4- Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

DESDE LA ESE

Incluir en las fichas de intervención de ámbitos para la intervención de salud oral variables diferenciales. También identificar el índice COP en la población intervenida que permitan realizar un Diagnóstico de la situación en salud oral más cercano a la realidad.

Realizar proceso de asignación de recursos del régimen subsidiado y vinculado acorde a la población y nivel de prestación de servicios.

Que se realice asignación de presupuesto real del PIC, según la planeación presupuestal.

Que se tenga en cuenta las propuestas PIC formuladas desde el hospital, porque responden a las necesidades de la población y fueron avaladas en todos los espacios locales MTCV

Realización de grupos focales, con el fin de identificar y caracterizar a las personas del sector LGBT en las diferentes etapas de ciclo, y fortalecer el auto cuidado y la percepción de una vida de calidad.

Atención en salud de las personas mayores étnicas, sensibilizando al personal médico sobre la medicina tradicional de estos grupos.

Fortalecimiento de Servicios de Salud Amigables y accesibles para jóvenes, con recurso humano y difusión.

Mayor promoción de los servicios en salud sexual y reproductiva con énfasis en las personas mayores. Inclusión de temas relacionados a la sexualidad de la persona mayor y atención en cuidado de prótesis y suministro de las mismas.

Seguimiento domiciliario a mujeres gestantes en Territorios donde no se aplica el programa SASC. Metas: Localidad Antonio Nariño: 50 mujeres gestantes.

DESDE SECTORES

Fortalecimiento a organizaciones sociales de adultos y adultas, participantes en espacios locales, a través de procesos de formación en: Planeación participativa, Enfoque Promocional de Calidad de Vida en Salud, presupuesto participativo, Formulación, diseño y evaluación de políticas públicas.

Creación y promoción de asociaciones productivas para las personas mayores, con la participación de: Ámbito Laboral, Gestión Local - Articulación transectorial y personas mayores de los territorios.

Estableciendo convenio con el SENA, escuelas de artes y oficios de la localidad para la formación de estas personas en la actividad seleccionada, en emprendimiento y elaboración de un plan de negocio.

Articular con la ULDE de la localidad, para mirar de qué manera se pueden apoyar las iniciativas productivas que surjan. Establecer articulación con la secretaría de desarrollo económico y banca capital para ver la posibilidad de acceso a crédito.

Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de que exista una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la Alcaldía local diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

TERRITORIO 2: LA PAZ

NUCLEO 1. El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

TEMA GENERADOR 1. Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

DESDE LA ESE

Fortalecimiento de recursos resilientes en víctimas de violencias manifestadas en los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y sus familia residentes de la localidades, a través de acciones de intervención de las problemáticas de violencia intrafamiliar y sexual, el maltrato infantil, la explotación laboral y sexual de niños, teniendo en cuenta la perspectiva de género, el restablecimiento y garantía de derechos y la protección integral de las víctimas. Metas: Atención terapéutica (50 personas), Prevención (75 personas), Formación (140 niñas, niños y adolescentes), seguimiento (60 padres y/o madres de familia) y estrategias comunicativas.

Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes e infantes de la localidad, en Colegios intervenidos por Salud al Colegio, a través de la conformación de Círculos Saludables en los colegios con la participación de adolescentes, padres y/o madres, docentes y niños y niñas de las dos localidades. Meta: 2 Círculos en Antonio Nariño. Cada uno con 20 a 30 personas.

NUCLEO 2. Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

TEMA GENERADOR 2- Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

DESDE LA ESE

Creación de un programa de educación ambiental y sanitaria para que sea aplicado en todos los ámbitos y componentes del Hospital Rafael Uribe.

A través de Gestión Local (SAN), gestionar proyectos para la persona mayor que contemple dos modalidades de contribución, económica, y alimentaria, a fin de garantizar su sostenibilidad y conformación de un Fondo de Alimentos con el apoyo de la Alcaldía Local.

