

17
LOCALIDAD

Localidad
CANDELARIA



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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Localidad
CANDELARIA



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

CRÉDITOS

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

Hospital Centro Oriente

Coordinador PIC

Martha Isabel Vergel

Equipo Técnico

Azucena Fraile Gómez

Marisol Garrido Castillo

Luz Helena Cuevas Bohórquez

Referentes Locales por ámbito de vida cotidiana

Dayssy Díaz

Rosalba Rodríguez

Oliver Morales Riveros

Luz Helena Avendaño

Karina Ortiz

Proyecto de Desarrollo de Autonomía

Jenny Milena Pachón Duran

Transversalidad

Luis Miguel Sánchez Zoque

Catalina Hernández

Sandra Echeverry Giraldo

AGRADECIMIENTOS

A los directivos, profesionales y personal de apoyo del Hospital Centro Oriente, entes locales y comunidad, comprometidos con la actualización del diagnóstico local en salud con participación social 2010, sin cuya valiosa colaboración no hubiera podido llevarse a cabo tan ardua tarea.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Andrés León N.

Oscar Sierra

FOTOGRAFÍA PORTADAS

Diego Bautista

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	7	3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL	87
INTRODUCCIÓN	14	3.1 Territorios Sociales	88
MARCO CONCEPTUAL	16	3.2 Propuesta de Abordaje en Territorios de Gestión Social Integral (GSI)	89
1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACIÓN TERRITORIO-POBLACIÓN-AMBIENTE	25	4. ANÁLISIS DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LA RESPUESTA SOCIAL Y PROPUESTA	145
1.1 Reseña Histórica	26	Análisis del desarrollo de servicios	150
1.2. Características geográficas y ambientales	29	4.2. Estado de Aseguramiento de la Población Local	151
1.3 Estructura y Dinámica Poblacional	34	4.3. Análisis de Inversión de Proyectos UEL 2007-2009	154
1.4. CARACTERÍSTICAS POLÍTICO ADMINISTRATIVAS	47	4.4. Alternativas desde la Comunidad – Respuesta Comunitaria	155
1.4.1 Mortalidad en la Localidad La Candelaria	53	4.5. Temas Generadores y Propuesta de Respuesta	157
1.4.1.1 Mortalidad materna razón x 100.000 NV	55	4.2.2 Componente 2. Operación de Ámbitos de Vida Cotidiana	183
1.4.1.2 Mortalidad perinatal	55	4.2.3 Intervención plurimodal	187
1.4.1.3 Mortalidad Infantil.	56	4.3 Transversalidad ambiente y salud	191
1.4.1.4 Mortalidad por EDA en menores de 5 Años.	57	CONCLUSIONES	208
1.4.1.5 Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años	57	LISTA DE ABREBIATURAS	209
1.4.1.6 Mortalidad por neumonía	57		
1.4.2 Morbilidad en la localidad La Candelaria	58		
1.4.3 Morbilidad por causas en la Candelaria	59		
1.4.4 Morbilidad en la localidad La Candelaria por grupos de edad	59		
1.4.5 Violencia intrafamiliar	63		
1.4.6 Enfermedades Emergentes	66		
1.4.7 Enfermedades Transmisibles	66		
2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN-CONSUMO-TERRITORIO-POBLACION-AMBIENTE	69		
2.1. ORGANIZACIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA DEL TRABAJO	70		
2.2. NECESIDADES BASICAS INSATESFECHAS (NBI)	74		
2.3. ACCESO A BIENES Y SERVICIOS	74		

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual de población por grupo étnico y sexo. Localidad 17 La Candelaria. Bogotá D.C. 2005.	37	Tabla 25. Hospital Centro Oriente- Sede Asistencial Localidad 17 La Candelaria, 2009	148
Tabla 2. Indicadores Demográficos Localidad La Candelaria Bogotá D.C., 2006 – 2008	50	Tabla 26 Servicios prestados y capacidad instalada en camas. Hospital Centro Oriente. 2009.	149
Tabla 3. Tasa Específica de Fecundidad por Grupos de Edad. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2008-2009	51	Tabla 27 Servicios y horario de atención en la ESE UPA CANDELARIA Hospital Centro Oriente. Año 2010	149
Tabla 4. Distribución de citologías anormales asociadas a VPH en mujeres del programa de prevención del Cáncer de Cuello Uterino. Localidad Candelaria.2009- Primer semestre 2010.	52	Tabla 28 Distribución de Población Activa y Suspendida. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C. 2009.	151
Tabla 5. Distribución Específica de casos reportados con VIH por Etapas del Ciclo Vital 2009 Primer Semestre. 2010. localidad Candelaria	53	Tabla 29 Distribución por género régimen subsidiado. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C.2009.	151
Tabla 6. Tasa de Mortalidad según grupos de edad por 10.000 Habitantes. Localidad. La Candelaria. Bogotá D.C., Año 2007	54	Tabla 30 Distribución de afiliados al Régimen subsidiado por grupo poblacional. Localidad 17 La Candelaria. Bogotá D.C.2009.	152
Tabla 7. Tasa de Mortalidad Materna Razón x 100.000 NV. La Candelaria. Bogotá D.C., 2008 - 2010	55	Tabla 31 Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado. Localidad 17 La Candelaria. Bogotá D.C	152
Tabla 8. Mortalidad Perinatal. La Candelaria. Bogotá, 2008-2010	56	Tabla 32 Proyectos UEL acciones complementarias del Plan de Intervenciones colectivas (PIC) 2009.	154
Tabla 9. Comportamiento mortalidad infantil en menores de un año, localidad La Candelaria, 2008-2010	56	Tabla 33 Cobertura de vacunación (3º dosis de polio). Localidad Candelaria 2008. Primer semestre 2010	206
Tabla 10. Mortalidad Por EDA en Menores de 5 Años. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2008-2010	57	Tabla 34 Coberturas de vacunación triple viral. Candelaria.2009-2010	206
Tabla 11. Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2008-2010	57		
Tabla 12. Mortalidad por Neumonía en Menores de 5 Años. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2008-2010	58		
Tabla 13 Consulta Medicina General 2009 por grupos de edad. Localidad La Candelaria	59		
Tabla 14. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en menores de 1 año. Localidad La Candelaria	60		
Tabla 15. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en jóvenes de 15 a 26 años. Localidad La Candelaria	61		
Tabla 16. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en adultos y adultas de 27 a 44 años. Localidad La Candelaria.	61		
Tabla 17. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en adultos y adultas de 45 a 59 años. Localidad La Candelaria.	61		
Tabla 18. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en personas mayores de 60 años y más. Localidad La Candelaria.	62		
Tabla 19. Comportamiento del peso al nacer en total de nacidos vivos. Localidad la Candelaria.2007-2009	62		
Tabla 20. Comportamiento del Estado Nutricional de las Gestantes Atendidas en la UPA Candelaria. Localidad La Candelaria.2007-2010	63		
Tabla 21. Comportamiento de la conducta suicida, localidad la Candelaria, 2008 – 2010.	65		
Tabla 22. Eventos de notificación obligatoria. Localidad La Candelaria.2006-2009	66		
Tabla 23. Prevalencia de bajo peso al nacer. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C.,2007-2009	77		
Tabla 24 Cupos oficiales ofertados y matrícula oficial. Localidad Candelaria.2009	80		

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1 Población Desagregada Por Edad	35
Gráfica 2 Esperanza De Vida Al Nacer	36
Gráfica 3 Mortalidad General. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2005 – 2007	54
Gráfica 4. Comportamiento De Las Violencias Intrafamiliares Por Grupo De Edad, Localidad La Candelaria, 2010	64
Gráfica 5. Localidad La Candelaria, 20	64
Gráfica 6. Comportamiento De La Violencia Intrafamiliar Por Upz, Localidad La Candelaria, 2010	65
Gráfica 7. Índice de condiciones de calidad de vida. Localidad la candelaria. Bogotá d.C. 2007.	70
Gráfica 8. Necesidades Básicas Insatisfechas. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C. 2007.	75
Gráfica 9. Comportamiento del Peso al Nacer en Nacidos Vivos. Localidad La Candelaria. 2000-2007.	78

INDICE DE MAPAS

Mapa 1. Zonas Condiciones de Calidad de Vida. Localidad La Candelaria.	28
Mapa 2. División político administrativa. Localidad La Candelaria.	30
Mapa 3. Población en condición de desplazamiento. Localidad La Candelaria.2009	38
Mapa 4. Población en condición de discapacidad. Localidad Candelaria.	42
Mapa 5. Zonas percibidas como inseguras por la Población LGBTI. Localidad La Candelaria.2009	46
Mapa 6 Territorios sociales de gestión social. Localidad La Candelaria. 2009	48
Mapa 7. Trabajo infantil. Localidad de La Candelaria	72
Mapa 8. Población en condición de discapacidad intervenida por ámbito laboral. Localidades de La Candelaria y Santa Fe	73
Mapa 8. Parques zonales y de bolsillo. Localidad La Candelaria.2010	84
Mapa 9. Territorio Social 1. Localidad La Candelaria.	106
Mapa 10. Alteraciones nutricionales según reporte de comedores comunitarios. Localidad La Candelaria.	129
Mapa 11. Territorio social 2. Localidad La Candelaria.	130
Mapa 12 Territorio social 3. Localidad La Candelaria.	139
Mapa 13. Ubicación de casos notificados de violencia intrafamiliar. Localidad La Candelaria.	182
Mapa 14. Embarazo en adolescentes, Consumo de SPA y Conducta suicida – ámbito escolar. Localidad La Candelaria.	186
Mapa 15 Suplementación y Salud Oral – ámbito escolar. Localidad La Candelaria	198
Mapa 16 Organizaciones intervenidas –ámbito comunitario. Localidad La Candelaria.	200
Mapa 17. Unidades de trabajo informal – ámbito laboral. Localidad La Candelaria.	203
Mapa 18. Trabajo infantil – ámbito laboral. Localidad La Candelaria.	205

INTRODUCCIÓN

El presente Diagnóstico Local de Salud con Participación Social de La Candelaria en la ciudad de Bogotá, revisa y analiza la realidad social mediante la relación de las categorías de territorio, población, ambiente, consumo y producción; identificando e interpretando problemáticas y potencialidades de esta localidad con el fin de generar alternativas, planear los recursos y orientar las acciones en procura de mejorar las condiciones y la calidad de vida de la comunidad que habita o se relaciona con esta localidad.

Se pretende analizar la situación actual de salud y compararla con el contexto histórico, social y económico para así evidenciar sus cambios y desarrollo, planteando acciones a corto, mediano y largo plazo en concordancia con los planes de desarrollo local, distrital, nacional, políticas de los diferentes sectores y objetivos del milenio.

El primer diagnóstico local de salud con participación social se realiza en el año 1997; éste fue propuesto como un análisis de salud a nivel local en cada una de las veinte localidades de la ciudad de Bogotá. Estos procesos han sido orientados por la Secretaría Distrital de Salud y se han convertido en un importante insumo para la planeación local de la capital.

En el año 2003 se actualizaron los diagnósticos, para continuar con el objetivo de servir como herramientas básicas en los procesos de planeación local y como lectura de la situación de salud-enfermedad; éstos se han ido actualizando en diferentes años.

En 2009, se propone realizar el análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida de la población en los territorios sociales, con el fin de identificar las causalidades profundas de las condiciones de vida y salud de la población, expresadas en su fragilidad o potencia social, lo cual permite plantear respuestas que afecten los determinantes de calidad de vida y salud de los grupos y sujetos de la sociedad.

En 2010 continuó el análisis de la determinación social de los territorios acordados en el proceso de gestión social integral local. Como sustento conceptual y teórico, la actualización del diagnóstico está basado en el modelo de la determinación social, la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y la Gestión Social Integral.

En el marco de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, el proceso se realiza a través de las lecturas integrales de necesidades, lo cual implica identificar las condiciones de vida y salud de la población en territorios sociales, explicando aspectos que permiten determinar socialmente las condiciones de dignidad humana y el desarrollo humano; problematizar las lecturas de la realidad y la respuesta; e identificar las brechas de inequidad y los déficit de las respuestas sociales o institucionales que muestran la violación o garantía de los derechos humanos. Lo anterior, con el objetivo de incorporar la perspectiva de autonomía, dignidad y libertad conforme a los contextos, expectativas y aspiraciones sociales y culturales individuales y colectivas; para finalmente evidenciar las condiciones particulares de las personas a través de sus etapas en la vida o ciclo vital, teniendo en cuenta la equidad, la perspectiva de género, las condiciones socio-económicas, las clases sociales, y etnias, entre otras, en los territorios sociales.

El reto del proceso de análisis de la determinación social y la calidad de vida en lo local es examinar integralmente la realidad, desde la perspectiva de los derechos humanos y en el marco de procesos participativos. Se recogió la percepción de los múltiples actores, considerando la vida cotidiana de la gente en los territorios desde una mirada social más allá de lo geográfica. Lo anterior permitió el reconocimiento de la identidad y pertenencia de los grupos humanos y el reconocimiento de estos espacios como los lugares donde se produce y se reproducen los determinantes y exposiciones sociales. Esta información fue contrastada con información y análisis cuantitativo que dé cuenta de la magnitud de la realidad social en las localidades.

Por lo anterior, el objetivo principal del proceso de análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida en lo local es comprender en toda su dimensión los factores protectores y aquellos que deterioran la complejidad de la salud y la calidad de vida en la localidad, para avanzar en la reducción de brechas y situaciones intolerables e invertir con equidad los recursos sociales; con miras a contribuir, de esta forma, a modificar las condiciones de vida de las poblaciones.

La elaboración y actualización de los Diagnósticos Locales de Salud con participación social es un producto estratégico del proceso de análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida en lo local. A través de este proceso se busca el fortalecimiento y apropiación conceptual y metodológica permanente de los siguientes temas: determinación social, calidad de vida, derechos humanos, política de salud, análisis cualitativo y cuantitativo, categorías y perspectivas analíticas y competencias analíticas, entre otros.

MARCO CONCEPTUAL

La salud se consolida como un derecho social, su esfera no está delimitada solamente al campo de prestación de servicios de salud. Constitucionalmente existen elementos para que todos los ciudadanos puedan disfrutar de este derecho y los líderes sociales en su papel, redimensionen la participación social hacia esferas políticas que permitan desarrollar una ciudadanía dirigida hacia el desarrollo de la autonomía, para fundamentar las políticas con enfoque en los derechos, para que se genere a partir de ello la apropiación de las comunidades de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, que lleve a consolidar el derecho a la salud.¹

Cuando se habla de derecho a la salud², se refiere a algo que nos pertenece por el hecho de ser seres humanos, pudiendo exigir al Estado ser garante de éste. Los derechos humanos no son simples aspiraciones que quisieran alcanzar, son el reconocimiento de la dignidad humana, por lo anteriormente expuesto existen múltiples leyes, convenios e instrumentos nacionales e internacionales, que reconocen y promuevan la garantía de los derechos humanos, específicamente en el derecho a la salud, los cuales deben ser apropiados por el conjunto de la sociedad en la perspectiva de hacerlos justiciables, de los cuales se pueden puntualizar los aspectos relacionados a continuación:

- La aceptación de los derechos humanos.
- El Estado como garante de derechos.
- La perspectiva de derechos a la luz de condiciones concretas de calidad de vida.
- Cambios institucionales hacia la participación social, para avanzar en la garantía de los
- Derechos.

¹ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DE SALUD. Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud. Cuadernillo colección la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Conociendo y apropiando la estrategia promocional de calidad de vida y salud. 2007

² *ibid.*

- Desarrollo de un nuevo modelo de gestión social dirigido a garantizar los derechos.

Desde la mirada hegemónica, la promoción de la salud aparece, junto con la prevención, como los campos centrales de la actuación de la salud pública y recoge, por tanto, su proceso de construcción viéndose limitada por los cuestionamientos de los modelos centrados en la medicina, donde se toma la salud pública como una especialidad de esta; tomando la propuesta de Milton Terris, en el sentido de hacer de la medicina un campo de la salud pública, la propuesta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, pretende aportar una alternativa en la garantía del derecho a la salud. En este sentido, se fundamenta en la idea de salud como autonomía, reconoce el análisis de los determinantes sociales como orientador en la toma de decisiones y asume la tarea de transformar la realidad existente en la perspectiva de construir equidad y justicia social³.

La aplicación de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, se fundamenta en el principio básico de concebir la salud como derecho que se concreta con la satisfacción de necesidades. .

Desde esta estrategia, el desarrollo de políticas públicas se basa en el procesos de territorialización que parta de la lectura integral de necesidades, el diseño de una respuesta integral y de una gestión que viabilice la misma, en donde la transectorialidad y la participación son piezas fundamentales, para lograr los objetivos de afectar los determinantes, definidos como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o que estén directa o indirectamente asociados a los problemas, asegurando proteger y preservar el desarrollo de una vida plena en todos los ámbitos y ciclos.⁴

En este proceso de construcción de política pública, la participación social y comunitaria en salud esta mediada por la representación del interés colectivo; la constitución nacional promueve una democracia participativa para fortalecer a la sociedad civil, mientras en la cotidianidad opera una democracia representativa, que funciona a partir de unos canales, en los que solo puede “participar” el delegado, quien termina siendo un convidado que no representa los intereses, ni aboga por la presentación de las situaciones que afectan el bienestar de quienes en teoría representa.⁵

Esta debilidad ha generado una pérdida de credibilidad y de liderazgo convirtiéndose en un distractor, en tanto que se convive con agendas llenas para asistir a reuniones, discusiones, foros, asambleas, pero, desafortunadamente, no hay mayor trascendencia en la capacidad movilizatoria de las comunidades y de la sociedad civil, para reivindicar las voces que expresan la necesidad de un país más democrático, con amplio sentido participativo para superar la desigualdad y la inequidad social.

³ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DE SALUD. Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud. Cuadernillo colección la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. La estrategia promocional de calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud.2007

⁴ Los Ámbitos: se refieren a los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana y se tejen interacciones por ejemplo, los espacios productivos (laboral), los espacios de vida de los escolares (escuela), los espacios públicos (comunitario), institucional (espacios de protección y rehabilitación); Instituciones prestadoras de servicios de Salud (IPS). Ciclo: concepto que explica el tránsito de la vida como un continuo y que propone que el crecimiento y el desarrollo humano son el producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológico, psicológico y social.

⁵ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DE SALUD. Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud. Cuadernillo colección la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud.conociendo y apropiando la estrategia promocional de calidad de vida y salud.2007

El momento actual requiere que la participación avance en dos planos: el estratégico, como posibilidad para movilizar a los sujetos hacia la concreción de objetivos; y el plano simbólico, como valor que permite procesos de transformación, que determinan a la sociedad y que le da sentido a las acciones humanas.

En el Distrito Capital ha venido impulsado políticas públicas que se enmarcan en un enfoque que privilegia los derechos humanos y abiertamente ofrecen herramientas para ambientar un escenario dirigido hacia la concreción de procesos que apunten a la construcción de ciudadanía, es decir, hacia una esfera donde los ciudadanos sean sujetos capaces para actuar en la transformación de sus propias realidades, superando la participación como instrumento para validar las políticas hechas sin el reconocimiento pleno de los actores.

En el sector salud, la política se encuentra sustentada en la estrategia promocional de calidad de vida y salud⁶, la cual determina la importancia de vincular la mirada de los grupos sociales en relación con aspectos que afectan la calidad de vida y, por ende, la salud, la convocatoria a búsqueda de respuestas sostenidas, donde se privilegia la participación de las personas.

Con la implementación de esta estrategia a través de la Política de Salud Distrital, se propicia que las comunidades organizadas o sin organizar, los grupos sociales, los colectivos, las asociaciones, confronten sus realidades y realicen procesos que apunten hacia la búsqueda de soluciones.

A partir del abordaje de los determinantes se aplicó una metodología de cartografía social y árbol de problemas para guiar la lectura de necesidades en las zonas de condiciones de vida y salud, permitiendo tomar la realidad del territorio, estableciendo relaciones para analizar y posibilitar estrategias de intervención desde salud a su hogar SASH, atención primaria en salud(APS), trabajo en ámbitos(comunitario, escolar, IPS, laboral y familiar) participación de la comunidad; llegando a la aplicación y operativización de la política Distrital de salud.

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Dentro del proceso de análisis de la situación de salud de la población se plantea desde las necesidades encontradas en las diferentes comunidades, lo que conlleva a la definición de requerimientos de acciones para contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales de tal manera que permite mejorar las condiciones de salud de la población en local.

Este documento no se elabora única y exclusivamente para el actuar del sector salud, por el contrario es un insumo para los demás sectores que propenden por el bienestar colectivo, así como con los grupos organizados de la comunidad y sociedad en general. Adicionalmente se debe tener en cuenta que el proceso de salud es condicionado por factores presentes en todos los sectores y para su solución se requiere de la intervención de los mismos y los efectos que se logren a través de estos van a incidir en el desarrollo, producción y productividad de la sociedad.

El Diagnóstico Local con Participación Social tiene las siguientes características:

Objetividad: Los datos son presentados en forma cuantitativa y con análisis cualitativo alusivo a los datos disponibles, la información relacionada con las acciones que se desarrollan desde el PIC 2009 por etapa de ciclo vital en los territorios sociales, teniendo en cuenta los enfoques territorial, poblacional y diferencial.

Enfoque territorial: Una de las estrategias del Plan de Desarrollo Bogotá positiva, es la Gestión Social integral (GSI), definida ésta como la táctica para la implementación de la política social del Distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales asegurando la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y poner de presente el protagonismo de la población en los territorios⁷.

Inicialmente en Candelaria dos mesas territoriales, Santa Bárbara y la Concordia, sobre lo cual como grupo interno de articulación, se adquirió el compromiso de posicionarlas en espacios políticos como las Unidades de Apoyo técnico (UAT) y los Consejos Locales de Política Social (CLOPS) para lograr alianzas estratégicas en lo local, con el fin de fortalecer el impacto de las mesas territoriales y la participación activa de la comunidad.

En este proceso de posicionamiento, en la localidad la Candelaria se logró en las Unidades de Apoyo territorial (UAT) la conformación de equipos locales con funcionarios de la Secretaría de integración social (SDIS), el IDEPAC, Movilidad, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Salud y del Hospital Centro Oriente, los temas que se abordan es este espacio de participación de enfocan por etapa del ciclo vida, por Transversalidades (TV) y por proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) con la invitación abierta a otros sectores que por no contar con e un número de funcionarios pertinente, han asistido a las mesas esporádicamente según las necesidades identificadas. Las propuestas territoriales en esta localidad han venido siendo socializadas desde 2008 en los Consejos De Gobierno en diferentes fechas con el fin de lograr el apoyo de la Alcaldía Local, el avance logrado en los Comisión Local Intersectorial de Participación (CLIP) Unidades de Apoyo Territorial (UAT), y los Consejos locales de Política Social (CLOPS).

En éste último, después de discutir y concertar, se logró llegar a un acuerdo sobre los territorios que se tendrían en cuenta para desarrollar la Gestión Social Integral (GSI), aclarando que en septiembre del año 2010 los integrantes del equipo transectorial de la Gestión Social Integral con el apoyo de la Alcaldía Local deciden reorganizar los territorios y crear uno más para esta localidad quedando así, cuatro territorios sociales. Los territorios trabajados en 2009, se describen así:

Tres territorios a partir de las Zonas de Condiciones de Vida propuestas por salud: El territorio Social 1; Ubicado en la parte oriental y sur de la localidad, comprende los barrios Santa Bárbara, Belén, Egipto de estrato 1 y 2 principalmente; el territorio social 2 conformado por el Centro Administrativo y La Catedral, este territorio está clasificado como de estratos 3 y 4, el Territorio social 3, ubicado en la zona sur y oriental de la localidad, comprende los barrios la Concordia, Las Aguas y Nueva Santa fe, de estratos 3 y 4.

La dinámica poblacional se define como el conjunto de interacciones entre la dinámica demográfica y otros factores de las dinámicas ambientales, social y económica de las cuales se derivan transformaciones tanto en la dinámica demográfica (tamaño, crecimiento poblacional, estructura distribución territorial y movilidad) como en las condiciones socioeconómicas y ambientales de un territorio.

El enfoque poblacional consiste en identificar y comprender las interacciones en la dinámica poblacional, a fin de responder tanto a los problemas como a las oportunidades presentes en el territorio, orientando la formulación de objetivos y estrategias que permitan superar las tensiones problemáticas y potenciar las fortalezas identificadas.

El enfoque poblacional incluye las etapas de ciclo vital las cuales se clasifican de la siguiente manera:

- Infancia: 0 – 9 años y gestantes
- Juventud: 10 – 26 años
- Adulthood: 27 – 59 años
- Vejez: 60 y más años
- Precisión: hace referencia a la población en estudio y al medio donde se encuentra (población por etapa de ciclo vital en los territorios sociales con enfoque poblacional, territorial y diferencial).
- Integridad: Tiene que ser lo más completa posible para permitir el conocimiento y evaluación del estado de salud de la población.
- Temporalidad: Debe referirse a un tiempo determinado, previamente definidos. (información 2009)
- Multidisciplinario: Debe contar con la participación de diferentes disciplinas para contribuir a la integridad del mismo. (Referentes de PDA, TVS, ámbitos y componentes).
- Actualizado: el diagnóstico presenta la situación de salud en el momento presente para que las acciones correspondan a las necesidades reales (se tiene en cuenta la información del año 2009 por ser la más reciente y completa).
- Participativo: Indica que en el proceso deben interactuar todos los estamentos involucrados en la problemática y en especial la comunidad sobre la cual se van a realizar las acciones, (información de lecturas de necesidades en los territorios de GSI).

Organización para el Análisis de situación

De acuerdo a la guía técnica de trabajo enviada por la S.D.S. se elaboró el plan de acción para la vigencia de 2010, acorde con las fases propuestas por el nivel central y en concordancia con la propuesta institucional, este plan de acción contemplo un momento inicial de socialización de los resultados 2009, y mesas de trabajo por etapa de ciclo vital.

Se dio inicio con los ajustes y propuesta metodológica para el ejercicio, en donde se establecieron reuniones mensuales: unidades de análisis y equipos técnicos poblacionales. La recolección de información y análisis de la misma, desde las Transversalidades y Proyectos de Desarrollo de Autonomía, es decir desde los ámbitos de vida cotidiana, para luego pasar a un análisis desde la determinación social.

A través de mesas de trabajo se discutió la información de fuente primaria y los resultados del diligenciamiento de matrices que permitieron evidenciar los determinantes sociales de dominio general, particular y singular; las acciones realizadas para afectar las problemáticas identificadas por etapa de ciclo vital en el territorio.

Las unidades de análisis se desarrollaron con la participación de los profesionales de los proyectos de desarrollo de autonomía (salud mental, oral, sexual y reproductiva, crónicas, transmisibles y estrategias); transversalidades (ambiente, etnias, desplazados, seguridad alimentaria y nutricional, salud y trabajo, género, discapacidad y actividad física), se tomaron entre las fuentes primarias las narrativas elaboradas en el año 2009 del diagnóstico local, los grupos focales, en donde se realizaron lecturas de realidades con las diferentes intervenciones contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se avanzó en el análisis de situación de la salud de los habitantes de la localidad, se describieron determinantes sociales, se analizó la gestión local y la respuesta institucional para determinar déficit de la oferta. En las unidades de análisis se hizo énfasis en el enfoque poblacional, territorial, y diferencial por etapa de ciclo vital, inicialmente en las zonas de calidad de vida y posteriormente en los territorios sociales de la localidad.

En un tercer momento, se basó en la construcción de narrativas por etapa del ciclo vital y validación y/o reformulación de núcleos problemáticos los cuales fueron insumo para la construcción de la propuesta institucional.

También se articuló información generada desde las mesas territoriales (narrativa por territorio social) y los ejercicios realizados en las unidades de análisis por etapa de ciclo vital en los territorios sociales (núcleos problemáticos).

Los núcleos problemáticos construidos en el presente documento, constituyen el conjunto de situaciones problemas que afectan un territorio, generando una condición específica, que es necesario intervenir, para disminuir sus efectos y a partir de este, mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.

La identificación de núcleos problemáticos, facilitó la construcción de respuestas integrales, evitando caer, en esfuerzos encaminados a dar solución a una lista de problemas, que pueden ser causas de otros, sin impactar realmente la realidad.

A partir de los núcleos problemáticos, se construyen los temas generadores, que se convierten en las ideas fuerza, con las que se busca generar una respuesta. El tema generador, no solo propone una posible solución, sino que se expresa, en términos de mostrar la condición ideal a la que se pretende llegar.

En este sentido, los temas generadores buscan la movilización de los actores sociales y comunitarios inmersos en el territorio, o de aquellos que son necesarios de incluir, para poder transformar el núcleo problemático identificado.

Para el año 2010, se avanzó en análisis de situación por territorio social desde el sector salud y se tuvieron en cuenta las narrativas generadas desde las mesas territoriales, como insumo de participación comunitaria.

Recolección de información de fuentes primaria y secundaria. La primera de éstas, sale de las lecturas de necesidades identificadas en los grupos focales y análisis de documentos suministrados por PDA y Transversalidades, así como de Ámbitos y Componentes. La fuente secundaria proviene de las Instituciones locales, Planeación Distrital y Secretaría Distrital de Salud.