DESDE SECTORES

Conformación del Consejo Local de Deportes, que permita el planteamiento de propuestas por parte de las comunidades educativas y comunitarias, para abordar y trabajar temas de promoción de la actividad física, espacios y elementos para la realización de actividades deportivas y recreativas.

Promover encuentros entre comunidad y trabajadores de medianas y grandes empresas en pro de acuerdos tendientes a transformar la relación salud-espacios productivos – ambiente, mediante la creación de la red de salud de los trabajadores en la localidad.

Articulación y coordinación con las instituciones pertinentes para la generación de condiciones habitacionales adecuadas para los hogares de las personas mayores en el territorio, así mismo el control de riesgos químicos, físicos y sanitarios para la generación de viviendas seguras para sus moradores. Ampliación de coberturas de vivienda saludable.

Generar alternativas de producción de alimentos saludables en articulación con otros procesos como forma de operacionalizar lo contemplado en la política pública de envejecimiento en la dimensión Vivir bien la Vejez.

Control efectivo de las ventas informales y velar por el buen abastecimiento de alimentos de calidad, a personas de escasos recursos a cargo de la Alcaldía local.

NUCLEO 3. El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

TEMA GENERADOR 3. Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

DESDE LA ESE

Caracterización de la población de 27 a 59 años, concentrados en el análisis de los determinantes sociales que afectan a la población adulta del territorio dentro del ámbito laboral de desarrollo.

Formación en salud ocupacional y seguridad industrial a las microempresas informales que han sido favorecidas por la unidad local de desarrollo empresarial del territorio.

Diseño e Implementación de un programa de Recuperación Nutricional Integral Ambulatoria en menores de 5 años, que permita mejorar estado nutricional y condiciones de seguridad alimentaria, a través de 3 fases: 1-Estabilización clínica, 2-Tratamiento alimentario y nutricional, y 3- Seguimiento médico, nutricional y Psicosocial.

DESDE SECTORES

Fortalecimiento a organizaciones sociales de adultos y adultas, participantes en espacios locales a través de procesos de formación en: Planeación participativa, Enfoque Promocional de Calidad de Vida en Salud, presupuesto participativo, formulación, diseño y evaluación de políticas públicas.

Creación y promoción de asociaciones productivas para las personas mayores, con la participación de: Ámbito Laboral, Gestión Local - Articulación transectorial y personas mayores de los territorios.

Estableciendo convenio con el SENA, escuelas de artes y oficios de la localidad para la formación de estas personas en la actividad seleccionada, en emprendimiento y elaboración de un plan de negocio.

Articular con la ULDE de la localidad, para mirar de qué manera se pueden apoyar las iniciativas productivas que surjan. Establecer articulación con la secretaría de desarrollo económico y banca capital para ver la posibilidad de acceso a crédito.

Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de que exista una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil, y la Alcaldía local, diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

NUCLEO 4. La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

TEMA GENERADOR 4 Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

DESDE LA ESE

Seguimiento domiciliario a mujeres gestantes en Territorios donde no se aplica el programa SASC. Metas: Localidad Antonio Nariño: 50 mujeres gestantes.

TERRITORIO 3: RESTREPO SOCIAL E INCLUYENTE

NUCLEO 1. El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales, sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

TEMA GENERADOR 1. Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

DESDE LA ESE

Fortalecimiento de recursos resilientes en víctimas de violencias manifestadas en los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y sus familias residentes de las localidades, a través de acciones de intervención de las problemáticas de violencia intrafamiliar y sexual, el maltrato infantil, la explotación laboral y sexual de niños, teniendo en cuenta la perspectiva de género, el restablecimiento y garantía de derechos y la protección integral de las víctimas. Metas: Atención terapéutica (50 grupos familiares), Prevención (165 personas), Formación (100 niñas, niños y adolescentes), seguimiento (100 padres y/o madres de familia) y estrategias comunicativas.

Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes e infantes de la localidad, en colegios intervenidos por Salud al Colegio, a través de la conformación de CIRCULOS SALUDABLES en los colegios, con la participación de adolescentes, padres y/o madres, docentes y niños y niñas de las dos localidades. Meta: 2 Círculos en Antonio Nariño. Cada uno con 20 a 30 personas.

NUCLEO 2. Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

TEMA GENERADOR 2- Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

DESDE LA ESE

Creación de un programa de educación ambiental y sanitaria, para que sea aplicado en todos los ámbitos y componentes del Hospital Rafael Uribe.

A través de Gestión Local (SAN), gestionar proyectos para la persona mayor que contemple dos modalidades de contribución, económica, y alimentaria, a fin de garantizar su sostenibilidad y conformación de un Fondo de Alimentos en con el apoyo de la Alcaldía Local.

DESDE SECTORES

Conformación del Consejo Local de Deportes que permita el planteamiento de propuestas por parte de las comunidades educativas y comunitarias, para abordar y trabajar temas de promoción de la actividad física, espacios y elementos para la realización de actividades deportivas y recreativas.

Promover encuentros entre comunidad y trabajadores de medianas y grandes empresas, en pro de acuerdos tendientes a transformar la relación salud-espacios productivos – ambiente, mediante la creación de la red de salud de los trabajadores en la localidad.

Articulación y coordinación con las instituciones pertinentes para la generación de condiciones habitacionales adecuadas para los hogares de las personas mayores en el territorio, así mismo el control de riesgos químicos, físicos y sanitarios para la generación de viviendas seguras para sus moradores. Ampliación de coberturas de vivienda saludable.

Generar alternativas de producción de alimentos saludables en articulación con otros procesos, como forma de operacionalizar lo contemplado en la política pública de envejecimiento en la dimensión Vivir bien la Vejez.

Control efectivo de las ventas informales y velar por el buen abastecimiento de alimentos de calidad, a personas de escasos recursos, a cargo de la Alcaldía local.

NUCLEO 3. El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

TEMA GENERADOR 3. Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

DESDE LA ESE

Caracterización de la población de 27 a 59 años, concentrados en el análisis de los determinantes sociales que afectan a la población adulta del territorio, dentro del ámbito laboral de desarrollo.

Formación en salud ocupacional y seguridad industrial a las microempresas informales, que han sido favorecidas por la unidad local de desarrollo empresarial del territorio.

Diseño e Implementación de un programa de Recuperación Nutricional Integral Ambulatoria en menores de 5 años, que permita mejorar estado nutricional y condiciones de seguridad alimentaria a través de 3 fases: 1-Estabilización clínica, 2-Tratamiento alimentario y nutricional, y 3- Seguimiento médico, nutricional y Psicosocial.

DESDE SECTORES

Fortalecimiento a organizaciones sociales de adultos y adultas, participantes en espacios locales, a través de procesos de formación en: Planeación participativa, Enfoque Promocional de Calidad de Vida en Salud, Presupuesto participativo, Formulación, diseño y evaluación de políticas públicas.

Creación y promoción de asociaciones productivas para las personas mayores, con la participación de: Ámbito Laboral, Gestión Local - Articulación transectorial y personas mayores de los territorios.

Estableciendo convenio con el SENA, escuelas de artes y oficios de la localidad para la formación de estas personas en la actividad seleccionada, en emprendimiento y elaboración de un plan de negocio.

Articular con la ULDE de la localidad, para mirar de qué manera se pueden apoyar las iniciativas productivas que surjan. Establecer articulación con la secretaría de desarrollo económico y banca capital para ver la posibilidad de acceso a crédito.

Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de que exista una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la Alcaldía local, diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

NUCLEO 4. La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

TEMA GENERADOR 4- Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

DESDE LA ESE

Seguimiento domiciliario a mujeres gestantes en Territorios donde no se aplica el programa SASC. Metas: Localidad Antonio Nariño: 50 mujeres gestantes.