Dos sesiones por mes para la actualización del diagnóstico y luego una sesión por mes para el proceso de georreferenciación de las problemáticas y respuesta institucional por ámbitos hasta el mes de octubre. Posteriormente se realizaron los ajustes pertinentes y finalmente después de la validación por parte del nivel central se socializará el documento final en los espacios locales e institucionales.

Objetivo general

Actualizar el diagnóstico local, partiendo de los datos estadísticos diferenciales desde la ESE de la localidad Candelaria, las lecturas de necesidades realizadas desde las intervenciones de Salud Pública y desde Gestión Social Integral, con el fin de identificar las necesidades sentidas en salud a través de la indagación con actores sociales, para generar respuestas integrales que favorezcan la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Objetivo específico

- Conocer el estado actual de la salud a través del comportamiento de indicadores trazadores.
- Hacer uso de las lecturas de necesidades, con el fin de tener insumos que fundamenten el comportamiento de los datos cuantitativos.
- Triangular los datos con el fin de completar la información de tipo cualitativo y cuantitativo, teniendo presente las bondades y limitaciones que tiene cada tipo de análisis, de tal manera que se pase de la descripción a la abstracción de los mismos.
- Construir alternativas de solución traducidas en respuestas sectoriales (formulación de propuestas PIC 2011) e intersectoriales de acuerdo a las necesidades identificadas y su importancia en el impacto que se evidenciara a través del monitoreo de las metas del plan de desarrollo.
- Con diferentes espacios como las unidades de análisis que comprenden todos y cada uno de los espacios en donde se realizan tanto recolección como análisis de información bien sea de fuentes primarias y/o secundarias; a continuación se define como se entiende esta clasificación:

Fuentes Primarias:

En esencia son los productos captados por el quehacer cotidiano de cada uno de los ámbitos y transversalidades.

Ámbitos: Aquellas en las que bajo la responsabilidad del referente se definen los mecanismos de seguimiento y evaluación de la recolección y orden de la información de fuentes primarias y secundarias de cada intervención del ámbito.

Referentes de proyectos de autonomía y transversalidades: Son las unidades de análisis en las que según acuerdos y dinámicas de cada espacio, se avanzó en el análisis de la información primaria y secundaria a través de matrices que permitían dar cuenta de las acciones desarrolladas desde el sector salud y los hallazgos encontrados en las lecturas de necesidades para avanzar en el análisis de situación de salud a partir del enfoque territorial, poblacional y diferencial; con la participación de los referentes de PDA y Transversalidad de los ámbitos de vida cotidiana.

En las unidades de análisis también se contó con la asistencia de los referentes de ámbitos con quienes se validaron los avances del proceso y se definieron posibles propuestas para la vigencia 2011.

Para el capítulo cuatro se consolidó la información de fuente primaria y secundaria que permitió evidenciar el déficit de las acciones y la necesidad de articular respuestas en beneficio de la población que presenta mayor vulnerabilidad, finalmente se establecen los acuerdos conforme a la información disponible desde las unidades de análisis y la situación encontrada.

Fuentes secundarias:

Son todos los productos obtenidos desde la fuente primaria y secundaria que permitieron profundizar en la construcción de análisis que se reflejan en los capítulos uno, dos y tres, los documentos de narrativas por territorios social y otros que por cada una de las transversalidades y proyectos de autonomía que contribuyen a la construcción para las intervenciones, se consideran las áreas para toma de decisiones consolidación integral entre lo asistencial y lo público en los espacios que a continuación se describen:

Equipos Técnicos Poblacionales: Antes denominados grupos funcionales; estos se realizaron en torno a temas particulares de cada etapa vital en concordancia con el plan de acción propuesto para la vigencia 2010. Se establecieron dos etapas por mes. Sin desconocer los documentos editados por entidades del Distrito y los que consolida la Secretaría Distrital de salud por determinantes sociales estructurales, intermedios y singulares.

Para el año 2010 el Hospital participó activamente en las mesas de trabajo de GSI, se avanzó en la descripción de los derechos y se adelantó en la consolidación del documento de respuestas integrales.

1.

1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACIÓN TERRITORIO-POBLACIÓN- AMBIENTE

1.1 Reseña Histórica

La localidad de La Candelaria ha presentado diferentes cambios desde el periodo prehispánico, donde la Sabana de Bogotá era habitada por los Muisca, quienes constituían un grupo de pobladores nativos organizados en asentamientos dispersos. El Zipa o jefe de los Muisca residía en Bacatá, cerca de los cerros de Monserrate, Guadalupe y de los ríos San Francisco y San Agustín⁸.

En 1538 un grupo de 800 hombres dirigidos por Gonzalo Jiménez de Quesada y enviados por Fernández de Lugo, gobernador de Santa Marta, en busca de un camino que los condujera hacia el Perú, entusiasmados por el comercio de sal existente entre los nativos, cambiaron su rumbo y se adentraron en la Sabana de Bogotá, en cuya parte centro - oriental, bañada por los ríos Viracachá y Manzanares, llamados posteriormente San Agustín y San Francisco, encontraron un importante poblado Muisca llamado Bacatá. El primer asentamiento humano se realizó en la llamada plaza del Chorro de Quevedo, que actualmente cruce de la calle trece (13) con carrera segunda (2ª).

Durante la Colonia se edificaron en esta localidad las principales instituciones de la corona española como la Casa de la Curia, la Real Audiencia Española, la sede del Virreinato y del Cabildo. En la época de la República tuvieron sede en La Candelaria, el Palacio de Gobierno y en general, todas las instituciones del Estado. Sus calles han sido epicentro de hechos destacables de la historia política colombiana, como los ocurridos el 20 de Julio de 1810 y el 9 de abril de 1948. En esta localidad se encuentran las edificaciones más antiguas de Bogotá como la Casa del Virrey Solís, el Observatorio Astronómico construido por José Celestino Mutis, el Colegio Mayor de San Bartolomé, el Colegio de Nuestra Señora del Rosario, la Casa del Marqués de San Jorge, El teatro Colón, que se empezó a construir en 1885 y se terminó 10 años más tarde, el Palacio Municipal, el Capitolio Nacional que fue construido bajo las órdenes de Tomás Cipriano de Mosquera y los Palacios de Nariño y San Carlos. A su vez, La Candelaria alberga el mayor número de iglesias coloniales, entre ellas la Iglesia del Carmen, la Iglesia de Santa Clara, la Iglesia de las Aguas, la Capilla del Sagrario y la Catedral Primada de Bogotá. En 1963 el Gobierno declaró Monumento Nacional a la localidad de La Candelaria.

A diferencia de la mayoría de localidades que hoy en día conforman el Distrito Capital y que surgieron en un comienzo como alcaldías menores a través del acuerdo 26 de 1972, para transformarse posteriormente en alcaldías locales, La Candelaria se crea a través del Acuerdo 8 de 1977, como alcaldía menor correspondiéndole como nomenclatura el número 17.

Posteriormente, la Constitución Nacional de 1991 le dio a Bogotá el carácter de Distrito Capital. En 1992 la Ley primera reglamentó las funciones de la Junta Administradora Local, de los Fondos de Desarrollo Local y de los Alcaldes Locales, y determinó la asignación presupuestal de las localidades. Por medio de los acuerdos 2 y 6 de 1992, el Concejo Distrital, definió el número, la jurisdicción y las competencias de las Juntas Administradoras Locales.

Finalmente, el Decreto - Ley 1421 determina el régimen político, administrativo y fiscal bajo el cual operan hasta hoy las localidades del distrito.

La localidad de La Candelaria es el único sitio de la Capital que conserva rasgos antiguos como la cuadrícula española en el trazado urbano, casas coloniales y angostas calles con evocadores nombres como la Calle del Animal, la calle Cara de Perro, la Calle del Fantasma, la Calle de la Cajita de Agua, la Calle del Embudo, entre otras, que embrujan con su encanto y misterio hasta el más desprevenido peatón, en una ciudad que ahora se rige por el sistema de calles y carreras numeradas.

Es importante destacar que en 1960, surgió un movimiento fuerte de pensamiento político y social orientado a hacer de La Candelaria el centro histórico cultural de la nación, sueño que se materializó con la ley 59 de 1963. Desde entonces, el vocablo Candelaria se ratificó como un sinónimo de Centro Histórico.

Se estima que en los años setenta, con la continua expansión de la ciudad hacia el norte, la zona céntrica entró en un proceso de deterioro, abandono y demolición para ceder espacios a las construcciones modernas. Sin embargo, el Acuerdo 3 de 1971 del Concejo de Bogotá, declaró el Centro histórico como zona piloto de interés histórico, artístico y ambiental, definiendo usos, demarcaciones, normas y licencias para las intervenciones en el sector.

En 1992 la Ley primera reglamentó las funciones de las Juntas Administradoras Locales, de los Fondos de Desarrollo Local y de los Alcaldes Locales y determinó la asignación presupuestal de las localidades. Por medio de los acuerdos 2 y 6 de 1992, el Concejo Distrital, definió el número, la jurisdicción y las competencias de las Juntas Administradoras Locales. Bajo esta normativa, se constituyó la localidad de La Candelaria, conservando sus límites y nomenclatura, administrada por el Alcalde Local y la Junta Administradora Local, con un total de 7 Ediles. Finalmente, el Decreto - Ley 1421 determina el régimen político, administrativo y fiscal bajo el cual operan hasta hoy las localidades del distrito.

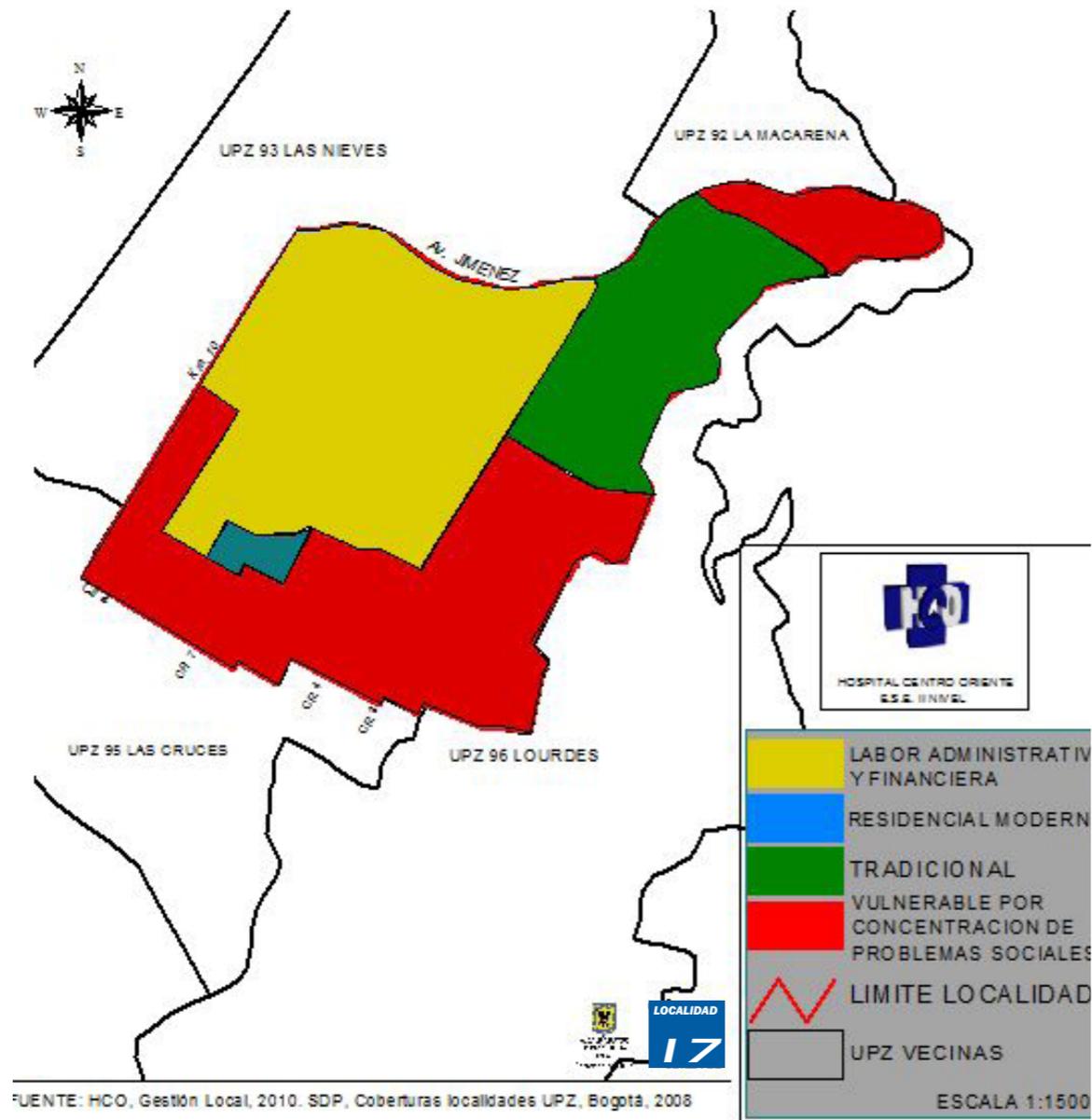
El Acuerdo 7 de 1979 dedicó un capítulo a la normativa de la zona histórica, a la cual le asignó un tratamiento diferente y complementario a los tratamientos de conservación ambiental, arquitectónica y urbanística para el resto de la ciudad. A pesar de todos los esfuerzos, se estima que no fue sino hasta la expedición del Acuerdo 10 de 1980, mediante el cual se creó la Corporación La Candelaria, que los estudios para la conservación de La Candelaria como centro histórico y cultural recobraron validez. De esta forma, la Corporación La Candelaria fue creada como soporte para la revitalización del Centro Histórico mediante acciones sobre los usos, las actividades y la participación ciudadana, teniendo como objetivos la promoción, coordinación y control urbanístico y de inversión, para llevar a cabo múltiples programas para la recuperación del espacio público y la restauración de inmuebles dedicados a usos culturales y vivienda primordialmente.

La localidad de La Candelaria es considerada patrimonio arquitectónico por su gran riqueza en construcciones coloniales, que se está integrando con el desarrollo arquitectónico moderno en construcción. Siendo esta localidad la que alberga el sector más antiguo de Bogotá, reúne un potencial histórico, cultural y arquitectónico que favorece su desarrollo turístico y económico.

⁸ Tomado de la página www.redbogota.com del programa Red Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia"

ZONAS DE CONDICION DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Mapa 1. Zonas Condiciones de Calidad de Vida. Localidad La Candelaria.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Gestión Local 2006

Zona 1. Vulnerable por concentración de problemas sociales: Se encuentra ubicada en la parte suroccidental de la localidad y comprende los barrios Santa Bárbara incluida la Nueva Santa Fe, en su mayor extensión se caracteriza por altos índices de fragilidad social. Aproximadamente habitan 11.900 personas y está conformada por los barrios Belén, Egipto y Santa Bárbara.

Esta zona constituye la única de la localidad donde predomina el estrato 1 según sus habitantes; es allí donde el desarrollo de la ciudad choca con un territorio golpeado por los planes urbanísticos, especialmente en el barrio Santa Bárbara, el cual desde hace más de una década, ha venido siendo receptor de la problemática de desplazamiento y asentamiento de habitantes de calle de la antigua Calle del Cartucho, con los barrios San Bernardo y Las Cruces de la localidad de Santa Fe los cuales presentan inquilinatos y hacinamiento, consumo y expendio de sustancias psicoactivas y ejercicio de la prostitución; siendo evidente el deterioro social y físico.⁹

Zona 2. Tradicional: Estos barrios cuentan con edificaciones bien mantenidas y remodeladas, las cuales conservan la estructura arquitectónica original. Albergando un importante número de universidades, colegios y hoteles, que alberga población flotante sin ningún sentido de pertenencia, que produce aproximadamente cuarenta toneladas de basura diarias. Adicional a esta situación, no hay zonas verdes, lo cual contrasta con la gran actividad cultural, como museos, bibliotecas y teatros.

Zona 3. Centro Administrativo: Conformada por la Catedral Primada y el Centro Administrativo, punto comercial y financiero del centro de la ciudad en donde se alberga el poder político del país y de la capital, concentrando allí el Congreso de la República, la Casa Presidencial, la Alcaldía Mayor, la Plaza de Bolívar escenario público de referencia social y política y algunos Ministerios entre otras entidades.

Este sector está constituido en su mayor parte por población flotante que no tiene ningún sentido de pertenencia de la localidad, desarrollando actividades cotidianas en ella, para luego regresar a su localidad de origen, lo cual favorece la mala disposición de las basuras y la delincuencia común.

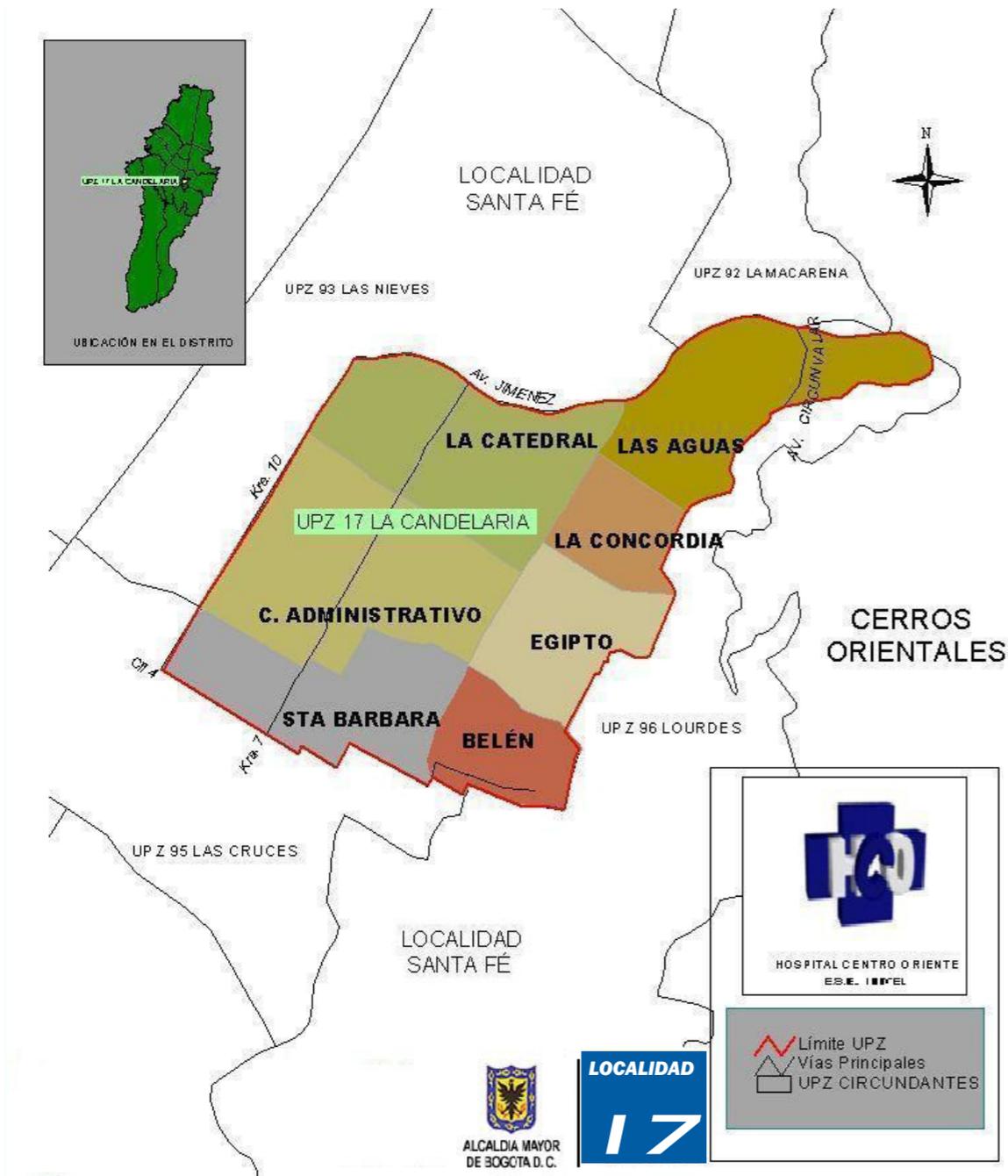
Zona 4. Residencial moderna: Conformada por el Conjunto de apartamentos unifamiliares de la Nueva Santa Fe de Bogotá, estrato cuatro, habitado sobre todo por parejas jóvenes, siendo de difícil abordaje por parte de los entes locales, ya que la mayoría de sus habitantes laboran durante todo el día.

1.2. Características geográficas y ambientales

GEOMORFOLOGÍA

La Candelaria se constituye en la localidad más pequeña del Distrito Capital con una extensión total de 183,89 hectáreas; está ubicada en el sector centro-oriente de Bogotá (Ver Mapa 1), limita por norte con la Avenida Jiménez de Quesada y la Avenida Circunvalar; por el oriente con la Avenida Circunvalar, calle 8 y carrera 4 este; al sur con la calle 4B, calle 4ª, carrera 5ª, calle 4 (límite administrativo Localidad Santa Fe – Candelaria) y al occidente con la Avenida Fernando Mazuera (Carrera 10ª). El uso del suelo en La Candelaria es urbano (Mapa 1). Con una extensión total de clasificación de suelo urbano de 206 hectáreas, ausencia de suelo rural y de expansión; 203, suelo urbano y 3 áreas protegidas o de medio natural del orden Distrital. Su extensión corresponde al 0.12 % de la superficie del distrito, encontrándose distribuida en 8 barrios legalizados con 123 manzanas.

Mapa 2. División político administrativa. Localidad La Candelaria.



Fuente: Hospital Centro Oriente. Gestión local Diagnóstico local 2009.

Hidrología

La Red Hidrográfica de la localidad de La Candelaria está conformada por numerosas quebradas que nacen en los cerros orientales de la ciudad en la localidad de Santa Fe, siendo las más

significativas la Quebrada Padre Jesús, Quebrada San Bruno, Quebrada Roosevelt. Sin embargo son los ríos San Francisco y San Agustín que la corren actualmente por canales subterráneos bajo las Avenidas Jiménez y Sexta, respectivamente.

El río San Francisco era el límite norte de Bogotá en sus primeros años de fundación; originalmente era conocido por los pueblos indígenas que habitaban la sabana de Bogotá como río Viracachá que significa “El resplandor de la noche”. Era el río más caudaloso de la región y durante sus primeros siglos, abasteció de agua a toda la ciudad, este nace en el páramo de Choachí y se extiende desde el Cerro de Monserrate, recibe el caudal de las quebradas San Bruno y Guadalupe y del río San Agustín en el lugar donde se encontraba ubicado el puente Uribe (Hoy es la carrera 13 con calle 6ª), el cual establecía el límite occidental de la ciudad y desemboca finalmente en el río Arzobispo.

El Río San Francisco es alimentado en los cerros por las Quebradas la Grande y el Arrayán. Durante la década de 1930 el río fue canalizado y en su lugar se estableció la Avenida Jiménez.

Entre 1999 y 2001 se construyó el Eje Ambiental recuperando el trazado original del río sobre una serie de pozetas, al modo de una gran fuente y como gran sendero peatonal de ladrillo acompañado por el canal del río San Francisco y arborizado con especies de flora nativa como la palma de cera y pimientos muelles.

En su parte baja el río San Francisco se une al San Cristóbal, para formar el Río Fucha; en la actualidad, estos ríos hacen parte del sistema principal de drenaje del sector centro sur de la ciudad denominado específicamente el Sistema Fucha.¹⁰

USO DEL SUELO

En relación con los usos actuales del suelo, en la parte oriental de la localidad de La Candelaria, el uso predominante es el residencial. En la parte occidental se presentan los usos comerciales e institucionales, por cuanto en esta localidad se encuentra una gran cantidad de colegios, universidades, equipamientos culturales y sedes administrativas del Distrito y la Nación¹¹.

Su extensión corresponde al 0.12 % de la superficie del distrito, encontrándose distribuida en 8 barrios legalizados con 123 manzanas.¹²

Esta localidad ocupa una porción del piedemonte de los cerros de Guadalupe y Monserrate, en el contacto entre éstos y el llano fluvio - lacustre de la Sabana de Bogotá. Teniendo en cuenta la litografía, topografía, formaciones superficiales, suelos y procesos geomorfológicos, se identificaron cuatro unidades:

Una unidad de superficie plana suavemente inclinadas de oriente a occidente (pendiente menor de 4 grados) constituida por depósitos fluvio - lacustres cuaternarios, con predominio de materiales arcillosos. La superficie de esta unidad se encuentra totalmente ocupada por construcciones y vías de estructura en general estable.

Una unidad con pendientes entre 4 y 28 grados, formada por arcillas y areniscas meteorizadas que se presentan localmente, en áreas no urbanizadas, con inestabilidad y susceptibilidad al transporte de materiales. No obstante en 90% de esta unidad está cubierta por infraestructura urbana.

¹⁰ Hospital Centro Oriente. Gestión Local. Documento CD ROM. Informe sala situacional ambiental.2008

¹¹ Secretaría Distrital de Planeación. Boletín Informativo: Bogotá ciudad de Estadísticas – No. 9, Julio 2009 “Conociendo las Localidades de Bogotá”. Cuadro No. 1 Pág. 3. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/www/resources/cartilla_conociendo_las_localidades_bogota.pdf. (18/10/09)

¹² Secretaría Distrital de Planeación. Listado de Barrios por UPZ. el 19/10/09 Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/www/section-2056.jsp>. (19/10/09).

Una unidad con pendientes entre 4 y 28 grados, constituida por depósitos coluviales originados por degradación de los cerros al fracturarse sus materiales y ser arrastrados por hidrogravedad al pie de los cerros. Estos materiales coluviales se mezclan con otros de tipo aluvio - torrencial que fueron transportados por el río San Francisco en el extremo nororiental de la localidad. Esta unidad está ocupada también por construcciones e infraestructura urbana estable.

Por último, una unidad con pendientes mayores a 12 grados, que hace parte de la cuenca del río San Francisco y está ubicada topográficamente encima de las unidades anteriores. Contiene una litología arcillosa alterada y suelos residuales blandos y altamente frágiles.

Una de las particularidades de La Candelaria es que se encuentra rodeada en su conjunto por la localidad de Santa Fe, lo que ha conducido a que no cuente con espacio físico para su expansión. De acuerdo al Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá; tiene suelos clasificados como urbanos, no cuenta con predios rurales, ni áreas protegidas en suelo rural y urbano, ni áreas por desarrollar.

RIESGOS FISICOS Y CONTAMINACION

La contaminación visual es generalizada en el centro de la ciudad, ya que cada espacio trata de aprovecharse al máximo para anuncios publicitarios con todo tipo de mensajes, siendo este fenómeno más generalizado en las vías comerciales: Carrera Séptima y Décima y Avenida Jiménez.

La invasión del espacio público se considera la ocupación de espacios abiertos, andenes y vías por parte de vendedores ambulantes, automotores y obstáculos como cintas de seguridad o mojoneros y materas que colocan los propietarios de negocios para evitar la ocupación por parte de los vendedores ambulantes.

La concentración de vendedores ambulantes se presenta principalmente en las carreras décima, octava y séptima. La carrera séptima entre las calles quince y doce se caracteriza por la presencia de comerciantes de esmeraldas.

Por otra parte, la invasión de automotores en las vías y en los andenes se concentra en las carreras Décima y Séptima en el tramo entre las calles décima a quince y en la calle novena entre las carreras séptima y octava. Otros puntos donde se presenta la invasión de espacio público por vehículos, son alrededor de las Universidades América, Los Andes y Autónoma; además alrededor de los doce teatros de la localidad, cuando tienen presentaciones.

Actualmente en la localidad, la invasión del espacio público por parte de vendedores informales, los automotores y obstáculos como cintas de seguridad, mojoneros y materas que colocan los propietarios de los negocios de la zona para evitar la invasión de predios privados y espacios públicos, se han convertido en un problema ambiental principalmente en las carreras décima, octava y séptima. La carrera séptima entre las calles quince y doce se caracteriza por la presencia de comerciantes de esmeraldas. Por otra parte, la invasión de automotores en las vías y en los andenes se concentra en las carreras décima y séptima en el tramo entre las calles décima a quince y en la calle novena entre las carreras séptima y octava.

Zonas de protección: Vale la pena resaltar que se reglamentó el uso de los cerros¹³ para recreación pública, la reforestación con fines industriales y de protección contra la erosión y restringió la explotación de canteras. La Universidad Nacional de Colombia, realizó una zonificación de los cerros proponiendo nuevamente zonas verdes (rondas y parques existentes) y la creación de un cinturón verde como terrenos de protección ubicados en el perímetro urbano.

A pesar de estos planes, propuestos para conservar el paisaje alrededor de la ciudad, los Cerros Orientales se convirtieron en asiento de procesos de extracción de materiales y crecimiento de zonas urbanas marginales. Posteriormente, en un intento de preservar los cerros se propuso la creación del Parque de los Cerros que incluía la avenida del mismo nombre entre las calles décima y 72 para lo cual se recomendó erradicar los tugurios.

RIESGOS BIOLÓGICOS

A pesar de la importancia de las fuentes de agua de los cerros orientales, la tala, la quema de los páramos, los asentamientos en las rondas y cuencas de los ríos, causadas por el rápido crecimiento de la ciudad y una planificación deficiente del paisaje urbano, han producido la pérdida parcial o total del caudal de ríos y quebradas y en otros casos la contaminación de las aguas por vertimientos de aguas negras y desechos sólidos.

En la actualidad, los ríos San Francisco y San Agustín presentan caudales reducidos que no los caracterizan como ríos de montaña, sino como quebradas y arroyuelos. Al igual que estos, otros ríos y quebradas han desaparecido por el proceso de contaminación, que nace con los asentamientos en la época de la Colonia y se agudiza en la República. A la par del uso de los ríos como fuente de agua para la ciudad, se generó el problema del desagüe de aguas servidas, de industrias molineras y basuras.

Las vías, especialmente de la parte del paseo Bolívar y calles aledañas, son afectadas por el transporte y depósito de sedimentos provenientes de otras unidades geomorfológicas de la localidad de Santa Fe, ubicados al oriente. Este fenómeno que ocurre principalmente en los periodos de lluvias y de aguaceros torrenciales, dificulta el funcionamiento del alcantarillado y de las redes de desagüe. Se debería controlar la corriente concentrada en las fuentes de sedimentación y realizar un mantenimiento adecuado de las redes de drenaje.¹⁴

Durante los periodos de lluvia, el agua de escorrentía se desplaza por casi todas las calles debido a que la localidad se encuentra ubicada sobre una pendiente. Esto ocasiona verdaderas quebradas transitorias que dificultan el tránsito peatonal, dado que las alcantarillas se tornan insuficientes para captar las aguas lluvias.

Durante los meses secos, las formaciones litológicas, los suelos y las superficies de las unidades geomorfológicas de poca cobertura de infraestructura urbana, presentan una estabilidad buena, aunque la lluvia puede causar escurrimiento difuso leve.

En los meses lluviosos la dinámica de las formaciones superficiales es completamente opuesta, aumentando las probabilidades de pequeños deslizamientos, principalmente en los taludes de la Avenida Circunvalar.

Dentro de esta unidad de pendientes superiores a 12 grados aparecen algunas construcciones dispersas, la mayoría institucionales y vías de oriente a occidente. Esto aumenta las condiciones de inestabilidad en algunos sectores. Por lo tanto, se debe realizar un drenaje superficial más eficiente de bermas y taludes, así como la implantación de barreras y coberturas vegetales y en algunos sitios de gaviones de piedra enmallada, con el fin de estabilizar los taludes.

Cabe anotar que uno de los problemas ambientales en la localidad es generado por la falta de canalización del río Manzanares, hallándose en su cauce natural que en época de invierno afecta con inundación de aguas lluvias y negras sectores importantes de La Candelaria requiriendo su canalización.

13 Decreto 1119 de 1968.

14 Tomado de la página http://www.lacandelaria.gov.co//index.php?option=com_content&task=view&id=318

PROBLEMÁTICAS SOCIOAMBIENTALES DEL TERRITORIO

Se entiende por medio ambiente al entorno que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de vida de las personas en su vida. Comprende el conjunto de valores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y un momento determinado, que influyen en la vida del ser humano y en las generaciones venideras. Es decir, no se trata sólo del espacio en el que se desarrolla la vida sino que también abarca seres vivos, objetos, agua, suelo, aire y las relaciones entre ellos, así como elementos tan intangibles como la cultura, la alcaldía de la candelaria en su programa Ambiente vital: Candelaria con un mejor ambiente invierte \$140.000.000.

El entorno ambiental de La Candelaria contempla diferentes factores de riesgo ambiental como lo son los factores de riesgo físico el cual trata de contaminación atmosférica por partículas y gases.

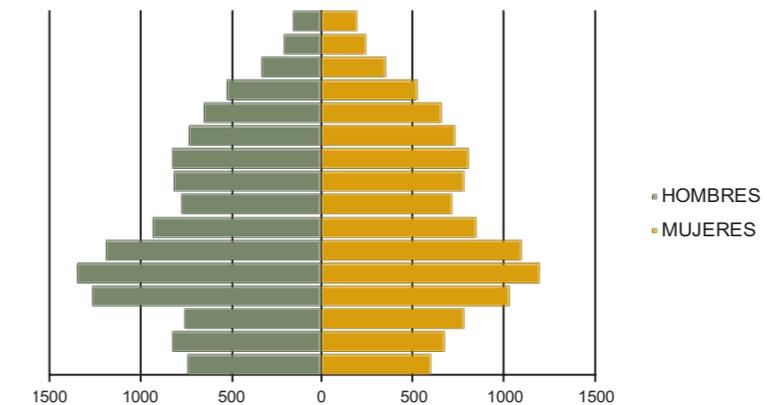
En La Candelaria no se tienen datos puntuales de la contaminación de gases y partículas, La contaminación por ruido es alta en las vías de mayor afluencia de tráfico tanto en sentido norte-sur como oriente-occidente: la Avenida Jiménez, la calle sexta y las carreras cuarta, quinta, séptima, octava y décima. A ello se suma la contaminación de ruido provocada por altoparlantes de vendedores ambulantes y almacenes de venta de discos.

1.3 Estructura y Dinámica Poblacional

La Localidad Candelaria cuenta con 24.095 habitantes, según las proyecciones DANE 2009, Censo 2005, representando el 0.3% de los habitantes del Distrito Capital, de los cuales 52% (n=12.600) son hombres y 48% (n=11.495) son mujeres. La dinámica poblacional se considera estacionaria o de nulo crecimiento, en donde la población infantil está por debajo de las anteriores; una población joven más equiparada y una reducción gradual en la población en vejez. El predominio de población es joven (de 20 a 24 años), la población menor de 4 años es de 5.5% (n=1.317) de los cuales 590 son niñas y 727 niños, de 10 a 14 años 18% (n=1610) con 722 niñas y 888 niños; las y los adolescentes entre 15 a 19 años 27.9% (n=2367) 1062 niñas y 1305 niños, el grupo de 20 a 24 años 37.8% 1.000 mujeres y 1307 hombres, de los 25 a 59 años 49% (n=11778) lo que permite afirmar que en la localidad existe una alta representación de población joven y los adultos mayores de 60 y más años representan el 13% (n=3198) del total de la población¹⁵.

La población por las etapas de ciclo vital corresponde a: Infancia (menores de 9 años sin incluir gestantes) 1.223 niñas y 1512 niños; Juventud (población de 10 – 26 años) 2.884 mujeres y 3.500 hombres; Adulto (población de 27 – 59 años) 5.716 mujeres y 6.062 hombres; Persona Mayor (Mayores de 60 años) 1.672 mujeres y 1.526 hombres, estando la mayor parte de la población en edad productiva según el GRÁFICA 1.

Gráfica 1 Población Desagregada Por Edad



MUJERES	GRUPOS EDAD	HOMBRES
604	0 - 4	744
677	5 - 9	825
783	10 - 14	759
1036	15 - 19	1268
1197	20 - 24	1353
1100	25 - 29	1194
852	30 - 34	932
721	35 - 39	775
785	40 - 44	822
809	45 - 49	829
737	50 - 54	739
658	55 - 59	655
525	60 - 64	526
354	65 - 69	333
244	70 - 74	211
194	75 Y MAS	164

Fuente DANE – SDP, Proyecciones de población por localidades 2000 – 2015

La distribución de la población por grupos étnicos es la siguiente: Indígenas 1.32%, afros 3.40% y ningún grupo 95.28%. La pirámide poblacional de la localidad tiene una forma atípica, generada por la intervención de la migración. En las edades de 15 a 30 años, muchos jóvenes de diferentes municipios llegan a residir en la localidad, siendo ésta una de las que mayor acopia universidades e instituciones universitarias. Se proyecta una disminución de la fecundidad, y un aumento de población mayor de 50 años por efectos de la transición demográfica que conlleva al envejecimiento de la población¹⁶.

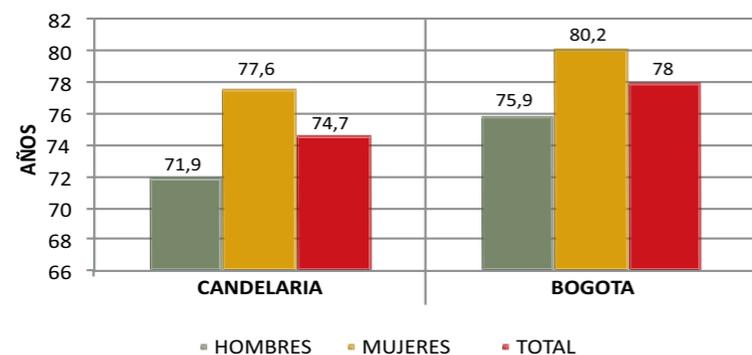
15 DANE – SDP, Proyecciones de Población por localidades 2000 – 2015

16 Tomado de: SDP Conociendo la Localidad de La Candelaria. Diagnósticos de los aspectos físicos, Demográficas y socioeconómicos, Año 2009.

En cuanto al género, también cuenta con personas de los sectores LGBT, lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas que habitan en ella o son población flotante; la presencia de zonas turísticas y de esparcimiento como los bares gay han permitido la visibilización de esta población en la localidad.

De acuerdo a las proyecciones de esperanza de vida al nacer – EVN en adelante los Bogotanos tienen una esperanza de vida al nacer de 78 años estimación prevista para el periodo 2005-2010, mientras la población de la localidad tiene 3.3 años en promedio de vida inferior a la de Bogotá, por género, los hombres tienen una EVN menor al de las mujeres en 5,7 años. Ver GRÁFICA 2.

Gráfica 2 Esperanza De Vida Al Nacer



FUENTE: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006 – 2015

POBLACION ESPECIAL

Etnias

En la localidad, al igual que en Bogotá, la población étnica ha ido incrementando debido a dos fenómenos principalmente: migración y desplazamiento. El primero es el caso de las comunidades Inga que migraron a comienzos del siglo XX, dentro de sus dinámicas como comerciantes itinerantes, sin desconocer que las migraciones en gran medida fueron ocasionadas por la usurpación forzosa y muchas veces violenta de sus territorios ancestrales en el contexto de la colonización y evangelización.

Por otro lado, la confrontación armada ha generado un fenómeno masivo de desplazamiento y desarraigo de población de sus territorios de origen, como es el caso de la población Huitotos, Makunas e Inga (Santa Bárbara y Belén), Kankuamos y Wayuu (Concordia) ubicados en el territorio social 1 (de condiciones desfavorables por concentración de problemas sociales). Las condiciones de vida de las mujeres son precarias, no solo por las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en el contexto de una sociedad patriarcal, sino porque la pertenencia étnica profundiza estas brechas sociales.¹⁷

En las etnias se identificaron y visibilizaron las malas condiciones de vida, que implican problemas en salud y descomposición familiar. Se presenta la aparición de enfermedades a temprana edad. La hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica –EPOC- y diabetes continúan siendo las primeras causas de morbilidad. En salud oral, se presenta caries dental y gingivitis, como enfermedades prevalentes de la cavidad oral.

Según el DANE del 2005 la distribución de la población por grupos étnicos es la siguiente: Indígenas 1.32%, Afros 3.40 % y ningún grupo 95.28 %. Ver tabla 1.

¹⁷ Hospital Centro Oriente. Gestión Local. Documento en CD ROM. Diagnóstico de etnias. 2009.

Tabla 1. Distribución porcentual de población por grupo étnico y sexo. Localidad 17 La Candelaria. Bogotá D.C. 2005.

Grupo étnico	Hombres	Mujeres	Total
Indígena	0.62	0.7	1.32
ROM	0	0	0
Afrodescendiente	1.79	1.61	3.4
Ninguno	49.93	45.36	95.29

FUENTE: DANE – Censo General 2005. Cálculos SDP – SIEE – DICE Información tomada de: Boletín Informativo: sistema de información estadístico con información RELEVANTE de CIUDAD - Número 1, Noviembre 2008 - Pág. 10)

De acuerdo a la base de datos de Salud a su Casa en 2010, de las 286 familias étnicas caracterizadas en la localidad, 263 son indígenas, 21 afro descendiente y/o negros y 2 ROM¹⁸/gitano (0.2%).

La situación socioeconómica de los grupos étnicos en la localidad es precaria. Algunas de las condiciones que afectan a gran parte de las familias son: i) falta de vivienda digna; un alto porcentaje de la población vive en inquilinatos o en piezas de viejas y grandes viviendas de la localidad, en situación de hacinamiento, agravadas por las condiciones de los espacios: humedad, poca iluminación, presencia de plagas, y espacios multifuncionales donde duermen y cocinan las familias; ii) trabajos de tipo informal y subempleo (ventas ambulantes, trabajo doméstico, vendedores, meseros etc..) con niveles de ingreso por debajo del salario mínimo vigente, lo cual no les garantiza una estabilidad económica para satisfacer las necesidades básicas de sus familias: seguridad alimentaria, salud, vivienda, alimentación y educación; y iii) Niveles de acceso bajos a la educación, particularmente técnica, tecnológica y universitaria, situación agravada por la persistencia de situaciones discriminatorias a la hora de acceder a las oportunidades laborales y educativas¹⁹.

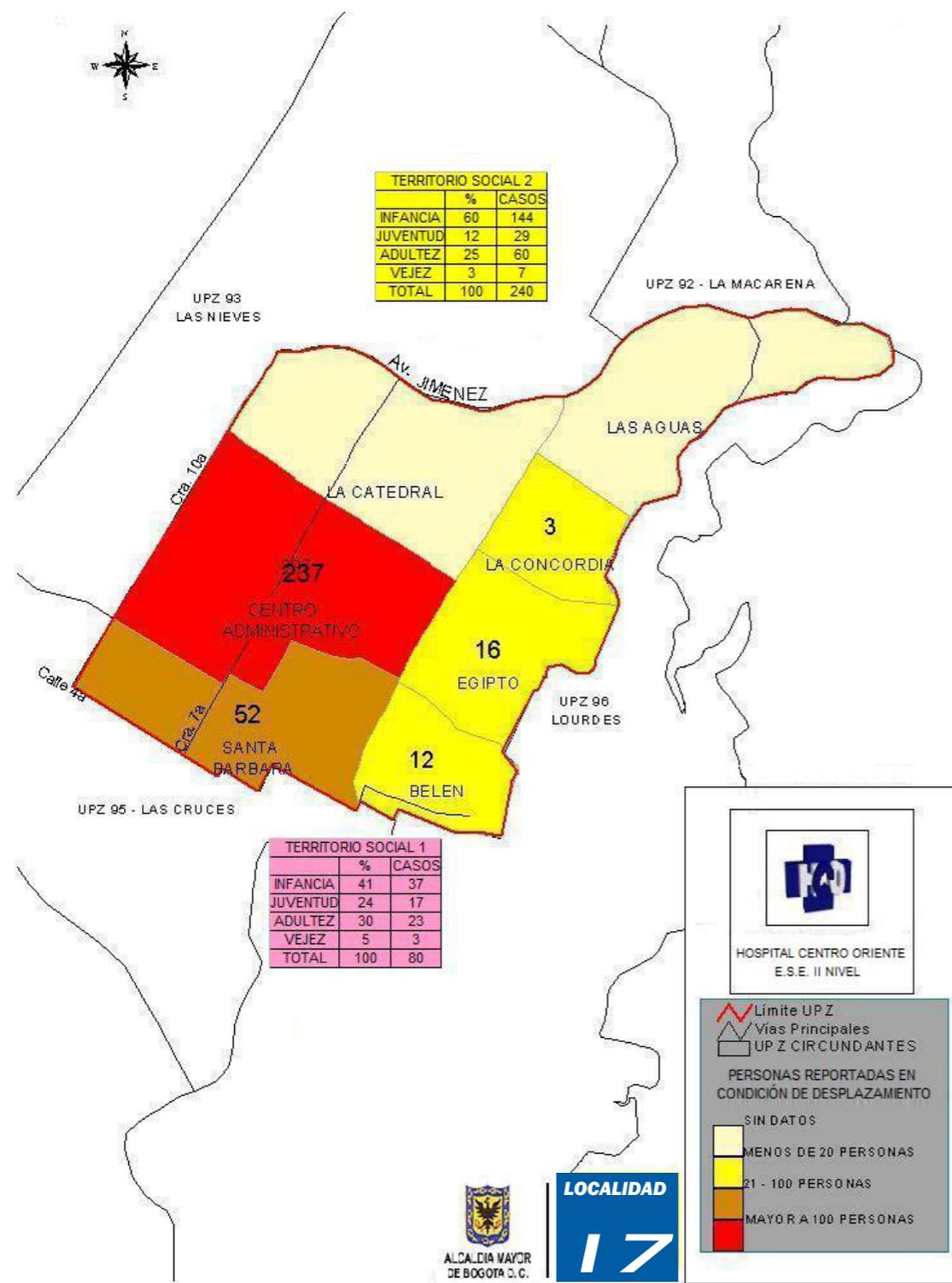
Población en condición de Desplazamiento

Analizar la magnitud de este fenómeno a nivel nacional resulta bastante difícil por la alta divergencia y fragmentación de la información existente. Sin embargo, se puede encontrar información en dos fuentes principales: SISDHES (Sistema de Información sobre Desplazamiento Forzado y Derechos Humanos), quienes entre enero de 1985 y junio de 2007 reportan 4.075.580 personas desplazadas; y Acción Social, que reporta 2.703.550 personas desplazadas entre 1995 a Septiembre de 2008. Para la localidad de La Candelaria, durante 2008 se presentaron 290 declaraciones por desplazamiento forzado ante la personería local, siendo el centro administrativo el que concentra mayor proporción, como lo muestra el mapa 3.

¹⁸ Los gitanos también han sido llamados ROM sigla derivada de la palabra romani con la que se ha querido nombrar a éste grupo. Tomado de: http://es.wikipedia.org/wiki/Pueblo_gitano.

¹⁹ Hospital Centro Oriente. Documento Mesa Étnica. Localidad Candelaria. 2009.

Mapa 3. Población en condición de desplazamiento. Localidad La Candelaria. 2009



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local, 2009.

Al observar comparativamente el número de personas incluidas en el Registro Único de Población Desplazada (RUPD) y quienes al momento de la declaración ante el Ministerio Público manifestaron habitar en la Localidad, se encuentra una diferencia de uno a diez; mientras que Acción Social ha registrado 2.006 personas. Para entender esta diferencia se debe tener en cuenta que esta última entidad ha tomado datos de Colombianos desplazados forzosamente por la violencia desde el año 1995, mientras que el Hospital Centro Oriente inició el registro en el año 2004; también, la cifra de Acción Social indica el número exacto de personas reconocidas en su condición de desplazamiento, La información brindada por SASH corresponde a los últimos cinco años.

Entre las problemáticas identificadas en esta población, se observan las siguientes: mayor predisposición a los trastornos psíquicos, dificultad para elaborar duelos, falta de autoestima, pérdida en su proyecto de vida, problemas de adaptación, cambio en los roles, menos posibilidad de oportunidades laborales, mayor índice de maltrato; más inseguridad en sus procesos. Transversalmente a todo el ciclo vital, la salud oral está muy deteriorada, son comunes las Enfermedades Diarreicas Agudas EDA e Infecciones respiratorias agudas IRA, en la etapa adulta se hacen más frecuentes las enfermedades crónicas como la hipertensión. Hay desconocimiento en general acerca de sus derechos y del proceso para acceder al derecho a la salud²⁰.

Habitante de Calle

La Secretaría de Integración Social reveló los hallazgos del quinto censo de habitantes de la calle en Bogotá, entre los cuales se destacan la identificación de 8.385 personas en esta situación. El 86.9% de esta población identificada son hombres (7.286), el 8.4% son menores de 18 años (704), el 17.9% son jóvenes entre 19 y 25 años (1.502), el 38.9% son adultos entre 26 y 40 años (3.261) y el 32%, son adultos mayores (2.683). El censo permitió identificar la notable reducción de habitantes de calle en Bogotá en los últimos años. En 2001 en Bogotá habían 11.832 habitantes de calle; en 2004 un total de 10.07, mientras que en 2008, se identificaron 8.385 personas.

Se destaca que el fenómeno de habitabilidad en calle en población infantil está siendo erradicado. En cuanto a los jóvenes, estos constituyen principalmente población flotante. Como se puede observar, la gran parte de ellos corresponden a adultos (as).

La mayor presencia de hombres en la calle, puede obedecer a que en el imaginario colectivo el espacio público representa simbólicamente el territorio de dominación masculina, lo cual se afianza en creencias culturales que le otorgan a este espacio representaciones relacionadas con la fuerza y en algunos casos con la violencia. Sin embargo, en la localidad se evidencian mujeres en situación de calle las cuales se encuentran en un constante riesgo frente a las siguientes situaciones: infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazos no deseados y violencia sexual.

La mayoría de las mujeres en situación de calle son consumidoras de psicoactivos, razón por la cual realizan actividades delictivas como robar objetos lujosos de los carros (lujeras) y/o robar en almacenes (mecheras). En otras ocasiones, se prostituyen para acceder a su consumo cotidiano.

Este censo también reveló que el 44.8% de los habitantes de la calle de la Capital nacieron en municipios o ciudades diferentes a Bogotá. De ellos, el 24.2% se trasladó buscando medios de subsistencia; el 17.2% se considera errante, el 16.1% se trasladó por gusto a Bogotá; y un 17.4%, por escapar de situaciones violentas o amenazantes.

Con respecto al tipo de actividades económicas que realizan los habitantes de calle, se identificó que el 58% se dedica a la recolección de objetos de reciclaje; el 34% a mendigar; el 28% a servicios no cualificados; y el 10.7% a delinquir.

²⁰ Hospital Centro Oriente. Documento de diagnóstico de personas en condición de desplazamiento. Localidad Candelaria. 2009.

Finalmente, en lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, se detectó que el 68.1% de los habitantes de calle consumen bazuco, y de éstos, el 80.5% lo hace todos los días. De igual forma sucede con la marihuana; el 64.6% son consumidores y de éstos, el 69.2% lo hace todos los días. Santa Bárbara, Concordia, Belén y Egipto y el eje ambiental reportan problemáticas de habitabilidad.

Debido a la proximidad entre La Candelaria y las localidades de Mártires y Santa Fe, el fenómeno de habitantes de calle en La Candelaria se agudiza, lo que a su vez genera expendio de sustancias psicoactivas. Este negocio es manejado y administrado por grupos organizados, los cuales ejercen control sobre los territorios.

Este fenómeno callejero, así como la permanencia en la calle de niños, niñas, jóvenes, adultos y personas mayores, responden a diferentes condiciones socioeconómicas, de salud mental y dinámicas familiares, entre otras. Cabe destacar que su permanencia en la calle es periódica y responde a la búsqueda del sustento diario. Por lo general, esta población mantiene un vínculo familiar y tiene algún tipo de vivienda, pero ocasionalmente duermen en la vía pública. La Secretaría de Integración Social reveló los hallazgos del quinto censo de habitantes de la calle en Bogotá, entre los cuales se destacan la identificación de 8.385 personas como habitantes de calle. De los cuales, el 86.9% son hombres (7286), el 8.4% son menores de 18 años (704), el 17.9% son jóvenes entre 19 y 25 años (1502), el 38.9% son adultos entre 26 y 40 años (3261) y el 32%, son adultos mayores (2683).

Además, este censo permitió identificar la notable reducción de habitantes de la calle en Bogotá en los últimos años: en 2001 en Bogotá había 11.832 habitantes de calle; en 2004, 10.077, mientras que en 2008, se identificaron 8385 personas (3447)

También reveló que el 44.8% de los habitantes de la calle de la capital nacieron en municipios o ciudades diferentes a Bogotá, de ellos el 24.2% se trasladó buscando medios de subsistencia, el 17.2% porque se considera errante, el 16.1% por gusto por Bogotá y un 17.4% por escapar de situaciones violentas o amenazantes.

Con respecto al tipo de actividades económicas que realizan los habitantes de la calle se identificó que el 58% se dedica a la recolección de objetos de reciclaje, el 34% a mendigar, el 28% a servicios no cualificados y el 10.7% a delinquir.

Finalmente y en lo que hace referencia al consumo de sustancias psicoactivas se detectó que el 68.1% de los habitantes de calle consumen bazuco y el 80.5% de ellos lo hacen todos los días. De igual forma sucede con la marihuana; el 64.6% son consumidores y de éstos, el 69.2% lo hace a diario.

La presencia de habitante de calle en La Candelaria, se relaciona además de la proximidad que se tiene con las localidades de Mártires y Santa Fe, como ya se mencionó, con la cercanía a zonas como la comercial del centro de la ciudad, con la existencia de lugares de alto deterioro urbano en Santa Bárbara, sectores impactados por el plan centro como el barrio Concordia y Egipto que favorecen el expendio de sustancias y por reacción en cadena, a su vez generan la presencia de habitantes de la calle. En la localidad operan grupos organizados que manejan sitios de expendio de sustancias psicoactivas ilícitas controlando sectores en los barrios mencionados, además del sitio conocido como Chorro de Quevedo y algunas áreas del centro de la ciudad, en donde es habitual encontrar grandes grupos de habitantes de la calle, comercializando la basura que recuperan o los objetos obtenidos casi siempre de manera ilícita para consumir sustancias psicoactivas.

Es de destacar que la permanencia en la calle de estas personas es periódica y responde a la búsqueda del sustento diario. Por lo general, esta población mantiene un vínculo familiar y tiene

algún tipo de vivienda, pero ocasionalmente duermen en la vía pública, entre sus actividades para conseguir dinero está pedir limosna, vender, limpiar vidrios y reciclar.

Se destaca que el fenómeno de habitabilidad en calle en población infantil casi ha sido erradicado.

Aunque existen jóvenes, en su mayoría, es población flotante. La mayoría de población corresponde a adultos (as).

Algunos de los sectores identificados con problemática de habitabilidad en calle son: Santa Bárbara, Concordia, Belén y Egipto y el eje ambiental.

Personas en ejercicio de la prostitución y comercio sexual

En esta localidad no se encuentra legalizada la prostitución, sin embargo se ejerce esta actividad de manera clandestina, es importante resaltar que en estos escenarios de comercio sexual existe mayor presencia de mujeres en ejercicio de prostitución en proporción a los hombres. Se evidencia a través del trabajo de campo de referentes, que existe presencia de personas de los sectores LGBTI en ejercicio de prostitución en zonas de comercio sexual clandestino como San Bernardo, especialmente lesbianas en condiciones insalubres y con problemáticas sociales de violencia y falta de afiliación en Salud²¹.

La mayoría de los (las) trabajadores (as) sexuales provienen de diferentes partes del país y en la totalidad de los casos, la pobreza se identifica como el principal determinante para laborar en esa actividad, de acuerdo a la información facilitada por las (los) trabajadoras (res) sexuales a los equipos de salud que frecuentan la zona.

Según el estudio realizado por la Cámara de Comercio de Bogotá – La prostitución infantil en el centro de Bogotá- el surgimiento del fenómeno de la prostitución obedece a la existencia de desigualdades económicas y sociales, y a las precarias condiciones de vida que padece gran parte de la población. La prostitución es un producto de la sociedad, en la medida en que esta genera situaciones de desequilibrio que directa o indirectamente conducen al abandono del hogar, a la descomposición familiar y a la búsqueda de mecanismos de supervivencia, dentro de los cuales, prostituirse constituye una alternativa para sobrevivir.

Dentro de las causas de ingreso al ejercicio de la prostitución mencionadas por usuarias y usuarios se encontró, de acuerdo con lo registrado en el Sistema de Registro de Beneficiarios SIRBE, que la difícil situación económica es la principal causa de inicio, seguida por el desempleo; por lo cual se puede concluir que la crisis económica del país ha enfatizado la búsqueda de alternativas para la generación de ingresos, ante las dificultades para vincularse a una oferta laboral. Sin embargo, es interesante observar que en el caso de problemas relacionados, la mayor parte de usuarios y usuarias del proyecto respondió violencia (maltrato físico y psicológico).

Esto hace pensar que si bien las personas vinculadas al ejercicio de la prostitución inician este trabajo esperando recibir dinero, cuando satisfacen estas “necesidades básicas” los problemas psicológicos y sociales se encuentran en mayor desarrollo, adicional a esto es importante tener en cuenta que estas personas en general se encuentran solas, lejos de la familia o de vínculos afectivos, sin apoyo estatal ni redes sociales que les brinden ayuda.