TERRITORIO 4: POLICULTURAL

NUCLEO 1. El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

TEMA GENERADOR 1. Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

DESDE LA ESE

Fortalecimiento de recursos resilientes en víctimas de violencias manifestadas en los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y sus familias residentes de la localidades, a través de acciones de intervención de las problemáticas de violencia intrafamiliar y sexual, el maltrato infantil, la explotación laboral y sexual de niños, teniendo en cuenta la perspectiva de género, el restablecimiento y garantía de derechos y la protección integral de las víctimas. Metas: Atención terapéutica (50 grupos familiares), Prevención (165 personas), Formación (100 niñas, niños y adolescentes), seguimiento (100 padres y/o madres de familia) y estrategias comunicativas.

NUCLEO 2. Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

TEMA GENERADOR 2- Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

DESDE LA ESE

Creación de un programa de educación ambiental y sanitaria, para que sea aplicado en todos los ámbitos y componentes del Hospital Rafael Uribe.

A través de Gestión Local (SAN), gestionar proyectos para la persona mayor que contemple dos modalidades de contribución, económica, y alimentaria, a fin de garantizar su sostenibilidad y conformación de un Fondo de Alimentos, con el apoyo de la Alcaldía Local.

DESDE SECTORES

Conformación del Consejo Local de Deportes que permita el planteamiento de propuestas por parte de las comunidades educativas y comunitarias, para abordar y trabajar temas de promoción de la actividad física, espacios y elementos para la realización de actividades deportivas y recreativas.

Promover encuentros entre comunidad y trabajadores de medianas y grandes empresas, en pro de acuerdos tendientes a transformar la relación salud-espacios productivos – ambiente, mediante la creación de la red de salud de los trabajadores en la localidad.

Articulación y coordinación con las instituciones pertinentes para la generación de condiciones habitacionales adecuadas para los hogares de las personas mayores en el territorio, así mismo el control de riesgos químicos, físicos y sanitarios para la generación de viviendas seguras para sus moradores. Ampliación de coberturas de vivienda saludable.

Generar alternativas de producción de alimentos saludables en articulación con otros procesos, como forma de operacionalizar lo contemplado en la política pública de envejecimiento en la dimensión Vivir bien la Vejez.

Control efectivo de las ventas informales y velar por el buen abastecimiento de alimentos de calidad a personas de escasos recursos, a cargo de la Alcaldía local.

NUCLEO 3. El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

TEMA GENERADOR 3. Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

DESDE LA ESE

Caracterización de la población de 27 a 59 años, concentrados en el análisis de los determinantes sociales que afectan a la población adulta del territorio dentro del ámbito laboral de desarrollo.

Formación en salud ocupacional y seguridad industrial a las microempresas informales que han sido favorecidas por la unidad local de desarrollo empresarial del territorio.

Diseño e Implementación de un programa de Recuperación nutricional integral ambulatoria en menores de 5 años, que permita mejorar estado nutricional y condiciones de seguridad alimentaria a través de 3 fases: 1-Estabilización clínica, 2-Tratamiento alimentario y nutricional, y 3- Seguimiento médico, nutricional y Psicosocial.

DESDE SECTORES

Fortalecimiento a organizaciones sociales de adultos y adultas, participantes en espacios locales, a través de procesos de formación en: Planeación participativa, Enfoque Promocional de calidad de Vida en Salud, Presupuesto participativo, Formulación, diseño y evaluación de políticas públicas.

Creación y promoción de asociaciones productivas para las personas mayores, con la participación de: Ámbito Laboral, Gestión Local - Articulación transectorial y personas mayores de los territorios.

Estableciendo convenio con el SENA, escuelas de artes y oficios de la localidad para la formación de estas personas en la actividad seleccionada, en emprendimiento y elaboración de un plan de negocio.

Articular con la ULDE de la localidad, para mirar de qué manera se pueden apoyar las iniciativas productivas que surjan. Establecer articulación con la secretaría de desarrollo económico y banca capital para ver la posibilidad de acceso a crédito.

Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de que exista una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la Alcaldía local, diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

NUCLEO 4. La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

TEMA GENERADOR 4- Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

DESDE LA ESE

Seguimiento domiciliario a mujeres gestantes en Territorios donde no se aplica el programa SASC. Metas: Localidad Antonio Nariño: 50 mujeres gestantes.

TERRITORIO 5: LAS TRES ESTRELLAS

NUCLEO 1. El debilitamiento de las relaciones (vínculos) familiares y las redes sociales sumado a la exclusión laboral que afectan las condiciones biopsicosociales en la niñez, juventud, adultez y en la vejez, generando expresiones de violencias y problemas de salud mental.

TEMA GENERADOR 1. Promoviendo una vida digna hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares y las redes en los territorios sociales.

DESDE LA ESE

Fortalecimiento de recursos resilientes en víctimas de violencias manifestadas en los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y sus familias residentes de la localidades, a través de acciones de intervención de las problemáticas de violencia intrafamiliar y sexual, el maltrato infantil, la explotación laboral y sexual de niños, teniendo en cuenta la perspectiva de género, el restablecimiento y garantía de derechos, y la protección integral de las víctimas. Metas: Atención terapéutica (50 grupos familiares), Prevención (165 personas), Formación (100 niñas, niños y adolescentes), seguimiento (100 padres y/o madres de familia) y estrategias comunicativas.

NUCLEO 2. Deficientes condiciones del entorno ambiental que inciden negativamente en la calidad de vida de todas las etapas del ciclo vital y conllevan a la aparición de enfermedades biopsicosociales.

TEMA GENERADOR 2- Por una cultura ciudadana y comunitaria que promueva entornos saludables para toda la población.

DESDE LA ESE

Creación de un programa de educación ambiental y sanitaria para que sea aplicado en todos los ámbitos y componentes del Hospital Rafael Uribe.

A través de Gestión Local (SAN), gestionar proyectos para la persona mayor que contemple dos modalidades de contribución, económica, y alimentaria, a fin de garantizar su sostenibilidad y conformación de un Fondo de Alimentos en con el apoyo de la Alcaldía Local.

DESDE SECTORES

Conformación del Consejo Local de Deportes, que permita el planteamiento de propuestas por parte de las comunidades educativas y comunitarias para abordar y trabajar temas de promoción de la actividad física, espacios y elementos para la realización de actividades deportivas y recreativas.

Promover encuentros entre comunidad y trabajadores de medianas y grandes empresas en pro de acuerdos tendientes a transformar la relación salud-espacios productivos – ambiente, mediante la creación de la red de salud de los trabajadores en la localidad.

Articulación y coordinación con las instituciones pertinentes para la generación de condiciones habitacionales adecuadas para los hogares de las personas mayores en el territorio, así mismo el control de riesgos químicos, físicos y sanitarios para la generación de viviendas seguras para sus moradores. Ampliación de coberturas de vivienda saludable.

Generar alternativas de producción de alimentos saludables en articulación con otros procesos, como forma de operacionalizar lo contemplado en la política pública de envejecimiento en la dimensión Vivir bien la Vejez.

Control efectivo de las ventas informales y velar por el buen abastecimiento de alimentos de calidad a personas de escasos recursos a cargo de la Alcaldía local.

NUCLEO 3. El modelo económico en sus componentes (empleo, producción, consumo y mercado) genera condiciones inadecuadas que se manifiestan: en la niñez generando enfermedades de alta prevalencia y trabajo infantil; en la juventud disminuyendo oferta laboral y educativa; en adultos reduce el acceso a los servicios básicos y ocasiona pérdida de autonomía en personas mayores.

TEMA GENERADOR 3. Territorio garante de producción e inclusión laboral hacia un acceso digno para todos y todas.

DESDE LA ESE

Caracterización de la población de 27 a 59 años, concentrados en el análisis de los determinantes sociales que afectan a la población adulta del territorio, dentro del ámbito laboral de desarrollo.