Población en Condición de Discapacidad

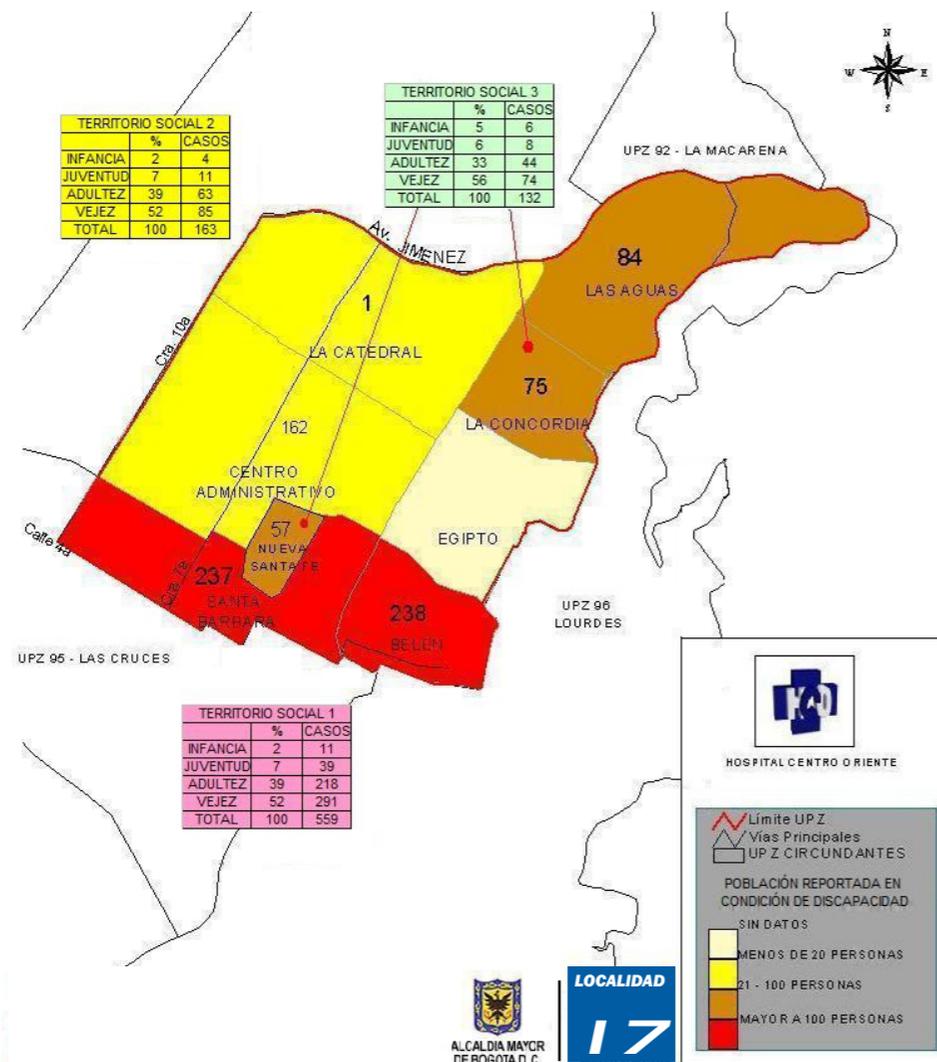
La información sobre esta población se tomó del registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad DANE 2007 de Secretaría Distrital de Salud

21 Hospital Centro Oriente. Documento. Ámbito comunitario. Diagnóstico prostitución Localidad La Candelaria. 2010.

Según el reporte general del total de la población dado por el DANE 2005, al calcularse la proporción de personas con discapacidad por cada mil (1.000) habitantes, para la Localidad de La Candelaria, éste corresponde a un 45. 9%, donde del total de la Población en Condición de Discapacidad (PCD) - de aquí en adelante (PCD) caracterizada 2005-2007, en la localidad de La Candelaria (n=1.103), el 59.9% (n=666) corresponde a la población femenina, y el 40.1% (n=442) a la población masculina.

La población en condición de discapacidad según sexo presenta las siguientes tendencias: a medida que aumenta el rango de edad se incrementa también el número de personas afectadas por esta condición; en los hombres se presenta una tendencia decreciente y en las mujeres ascendente, situación que permite asociar la discapacidad como un factor más de exclusión, una barrera social para la equidad de género. Sin embargo, los picos más significativos se encuentran en menores de cuatro años, en la población entre 25 y 29 años, y el más relevante en la población de 65 a 69 años y de 85 años y más. Las personas en condición de discapacidad se ubican dentro de la localidad, especialmente en los barrios de Belén y Santa Bárbara como se observa en el Mapa 4.

Mapa 4. Población en condición de discapacidad. Localidad Candelaria.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local, 2009.

Distribución de la población con discapacidad según afiliación al Sistema general de seguridad social (SGSSS)

Según la distribución porcentual de afiliación en salud en la localidad de La Candelaria se observa que el 48% se encuentran afiliados al régimen subsidiado, el 23% al régimen contributivo el 11% refiere no tener afiliación y el 2,0% al régimen especial. En lo que se observa una directa relación a la constancia de las administradoras de régimen subsidiado tales como Comparta, Humana vivir, Sol salud y Salud Total en la localidad, así como también el grueso de población vulnerable que ha podido ser cubierta por el sistema general de seguridad social en salud.

Es de considerar que la mayoría de la población en condición de discapacidad (PCD) de la localidad se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud a través del régimen subsidiado, lo que permite visualizar a la vez el déficit de ingresos y de actividad laboral remunerada de esta población.

El nivel de escolaridad más frecuente en la población en condición de discapacidad de la localidad es la básica primaria incompleta con un 24%, seguido por la básica secundaria incompleta con el mismo porcentaje, y la básica primaria completa con un 18%; es notable la cantidad registrada de población en condición de discapacidad sin escolaridad cuyo porcentaje asciende a 17% de la población. El abandono de los estudios puede asociarse no solo a condiciones obvias de discapacidad, sino a factores estructurales de orden sociocultural de marginación temprana por ingreso al mercado laboral para la consecución de ingresos, o el bajo valor del proceso educativo para los padres.

Del total de las personas registradas se observa que entre el 30% y el 40% de las personas que presentan deficiencias corporales solo alcanzan la primaria incompleta y en algunos casos la secundaria incompleta, los porcentajes más altos según la deficiencia en la estructura corporal que completa todos los ciclos de estudio está relacionada con la voz y el habla, las cuales implican una presentación de la persona en condición de discapacidad ante la vida cotidiana con menos barreras actitudinales en sus contextos sociales.

Las principales razones para que las personas con discapacidad no asistan a centros educativos están relacionadas con el hecho que éstas asuman que ya concluyeron con su proceso educativo o que simplemente el tiempo pasó para poder realizar sus estudios; tanto en los hombres como en las mujeres en un 49.7%. La segunda razón es por su condición de discapacidad en un 24.5% y la siguiente, en orden de prioridades, es por los costos educativos en un 11.68%, evidenciando en consecuencia la gama de fenómenos que influyen en el acceso a una necesidad básica para el desarrollo humano como lo es la educación.

En cuanto a información sobre las condiciones laborales en las actividades que realizan, se ha percibido que el mayor porcentaje refiere estar incapacitado permanente para trabajar y que por otro lado no cuenta con pensión; le siguen las personas en condición de discapacidad que realizan oficios de la casa, otras que no trabajan y/o realizan otras actividades, algunas están buscando trabajo, o se encuentran incapacitados permanente para trabajar y cuentan con pensión.

Lo anteriormente descrito muestra la gran falencia existente en cuanto a la garantía de derechos, en este caso el derecho al trabajo y a una vida digna, evidenciándose el enorme déficit que hay desde el hecho básico de la caracterización de las condiciones laborales de la PCD, en adelante.

De los programas de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), tan solo el 8% (n=2) de la población del ciclo Infancia es beneficiaria, frente al 92% (n=23) que refiere no estar dentro de los programas de protección. En los ciclos vitales de Adolescencia y Juventud, Adulthood y Persona Mayor refieren no ser beneficiarios de programas de protección del (ICBF) con el 98.8% (n=80), el 99% (n=413) y el 97.9% (n=559) respectivamente.

En el ciclo Adultez son las alteraciones de movimiento del cuerpo, brazos y piernas las que predominan en la PCD con un (n=278), en segundo lugar las alteraciones del Sistema Nervioso con un (n=220), alteraciones visuales con un (n=198), alteraciones del Sistema Cardiorespiratorio y defensas con un (n=182), alteraciones del Sistema Digestivo, Metabólico y Hormonal con un (n=105), y en menor proporción las alteraciones del Sistema Genital y Reproductivo con un (n=73), alteraciones Auditivas con un (n=68), alteraciones de la Voz, el Habla y la Piel con un (n=30).

En el ciclo vital Persona Mayor al igual que en el ciclo Adulto son las alteraciones de movimiento del cuerpo, brazos y piernas las de mayor prevalencia con un (n=431), en segundo lugar las alteraciones del Sistema Cardio-respiratorio y defensas (n=321), alteraciones visuales (n=316), alteraciones del Sistema Nervioso (n=200), alteraciones del Sistema Digestivo, metabólico y hormonal (n=170), alteraciones auditivas (n=147), alteraciones del Sistema Genital y reproductor (n=126), y en menor proporción las alteraciones de la piel (n=38) y finalmente las alteraciones de la voz y el habla (n=35).

Es importante resaltar que la participación de las PCD de la localidad es mínima, siendo las actividades más concurridas, independientemente de la etapa de ciclo: las religiosas o espirituales, con la familia y actividades con la comunidad y las de menor participación las productivas, deportivas y recreacionales, culturales y ciudadanas. Del mismo modo, una parte significativa de la población del ciclo vital Persona Mayor y Adultez, refiere no participar en ninguna actividad (n=425), y (n=325) respectivamente.

Finalmente es el ciclo vital Adolescencia y Juventud el que menos presenta niveles de participación, solo algunos refieren tomar parte de actividades con la comunidad y en menor proporción predominan las de tipo familiar y espiritual; es más escasa la inclusión de la población juvenil en actividades productivas, deportivas o de recreación, y casi nulas las oportunidades de participar en actividades educativas no formales. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los ciclos vitales que concentran más población en la localidad La Candelaria son Persona Mayor y Adultez.

Esta distribución es similar a los niveles de participación presentes en la población general con discapacidad del Distrito Capital, donde son las actividades familiares las que predominan y en su orden, actividades con la comunidad y religiosas. De igual forma, en las que menos se tiene la oportunidad de participar son las actividades productivas y educativas no formales.

En relación a las actitudes negativas frente a la población con discapacidad, es el núcleo familiar el que mayor rechazo y actitud negativa presenta, predominando en los ciclos Persona Mayor, Adulto, Adolescente y Juventud e Infancia en su orden, sin embargo del ciclo vital Persona Mayor un grupo importante refiere no percibir ningún tipo de actitud negativa, entre tanto la población en general constituye el segundo grupo que asume una actitud negativa frente a la PCD de la localidad.

Entre las barreras físicas más importantes referidas por la población, las escaleras ocupan el primer lugar (un n=827), transporte público (n=747), barreras en calles y vías (n=653), barreras en andenes y aceras (n=652) paraderos de transporte (n=439), en otros lugares (n=406), centros comerciales, plazas de mercado, parques, estadios e iglesias (n=392), lugares de trabajo (n=251), centros educativos (n=222), y en menor proporción las barreras en el dormitorio, baños, pasillos y patio, y sala, dado posiblemente por reconocimiento y adaptabilidad por parte de la PCD, en su vivienda.

Población con identidad de género y orientaciones sexuales no normativas LGBTI

Puede definirse el enfoque poblacional de diversidad sexual como una perspectiva de análisis de los fenómenos sociales, a través del cual se evidencian las inequidades, desigualdades sociales y las situaciones respecto al reconocimiento, garantía y accesibilidad de derechos de hombres y mujeres en función de su identidad de género u orientación sexual.

LGBTI es un término acuñado por el movimiento social de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el mundo, en el marco de un proceso que ha buscado tanto la garantía plena de sus derechos como el reconocimiento de su aporte a la sociedad, teniendo como punto de partida que aquello que una sociedad juzga desde lo moral, no puede ser excluido desde el ordenamiento jurídico, institucional o social en un estado social de derecho.

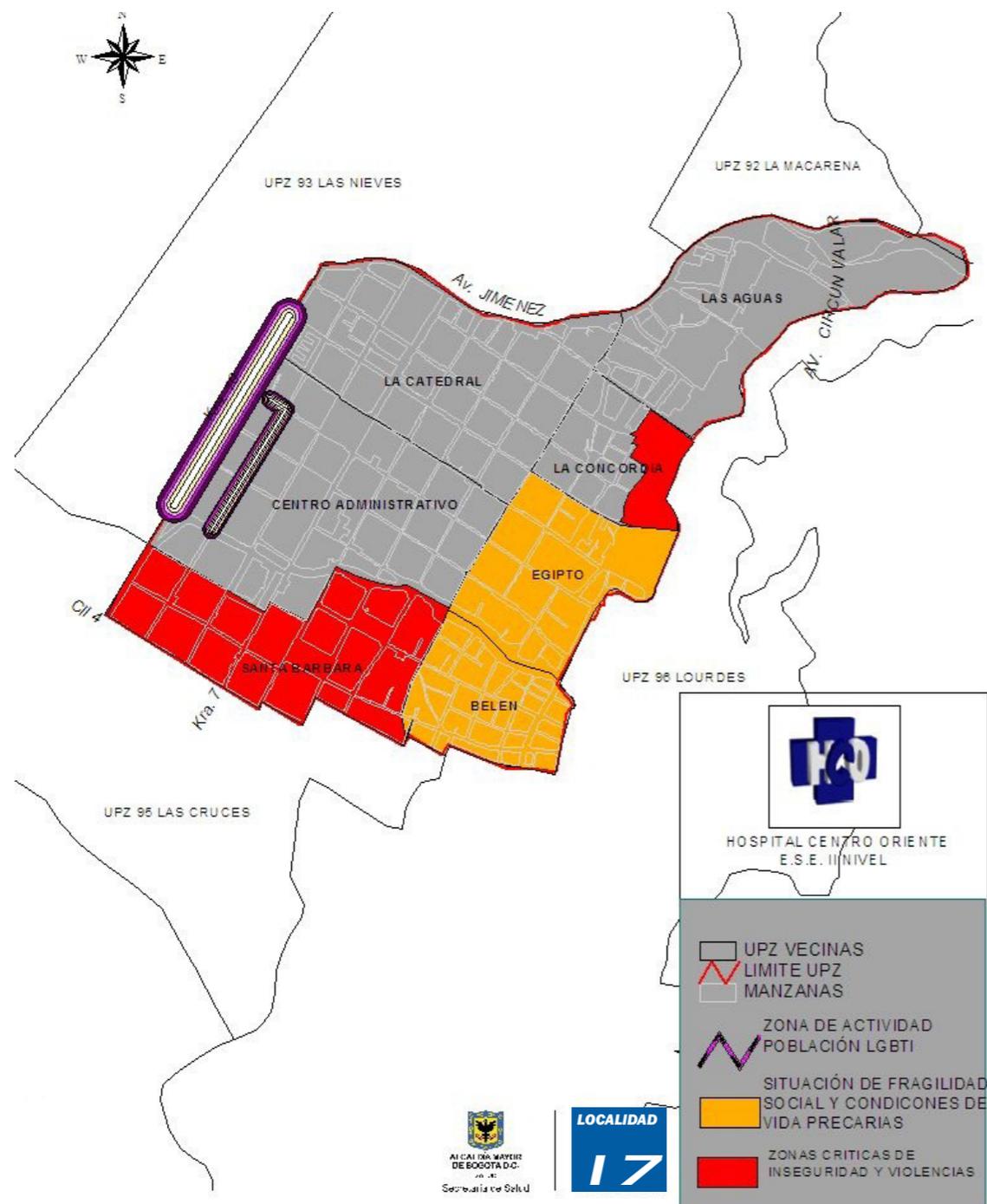
Ésta es además, una categoría que ha sido ampliamente debatida en espacios académicos y políticos, para hacer referencia a las condiciones estructurales que en la sociedad determinan que las personas con orientaciones sexuales e identidades de géneros “no normativas”, “no tradicionales”, consideradas como “no normales”, estén en desventaja, en condiciones de inequidad frente al acceso a los recursos, al desarrollo de la autonomía y la construcción de un proyecto de vida, en suma al ejercicio pleno de la ciudadanía en el contexto de una cultura patriarcal que valida a sus ciudadanos y ciudadanas desde la óptica de una masculinidad, construida desde el ejercicio del poder y que determina a partir de allí aquello que es éticamente correcto en el ejercicio de la sexualidad y la construcción de los roles de género.

Este contexto termina por enfrentar a quienes construyen posiciones diferentes respecto al género o la orientación sexual a vulneraciones de sus derechos, discriminaciones, prejuicios y fobias.²²

Desde las unidades de análisis desarrolladas con población LGBTI, se ubicaron los barrios Santa Bárbara y Concordia como inseguros para esta población, situación que se visualiza en el mapa 5.

22 Hospital Centro Oriente. Documento. Marco Situacional Población LGBTI. Localidad de la candelaria.2010.

Mapa 5. Zonas percibidas como inseguras por la Población LGBTI. Localidad La Candelaria. 2009



FUENTE: HCO. Gestión Local, Diagnóstico, 2009. SDP. Coberturas localidades y UPZ, 2008.

1.4. CARACTERÍSTICAS POLÍTICO ADMINISTRATIVAS

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL

Actualmente se encuentra en avance el Plan de Desarrollo Local 2009-2012 que establece como objetivo general, mejorar la calidad de vida de la comunidad local, donde la inclusión y la transversalidad de sus programas se configuran como estrategia para avanzar en el mejoramiento la calidad de vida de los habitantes de la localidad.

Este plan orienta las acciones de los diferentes sectores y de la Junta Administradora Local, incorporando en el Plan de Desarrollo Local programas de salud, temas culturales y ambientales, así como formación a los diversos actores sociales en gestión y contratación. En cuanto a la Junta Administradora Local, está conformada por siete ediles que se encargan, según deber constitucional, de promover el desarrollo de sus territorios, el mejoramiento socioeconómico y cultural de los habitantes y asegurar la participación efectiva de la comunidad en la gestión de los asuntos locales.

Desde el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), la localidad de La Candelaria cuenta con Unidades de Planeamiento Zonal, denominadas UPZ, con los barrios Belén, Egipto, Centro Administrativo, La Concordia, La Catedral, Las Aguas, Santa Bárbara y Nueva Santa Fe. Las características de estos barrios son las siguientes:

Centro Administrativo y La Candelaria: Centro turístico y cultural donde hay establecimientos importantes como la Biblioteca Luis Ángel Arango, el Teatro Colón, Universidades de carácter público y privado, la Catedral Primada, el Palacio de Justicia, la Casa de Nariño y la Alcaldía Mayor. Este sector está constituido en su mayor parte por población flotante, es decir, población que aunque no habita en la localidad desarrolla sus actividades cotidianas en ella.

Las Aguas y La Concordia: Son barrios que cuentan con edificaciones bien mantenidas y remodeladas, las cuales conservan la estructura arquitectónica original. En esta zona, la Alcaldía Mayor ha hecho un gran esfuerzo por promover la residencia, el turismo y la cultura. Estos barrios albergan un importante número de universidades y colegios, lo cual origina población flotante. No hay presencia de zonas verdes, lo que contrasta con la gran actividad cultural, como bibliotecas y teatros.

Existe diversidad de población, pues se encuentran personas del mundo político, artistas, profesionales, familias acaudaladas, personas con escasos recursos económicos, inquilinatos, mendigos, entre otros.

En el **barrio Santa Bárbara**, se encuentran casas antiguas sin remodelar, abandonadas o semi-demolidas.

El **barrio Belén** cuenta con una infraestructura antigua albergando un buen número de inquilinatos. Entre las problemáticas percibidas por sus habitantes están la inseguridad, la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas²³, dentro del barrio existe una zona denominada Antigua Fábrica de Loza, una especie de laberinto que sirve de habitación para familias y refugio para los antisociales, donde las condiciones de vida son bastante precarias.

El barrio Nueva Santa Fe: Cuenta con un área aproximada de 67.500 m² (6.7 hectáreas) de los cuales 56.850 m² corresponden a vivienda y 10.650 a equipamientos comunales, se caracteriza por ser el único sector de localidad de estrato 4. Alberga en su mayoría empleados del sector oficial y se ve amenazada su seguridad por los barrios que lo circundan como el barrio Santa Bárbara.

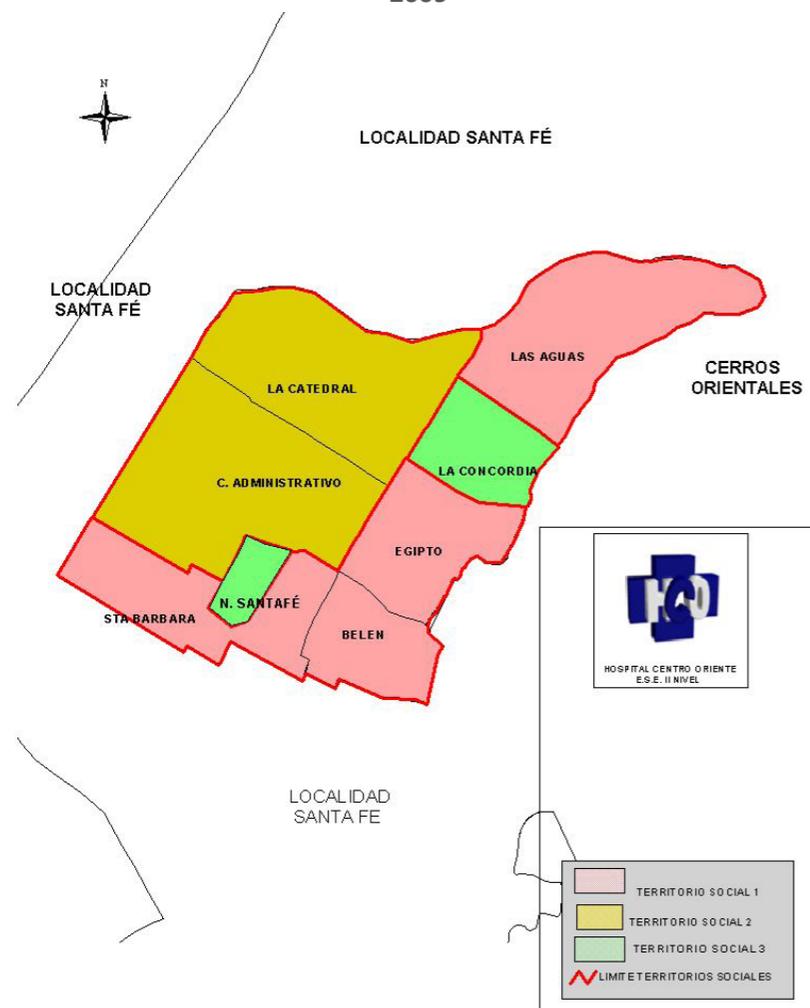
Otra manera de ver la localidad son las Zonas de Condiciones de Vida y Salud, definidas desde el sector salud de acuerdo al modelo de determinantes sociales, donde se tienen en cuenta las relaciones de producción y consumo que se tejen en el territorio, las cuales crean perfiles de deterioro y protección para las personas que allí habitan y que se aprecian a través de las formas de enfermar y morir.

En el año 2003 se definieron a partir del sector salud, cuatro Zonas de Condiciones de Calidad de Vida para la localidad de La Candelaria, como se puede apreciar en el mapa 2, lo que permitió establecer diferencias entre los territorios, los grupos y sus necesidades, a la vez explicar las mismas desde una mirada compleja que da cuenta de los dominios general, particular y singular.

Los territorios conformados son los siguientes²⁴:

Territorio social 1: Santa Bárbara y Nueva Santa Fe; Territorio social 2: Belén y Egipto; Territorio social 3: Las Aguas y La Concordia y el Territorio Social 4: Centro Administrativo, como se observa en el siguiente mapa:

Mapa 6 Territorios sociales de gestión social. Localidad La Candelaria. 2009



Fuente: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local 2009.

24 Tomado de la página www.veeduridistrital.gov.co/es/download.php?uid=0&grupo...es.

En esta división por territorios, se encuentran establecidas dos Mesas Territoriales, que se consolidan como escenarios y mecanismos para materializar la participación decisoria y para agendar los espacios para la construcción de las Políticas Públicas, teniendo en cuenta la concertación entre las instituciones y organizaciones sociales²⁵. Las Mesas Territoriales de Santa Bárbara, del Territorio Social Uno y La Concordia del Territorio Social Tres, vienen funcionando desde el año 2008.

Para el tercer trimestre 2010 se realizó la instalación de cuatro mesas territoriales de acuerdo a los territorios definidos desde la estrategia de la Gestión Social Integral, donde se concentra la acción transectorial.

Actualmente la localidad está siendo intervenida por el Plan Centro, con nuevos proyectos a nivel distrital a desarrollarse en la localidad²⁶, siendo una operación estratégica contemplada en el Plan de Ordenamiento Territorial, que busca mejorar las condiciones de habitabilidad, infraestructura y servicios para los actuales residentes, y promover la llegada de otros, con desarrollo en un periodo de 30 años, el cual define criterios y lineamientos generales para el ordenamiento territorial del centro; precisa aspectos relativos a infraestructuras, espacio público, equipamientos colectivos, usos y tratamiento del suelo.

Tiene como visión que el centro de la ciudad siga siendo el espacio ambiental, histórico, cultural, turístico, residencial, económico, administrativo, comercial y de servicios más importante del país, con un alto nivel de competitividad y con vocación de líder estratégico y referente cultural en el continente.

Este escenario se logrará mediante políticas, objetivos, programas y proyectos que garanticen el mejoramiento de la inclusión e integración social, el respeto a la cultura y al medio ambiente y la competitividad económica en el marco de un proceso equitativo e incluyente.

El Plan Zonal del Centro propone un modelo de gestión desde una política social que valore, promueva y proteja la diversidad cultural, consolide la población tradicional y genere nuevas opciones de habitabilidad consolidando una imagen del Centro humano y moderno.

Entre las áreas de renovación urbana en la localidad están:

La Candelaria – UPZ 94 (Localidad La Candelaria): sector con predominio de vivienda, el Plan Zonal del Centro propone la conservación de los sectores en usos y actividades a partir de la articulación con el plan especial de protección.

La Candelaria, es el sector con mayores posibilidades, por lo que se tendrán en cuenta las siguientes propuestas urbanas- nodos:

- a) Nodo Quinta de Bolívar-Monserrate: acceso a Monserrate, Terrazas de San Alejo, camino a Monserrate, Parque Bolivariano y vivienda y servicios complementarios.
- b) Nodo Concordia Pueblo Viejo: parque Pueblo Viejo, Media Torta y plazoleta de acceso, Plaza de Mercado La Concordia, Centro de Barrio, Entorno Plaza y Colegio La Concordia.
- c) Nodo pasajes comerciales: Consolidación Comercio Tradicional, Conexiones entre pasajes y revitalización Cra. 12
- d) Nodo Parque Tercer Milenio: renovación urbana mediante procesos de gestión con propietarios, Rehúso de Edificaciones

25 Tomado de la cartilla Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, Secretaría Distrital de Salud

26 Tomado de la página <http://www.eru.gov.co/>

Este plan ha ocasionado inconformidad en la comunidad e incertidumbre por la reubicación de familias y comerciantes que verán afectada su dinámica familiar y comercial al tener que ubicarse en otras zonas de la ciudad.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Reconociendo el territorio y sus características propias tanto sociales, económicas, políticas y ambientales, entendemos la dinámica de sus pobladores, la cual está marcada por los cambios que se generan en las diferentes épocas de la historia. Como observamos, la localidad se caracteriza por ser el centro histórico y cultural de la ciudad, desde los tiempos de la Colonia. Actualmente está relacionada con una gran cantidad de población flotante que visita la localidad, sin apropiación de la misma, generando consecuencias ambientales que van en detrimento de los habitantes del sector.

En relación a la situación socioeconómica, la población se encuentra clasificada en los niveles 1, 2 y 3 de SISBEN, colocando a la localidad en los primeros puestos del Distrito Capital en este índice de NBI.

Indicadores Demográficos

La población proyectada desde el Censo DANE 2.005, mantiene un patrón de aceleración constante de 0.12 % anual, vale la pena destacar que La Candelaria presenta población flotante constantemente.

Tabla 2. Indicadores Demográficos Localidad La Candelaria Bogotá D.C., 2006 – 2008

INDICADORES	CANDELARIA			BOGOTA	
	2007	2008	2009	2008	2009
Población total	24.038	24.067	24.095	7'155.052	7'259.597
Tasa bruta de natalidad	9,5	13,1	14,2	16,3	15,7
Tasa general de fecundidad	28,4	39,6	43,1	44,9	43,5
Tasa global de fecundidad	1,1	1,6	1,7	1,9	1,8
Tasa bruta de mortalidad	4,6	ND	ND	ND	ND

FUENTE: Bases de datos DANE-Sistema de estadísticas Vitales 2005-2008.

La Tasa Global de Fecundidad para la localidad, muestra un incremento paulatino pasando de 0.82 en 2006 a 1.58 en 2008, siendo en 2008 de 1.9 para el Distrito Capital como se muestra en la tabla 3. Sin embargo es de destacar que la tasa global de fecundidad de 2.1 por mujer es el nivel mínimo requerido para asegurar el reemplazo de una población es decir, para sustituir a dicha generación, la cual varía de acuerdo a características: culturales, económicas y nivel de educación siendo más baja en países desarrollados y más alta en países en vía de desarrollo.

Tabla 3. Tasa Específica de Fecundidad por Grupos de Edad. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2008-2009

EDAD DE LA MADRE	AÑO 2008			AÑO 2009		
	POBLACIÓN MUJERES	NACIMIENTOS	TASA	POBLACIÓN MUJERES	NACIMIENTOS	TASA
10 A 14	770	0	0	722	2	2,77
15 A 19	1036	63	60,81	1062	57	53,67
20 A 24	1150	85	73,91	1100	97	88,18
25 A 29	1097	77	70,19	1088	79	72,61
30 A 34	861	60	69,69	875	69	78,86
35 A 39	709	24	33,85	691	31	44,86
40 A 44	772	5	6,48	763	5	6,55
45 A 49	723	1	1,22	829		
50 A 54	758		0	779	1	

FUENTE: SDS – Sistema Estadísticas vitales- DANE 2006-2009.

Comportamiento de la natalidad y fecundidad en la localidad

De acuerdo con el marco conceptual, se considera que tres tipos de factores influyen directa e indirectamente, a través de los determinantes próximos, sobre la fecundidad. Se parte de las políticas y programas gubernamentales en los sectores salud y otros sectores relacionados (educación, empleo), mediante los cuales se organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar, y de los bienes de otros sectores (educación, empleo, etc.) que directa o indirectamente afectan la fecundidad. En segundo lugar, están los factores socioeconómicos macro o el contexto social en el cual el adolescente vive, incluyendo el discurso social sobre el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor, la familia, etc. En tercer lugar, están los factores socioeconómicos micro, o características individuales de la adolescente y del hogar en el cual reside.

La situación de embarazos en menores de 19 años, lleva a pensar en que las acciones dirigidas para hacer frente y reducir el número de embarazos no deseados en mujeres adolescentes y adultas jóvenes no han tenido el impacto esperado y abre el camino para repensar acciones de corte integral y concretas con soportes social que entiendan la dinámica en la cual se encuentran inmersas las mujeres adolescentes y adultas jóvenes de la localidad y de Bogotá.

Salud sexual y reproductiva

El contexto Latinoamericano indica que Colombia marca un comportamiento claramente diferente al resto de países Latinoamericanos en cuanto a la sexualidad y fecundidad de las adolescentes. De una parte, se sabe que la incidencia de la fecundidad adolescente ha venido aumentando, acompañada de incrementos en los embarazos y nacimientos prematrimoniales, y de una incidencia importante del aborto.²⁷

Las condiciones socioeconómicas afectan la fecundidad adolescente a través de los determinantes próximos, que incluyen el inicio de las relaciones sexuales, la unión/matrimonio, el uso de contraceptivos y el aborto.

Entre las condiciones socioeconómicas se han identificado, entre otros, el nivel educativo, el nivel de urbanización, el nivel de ingreso, factores familiares, factores culturales.

Cáncer de cuello uterino

El Cáncer de Cuello Uterino, es causado por el virus del papiloma humano transmitido por vía sexual que afecta el tejido del cuello uterino, su desarrollo puede tardar de 10 a 20 años y normalmente afecta a las mujeres que oscilan entre los 25 y 60 años de edad. Para detectarlo es fundamental la toma de la citología, examen que debe ser promocionado por las entidades de salud.

Tabla 4. Distribución de citologías anormales asociadas a VPH en mujeres del programa de prevención del Cáncer de Cuello Uterino. Localidad Candelaria.2009- Primer semestre 2010.

Año	2008	2009	I semestre 2010
Meta	1.716	1.704	1.680
Citologías tomadas	654	801	341
Citologías asociadas a VPH	17	26	10

Fuente: Programa de salud sexual y reproductiva.2009-I semestre 2010

Entre el 2009 y I semestre se tomaron 1.142 citologías, de las cuales 36 presentaron asociación con el Virus del Papiloma Humano VPH (26 en 2009 y 10 en I semestre de 2010) en la localidad. (Tabla 4). Más de la mitad corresponden a mujeres jóvenes. Una problemática relacionada con la toma de citologías se relaciona con no reclamar los resultados exponiéndose a presentar Cáncer cérvico uterino, aquellas, que tienen resultados de anormalidad.

El seguimiento a estas usuarias se realiza por telefónicamente al 100% y en caso de resultado citológico con anormalidad sin llamada efectiva, se realiza visita domiciliaria. Es importante trabajar desde todos los sectores, a través de diferentes estrategias en pro de promover la vacuna contra el VPH y la sensibilización en las mujeres jóvenes acerca de la importancia de realizarse la citología para lograr de esta forma impactar de manera positiva en esta problemática.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Candelaria.

La meta planteada en los Objetivos del Milenio para el 2015 es haber mantenido la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en población entre 15 y 49 años. En Candelaria se cuenta con un programa de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía en las Instituciones Distritales de Educación (IEDs); el Hospital Centro Oriente está en el proceso de adecuación de servicios saludables para jóvenes; además de promover el acceso universal de niños, niñas, adolescentes y jóvenes tanto a propuestas preventivas como a servicios de salud integrales.

Entre las acciones que está llevando a cabo el Hospital Centro Oriente, para frenar el avance de la epidemia por VIH/Sida, están las encaminadas a la prevención del embarazo adolescente y la detección de riesgos y factores de vulnerabilidad para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Tabla 5. Distribución Específica de casos reportados con VIH por Etapas del Ciclo Vital 2009 Primer Semestre. 2010. Localidad Candelaria

AÑO	EDAD	Candelaria
2009	10 a 26	4
	27 a 44	2
PRIMER SEMESTRE 2010	10 a 26	0
	27 a 44	1

Fuente: Base de Seguimientos a pacientes VIH+ .Programa de Salud Sexual y Reproductiva.HCO.2009-I semestre de 2010

Entre los siete (7) casos diagnosticados, cinco de ellos están dentro del grupo etario de 10 a 26 años como se muestra en la Tabla 5, en donde se presenta con mayor prevalencia el VIH en el Distrito Capital; es de anotar que tres (3) de los casos positivos corresponden a gestantes menores de veintiséis años, posiblemente, existe sub registro de personas con este evento en la localidad, por diferentes razones como: la baja proporción de jóvenes que acuden a servicios de salud de manera preventiva, temores frente a la prueba, bajas coberturas de acciones de promoción y prevención en este grupo poblacional y baja sensibilización de los jóvenes frente a las problemáticas que en salud se relacionan con la infección.

1.4 Perfil Epidemiológico

El seguimiento y valoración de los problemas de salud que generan mortalidad, morbilidad y discapacidad en la localidad, permiten aportar a las políticas de salud y a la articulación de la red de servicios, para responder de manera más efectiva a las problemáticas encontradas e ir avanzando en temas como la equidad, estrechamente relacionado con el concepto de los derechos humanos y la justicia social, construyendo de esta manera una sociedad más justa con su propia población y un modelo de atención acorde a la realidad que impacte positivamente no solo en la localidad sino también a nivel distrital.

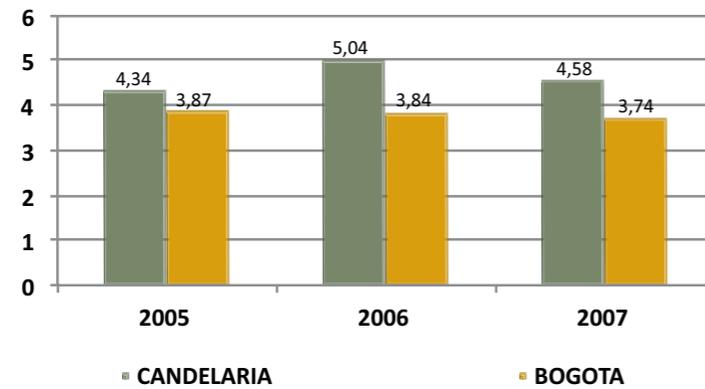
1.4.1 Mortalidad en la Localidad La Candelaria

La fuente de información son los certificados de defunción – Subsistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud – DANE, esta información permite conocer la dinámica local y distrital del fallecido según su sitio de residencia; en cuanto a mortalidad general y específica, por grupos de edad y por causa.

Desde el área de vigilancia epidemiológica de las Empresas Sociales del Estado, existe el Subsistema de Vigilancia de Estadísticas Vitales, el cual presta asistencia técnica y acompañamiento a IPS de I, II y III nivel de atención, así como a las notarías y registradurías que generan certificados de nacidos vivo y/o defunción con el fin de mejorar la cobertura, oportunidad y calidad de las estadísticas vitales a nivel local y distrital.

En 2007 la Tasa de Mortalidad General por 10.000 Habitantes, para la localidad de La Candelaria fue de (4.58), mayor que la de Bogotá, la cual fue (3,74), como se observa en la GRÁFICA 3.

Gráfica 3 Mortalidad General. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2005 – 2007



FUENTE: Certificado de defunción. Bases de Datos DANE – Sistema de Estadísticas Vitales. Las tasas son calculadas con proyecciones de población censo DANE 2005 y SDP.

Adicionalmente dentro de las 10 primeras causas de mortalidad general para el 2007 por grupo de edad, se presentaron en menores de un año principalmente trastornos respiratorios y malformaciones congénitas entre otras. Como se observa en la tabla 6 los mayores de sesenta años y más presentan la tasa más alta de mortalidad.

Tabla 6. Tasa de Mortalidad según grupos de edad por 10.000 Habitantes. Localidad. La Candelaria. Bogotá D.C., Año 2007

GRUPOS DE EDAD	CANDELARIA	BOGOTA
MENOR DE 1	237,2	135,2
1 A 4	0	4,8
5 A 14	0	2
15 A 44	5,8	10,7
45 A 59	29,4	32,6
60 y más	281,3	276,6
TOTAL	45,8	37,4

Fuente: DANE. SDP. Bases de datos. Sistema de Estadísticas Vitales

Al analizar las diez primeras causas en todos los grupos de edad llama la atención que la mayoría de las patologías que se presentaron son prevenibles con un manejo adecuado de hábitos saludables los cuales incluyen dieta y ejercicio frecuente y en el caso de las trasmisibles como el VIH SIDA, con el uso adecuado del preservativo y con el ejercicio de una vida sexual sana, evitando múltiples parejas y exposición a prácticas de riesgo. Además al revisar años anteriores se observa que se han mantenido desde el 2004 hasta el 2007 las enfermedades isquémicas del corazón como las primeras causa de mortalidad.²⁸

Además de lo anterior encontramos otra serie de condiciones que afectan a los sujetos y colectivos de la Localidad, considerando la diferenciación por etapa de ciclo.

Las tasas de mortalidad de la población y las situaciones que afectan en gran medida a los niños y niñas están relacionadas con la salud de sus madres, las condiciones socioeconómicas y psicológicas de sus hogares y con el acceso y la oportunidad de los servicios de salud, así como con la condición ambiental de la localidad.

Las tasas de mortalidad general más elevadas se presentaron en los grupos de edad de 60 y más años, con el 281.3 (84 muertes) (Tabla 6), donde las 10 primeras causas fueron: Enfermedades Isquémicas del Corazón, Diabetes Mellitus, Enfermedad Cerebro Vascular, Neumonía, Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias, Tumor Maligno de la Tráquea, Tumor Maligno de la Próstata, Enfermedades Hipertensivas y Tumores In situ, benignos y de comportamiento incierto.

1.4.1.1 Mortalidad materna razón x 100.000 NV

La razón de mortalidad materna es un indicador del estado de salud de una población. En Bogotá la razón pasó de 49,1 por 100.000 nacidos vivos en el año 2009 a 34,9 en 2010 como se muestra en la tabla 7. Se evidencia así una disminución progresiva en este indicador en el número de casos, meta inferior a la trazada por los Objetivos del Milenio para el año 2015, que es de 45 por 100.000 nacidos vivos. La meta distrital a 2012 es reducir la razón de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 N.V, en la localidad La Candelaria desde el año 2007 no se registran muertes maternas.

Tabla 7. Tasa de Mortalidad Materna Razón x 100.000 NV. La Candelaria. Bogotá D.C., 2008 - 2010

AÑO	MORTALIDAD MATERNA (RAZÓN X 1000.000 NV)			
	LA CANDELARIA		BOGOTÁ	
	Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 100.000 NV
2008	0	0.0	45	38.6
2009	0	0.0	56	49.1
2010	0	0.0	40	34.9

Fuente: Base de datos preliminar DANE-SDS RUAUF –ND Año 2008-2010

El cumplimiento de ésta meta en la Localidad, se relaciona con la aplicación de las estrategias maternas infantiles que se han venido desarrollando en las sedes asistenciales de la Empresa social del estado (ESE) Centro Oriente.

1.4.1.2 Mortalidad perinatal

La tasa de mortalidad perinatal presenta una tendencia a la disminución desde 2008, manteniéndose constante entre 2008-2010 a diferencia del comportamiento distrital que va en ascenso como se evidencia en la tabla 8, a pesar de la existencia de programas dirigidos a las mujeres gestantes en la localidad, se continúan presentando mortalidades perinatales dado que una de las causas de este evento se relaciona con barreras de acceso administrativas y el desconocimiento de signos de alarma por parte de la familia gestante²⁹.

28 Fuente: Hospital Centro Oriente Diagnóstico local 2008. Pág. 65

29 Hospital Centro Oriente. Red Social Materno Infantil. Documento sala situacional para mortalidad infantil.2008

Tabla 8. Mortalidad Perinatal. La Candelaria. Bogotá, 2008-2010

MORTALIDAD PERINATAL (RAZÓN X 1.000 NV)						
AÑO	LA CANDELARIA			BOGOTÁ		
	Muertes Perinatales	Nacidos Vivos	Razón por 1000 NV	Muertes Perinatales	Nacidos Vivos	Razón por 1000 NV
2008	9	316	28,5	1.707	116.592	14.6
2009	4	341	11,7	1.609	114.156	14.2
2010	7	523	13.4	1.961	114.767	17.1

Fuente: Base de datos preliminar DANE-SDS RUAF –ND Año 2008-2010

Dentro de los determinantes sociales identificados para la ocurrencia de esta mortalidad se encuentran las edades extremas de la madre, es decir la probabilidad que un niño de madre adolescente o mayor de 35 años muera, es mayor que en otros grupos de edad. La edad joven de la maternidad (menores de 20 años) se asocia con inmadurez reproductiva, prácticas inadecuadas de salud, baja utilización de servicios; en cuanto a la edad avanzada de la madre (mayores de 35 años) el riesgo está más asociado al desgaste uterino, mayor sensibilidad de la madre a patologías tales como diabetes, hipertensión y nefropatías³⁰.

1.4.1.3 Mortalidad Infantil.

La meta distrital es reducir la tasa a 9.9 por 1.000 N.V al año 2012, en la localidad La Candelaria, la tasa de mortalidad infantil en menores de un año pasa de una razón de 5,9 por 1.000 nacidos vivos año 2009 a 5,7 año 2010, como se observa en la tabla 9 , aportando positivamente a la meta distrital.

Tabla 9. Comportamiento mortalidad infantil en menores de un año, localidad La Candelaria, 2008-2010

MORTALIDAD INFANTIL NIÑOS MENORES DE 1 AÑO				
AÑO	LA CANDELARIA		BOGOTÁ	
	Número muertes	Razón por 1.000 NV	Número muertes	Razón por 1.000 NV
2008	6	19.9	1.492	12.8
2009	2	5,9	1.345	11.8
2010	3	5.7	1.264	11.0

Fuente: Base de datos preliminar DANE-SDS RUAF –ND Año 2008-2010

Entre los factores de riesgo identificados en la sala situacional de mortalidad infantil desarrollada en 2008 se encuentran: la accesibilidad al servicio de salud desde el aseguramiento en salud, por el Sistema General de Seguridad Social que actualmente opera, condiciones de la madre como la edad, condiciones del niños al nacer entre ellos el bajo peso al nacer.

1.4.1.4 Mortalidad por EDA en menores de 5 Años.

En los años 2008 a 2010 no se registraron casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años en la localidad La Candelaria como se muestra en la tabla 10. La meta distrital para el año 2012 es reducir la tasa a 1 caso x 100.000 menores de 5 años, partiendo de una línea de base de 2 casos x 100.000 menores de 5 años; siendo esta una respuesta positiva en la aplicación de las estrategias materno infantiles a nivel institucional y local.

Tabla 10. Mortalidad Por EDA en Menores de 5 Años. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2008-2010

MORTALIDAD POR EDA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS				
AÑO	LA CANDELARIA		BOGOTÁ	
	Número muertes	Razón por 100.000 NV	Número muertes	Razón por 100.000 NV
2008	0	0.0	11	1.9
2009	0	0.0	6	1.0
2010	0	0.0	6	1.0

Fuente: Base de datos preliminar DANE-SDS RUAF –ND Año 2008-2010

1.4.1.5 Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años

En esta localidad no se presentaron casos de mortalidad por desnutrición en los niños menores de 5 años, sin embargo a nivel distrital se observa una franca reducción en este indicador el cual paso de 2,7 mortalidades por 100.000 menores de 5 años a 0,8 por 100.000 menores de 5 años (ver tabla 11)

Tabla 11. Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2008-2010

MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS				
AÑO	LA CANDELARIA		BOGOTÁ	
	Número muertes	Razón por 100.000	Número muertes	Razón por 100.000
2008	0	0.0	16	2.7
2009	0	0.0	15	2.5
2010	0	0.0	5	0.8

Fuente: Base de datos preliminar DANE-SDS RUAF –ND Año 2008-2010

1.4.1.6 Mortalidad por neumonía

La tasa de mortalidad por neumonía a nivel de ciudad paso de 19,6 año 2008 a 13,4 año 2010 en los menores de 5 años lo cual representa una disminución de 33 casos; en los últimos 3 años no se han presentado muertes por este evento en la localidad Candelaria (ver tabla 12).

Tabla 12. Mortalidad por Neumonía en Menores de 5 Años. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2008-2010

MORTALIDAD POR NEUMONIA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS				
AÑO	LA CANDELARIA		BOGOTÁ	
	Número muertes	Razón por 100.000	Número muertes	Razón por 100.000
2008	0	0.0	116	19.6
2009	0	0.0	85	14.4
2010	0	0.0	83	13.4

Fuente: Base de datos preliminar DANE-SDS RUAF –ND Año 2008-2010

1.4.2 Morbilidad en la localidad La Candelaria

Es difícil obtener el patrón de morbilidad de la población que reside en una localidad, ya que se puede consultar en diferentes instituciones dependiendo del tipo de aseguramiento. Los datos más cercanos que se pueden obtener son los diagnósticos más comunes por los que consultan las personas a una institución. Por lo tanto a continuación se presenta la morbilidad de la población que asiste a las Sedes Asistenciales del Hospital Centro Oriente.

La Hipertensión Esencial (primaria) sigue siendo la primera causa de consulta externa de la población que asiste al Hospital Centro Oriente, aportando un 17,5% en el año 2007 y para el 2008 un 19.4 % al total de causas. Lo que nos demuestra que se debe continuar fortaleciendo las actividades de promoción de la salud enfocadas en la consecución de buenas prácticas relacionadas con los hábitos alimenticios, actividad física y la prevención de consumo de sustancias psicoactivas especialmente tabaquismo y alcohol dirigidas a todos los grupos de edad y enfocadas en mejorar la calidad de vida; más aún cuando esta patología es considerada factor predisponente para las enfermedades isquémicas del corazón que son la primera causa de mortalidad en la localidad.³¹

Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén en 2008, ocuparon la segunda causa de morbilidad, situación a la cual desde el Hospital se ha dado respuesta, ya que al igual que la caries se encuentran dentro de las diez patologías más frecuentes y por lo tanto se realizan actividades individuales y colectivas.

Las enfermedades respiratorias son otras de las patologías por las que consulta con mayor frecuencia la población al Hospital; están asociadas a los cambios climáticos, principalmente en los meses de pico invernal y a las condiciones de contaminación que presenta la localidad y la ciudad, entre ellos la contaminación del aire por fuentes fijas (Zona industrial y Comercial) y fuentes móviles (contaminación de automotores que transitan por las vías).

En cuanto a la detección de otros trastornos de la acomodación y refracción, se ha visto incrementada debido a la demanda inducida para la detección oportuna a través de tamizaje visual acorde con la Resolución 412 del 2000, al igual que la diabetes y otros trastornos metabólicos.

Las helmintiasis, la diarrea y las enfermedades gastrointestinales están incluidas en las primeras diez causas de consulta; estas afectan indiscriminadamente todos los grupos de edad, principalmente a niños y personas de la tercera edad, son ocasionadas por bacterias o parásitos, asociadas a la ingesta de agua y alimentos con inadecuado procesos de manipulación, conservación y transporte, al igual que deficiencias en las buenas prácticas de higiene como son el lavado de manos, de frutas y verduras.

31 Fuente: Hospital Centro Oriente Base de datos. Área de Sistemas Rips. 2007-2008

Las enfermedades pélvicas inflamatorias en mujeres, son causadas por diferentes bacterias, principalmente por el Echerichia Coli (E. Coli), que habita normalmente en el colon y a menudo se desplaza a la vejiga causando infección en la misma o cistitis, para lo cual desde el Hospital en sus servicios de consulta de promoción y prevención se realizan actividades encaminadas hacia el auto cuidado, hábitos de higiene personal y diagnóstico temprano.

Es necesario que estas acciones se realicen a nivel intersectorial y transectoriales destinando recursos encaminados a la generación de proyectos y programas para la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en la población en general.

1.4.3 Morbilidad por causas en la Candelaria

El patrón de morbilidad identificado para la población residente en la localidad La Candelaria, se presenta a partir de la población que acude a la sede asistencial del Hospital Centro Oriente y que fundamentalmente corresponde a población sin aseguramiento o asegurada a través del Régimen Subsidiado. Si bien no corresponde a toda la población es una aproximación desde la capacidad institucional de la ESE, en donde se evidencia que durante el año 2009, en la sede asistencial La Candelaria fueron atendidos principalmente adultos(as) maduros(s) y personas mayores. Tabla 13.

Tabla 13 Consulta Medicina General 2009 por grupos de edad. Localidad La Candelaria

GRUPOS DE EDAD	CASOS	%
MENOR DE 1	92	0,9
1 A 4	471	4,7
5 A 14	1135	11,3
15 A 26	1364	13,6
27 A 44	1761	17,6
45 A 59	2284	22,8
60 Y MAS	2924	29,1
TOTAL	10031	100

Fuente: RIPS 2009 – Estadística HCO.

Los diagnósticos frecuentes de consulta externa en la sede asistencial La Candelaria, desagregados por grupos de edad, se emiten con base en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con Salud CIE 10, la cual permite el registro sistemático, análisis e interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en los diferentes servicios, áreas y épocas.

1.4.4 Morbilidad en la localidad La Candelaria por grupos de edad

De la revisión de estos diagnósticos en niños y niñas se identifica que las Enfermedades Respiratorias (Tabla 14) son patologías por las cuales se consulta con frecuencia en los tres subgrupos de edad; estas enfermedades se asocian a los cambios climáticos, principalmente en los meses de pico invernal y a las condiciones de contaminación que presenta la localidad y la ciudad, entre ellos la contaminación del aire por fuentes fijas (Zona comercial) y fuentes móviles (contaminación de automotores que transitan por las vías).

Tabla 14. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en menores de 1 año. Localidad La Candelaria

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO	CASOS		TOTAL CASOS	%
	F	M		
Otras infecciones agudas de vías respiratorias	9	17	26	28,3
Otras enfermedades de la piel	4	5	9	9,8
Deformidades congénitas de la cadera	6	1	7	7,6
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	3	4	7	7,6
Otras enfermedades virales	2	3	5	5,4

Fuente: RIPS 2009 – Estadística HCO. n=92

Es frecuente también la presencia de enfermedades virales en niños y niñas menores de 1 año (5,4%), de 1 a 4 años (6,8%) y de 5 a 14 años (4,6%). En muchos casos el ingreso de virus obedece a la afectación de los mecanismos de defensa de niños y niñas, que en otra situación no podrían hacerlo.

Las helmintiasis, la diarrea y las enfermedades gastrointestinales están entre las primeras causas de consulta, que afectan básicamente a niños y niñas de 1 a 14 años; estas enfermedades son ocasionadas por bacterias o parásitos y están asociadas a la ingesta de agua y alimentos con inadecuado procesos de manipulación, conservación y transporte, al igual que deficiencias en las buenas prácticas de higiene como son el lavado de manos, de frutas y verduras.

El 7% de los niños y niñas de 1 a 4 años tuvieron diagnóstico de desnutrición, la cual guarda relación con la limitación en cuanto a disponibilidad y acceso a alimentación necesaria para esta etapa del crecimiento de los niños y las niñas.

En niños, niñas y jóvenes es frecuente encontrar diagnóstico de enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, las cuales se pueden originar en bacterias, hongos o parásitos presentes en el entorno.

Los trastornos de la acomodación y la refracción constituyen diagnósticos frecuentes en niños y niñas de 5 a 14 años (5,3%) y en población joven (3,3%). Su diagnóstico está relacionado con demanda inducida para la detección oportuna a través de tamizaje visual acorde con la Resolución 412 del 2000, al igual que la diabetes y otros trastornos metabólicos. Su detección debe estar asociada a tratamiento adecuado

En la población joven, además de las enfermedades respiratorias y de la piel, es frecuente el diagnóstico de trastornos de la menstruación (5,2%) y de las enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos (4,5%), que también afectan a las mujeres adultas jóvenes (5,5%). Las enfermedades pélvicas inflamatorias en mujeres, son causadas por diferentes bacterias, principalmente por el Echerichia Coli (E. Coli), que habita normalmente en el colon y a menudo se desplazan a la vejiga causando una infección en este órgano o cistitis, para lo cual desde el Hospital en sus servicios de consulta de promoción y prevención se realizan actividades encaminadas al autocuidado, los hábitos de higiene personal y el diagnóstico temprano.

Tabla 15. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en jóvenes de 15 a 26 años. Localidad La Candelaria

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO	CASOS		TOTAL CASOS	%
	F	M		
Otras enfermedades de la piel	58	36	94	6,9
Otras infecciones agudas de vías respiratorias	45	28	73	5,4
Trastornos de la menstruación	71	0	71	5,2
Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	61	0	61	4,5
Trastornos de la acomodación y refracción	27	18	45	3,3

Fuente: RIPS 2009 – Estadística HCO.

En la población adulta joven, es relevante la manifestación frecuente de diagnósticos de enfermedades de la piel y otras infecciones agudas de vías respiratorias.

Tabla 16. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en adultos y adultas de 27 a 44 años. Localidad La Candelaria.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO	CASOS		TOTAL CASOS	%
	F	M		
Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	97	0	97	5,5
Otras dorsopatías	47	26	73	4,1
Gastritis y duodenitis	41	24	65	3,7
Otras enfermedades del sistema urinario	51	13	64	3,6
Otras infecciones agudas de vías respiratorias	49	14	63	3,6

Fuente: RIPS 2009 – Estadística HCO. n=1761

Tabla 17. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en adultos y adultas de 45 a 59 años. Localidad La Candelaria.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO	CASOS		TOTAL CASOS	%
	F	M		
Hipertensión primaria	163	57	220	9,6
Otras dorsopatías	79	42	121	5,3
Trastornos endocrinos	61	33	94	4,1
Otras infecciones agudas de vías respiratorias	67	21	88	3,9
Artritis reumatoide y otras poliartropatías	67	20	87	3,8

Fuente: RIPS 2009 – Estadística HCO.

Las adultas y adultos maduros principalmente se ven afectados por Hipertensión esencial (9,6%), dorsopatias (5,3%), trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos (4,1%), infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (3,9%) y Artritis reumatoide y otras poli artropatías inflamatorias (3,8%). Es en esta etapa del ciclo vital en donde aparecen las enfermedades crónicas las cuales tienen la capacidad de afectar la calidad de vida y se traducen en discapacidad.

Tabla 18. Morbilidad Consulta Medicina General 2009 en personas mayores de 60 años y más. Localidad La Candelaria.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO	CASOS		TOTAL CASOS	%
	F	M		
Hipertensión primaria	498	299	797	27,3
Bronquitis enfisema	75	92	167	5,7
Artrosis	79	56	135	4,6
Otras dorsopatías	64	47	111	3,8
Gastritis y duodenitis	52	40	92	3,1

Fuente: RIPS 2009 – Estadística HCO. n=2924

Las enfermedades que con más frecuencia afectan a las personas mayores (60 años y más) que acuden a la sede la Candelaria son: Hipertensión esencial (27,3%), Bronquitis (5,7%), enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (5,7%), Artrosis (4,6%), dorsopatias (3,8%) y Gastritis y duodenitis (3,1%).Tabla 18.

Es necesario que las acciones que se realicen a nivel intersectorial y transectorial destinen recursos encaminados a la generación de proyectos y programas para la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en la población en general.

La prevalencia de bajo peso al nacer paso de 14,6 año 2007 a 11,9 en el año 2009, evidencia una disminución de este indicador como lo presenta la tabla 19.