Formación en salud ocupacional y seguridad industrial a las microempresas informales que han sido favorecidas por la unidad local de desarrollo empresarial del territorio.

Diseño e implementación de un programa de Recuperación Nutricional Integral ambulatoria en menores de 5 años, que permita mejorar estado nutricional y condiciones de seguridad alimentaria a través de 3 fases: 1-Estabilización clínica, 2-Tratamiento alimentario y nutricional, y 3- Seguimiento médico, nutricional y Psicosocial.

DESDE SECTORES

Fortalecimiento a organizaciones sociales de adultos y adultas, participantes en espacios locales, a través de procesos de formación en: Planeación participativa, Enfoque Promocional de Calidad de Vida en Salud, presupuesto participativo, formulación, diseño y evaluación de políticas públicas.

Creación y promoción de asociaciones productivas para las personas mayores, con la participación de: Ámbito Laboral, Gestión Local - Articulación transectorial y personas mayores de los territorios.

Estableciendo convenio con el SENA, escuelas de artes y oficios de la localidad para la formación de estas personas en la actividad seleccionada, en emprendimiento y elaboración de un plan de negocio.

Articular con la ULDE de la localidad, para mirar de qué manera se pueden apoyar las iniciativas productivas que surjan. Establecer articulación con la secretaría de desarrollo económico y banca capital para ver la posibilidad de acceso a crédito.

Los referentes en el área de salud y trabajo manifiestan la intención de que exista una mayor articulación intersectorial, el SENA debe generar más procesos y mejorar la divulgación de servicios, las escuelas buscar programas de capacitación de interés juvenil y la Alcaldía local, diseñar proyectos productivos especiales para esta población.

NUCLEO 4. La estructura del modelo del SGSSS en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad genera vulnerabilidad al derecho a la salud en la niñez, juventud, adultez y en la vejez.

TEMA GENERADOR 4- Por el derecho a una salud sin barreras, incluyente, con calidad y calidez para todos y todas.

DESDE LA ESE

Seguimiento domiciliario a mujeres gestantes en Territorios donde no se aplica el programa SASC. Metas: Localidad Antonio Nariño: 50 mujeres gestantes.

CONCLUSIONES

1. El ejercicio de actualización del diagnóstico local ha representado un reto por la naturaleza de su abordaje, desde los enfoques territorial y diferencial, ya que desde los ámbitos y componentes del PIC, los sistemas de información no cuentan con variables que permitan realizar este tipo de análisis; sin embargo el interés desde la Gerencia y Coordinación de Salud Pública - PIC del Hospital, fue el de asumir este reto con miras a fortalecer el posicionamiento político en los diferentes espacios locales, y aportar insumos necesarios para el proceso de la Gestión Social Integral (G.S.I), en la localidad Antonio Nariño.

2. Es importante reconocer que para la localidad Antonio Nariño fue imprescindible la información diagnóstica construida desde la ESE, puesto que no solo confluyó en el reconocimiento social de los territorios sociales, sino en los aportes situacionales desde la perspectiva de desarrollo de autonomía y transversalidades de equidad, desde el contexto de la estrategia promocional de calidad de vida y salud.

3. En el marco de las mesas territoriales de calidad de vida y salud, la información diagnóstica de la ESE representó un insumo importante de posicionamiento político, el cual orientó el trabajo y la metodología implementada en cada una de las sesiones de mesa, enmarcado en cada una de las problemáticas identificadas en los territorios. De igual forma, fue considerado un insumo importante en el proceso de construcción de respuestas integrales, representado en la transectorialidad de la información que contempla este documento, que aborda no solo desde una perspectiva de la salud, sino teniendo en cuenta los determinantes sociales que en ella incluyen, reconociendo aspectos culturales, políticos y económicos, que intervienen en la vida cotidiana de los habitantes de la localidad.

www.saludcapital.gov.co