Tabla 19. Comportamiento del peso al nacer en total de nacidos vivos. Localidad la Candelaria.2007-2009

AÑO	CANDELARIA	BOGOTA
	Prevalencia bajo peso (-2499 gr)	Prevalencia bajo peso (-2499 gr)
2007	14,6	12,4
2008	13,6	12,4
2009	11,9	11,9

Fuente: Bases de datos SISVAN preliminares SDS

Por lo general el bajo peso en los niños está asociado a eventos ocurridos en la madre tales como hipertension arterial, diabetes, infecciones vaginales, desnutricion, anemia, baja talla, madres adolescentes, atencion prenatal inadecuada, antecedentes maternos tales como otros gestaciones de prematuros, abortos,muertes fetales, múltiples gestaciones, corto intervalo ínter genésico, alcohol y/o tabaquismo.

En cuanto al comportamiento del estado nutricional de las gestantes, se presentó un 25.6 % de gestantes con bajo peso y un 14,4% con sobrepeso en el 2008, como se muestra en la tabla 16,lo que se refleja en una disminucion en el indicador de peso adecuado para la gestante, es de resaltar que tanto el bajo peso, sobre peso y obesidad son señales de alarma en el embarazo debido a que actuan como factores de riesgo de los niños con bajo peso al nacer, diabetes, restriccion de crecimiento intrauterino y mortalidad. Se destaca además que como determinantes influyen significativamente las condiciones socio-económicas de las familias gestantes y los antecedentes nutricionales desde la misma concepción de la madre gestante.

Tabla 20. Comportamiento del Estado Nutricional de las Gestantes Atendidas en la UPA Candelaria. Localidad La Candelaria.2007-2010

AÑO	LA CANDELARIA				BOGOTÁ			
	Bajo peso	Adecuado peso	Sobrepeso	Obesidad	Bajo peso	Adecuado peso	Sobrepeso	Obesidad
2007	20,3	45,1	12,6	22	31	37,8	14,9	16,2
2008	25,6	40,4	14,4	19,6	28,5	37,3	16,1	18,1
2009	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

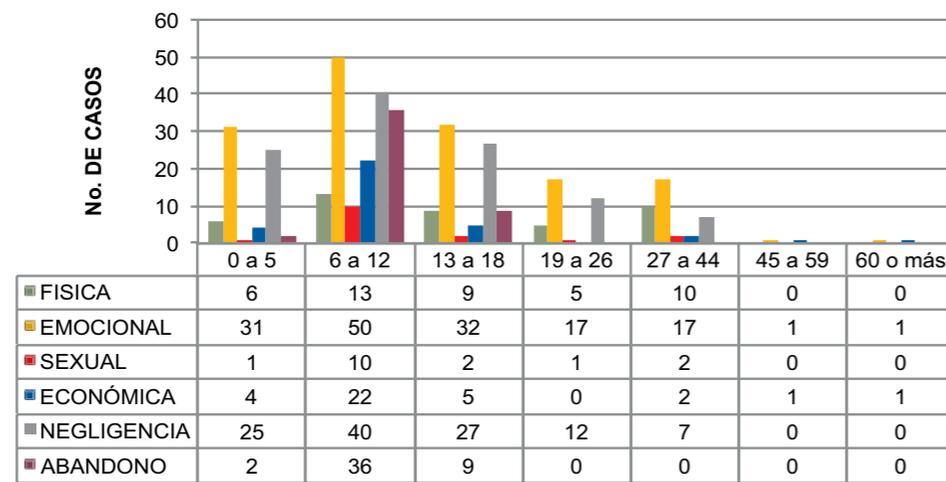
FUENTE: Bases de datos SISVAN preliminares SDS

1.4.5 Violencia intrafamiliar

La discriminación y el análisis que se presentan a continuación, permiten observar el comportamiento de las diferentes manifestaciones de violencia que afectan a la localidad de La Candelaria. Este análisis está hecho de modo que describe la manera en qué es percibido en los registros y tamizado desde las perspectivas de las Zonas de Condiciones de Calidad de Vida y Salud (ZCVyS).

En cuanto al comportamiento de los diferentes tipos de violencia intrafamiliar que se presentan en esta localidad por grupo de edad en el año 2010, se evidencia que el mayor número de casos se da en los grupos de edad entre los 6 y 12 años, seguido del grupo de 13 a 18 años, ya que son los niños, niñas y a adolescentes una población altamente vulnerable, por su condición de menor de edad, y corren mayores riesgos de ser víctimas de algún tipo de violencia. Teniendo en cuenta el tipo de violencia se observa con preocupación que la negligencia es la más prevalente entre los grupos de edad de 6 a 12 años con 40 casos y 27 casos en el grupo de edad de 13 a 18 años, lo que significa que nuestros niños y niñas y adolescentes no cuentan con la protección por parte de su núcleo familiar, vulnerando sus derechos fundamentales. En estos mismos grupos de edad se evidencia que el siguiente tipo de violencia es la física, con 13 casos en el grupo de edad de 6 a 12 años y 9 casos en el grupo de 13 a 18 años y es evidente la cultura de maltrato que aún persiste en nuestra sociedad y que tiene como determinantes sociales las condiciones socioeconómicas y culturales de los familiares agresores. Se considera que frente a cualquier tipo de violencia hay una de tipo emocional, por eso es más frecuente y está ligada a otra u otras como violencia física, sexual, económica, negligencia y abandono (ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Comportamiento De Las Violencias Intrafamiliares Por Grupo De Edad, Localidad La Candelaria, 2010

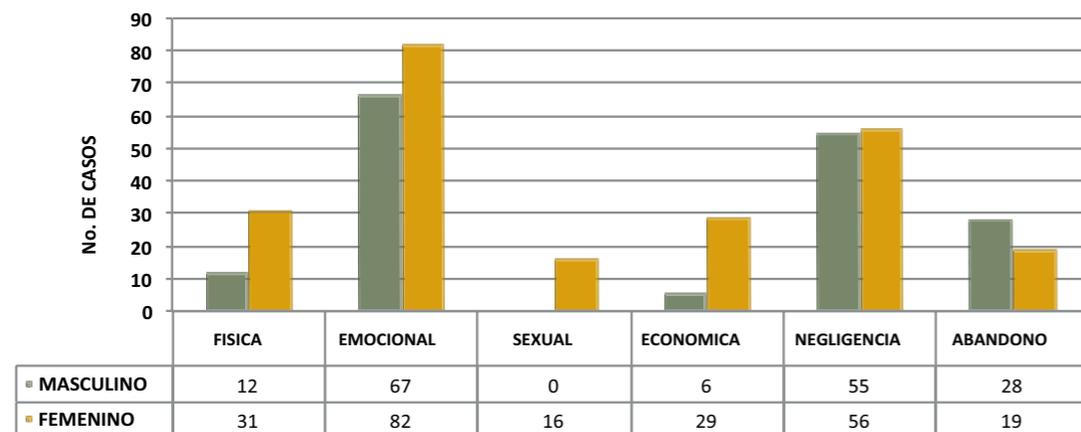


Fuente: Bases preliminares, Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar, SDS, 2010

Al identificar el género de los casos detectados por el sistema de vigilancia, se demuestra que las mujeres continúan siendo las más afectadas, incrementado la violencia en su contra en mayor proporción por negligencia y física, con 56 y 31 casos respectivamente; mientras que en los hombres se observa más casos de violencia por negligencia y abandono con 55 y 28 casos respectivamente (Ver Gráfica 5).

Comportamiento de la violencia intrafamiliar por género,

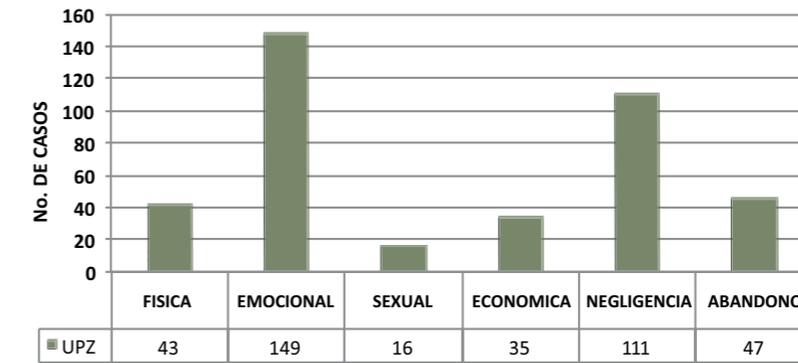
Gráfica 5. Localidad La Candelaria, 20



Fuente: Bases preliminares, Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar, SDS, 2010

Teniendo en cuenta la población por territorios, el mayor porcentaje de eventos que se concentró en la UPZ 94, y el tipo de violencia fue por negligencia, con 111 casos, seguida de abandono con unos 47 casos. (Ver GRÁFICA 6)

Gráfica 6. Comportamiento De La Violencia Intrafamiliar Por Upz, Localidad La Candelaria, 2010



Fuente: Bases preliminares, Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar, SDS, 2010

Teniendo en cuenta las tasas presentadas años 2008 – 2010 en la localidad Candelaria (Tabla 21), el evento suicidio consumado ha disminuido en la localidad, evidenciándose como factores detonantes para la ocurrencia del evento la desestructuración familiar, la condición de vulnerabilidad y pobreza, los problemas interrelaciones entre familias y pares, familias en condición de desplazamiento, consumo de sustancias psicoactivas, con mayor probabilidad de ocurrencia en el ciclo vital juventud como consecuencia de eventos detonantes como: depresión, problemas económicos y emocionales.

Tabla 21. Comportamiento de la conducta suicida, localidad la Candelaria, 2008 – 2010.

SITUACION DE SALUD MENTAL					
EVENTO	AÑO	LA CANDELARIA		BOGOTÁ	
		Número de eventos	Tasa por 100,000 Habitantes	Número de eventos	Tasa por 100,000 Habitantes
Intento De Suicidio	2008	5	20.7	1.950	27.2
	2009	1	4.1	1.162	16.0
	2010	6	24.9	1.789	24.3
Suicidio Consumado	2008	4	16.6	261	3.6
	2009	0	0.0	253	3.5
	2010	0	0.0	247	3.3

Fuente: Base de datos preliminar SISVECOS -SDS- Instituto Nacional de Medicina legal y ciencias forenses

1.4.6 Enfermedades Emergentes

En 1992 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) definió como enfermedades emergentes aquellas cuya incidencia se ha incrementado desde las pasadas dos décadas o amenaza incrementarse en un futuro (1). Las enfermedades reemergentes se refieren al resurgimiento de enfermedades que ya habían sido aparentemente erradicadas o su incidencia disminuida. Las enfermedades nuevas se definen como aquellas que no existían antes de 1900 (3), aunque respecto a esta última denominación existen variados puntos de vista y el período de tiempo para considerarla 'nueva' también fluctúa según diferentes autores³².

El virus de Influenza de la Pandemia H1N1 fue notificado en 2009 en 24 casos residentes en los distintos barrios de la localidad La Candelaria, se analizó la información teniendo en cuenta la definición de caso notificado y el sexo, encontrando que en el ciclo vital de Infancia se reportaron dos casos sospechosos en hombres, tres casos probables, dos hombres y una mujer y un caso confirmado de sexo masculino.

En el ciclo vital de los y las jóvenes se notificó un caso sospechoso del género femenino, mientras que en los adultos fueron 14 casos, de los cuales seis fueron sospechosos y cinco probables. En los mayores de 60 años se notificaron tres casos sospechosos, a los que se les realizó seguimiento telefónico y recomendaciones para detectar signos de alarma que los llevara a nueva valoración y posible redefinición del caso.

1.4.7 Enfermedades Transmisibles

La morbilidad por enfermedades de notificación obligatoria hace referencia a eventos mórbidos de alto potencial epidémico que son notificados semanalmente al Sistema de Vigilancia Intensificada (SIVIGILA) por las Unidades Primarias Generadoras de Datos, notificadoras UPGD (Instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud) de la localidad La Candelaria al área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Centro Oriente y éste a su vez a la Secretaría Distrital de Salud. La siguiente tabla incluye tanto eventos probables como confirmados notificados del 2006 al 2009.

Tabla 22. Eventos de notificación obligatoria. Localidad La Candelaria.2006-2009

EVENTO	2006	2007	2008	2009
DENGUE CLASICO	2	2	0	0
DENGUE HEMORRAGICO	1	0	0	0
MALARIA	0	0	0	0
TUBERCULOSIS	0	2	1	2
LEPRA	0	0	0	0
LEISHMANIASIS	0	0	0	1
TOTAL	3	4	1	3

Fuente: Base de datos SIVIGILA .HCO. Tuberculosis

Durante el 2009, se encuestaron 2.114 personas en búsqueda de sintomáticos respiratorios, de los cuales 308 correspondieron a éstos, realizándose al 58,8% de ellos cultivo para detectar el bacilo. La tuberculosis en el 2009 tuvo una incidencia de 8,3 por cada cien mil habitantes, en la población residente en la localidad. Se realizaron 2 intervenciones epidemiológicas de campo durante el 2009 a dos (2) pacientes residentes en la Localidad. Tabla 16. A todos los contactos registrados se les brindó capacitación sobre las generalidades de la Tuberculosis.

Aunque Candelaria es la localidad más pequeña del Distrito Capital, se debe analizar con cuidado el comportamiento de la tuberculosis dado que la localidad recibe diariamente un número importante de población flotante que puede estar incidiendo en la presencia de este evento.

Lepra

Durante el año 2009 no se diagnosticaron pacientes residentes en el sector con éste evento de salud.

2.

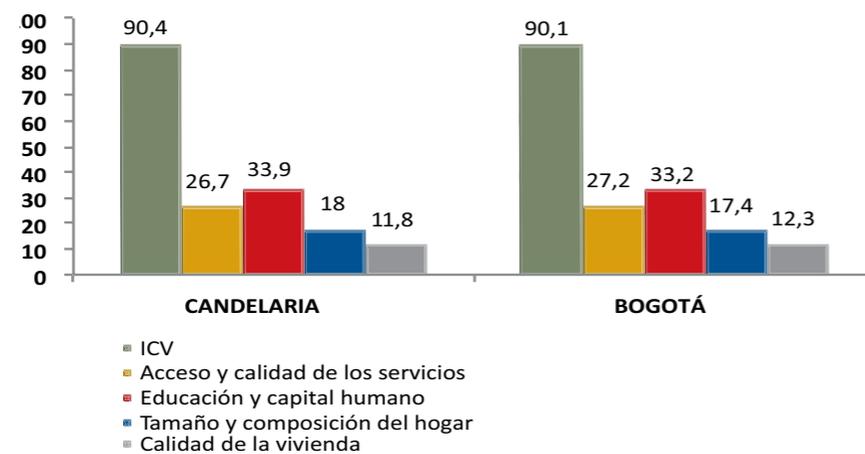
2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES PRODUCCIÓN-CONSUMO- TERRITORIO-POBLACION- AMBIENTE

2.1. ORGANIZACIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA DEL TRABAJO

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2007, indica para la localidad que el Índice de condición de calidad de vida es 90.09 al igual que para Bogotá, así mismo, en los cinco factores que componen el Índice de Condiciones de Calidad de Vida, la localidad presentó resultados ligeramente superiores a la ciudad en su conjunto; destacándose además que por cada persona en edad productiva hay 38 económicamente dependientes, 27 niños menores de 15 años y 11 ancianos mayores de 64 años.

La brecha de pobreza en la localidad ha aumentado de 5.9% en 2003 a 8.7%, según la encuesta de calidad de vida 2007, no se ha logrado disminuir las cifras de personas en condición de miseria durante este periodo; esto en contraposición con el índice de calidad de vida que ha mejorado en 2,53 puntos frente al distrito (Gráfica 7).

Gráfica 7. Índice de condiciones de calidad de vida. Localidad la candelaria. Bogotá d.C. 2007.



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

La Cámara de Comercio de Bogotá, reporta a La Candelaria como una localidad de vocación micro empresarial con un total de 3.049 microempresas. Dichas microempresas representaron el 92,6% de las establecidas en la localidad y el 1,5% de las de Bogotá. Estas pequeñas y medianas empresas (PYMES) constituyen el 7,2% de las empresas activas, mientras la gran empresa registró una participación relativamente baja (0,2%).

La mayor participación del sector servicios estuvo representada con el 41%, en las actividades de comercio y el 13%, en actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler. Estas dos actividades son el eje de la economía local.

También se destacaron entre las actividades del sector servicios, hoteles y restaurantes con el 12%, las actividades de transporte, almacenamiento y comunicaciones con el 6% y la intermediación financiera con el 4%.

Para el 2008, las microempresas tuvieron el 19% del personal ocupado, las pequeñas y medianas empresas (Pymes) reportaron el 24% en labores de comercio e industria manufacturera y la gran empresa el 57% en explotación de minas y canteras. Además se encontró: 1.331 vendedores informales de los cuales 9% son analfabetas, 52% hombres, 48% mujeres. De éstos, el 71% ganan menos del salario mínimo. Entre las actividades de trabajo informal, encontramos: Litografías, joyerías, plazas de mercado, tipografías.

La Candelaria es la localidad que recibe un mayor número de personas, por la multiplicidad de oficinas, entidades públicas, privadas, de servicios, educativas y comerciales que se ubican aquí, por lo tanto esta población se define como población flotante; se estima que por cada habitante residente hay diez personas flotantes, entre los cuales, aparte de los empleados de dichas entidades también se encuentran personas en condición de desplazamiento o perteneciente a grupos étnicos. Esto afecta el sentido de pertenencia de sus pobladores.³³

Como es bien sabido, la localidad acoge diariamente un número aproximado de trescientas mil personas de población denominada flotante, entre ellos trabajadores informales dedicados a ventas ambulantes y de servicios.

Desde el hospital Centro Oriente se han caracterizado hasta el 2010, un total de 212 Unidades de Trabajo Informal (UTIS) distribuidas así: 147 industria manufacturera, 31 población étnica indígena y una (1) de una persona en condición de desplazamiento; es de destacar la ubicación de las mismas en el territorio social 2 de la localidad específicamente en el barrio La Catedral.

En las Unidades de Trabajo Informal antes mencionadas, se realizó la caracterización de 476 trabajadores que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad ante eventos en salud relacionados con el trabajo debido a precaria vinculación al sistema de seguridad social integral; desde 2009, más del 50% de los trabajadores se encuentran vinculados al régimen subsidiado, situación que impide obtener prestaciones económicas y asistenciales ante eventualidades relacionadas con el trabajo lo que de suceder afectaría ostensiblemente su calidad de vida y la percepción de ingresos para suplir las necesidades básicas.³⁴

En relación con la carga laboral de esta población caracterizada en un 26,8% está entre 9 y 12 horas diarias condición que implica la reducción del tiempo de recuperación de estos trabajadores lo que se traduce en la presencia de síntomas físicos, psicológicos y emocionales que afectan la calidad de vida y el aumento de la exposición a factores de riesgo en sus espacios laborales.

En el 2010 el 14.1% de estos trabajadores reportó haber sufrido algún accidente de trabajo. Es importante aclarar que este reporte captado a partir de las entrevistas realizadas por la intervención de promoción de entornos de trabajo saludables presenta un sub registro importante debido a la concepción de accidente que se tiene por parte de esta población en la cual el evento que se considera accidente se encuentra supeditado a su gravedad e incapacidad generada.

En cuanto a los síntomas reportados por esta población, se mencionan los relacionados con el sistema óseo muscular, lo que puede estar generado por el número de horas trabajo aunado a un control mínimo de factores de riesgo en lugares donde desempeñan su labor. Es así como el dolor de espalda se reporta en 129 trabajadores, el dolor en miembros inferiores afecta a 111 de ellos, y un importante número de trabajadores (107) sienten sensación continua de cansancio.

En esta localidad también se realizó la caracterización de niños y niñas y adolescentes trabajadores que en su totalidad son vinculados a trabajos en condiciones de informalidad y que a través de la intervención denominada Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil, se busca la desvinculación laboral de esta población, propendiendo por la restitución de sus derechos y en el caso específico de adolescentes, se pretende garantizar las condiciones de trabajo protegido o su desvinculación de actividades económicas prohibidas por la legislación colombiana, que afectan su desarrollos físico, psicológico y emocional.

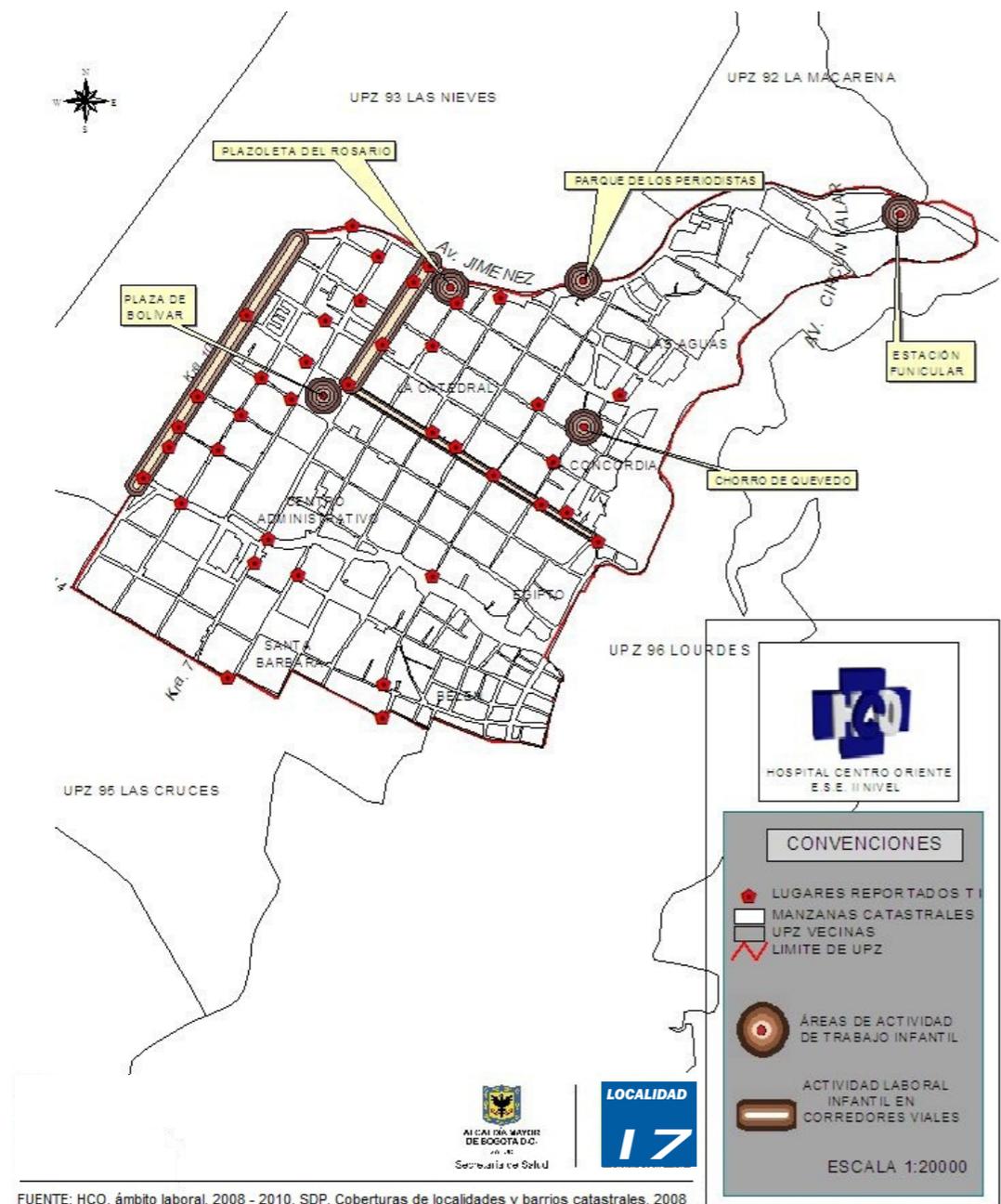
Como se muestra en el Mapa 7, las áreas de actividad de trabajo infantil en esta localidad en las que se caracterizaron niñas/os y adolescentes trabajadores fueron la Plazoleta del Rosario, el Parque

33 Hospital Centro Oriente. Diagnóstico Red de los Trabajadores.2009

34 Hospital Centro Oriente. Documento CD ROM .Diagnóstico laboral localidad La Candelaria.2010

de los Periodistas, la Plaza de Bolívar, el Chorro de Quevedo y la Estación Funicular. Así mismo, se presenta este tipo de problemática en corredores viales como la carrera décima, la carrera séptima y la calle 11. Igualmente, como en el caso de las UTIS caracterizadas se observa que en relación con la problemática de trabajo infantil, las acciones de la intervención para la prevención y erradicación del trabajo infantil desarrolladas por el Hospital Centro Oriente se dirigen hacia el territorio social 2 que se caracteriza por presentar una gran oferta comercial, administrativa y financiera y en donde confluyen escenarios de economía formal e informal debido a la gran afluencia de personas que permanentemente se encuentra en esta zona.

Mapa 7. Trabajo infantil. Localidad de La Candelaria



FUENTE: HCO, ámbito laboral, 2008 - 2010. SDP, Coberturas de localidades y barrios catastrales, 2008

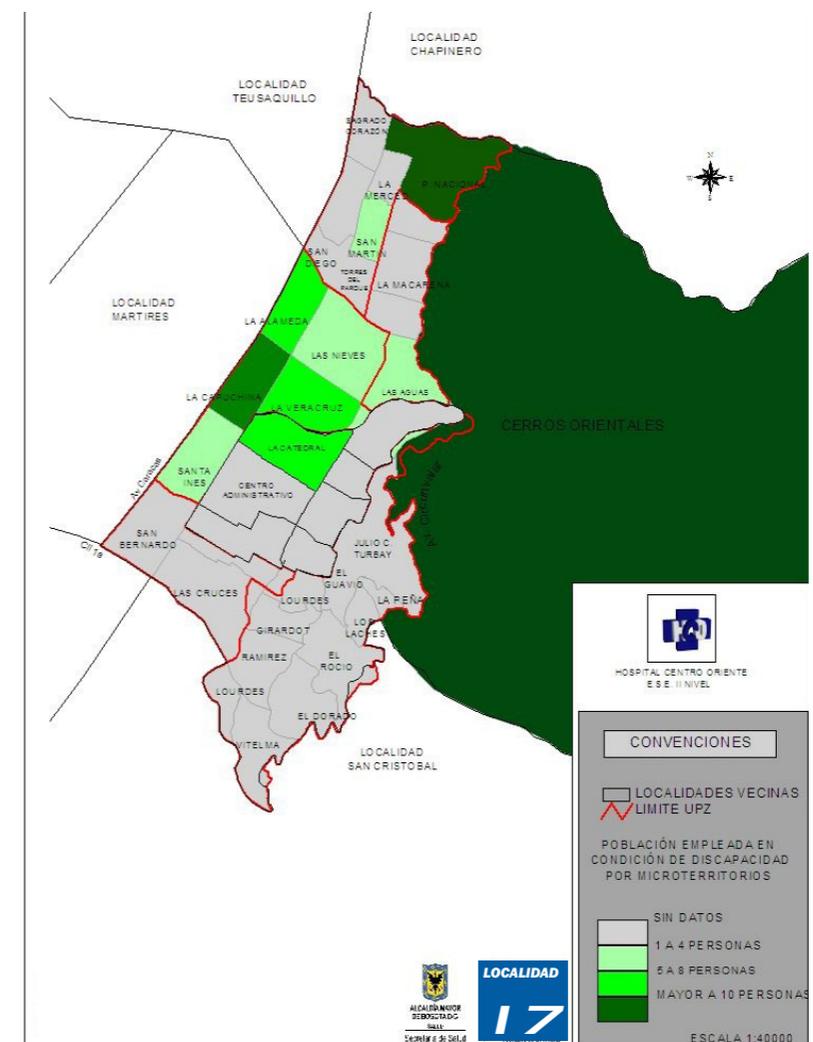
FUENTE: HCO. Ámbito laboral, 2010. SDP. Coberturas de localidades y barrios catastrales, 2008.

En el periodo 2008 a 2010, se identificaron 296 niños, niñas y adolescentes de los cuales 109 niños y 91 niñas desempeñaban actividades de servicios y 50 niños/as y adolescentes realizaban ventas ambulantes; ésta última se considera dentro de las peores formas de trabajo infantil debido al riesgo que presenta para la salud y el desarrollo de niño/as y a adolescentes.

En relación con la situación de salud de estos 296 niños caracterizados entre el año 2008 y 2010, se encuentran 143 vinculados al sistema de seguridad social en salud por medio del régimen subsidiado seguido por un número importante (111 niños/niñas) con vinculación temporal.

Dentro de las acciones que desarrolla el proyecto de salud al trabajo y que busca la restitución de derechos se encuentra la intervención que busca la inclusión laboral de personas con discapacidad asesorando empresas que pertenecen al sector formal de la economía. Específicamente en la localidad La Candelaria se han intervenido a 34 empresas del territorio social 2 del barrio La Catedral. Como se observa en el Mapa 8.

Mapa 8. Población en condición de discapacidad intervenida por ámbito laboral. Localidades de La Candelaria y Santa Fe



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Ámbito laboral, 2010. Secretaría Distrital de Planeación. Coberturas de localidades y barrios catastrales, 2008.

2.2. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)

De acuerdo con el DANE, para el año 2007 se observó que el registro de NBI ascendía al 5.3% en comparación con Bogotá, donde se registró una cifra inferior al 5%. Esta situación permite observar cómo a partir de las Necesidades Básicas Insatisfechas la población de La Candelaria (una localidad pequeña frente a las demás del Distrito), registra un detrimento de las condiciones de calidad de vida, reflejado en malas condiciones de vivienda y situaciones de hacinamiento con un 3.64%, frente a Bogotá que registró un 2.64%. También existen dificultades de acceso a servicios públicos adecuados, reportando un 0.33% frente a Bogotá, que alcanzó un 0.23%. De los datos anteriores se puede concluir que además de las dificultades para acceder a un adecuado ingreso económico o mantener una dependencia económica, con una cifra promedio del 1.43% cercana a la cifra en el Distrito, 1.56%, la población se ve afectada en el acceso a salud, alimentación adecuada, educación, vivienda, servicios públicos y trabajo.

Para mayo del 2009, la población beneficiaria del SISBEN ascendía a 11.353 personas, de las cuales, en nivel 4 su representación registraba un 0% (3); en comparación con los niveles de SISBEN 1, 2 y 3 el número de población 10.1% (1149), en 2 nivel 45.5% (5173), en 1 nivel 44.2% (5028).³⁵

De igual manera, la brecha de pobreza en la localidad pasó de 5.9% en 2003 a 8.7% en 2007; el índice GINI, que permite medir la desigualdad en los ingresos, ascendió a 0.59. Se evidencia que el 28% de la población no alcanza a cubrir los gastos mínimos. Dicha brecha se ha venido modificando progresivamente, lo cual cuestiona las políticas, programas y los proyectos que tienen como finalidad la disminución de la pobreza y la mitigación de las desigualdades económicas, para mejorar el impacto de los mismos en la población y su calidad de vida.

La incidencia del nivel de ingreso económico en la situación de seguridad alimentaria de la población ha empeorado. El 40% de los hogares considera que sus condiciones de alimentación desmejoraron porque bajaron los ingresos; el 30% lo atribuye al aumento de los precios de bienes y servicios; y el 19% considera que fue por pérdida del empleo, circunstancias que tienen que ver con condiciones de empleo y ocupación.

2.3. ACCESO A BIENES Y SERVICIOS

VIVIENDA

La Candelaria hace parte del centro histórico y comercial tradicional de la ciudad, espacio que es también la principal área cultural, educativa, administrativa y financiera distrital y nacional; algunos sectores localizados al sur de barrios tradicionales, como La Candelaria, sufrieron un deterioro paulatino, y aunque hasta la mitad del siglo persistía el área residencial, se produjo un desplazamiento de los estratos sociales más altos y una lenta pero continua ocupación por parte de estratos más bajos.

De acuerdo a la información de la Encuesta en Calidad de Vida 2007, el número de viviendas en la localidad asciende a 7648, (2.83 personas por hogar), que representa el 0.4% del total de Bogotá. Para el 2009, según datos de la Secretaría Distrital de Salud, el número de personas reportadas por vivienda ascendía al 3.07% frente a Bogotá que alcanzaba el 3.68%, lo cual evidencia que cada vez más, las familias tienden al hacinamiento y al deterioro de sus condiciones de vida.

Se destaca en esta localidad que las casas son viviendas unifamiliares o apartamentos habitados generalmente por estudiantes y extranjeros. La vivienda de los sectores más populares está ubicada en la parte oriental y al sur de la localidad, presentando altos niveles de hacinamiento.

³⁵ DANE - SDP, Encuesta Calidad de Vida Bogotá 2007. Procesamiento: SDP, Dirección de Información, Cartografía y Estadística

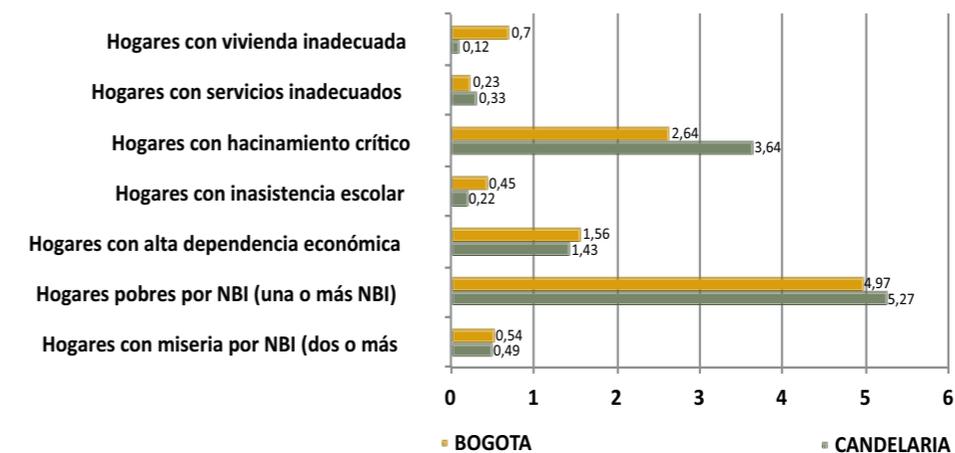
En la localidad se encuentran conjuntos de apartamentos como la Nueva Santa Fe, habitado sobre todo por parejas jóvenes y principalmente con una vinculación laboral en el sector público, y las Torres Jiménez de Quesada³⁶.

En los barrios los barrios Concordia, Centro Administrativo y Catedral, se encuentran casas antiguas con uso residencial y comercial; la mayoría de los habitantes del Centro Administrativo y La Candelaria son estudiantes o población flotante. En La Concordia, las viviendas son usadas para locales de expendios de licor y hogares de paso, sin contar con medidas de protección eficientes.³⁷

Según la caracterización que realizó Salud a su Casa (SASC) en barrios estrato 1 y 2, el estado de las viviendas es adecuado, en un 98% aproximadamente, mientras un 9% presentan estado inadecuado principalmente en Egipto Alto y la Concordia.

De acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida, en La Candelaria para el año 2003, se encontraron 465 hogares (5.9%) en situación de pobreza, con una o más necesidades básicas insatisfechas (NBI) y 87 hogares (1.1%) en situación de miseria. Para el año 2007, esta cifra disminuyó a 412 hogares (5.3%) en situación de pobreza y a 38 hogares (0.5%) en miseria, como se evidencia en la Gráfica 8. Actualmente en La Candelaria de 1.921 personas, el (8.7%) del total de la población, viven en situación de pobreza con una o más (NBI) y 185 (0.8%) están en miseria.

Gráfica 8. Necesidades Básicas Insatisfechas. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C. 2007.



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

SERVICIOS PÚBLICOS

La localidad la Candelaria a pesar de tener un buen cubrimiento en servicios públicos domiciliarios: acueducto (99%) y alcantarillado (100%), Salud a su Casa reporta que en los barrios caracterizados, el cubrimiento de todos los servicios fluctúa entre 79 y 84%.

La localidad está abastecida por dos plantas: la de San Diego, localizada en la calle veintiséis con carrera tercera, con una cota de fondo de 2.700 metros, y la de Vitelma, ubicada en la calle once sur con la Avenida Circunvalar, la cual refuerza el sistema en caso de emergencias; las cinco redes que salen de San Diego abastecen la zona y todo su recorrido con tubos de diferentes diámetros,

³⁶ Hospital Centro Oriente. Diagnóstico Local con participación social. Localidad La Candelaria. 2008. Archivo magnético.

³⁷ Hospital Centro Oriente. Gestión local. documento Diagnósticos micro territorios. Localidad Candelaria 2009

ya que la Empresa de acueducto ha estado cambiando partes de estas redes que fueron instaladas hace 50 años. La mayoría de las viviendas tienen conexión domiciliar a la red de acueducto con un servicio de abastecimiento relativamente bueno, se prevé mejoramiento mediante el cambio de las redes viejas, especialmente las del barrio Egipto. Sin embargo, se puede suponer algún riesgo, no documentado, derivado en el sistema de almacenamiento de agua mediante tanques, sobre todo en inquilinatos así como el manejo de aguas servidas.

La localidad tiene un sistema de distribución combinado de aguas lluvias y negras. Las redes de alcantarillado tienen diámetros en unas zonas entre 8" y 12" y en otros sectores entre 16" y 76". Todas las edificaciones están conectadas a la red de alcantarillado, aunque se presentan escasas viviendas que utilizan pozos sépticos o recolectores de aguas lluvias. Sin embargo, en trabajo de campo en algunos sectores, como los barrios Belén, Egipto y La Concordia se encontraron problemas de sumideros de aguas negras atribuibles al grado de deterioro de las tuberías y al diámetro insuficiente para captar las aguas negras, hecho que ocasiona malos olores.

MOVILIDAD

La malla vial existente en Bogotá D.C. alcanza 15.192 Kilómetros carril de los cuales el 96% (14.535 Km.-carril) corresponden al Sistema Vial y el 4% (657 Km.-carril) al Sistema de Transporte.

Las principales vías con que cuenta la Candelaria son: Carrera 10, carrera 7, carrera 5ª, carrera 4ª, carrera 3ª, Avenida Jiménez, calle 14, calle 10, calle 11, calle 9ª, calle 2ª, calle 5ª.

En cuanto al estado de la malla vial encontramos que en la localidad se encuentra en el 11º lugar en cuanto a calidad de las vías, teniendo el 35% de la malla vial en buen estado, el 29% en regular estado y el 37% en mal estado. El Instituto de Desarrollo Urbano, afirma que es más económico el mantenimiento de la malla vial de regular estado que la reconstrucción total.

La Candelaria cuenta con el sistema de transporte masivo Transmilenio, que se moviliza por la calle trece y Avenida Caracas. La comunidad refiere que gracias al sistema, la población residente en la localidad tiene acceso y menor tiempo de desplazamiento hacia el norte, occidente y sur de la ciudad.

El Sistema Transmilenio por encontrarse en la tercera fase, afecta a la localidad con los trabajos adelantados en la carrera 10°. Esta situación ha ocasionado que las rutas tengan que desviarse a las vías alternas, deteriorándolas más, porque están diseñadas para tráfico bajo o medio, lo que ha producido un flujo vehicular lento, afectando el tiempo de productividad de la ciudad.

SEGURIDAD

De acuerdo al perfil económico empresarial de la Cámara de Comercio de Bogotá, en el 2006, la localidad de La Candelaria registró 93 casos de hurto a personas; 42 casos de hurto a establecimientos y 25 casos de hurto a residencias. Estas tres modalidades delictivas son las de mayor importancia; especialmente las de hurto a personas y a establecimientos, que representaron el 51% y 23%, respectivamente, de los delitos registrados en la localidad.

Al analizar los delitos por tasa por 10.000 habitantes, La Candelaria presenta una situación menos favorable a la registrada en la ciudad: exceptuando el hurto a establecimientos y vehículos, la localidad registra tasas superiores a las de Bogotá en todos los delitos, especialmente en homicidios; la tasa por cada 10.000 habitantes es la tercera más alta de la ciudad.

En cuanto al equipamiento en materia de seguridad local, La Candelaria cuenta con un pie de fuerza de 95 personas (incluidos oficiales y suboficiales), lo que equivale al 0,9% del total de la ciudad. Así mismo, existen dos Centros de Atención Inmediata (CAI) y funciona uno (1) de los 28 cuadrantes del Programa Zonas Seguras.

Aseguramiento

De acuerdo a la caracterización de la población que realizan los equipos SACS del Hospital Centro Oriente, la distribución por aseguramiento en los microterritorios de La Candelaria está entre el 30% y 17% con el régimen contributivo, entre 30 y 31% con el Fondo Financiero Distrital, el 1% con regímenes especiales, y entre el 38% y el 52% con régimen subsidiado.

Según datos de la Secretaría Distrital de Salud en cuanto a niveles del SISBEN de las localidades de Bogotá, la Candelaria se encuentra clasificada en un 13,3% para población en nivel 1, un 12,7% con nivel 2 y un 4% con nivel 3. De lo cual se concluye que algo más del 60% de la población cuenta con subsidio de la salud, con un buen cubrimiento, si lo cruzamos con el porcentaje de pobreza y de miseria de la localidad, que suman el 9,5%.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Disponibilidad

En cuanto a la disponibilidad de alimentos, en la localidad se cuenta con dos plazas de mercado (Rumichaca y Concordia), huertas urbanas en Egipto y Rumichaca, un supermercado y un buen número de tiendas; la falta de receptividad al proceso de abastecimiento de alimentos planteado a través del programa Sistema Integrado de Seguridad Alimentaria (SISA), se evidencia en que muy pocos actores locales han podido vincularse al sistema.

Tabla 23. Prevalencia de bajo peso al nacer. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C., 2007-2009

AÑO	CANDELARIA Prevalencia bajo peso (-2499 gr)	BOGOTA Prevalencia bajo peso (-2499 gr)
2007	14,6	12,4
2008	13,6	12,4
2009	11,9	11,9

Fuente: SDS. SISVAN Distrital 2007-2009

La vulnerabilidad alimentaria y nutricional de la población que habita en la localidad, especialmente en la zona, por concentración de problemas sociales, está relacionada con el consumo de carbohidratos (papa, arroz, yuca, plátano y panela), con llevando a inadecuados estados nutricionales que pueden determinar las condiciones de salud y vida de las gestantes y menores de diez años.³⁸Situación reflejada en los indicadores de bajo peso al nacer. Tabla 23

El consumo de los alimentos está determinado esencialmente por la capacidad de compra de las familias, por sus hábitos alimentarios y patrones de consumo, al igual que por su nivel de ingresos. De manera similar a la situación que presenta Bogotá, la mayoría de la población se encuentra en condición de alta vulnerabilidad en este aspecto, por lo cual son muchas las familias que presentan un déficit calórico y proteico, así como en vitaminas y minerales.

Acceso

El reducido tamaño de esta localidad y su ubicación, le ha dado un carácter comercial con una concentración tal, que satisface especialmente la demanda de la población flotante frente a alimentos listos para el consumo, es decir, restaurantes, venta de comidas rápidas, cafeterías,

tiendas, cigarrerías, expendios de licor. Son pocos los puntos de distribución de alimentos, aproximadamente 78, representados en su mayoría por depósitos y pocas fábricas de alimentos.

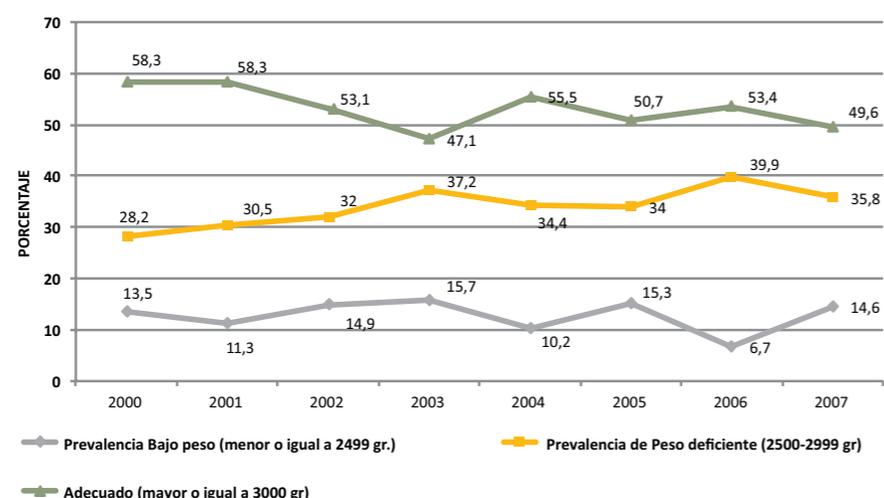
Como resultado de la dificultad para el tránsito vehicular dentro de la localidad, se han establecido puntos de acopio de alimentos y bebidas, desde los cuales se realiza la distribución hacia los expendios minoristas. En los centros educativos universitarios que se ubican en la localidad, se encuentran áreas de comercialización de alimentos, que en su mayoría funcionan por concesión a empresas dedicadas al servicio de alimentos, los cuales se encuentran constantemente vigilados y controlados por la autoridad sanitaria. De la lactancia materna exclusiva (seis primeros meses), todavía es evidente que se deben aunar acciones para mejorar este comportamiento.

Los consumidores de esta población demandan principalmente alimentos de alto valor energético dejando de lado el consumo de frutas y verduras y reemplazando las fuentes de proteína animal por fuentes de proteína vegetal que son de menor costo, debido a la falta de conocimientos del consumidor frente a sus derechos y a causa de inadecuados hábitos alimentarios. Además la práctica en lactancia materna en Candelaria ha sido de difícil implementación, aunque se han logrado algunos avances frente al inicio del amamantamiento y a la duración del mismo. Por otro lado la realización de la actividad física en la localidad no cuenta con los espacios necesarios para implementar este hábito de vida saludable y es evidente el gran número de horas que pasan los habitantes viendo televisión.

Teniendo en cuenta que el acceso a los alimentos está determinado en gran medida por los ingresos y el empleo, así como por las preferencias culturales, se evidencia que la alta tasa de desempleo de la localidad es mayor que la de Bogotá, afectando más al sexo femenino. Se puede decir que una mujer joven (18 a 24 años) con educación secundaria, tiene menor probabilidad de conseguir un empleo, lo cual pondría una vez más en evidencia las inequidades de género en la ciudad.

El adecuado peso al nacer ha venido mejorando del 2000 al 2007, al igual que la ganancia de peso y la prevalencia del bajo peso al nacer, lo que corresponde a un detrimento en la calidad y cantidad de los alimentos que consumen las gestantes y a las edades tempranas de un gran número de gestantes, lo que representa un alto riesgo de la gestación. Ver Gráfica 9.

Gráfica 9. Comportamiento del Peso al Nacer en Nacidos Vivos.
Localidad La Candelaria. 2000-2007.



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

Aprovechamiento Nutricional

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de las poblaciones, en cuanto refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales entre otros.

El bajo peso de las gestantes ha venido disminuyendo del 2003 al 2008, el peso adecuado ha venido aumentando, el sobrepeso se ha mantenido y la obesidad tuvo un pequeño aumento en los últimos 2 años del mismo periodo. En términos generales el estado nutricional de las gestantes ha venido mejorando en cuanto ha disminuido la incidencia en el bajo peso. Dichos problemas de nutrición están relacionados con gestación a temprana edad, falta de controles prenatales y deficiente ingesta de alimentos³⁹.

En la localidad de Candelaria aumenta la población que ingresa al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) con desnutrición aguda a pesar de la disminución de más del 50% del reporte de casos, el promedio de la lactancia materna desde lo evidenciado con gestantes en el Hospital es de 2,9 meses, en las lactantes que maneja el Hospital, el cual se ha mantenido estable durante el 2009.

EDUCACION

En la localidad, hacen presencia 23 colegios, 19 privados y 4 oficiales (2 públicos y 2 en convenio), éstos últimos cuentan con 138 docentes, 11 personas del área administrativa y 6 orientadores, siendo el nivel básica secundaria y media, el que cuentan con más docentes.

En cuanto a la matrícula oficial para el año 2009⁴⁰, en la localidad de La Candelaria, el sector oficial registro 4.232 estudiantes (femenino 2.089 y 2.143 masculino), de los cuales el 91.84% (3.887 estudiantes: femenino 1793 y 2094 masculino), hacen parte de los colegios públicos del programa Salud al Colegio para la localidad. Los niveles que mayor número de matrículas presentaron en el 2009 fueron secundaria y primaria, donde se encuentran los ciclos 1 y 2. En ellos se desarrollaron la mayor parte de las acciones del proceso de salud al colegio (Nutrición, Salud oral, Discapacidad, Salud visual, Acciones promocionales).

Frente a la oferta y la demanda de cupos en la localidad, para el 2009⁴¹, la demanda que se realizó al sector educativo oficial está conformada por población variable entre la que se encuentra: los estudiantes que hacen parte del sistema educativo como activos y repitentes, los estudiantes nuevos menores de 5 años que terminaron su educación de jardín y la población que se encuentra por fuera del sistema educativo. Según datos del documento antes mencionado, la demanda para el 2009 fue de 4.552 cupos para colegios oficiales, y 383 para colegios en convenio (Hogar Niña de la Veracruz y Tirso de Molina), para un total de 4.905 cupos.

Al contrastar la oferta, el sector oficial abrió para el 2009 un total de 4.723 cupos presentando un déficit de 182 cupos en relación a la demanda. Sin embargo, al observar los datos de matrícula para este mismo año, se observa que se matricularon 491 estudiantes menos en relación a la oferta, lo cual puede estar asociado a factores tales como la construcción y apertura de los mega colegios en diferentes localidades de la ciudad.

Frente a los indicadores de eficiencia de los colegios oficiales de la localidad de La Candelaria⁴¹, en la localidad, la mayor tasa de deserción se da en el nivel de preescolar con 14,8%, seguido por

39 Hospital centro Oriente. Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional SISVAN. Base de datos. Localidad La Candelaria. 2008

40 www.sed. Bogotá. edu.co. Caracterización del sector educativo.2009.consultado 8 de julio 2010.

41 Fuente: www.sedbogota.edu.co "caracterización del sector educativo 2009, consultado, 8 de julio de 2010

secundaria con 13, 5%. En cuanto a la tasa de reprobación: el mayor registro se da en el nivel media con 6,7%, seguido de secundaria con 6,4%.

En cuanto a poblaciones especiales en el 2009, se matricularon 137 estudiantes en colegios distritales, 23 en convenio, los cuales referían ser población en situación de desplazamiento. En cuanto a población indígena, se registran 25 estudiantes en colegios distritales, 4 en convenios, sin diferenciar a cual etnia pertenecen. Finalmente en cuanto a negritudes se referencia la matrícula de 19 estudiantes en colegios distritales.

En cuanto al tema ambiental está determinado por la alta presencia de población flotante en los alrededores de los colegios, lo cual genera residuos sólidos y facilita la proliferación de vectores, altos niveles de ruido por la presencia de vías principales tales como la carrera décima, a lo que se le suma la venta de consumo de SPA que es un peligro potencial para los estudiantes⁴². En cuanto al proceso de inspección vigilancia y control realizado desde el servicio de atención al medio ambiente, los colegios que hacen parte de la localidad de La Candelaria, todos se encuentran con concepto pendiente⁴³.

Es necesario resaltar que en el caso de la localidad no se cuentan con mega colegios, las sedes de los colegios oficiales en su gran mayoría son arrendadas y no es fácil su remodelación o reubicación, dado que el espacio de la localidad no lo permite y la mayoría de predios son de interés cultural, lo cual no permite el cambio de uso.

Al analizar la cobertura presentada en la localidad durante el 2009, la matrícula en colegios oficiales incluyendo colegios de convenio y concesión fue de 4.232 estudiantes, (Tabla 21), presentándose una diferencia de oferta-matrícula de 491 cupos respecto a la oferta de 4,723.⁴⁴, de los cuales 193 corresponden a poblaciones especiales distribuidos así: Desplazados (160), desvinculados a grupos armados (32) e hijos de adultos desmovilizados (1); en cuanto a niños en condición de discapacidad a 2009, se encontraron 49 niños en ésta condición integrados al sistema educativo.

En cuanto al acceso de niñas, niños y jóvenes a la educación preescolar, primaria y secundaria, el balance es positivo, lo que evidencia el interés de los padres y de la Secretaría Distrital de Educación por integrar a la población al sistema educativo, en pro de mejores oportunidades de trabajo y por ende mejoramiento en su calidad de vida. Sin embargo, estos logros se ven amenazados ya que el promedio de deserción está entre el grado 8° y 9° (8.9). El acceso a la educación preescolar corresponde al 57.5% de niños, niñas y jóvenes que llegan a cursar estudios superiores; la brecha se hace evidente con un 81% en cobertura bruta y un 44% en cobertura neta, lo cual se ve reflejado en la tasa de analfabetismo de la localidad, cifra que supera el promedio para Bogotá en ambos géneros, con predominio en el masculino.

El bajo nivel educativo es un factor que incrementa las tasas de desocupación de forma progresiva, año tras año, siendo de 8.59%, según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud de 2007, ocasionando bajos ingresos económicos y por lo tanto bajo desarrollo de competencias laborales.

Tabla 24 Cupos oficiales ofertados y matrícula oficial. Localidad Candelaria.2009

OFERTA	Matrícula	Diferencia oferta - matrícula
4723	4232	491

Fuente: Sistemas de matrícula y oferta SED. Cálculos: Oficina asesora de planeación.2009

42 Hospital Centro Oriente. Ámbito escolar. Documento Diagnóstico escolar .Localidad La Candelaria.2010

43 Hospital Centro Oriente .Medio ambiente .Base de datos .2010

44 DILE: Sistema de matrícula y oferta SED. Cálculo: Oficina Asesora de Planeación.2009

No siempre el número de personas que se matriculan corresponde al total de quienes demandan el servicio. La tabla 24 no refleja la necesidad real de la localidad y los territorios por cuanto no se sabe cuál es el total de niños y niñas que demandan éste derecho.

De acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida 2007, en La Candelaria el 0,3% de la población se encuentra en edad escolar, de los cuales el 0,9% no está estudiando. Esta cifra se encuentra por debajo del porcentaje de no asistencia de Bogotá que es del 1,4%, lo cual se traduce en una ventaja para localidad, en cuanto al grado de escolaridad con respecto la ciudad en general. A su vez los grados promedio de educación cursada de la localidad superan al promedio de Bogotá en 0,4%. Este hecho continúa siendo una ventaja competitiva con respecto a la Ciudad. Podemos destacar que el grado de deserción escolar ha disminuido del 2003 al 2007.

A 2009 existía una planta docente de 155 maestros, siendo mayor el número de docentes en el nivel de básica secundaria y media (87) seguido de nivel básica primaria (48), Global (16) y preescolar (9) debido a que en estos niveles se tiene un docente por cada área temática a diferencia de los niveles de primaria y preescolar donde un docente está encargado de todas las áreas.

Según las bases de datos de Salud a su Casa (SASC), el alfabetismo de la población caracterizada en estratos 1 y 2 es alto, se observa que el 92% de los individuos saben leer y escribir frente a un 4% que refirió ser analfabeta. Se puede percibir que el hecho de que exista aun población analfabeta y haya un bajo nivel educativo es un factor que incrementa las tasas de desocupación de forma progresiva, ocasionando bajos ingresos económicos y por lo tanto bajo desarrollo de competencias laborales. “El analfabetismo, además de limitar el pleno desarrollo de las personas y su participación en la sociedad, tiene repercusiones durante todo su ciclo vital, afectando el entorno familiar, restringiendo el acceso a los beneficios del desarrollo y obstaculizando el goce de otros derechos humanos. Los adultos analfabetos tienen grandes limitaciones de empleabilidad debido a un nivel bajo de conocimientos y de especialización, ello ocurre porque no han tenido acceso a la educación formal, o porque la abandonaron tempranamente para incorporarse al mercado de trabajo o, finalmente, por la pérdida en el tiempo de la capacidad de leer y escribir. A ello se suma, que el individuo analfabeto dispone de bajos conocimientos de sus derechos y deberes situación que puede derivar en la aceptación de contratos precarios y de baja calidad. En cuanto a las dimensiones afectadas por el analfabetismo del adulto, estas se pueden agrupar en: salud, educación, economía e integración y cohesión social”⁴⁵. En la localidad, se encuentran diferentes universidades privadas, lo que influye en que la población estudiantil provenga de otros sectores de la ciudad. De igual manera se ubican varias instituciones educativas como lo son: Colegio Los Ángeles, Liceo Nuevo Mundo, Colegio jardín y Primaria, Colegio Femenino Misioneras Franciscanas, Colegio Salesiano León XIII, Colegio Agustiniانو Centro, Escuela Nacional del Comercio y Universidad de la Salle. La mayoría son de carácter privado, lo que dificulta el acceso de las personas de bajos recursos a la educación formal, por los altos costos.

EQUIPAMIENTO CULTURAL Y RECREATIVO

La cultura es uno de los ejes de trabajo y fuente de orgullo e identificación básica de la localidad. Por una parte, se constituye como una de las características más importantes de Bogotá, por otra, es la actividad, junto con la recreación, que logra convocar a la comunidad capitalina y por este carácter se le ha reconocido desde hace muchos años; en tercer lugar, siendo una actividad de mayor importancia, soporta las dificultades provenientes de los altos costos de realización y escasa capacidad económica de la comunidad para acceder a la misma.

Los centros culturales de La Candelaria corresponden a teatro, danza, música o títeres y los eventos culturales y artísticos se han popularizado y han revalorado el papel de la localidad como centro de confluencia y hospitalidad de la ciudad. La Candelaria cuenta con 10 teatros, 14 museos y

45 CEPAL_UNESCO/OREAL. Análisis de las consecuencias sociales y económicas del alfabetismo.2008

5 bibliotecas donde se destacan el Museo del Oro, el Teatro La Candelaria y la Biblioteca Luis Ángel Arango, como los más reconocidos a nivel nacional e internacional. La Candelaria como centro cultural y patrimonio histórico, representa un centro tradicional y turístico de la ciudad.

En la localidad se ubica el centro histórico de Bogotá, en él se encuentran diferentes instituciones gubernamentales nacionales y distritales, organizaciones no gubernamentales, bibliotecas, museos, universidades, colegios, salas de teatro, hoteles, restaurantes y tabernas. Además, en este sector habitan intelectuales, artistas, estudiantes, extranjeros, y minorías étnicas. Existe cierto grado de pertenencia a la localidad especialmente por parte de los residentes más antiguos. La estructura arquitectónica de este sector se caracteriza por grandes casas antiguas, algunas de ellas deterioradas utilizadas como inquilinatos y otras restauradas para viviendas suntuosas y oficinas⁴⁶.

Según el documento diagnóstico de aspectos físicos, demográficos y económicos de la Alcaldía Mayor 2009 ⁴⁷ por sus altos valores históricos, culturales, urbanos y arquitectónicos, el Centro Histórico de La Candelaria es un sector declarado Monumento Nacional por la Ley 163 de 1959 y el Decreto-Ley Extraordinario 264 de 1963.

En La Candelaria se localizan 2.090 bienes de interés cultural de los cuales 66 corresponden a la categoría Monumental, 1.417 pertenecen a la categoría Conservación y 607 son de la categoría Re edificable.

Dentro de los bienes de interés cultural más relevantes de La Candelaria están: la Catedral Primada de Colombia, la Casa Cural de la Catedral, la Casa del Cabildo Eclesiástico, la Casa de Nariño, el Palacio Liévano, la iglesia de Nuestra Señora de Egipto, la iglesia de San Agustín, la iglesia de San Ignacio y Claustro de las Aguas, la iglesia de San Juan de Dios, la iglesia de Santa Bárbara, El Camarín del Carmen, la Iglesia de Santa Clara, la iglesia y claustro de La Candelaria, la iglesia de la Concepción, santuario y claustro de Nuestra Señora del Carmen, la iglesia y convento de Santa María de Las Aguas, la capilla de La Bordadita, la Capilla de Sagrario, el claustro conventual de Las Aguas, el claustro conventual La Candelaria, el claustro conventual La Encarnación, el seminario Mayor de San Bartolomé, el Archivo General de la Nación, el Capitolio Nacional, la casa de Gregorio Vásquez de Arce y Ceballos, la casa de José María Vergara y Vergara, la casa de Luis Vargas Tejada, la casa de Poesía José Asunción Silva, la casa de Rafael Pombo, la casa de Rufino José de Cuervo, la casa Sanz de Santamaría, la casa del Instituto de Cultura Hispánica, la casa del Marqués de San Jorge, la casa de la Independencia, la casa de los Comuneros, el colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el colegio Mayor de San Bartolomé, la Corporación de La Candelaria, el Edificio Pedro A. López, el Edificio Vengoechea, la Nueva Santa Fe, el Observatorio Astronómico Nacional, el Palacio de San Carlos, el Palacio de San Francisco, el Palacio Echeverri y la Real Casa de La Moneda.

Los problemas fundamentales de la localidad en el centro histórico se refieren a la inseguridad, la contaminación, el ornato (residuos sólidos en las calles y presencia de caninos) el desempleo, vías estrechas y tráfico vehicular excesivo. Se considera como problema fundamental la presencia de la población flotante, particularmente la estudiantil, la cual congestiona calles y andenes. Otro problema sentido es el consumo de alcohol y droga en las plazoletas y calles.

Los diferentes escenarios ubicados en la localidad lo componen principalmente plazoletas de descanso y/o recreación pasiva. Son sitios característicos por la destinación a las actividades culturales, lúdicas y demás, algunas de ellas son: Plaza de Bolívar, Plazoleta del Chorro de Quevedo, Plazoleta del Rosario, Plazoleta de Gregorio Vásquez de Arce y Ceballos, Parque de los Fundadores.

Por su parte los escenarios deportivos son casi inexistentes, sobresale el parque la Concordia.

⁴⁶ www.alcaldiamayordebogota.gov.co consultado 21 de diciembre 2010.

⁴⁷ Alcaldía mayor de Bogotá, *Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos Candelaria. 2009*

Con relación al estado de los parques de los barrios, puede decirse que son unidades de canchas múltiples, que no presentan un continuo mantenimiento, por lo que su deterioro no permite un sano y adecuado uso por parte de la comunidad.

Pese a la existencia de una mínima infraestructura, no hay programas de formación deportiva o actividades recreativas y culturales que permitan un buen uso del tiempo libre por parte de los habitantes. Los eventos programados obedecen a iniciativas particulares que no siempre tienen un control de las Juntas Comunales o de la Alcaldía Local.

La localidad tiene dieciséis parques con un área total de 35.254,2 m², que corresponde únicamente al 1,9% del área total de la UPZ. La relación es de aproximadamente 1,3 m² por habitante, considerado bajo, dado que el estándar internacional es de 10 m², ubicándola en el decimotercero lugar frente a las otras 19 localidades. Adicionalmente, se encuentra en la última posición en cuanto al número de parques.

Esta zona no cuenta con parques metropolitanos, urbanos o escenarios deportivos, pero sí con parques zonales y parques de bolsillo como se muestra en el mapa 8.

Los parques zonales, son áreas libres con una dimensión variable, destinada a la satisfacción de necesidades de recreación activa y pasiva de un grupo de barrios. Entre los cuales encontramos al parque de La Concordia está ubicado en la calle 5ª con Carrera 5ª (mapa 8).

Los parques de bolsillo, son hectáreas destinadas al desarrollo de usos recreativos activos y pasivos y a la generación de valores paisajísticos y ambientales, entre los más importantes se encuentran uno en La Candelaria y 2 en Las Aguas, ubicados en las siguientes direcciones: Calle 11 Carrera 4; Calle 8 Carrera 3; Calle 7 Carrera 2 – 3; Avenida Jiménez Carrera 2; y Avenida Jiménez Calle 17.

Mapa 8. Parques zonales y de bolsillo. Localidad La Candelaria.2010



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local 2009.

En general las zonas verdes son escasas, por las características del trazado y construcción colonial propia de la localidad; estas zonas han sido construidas y adecuadas con un propósito recreativo. Las zonas verdes de las actuales construcciones, consisten en su mayoría en grandes solares ubicados en la parte trasera, atractivos por la gran variedad de árboles que se encuentran como cerezos y urapanes, entre otros. La localidad no cuenta con parques metropolitanos, urbanos o escenarios deportivos y hasta el momento no se contempla modificación física en cuanto a estructura o construcción de nuevos espacios físicos para la realización de la práctica de actividad física, recreación y deporte.⁴⁸

48 Hospital Centro Oriente. Documento. Marco situacional de la actividad física. Localidad La

3.

3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIAL Y POBLACIONAL

En relación con cada uno de los territorios descritos anteriormente, comentaremos aspectos relevantes de sus características sociales y del entorno, enmarcados en la estrategia promocional de calidad de vida y salud, articulada con la Gestión Social Integral, en gran parte basadas en la formulación y complementación de los núcleos problemáticos que surgieron de los ejercicios transectoriales y con la comunidad en las Mesas de Gestión Social Integral:

Como marco metodológico para el accionar en las mesas se entendió desde el equipo de salud del Hospital Centro Oriente, la Gestión Social Integral como un ejercicio político-participativo desarrollado en un territorio específico con condiciones de vida particulares y habitado por personas con percepciones diferentes sobre la realidad; un ejercicio cotidiano sobre el que las personas de la comunidad pueden desarrollar sentido de pertenencia y las instituciones acompañar de forma respetuosa, las dinámicas y ritmos de trabajo planteados por los dueños de la realidad del territorio quienes a la vez son sus más profundos conocedores; en éste ejercicio no se estigmatizó la comunidad por las necesidades evidenciadas desde lo institucional y comunitario sino que se tienen en cuenta las potencialidades evidenciadas y el ejercicio de la autonomía.

El proceso ha consistido en el encuentro intersectorial en los escenarios de construcción de debates, discusiones, definición de acuerdos y asignación de responsabilidades en las mesas territoriales de calidad de vida y salud, desde el año 2008 en la localidad. Estos escenarios en su momento fueron identificados como espacios para el posicionamiento político de la calidad de vida mediante la construcción de estrategias con otros sectores participes en la implementación de la ruta de la Gestión Social Integral, en la lectura de las necesidades y/o realidades, en el análisis de las respuestas, a través de un proceso de construcción con la participación activa de las comunidades, mediante un proceso de movilización social.

El objetivo local, se traduce entonces en la mirada hacia las necesidades más relevantes, de manera individualizada, en el ejercicio de “lo propio”, desde la realidad de cada uno; de igual manera sucedió con el análisis institucional, basado en el ejercicio de lo sectorial, en el 2008 se llevaron a cabo los primeros procesos de construcción colectiva, priorización de necesidades, y definición de metodológicas efectivas para el abordaje territorial, y a la vez, para la articulación sectorial y el diseño de escenarios validos de reflexión ,construcción y validación de la Gestión Social Integral.

No se avanzó de manera significativa en el análisis de las oportunidades, en términos de las soluciones viables, teniendo en cuenta la corresponsabilidad de una comunidad empoderada en la complejidad de la realidad para el mejoramiento de la calidad de vida y las respuestas integrales desde el ejercicio sectorial. Sin embargo, se debe señalar que en términos de la disminución de la brecha que existe para la construcción intersectorial y transectorial, se logró la apropiación del pensamiento de trabajo colectivo, mediante la construcción conjunta, superando la individualidad institucional lo que permitió para el 2009, retomar el proceso alcanzado en la vigencia pasada por parte de los actores claves. Es así, como desde la ESE, se retomó la mesa de movilización social (o grupo funcional de gestión territorial), que integrada por actores del ámbito comunitario, ámbito familiar, ámbito escolar, oficina de participación, gestión territorial de la SDS y gestión local, se reunió con una periodicidad mensual, con la finalidad de dar línea respecto a la identificación, priorización y acciones para cada mesa, aportando a su funcionamiento los avances de los núcleos de gestión y grupos gestores.

3.1 Territorios Sociales

Una de las estrategias del Plan de Desarrollo: Bogotá Positiva, es la Gestión Social Integral (GSI), definida ésta como la táctica para la implementación de la política social del Distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales asegurando la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y poner de presente el protagonismo de la población en los territorios⁴⁹

Candelaria.2010

49 Plan de desarrollo Distrital. Bogotá positiva: Para vivir mejor. Capítulo 1: Ciudad de derechos. Artículo

Proceso de construcción de los territorios sociales

Para llevar a cabo la construcción de los territorios sociales, se dio un proceso relacionado con las mesas territoriales de calidad de vida y salud que se estaban trabajando desde el año 2008 en la localidad. Estos escenarios fueron identificados como espacios para el posicionamiento político de la calidad de vida mediante la construcción de estrategias con otros sectores importantes para la generación de respuestas integrales, frente a las realidades identificadas en los territorios, conjuntamente con la comunidad. Se entiende como territorio un contexto donde habitan y se desarrollan los individuos, las familias, las comunidades y el medio ambiente que va más allá de lo geográfico. En las mesas se partió desde el equipo de salud del Hospital Centro Oriente, de la Gestión Social Integral como un ejercicio político-participativo desarrollado en un territorio específico con condiciones de vida particulares y habitado por personas con percepciones diferentes sobre la realidad; un ejercicio cotidiano sobre el que las personas de la comunidad pueden desarrollar sentido de pertenencia y las instituciones acompañar de forma respetuosa, las dinámicas y ritmos de trabajo planteados por los dueños de la realidad del territorio, quienes a su vez son sus más profundos conocedores; en éste ejercicio no se estigmatizó la comunidad por las necesidades evidenciadas desde lo institucional y comunitario sino que se tienen en cuenta las potencialidades evidenciadas en cada zona⁵⁰.

El Hospital Centro Oriente participó en las mesas, redes, consejos y comités, presentando la situación de salud y calidad de vida, identificado en el diagnóstico local y posicionando en estos espacios los núcleos problemáticos, de los cuales, surge posteriormente el planteamiento de las respuestas integrales, que permitieron la construcción de la agenda social institucional y comunitaria.

La participación de las personas en estas mesas, se encontró matizada por el interés de los individuos sobre el territorio o una condición de éste, lo que planteo la discusión en términos de las necesidades evidenciadas, pero en pocas oportunidades en términos de las soluciones viables con corresponsabilidad por una comunidad empoderada en la complejidad de la realidad, para el mejoramiento de la calidad de vida.

En aras de organizar internamente el proceso desde el 2009 se contó en equipo base de gestión local con un sociólogo, quien estuvo a cargo del apoyo al posicionamiento estratégico de la Gestión Social Integral local dicho profesional sugirió abordar en las diferentes mesas de calidad de vida de la localidad, una pedagogía del encuentro donde se pudiera articular trueque de saberes, feria de servicios a nivel institucional, acuerdo de agendas sociales y de planes de acción comunitarios en torno a un evento que se manifiesta en el compartir comidas y bebidas, lo que se ha denominado el encuentro cultural desde la forma asociativa, denominada la minga festejo.

En la localidad la anterior propuesta se llevó a cabo en el lanzamiento de las mesas transectoriales, donde a partir de lo recogido, se desarrollaron las narrativas de los territorios sociales de la Gestión Social Integral, dichas actividades estuvieron acompañadas activamente en las Unidades de Apoyo Territorial y comités de apoyo de política social, por un profesional del equipo base de gestión local a cargo de la localidad.

3.2 Propuesta de Abordaje en Territorios de Gestión Social Integral (GSI)

Teniendo en cuenta la metodología propuesta por la Estrategia Promocional de Calidad de Vida (EPCVyS) y en consonancia con el proceso de Gestión Social Integral (GSI), la propuesta PIC para el año 2011, partió del análisis de respuestas institucionales según los núcleos problemáticos construidos y concertados con los pocos sectores que han acompañado el proceso, que son salud, desde el Hospital Centro Oriente, la Secretaría de Integración Social-SDIS y el instituto Distrital de Participación Social – IDPC.

6- Estrategias

50 Hospital Centro Oriente. Informe “Mesas Territoriales”. Localidad Santa Fe.2008

La misma naturaleza dinámica y explicativa de las relaciones sociales de los individuos y grupos dentro de la localidad, (narrativas incluidas en los capítulos anteriores) permitió avanzar hacia la construcción de los temas generadores facilitando el análisis de las respuestas dadas desde salud pública que permitieran la proyección de acciones por componentes en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2011.

Para la formulación de la propuesta se organizaron unidades de análisis con cada Ámbito de Vida Cotidiana (Comunitario, familiar, escolar, laboral, institucional, e Instituciones prestadoras de salud (IPS), en donde asistieron además, referentes de transversalidades, etapas de ciclo y equipo base de gestión local. En cada jornada de trabajo el referente del ámbito analizaba la coherencia, pertinencia y suficiencia de la respuesta dada por cada núcleo problemático y tema generador, para cerrar con la propuesta de intervención. Se destaca que al final de estas reuniones, se llevó a cabo una unidad ampliada en articulación con la referente del Plan de intervenciones Colectivas (PIC); el producto de este ejercicio se muestra en el presente capítulo.

En la medida que la ESE Centro Oriente se ha venido acercando desde 2003 a la vida cotidiana de las personas en los territorios sociales, se ha adquirido un conocimiento integral de las condiciones de salud que lo hacen liderar en lo local, las acciones a desarrollar articulando con otras instituciones, fortaleciendo su accionar en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

El hospital Centro Oriente se propone trabajar desde tres componentes generales, los cuales deberán guiar las acciones en torno a:

Realizar seguimiento a las políticas públicas sectoriales y transectoriales en el Consejo Local de Política Social (CLOPS); se profundizan las acciones requeridas desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) según las problemáticas priorizadas en lo local; se conforman equipos por territorio social, para la prevención y atención a los daños en salud, concentrando la respuesta en desarrollar mecanismos que garanticen el acceso a los servicios con calidad y oportunidad y en lo transectorial, una vez concretado los territorios sociales, a un modo de atención y de gestión, que permita generar las respuestas requeridas a través de la concreción de planes de acción construidos desde las agendas territoriales.

Para el primer componente se propone partir del análisis de las políticas por etapa de ciclo vital, donde se incorporen los proyectos de desarrollo de autonomía (PDA), donde se abordará la realidad de las inequidades relacionadas con la clase social, género, etnia y desplazamiento, lo que permitirá a corto plazo acuerdos para la modificación de las mismas.

Para ello el Hospital participará activamente en la instalación del procesos al interior de los espacios locales como Concejo de Gobierno, CLOPS –mesas y subcomités-, Concejos de Planeación, Comités Locales de Emergencia, Comités de Derechos Humanos, Espacios Locales de Apoyo Interinstitucional a Juventud (ELAI), Comités de Participación Comunitaria y Concejos Tutelares, Concejos de Cultura, Concejo de Discapacidad, Concejo Local de Seguridad, Concejos de Juventud, Concejos Local de Adulto Mayor, entre otros.

En esta medida el proyecto integral comunitario, requiere dentro de su organización el incorporar las problemáticas priorizadas consecuentes con los núcleos problemáticos construidos desde lo local, siendo conocido por toda la ESE Centro Oriente, lo que permite reorganizar el accionar de los proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) y transversalidades por ciclos vitales y en los niveles particulares, patrones e individuales, estilos y en este último nivel detección precoz y atención de daños.

En este proceso se requiere la participación del Gerente, asesor de planeación y profesionales especializados de las ciencias de la salud y ciencias sociales, a través de los equipos de Gestión Local, Gestión por Ámbitos y Gestión por territorios sociales

La metodología a seguir para el seguimiento y evaluación de políticas se concertará con los actores dentro de los espacios sectoriales y comunitarios en los territorios sociales de la GSI que se desarrollarán desde los determinantes identificados que afectan el bienestar en estos territorios, por etapas de ciclo vital, violencia intrafamiliar, alimentación nutrición y disponibilidad de alimentos, aprovechamiento del tiempo libre, trabajo informal y ambiente, entre otros.

La alternativa desde este componente logrará un estímulo para la construcción de ciudadanía en salud, avanzando con ello en la exigibilidad del derecho a la salud, potenciado a través de los núcleos de gestión, organizaciones sociales y de base comunitaria por territorios sociales.

El segundo Componente para la Salud y la Vida, se concentra en la labor sectorial desde el plan de intervenciones colectivas (PIC) donde los proyectos de desarrollo de autonomía fortalecerán las acciones teniendo en cuenta las problemáticas y potencialidades identificadas en los ámbitos de vida cotidiana de los territorios sociales teniendo en cuenta las etapas de ciclo vital, el complemento de estas acciones se hará desde el desarrollo de proyectos inmersos dentro del Plan Operativo Anual de Inversión (POAI)

Desde el componente de gestión local, los referentes de cada PDA y transversalidad identifican las necesidades sociales determinantes y condicionantes por cada ámbito y ciclo, involucrando en las mesas, redes, comités y subcomités acciones, dentro del plan correspondiente, que permitan consolidar las redes y rutas de atención de manera organizada.

Paralelo a este proceso, en cada ámbito de vida cotidiana quienes estén en los equipos territoriales estarán llevando a cabo acciones de ejercicio, preservación, recuperación y restitución de autonomía. En concordancia con lo anterior la generación del soporte social -que hacen parte de los PDA- se realizará con las redes primarias y secundarias, informales y formales, entendiéndose como las primarias a las familias, amigos, comunidades y las secundarias a las instituciones, organizaciones, espacios de participación y representación Estatal. Todas las áreas del Hospital tendrán compromisos frente a los PDA en ámbitos y territorios de GSI, y actuarán bajo el enfoque sistémico dentro de la organización donde una falla individual y de áreas distorsiona el sistema y se pierde la calidad e integridad.

El Plan Zonal Centro introduce cierto grado de incertidumbre, pues una acción fundamental para lograr la integralidad y la sostenibilidad son las acciones basadas en comunidad. Éstas se inician, pero su continuidad y sostenibilidad no está garantizada, pues las comunidades existentes pueden dispersarse por la venta de predios, considerando que estos terrenos son necesarios para dar lugar a las obras de dotación urbana planeadas en la localidad.

La Vigilancia en Salud Pública se configura como una herramienta básica para la toma de decisiones. Ésta se constituye a partir de las unidades notificadoras, concebidas como fuentes de información para la acción en términos investigaciones de campo, de seguimientos, de prevención y de evaluación, a su vez se pretende que el sistema sea capaz de predecir brotes y actúe en consecuencia, a través de los casos observados versus los casos esperados. Es importante tener en cuenta que el sistema pretende disminuir el subregistro de eventos, y por ello, los indicadores propuestos para las metas pueden no mostrar una disminución sino un aumento. No queriendo decir con esto que las interacciones no han sido efectivas.

Desde la actualización de los diagnósticos locales se pretende contar con unas líneas de base que permitan hacer seguimiento, monitoreo y evaluación a las acciones propuestas en el Plan Integral Colectivo del Hospital y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en los territorios concertados desde la estrategia GSI.

El tercer componente de lo transectorial consiste en concretar en los territorios sociales un modo de atención y de gestión que permita generar las respuestas requeridas a través de planes de acción contruidos desde las agendas territoriales; exige desde el sector salud continuar desarrollando la estrategia APS renovada como condición esencial para la promoción de la equidad en salud y el desarrollo humano, en la medida en que concibe la salud como un derecho humano y se centra en las causas fundamentales de la misma; se requiere además la regulación de la atención de urgencias, en el marco de la conformación de las redes de servicios y de apoyo para la atención integral. En este componente se deberá desarrollar la estrategia de capacitación y formación del talento humano en salud que se requiere para poner en marcha el modo de atención y de gestión en salud propuesto.

Desde la ESE se continuará trabajando en los dos territorios sociales de Salud a su Casa, siendo el reto fundamental integrar los planes de beneficios (PAB, POSs, POSc, vinculados) según las necesidades de las familias, y al mismo tiempo, propiciar el trabajo transectorial que conduce al mejoramiento de las condiciones de vida para generar las condiciones y los medios para el fortalecimiento de la ciudadanía. Salud a su Casa en tanto, se configura como un programa que se establece como la principal estrategia para garantizar el acceso universal a los servicios sociales en los territorios; a las familias cuyas necesidades no pueden ser cubiertas directamente por salud se les realiza canalización hacia redes e instituciones con su respectivo seguimiento.

Del mismo modo, se plantea un plan de trabajo de los servicios buscando la optimización del recurso humano, por medio de la distribución eficiente de los profesionales de la salud, en la sede asistencial del hospital, procurando el incremento de la productividad y reduciendo el costo por contratación de personal asistenciales. Como es sabido, uno de los principales problemas al interior de las instituciones Distritales es el sistema de información en salud donde se requiere la inversión en equipos de comunicación y de cómputo con sus respectivas licencias y servidores.

El Desarrollo de la Autonomía supone unas acciones concretas que, de no hacerse impedirían el desenvolvimiento pleno y el bienestar de los individuos y comunidades. Así todas las actividades están permeadas por la participación social y comunitaria, grupos cohesionados y en desarrollo, apostándole a su incorporación como un valor intrínseco y espontáneo del ser humano, a una inclusión social de las personas, visualizada como la herramienta para el desarrollo social, generando de esta manera un soporte social que se cualifica en el tiempo y llega a la sostenibilidad. El Hospital se reorganizará de manera tal que su accionar sea bajo un enfoque promocional y en ese sentido se plantea una rectoría renovada, preventiva, la sistematización de las quejas y reclamos para el mejoramiento continuo y toma de decisiones, con una evaluación participativa desde los funcionarios, las comunidades, las instituciones y el gobierno local.

Escenarios de articulación

Como escenario interno articulador de las mesas territoriales de la Localidad de la Candelaria, se retomó la mesa de movilización social (o grupo funcional de gestión territorial), que está integrada por actores como el ámbito comunitario, ámbito familiar, ámbito escolar, oficina de participación, gestión territorial de la SDS y gestión local, se ha venido reuniendo, con el fin de dar línea respecto a la identificación, priorización y acciones para cada mesa, aportando a su funcionamiento los avances de los núcleos de gestión y núcleos comunitarios, además de las experiencias de gestión social integral adelantada en la localidad desde el 2008. La participación en este espacio ha sido fundamental para dar línea en el manejo e inclusión de gestión local en las mesas, además de aportar un valor especial para la convocatoria de nuevos líderes que alimenten el proceso, como los grupos gestores del ámbito escolar o los núcleos comunitarios

De acuerdo a esto se identificaron inicialmente en Candelaria dos mesas territoriales, Santa Bárbara y la Concordia, sobre lo cual como grupo interno de articulación, se adquirió el compromiso de posicionarlas en espacios políticos como las Unidades de Apoyo Técnico (UAT) y los

Consejos Locales de Política Social (CLOPS) para lograr alianzas estratégicas en lo local, con el fin de fortalecer el impacto de las mesas territoriales y la participación activa de la comunidad.

En este proceso de posicionamiento, en la localidad la Candelaria se logró en las Unidades de Apoyo territorial (UAT) la conformación de equipos locales con funcionarios de la Secretaría de integración social (SDIS), el IDEPAC, Movilidad, Secretaría de Ambiente, Secretaría de Salud y del Hospital Centro Oriente, los temas que se abordan es este espacio de participación de enfocan por etapa del ciclo vida, por Transversalidades (TV) y por proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) con la invitación abierta a otros sectores que por no contar con e un número de funcionarios pertinente, han asistido a las mesas esporádicamente según las necesidades identificadas. Las propuestas territoriales en esta localidad han venido siendo socializadas desde 2008 en los Consejos De Gobierno en diferentes fechas con el fin de lograr el apoyo de la Alcaldía Local, el avance logrado en los Comisión Local Intersectorial de Participación (CLIP) Unidades de apoyo territorial (UAT), y los Consejos locales de Política Social (CLOPS).

En éste último, después de discutir y concertar, se logró llegar a un acuerdo sobre los territorios que se tendrían en cuenta para desarrollar la Gestión Social Integral (GSI), aclarando que en septiembre del año 2010 los integrantes del equipo transectorial de la Gestión Social Integral con el apoyo de la Alcaldía Local deciden reorganizar los territorios y crear uno más para esta localidad quedando así, cuatro territorios sociales. Los territorios trabajados en 2009, se describen así:

Tres territorios a partir de las Zonas de Condiciones de Vida propuestas por salud: El territorio Social 1; Ubicado en la parte oriental y sur de la localidad, comprende los barrios Santa Bárbara, Belén, Egipto de estrato 1 y 2 principalmente; el territorio social 2 conformado por el Centro Administrativo y La Catedral, este territorio está clasificado como de estratos 3 y 4, el Territorio social 3, ubicado en la zona sur y oriental de la localidad, comprende los barrios la Concordia, Las Aguas y Nueva Santa fe, de estratos 3 y 4.

Fases para llegar a territorios de gestión social Integral (GSI)⁵¹

Posterior a la fase de concertación interna en la ESE en el espacio de mesa de movilización o grupo funcional territorial y del posicionamiento de la propuesta en espacios locales como CLOPS y UAT, para la generación de alianzas estratégicas que facilitaran la operación efectiva de las mesas territoriales, se iniciaron los procesos de identificación de los territorios con base en las caracterizaciones de salud a su casa, la prestación de servicios y coberturas de la subdirección local de Candelaria y la actualización del diagnóstico local del hospital, en la fase de caracterización se adelantaron con la presencia de comunidad las mesas, la identificación de necesidades, problemáticas, potencialidades, propuestas y vacíos, con el fin de contar en los territorios más que con lecturas de problemas con lecturas de realidades que suministrarán los insumos para el desarrollo de la Gestión Social Integral (GSI).

En el año 2009, el proceso se relacionó con la generación de compromisos transectoriales para lograr la integralidad en la generación de respuestas sociales; en este sentido se ha venido avanzando lentamente en los diferentes espacios locales con la validación de los territorios de gestión social integral y los núcleos problemáticos que se han venido construyendo con las personas que desde las comunidades han mostrado compromiso en este trabajo con los diferentes entes locales; es así que en el 2010 se han implementado estrategias desde la acción participación con el fin de mejorar este ejercicio ciudadano.

Por último, y desde un trabajo de concertación se pretende trabajar en planes de acción concretos, que desde una mirada promocional afecten los determinantes que en los territorios de forma particular o general, afectan las condiciones de vida y salud de las comunidades. En estos

⁵¹ Hospital Centro Oriente. Documento en CD ROM. Avance de mesas territoriales.2009

planes tendrá que evidenciarse la apuesta de los diferentes sectores que hacen presencia en lo local de forma permanente, así como los convenios temporales (el caso del convenio Fergusson – Arco Iris), no solo para trabajar por la suma de acciones institucionales, sino para llegar con miradas conjuntas del territorio y metodologías concertadas para su análisis, que para el caso de Santa Fe es el modelo de sala situacional, que permitió la elaboración de mapas de los territorios y la ubicación en ellos de las necesidades y potencialidades.

A continuación, se establecen los núcleos problemáticos que afectan las condiciones de calidad de vida y salud en las etapas de ciclo vital de los territorios sociales de la localidad.

Parte la caracterización desde lo general del territorio (situación geográfica, equipamientos) problemáticas por etapa de ciclo, causas de lo encontrado y potencialidades del territorio por cada núcleo.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN A LA QUE PERTENECE LA ETAPA DEL CICLO VITAL INFANCIA

La Candelaria presenta oportunidades como localidad del centro de Bogotá, así mismo restricciones para las niñas y niños que la habitan. Las generaciones infantiles han cambiado porque el tiempo y los contextos lo han hecho. De antaño la Urbanidad de Carreño aportaba a la formación familiar y de la niñez en casi todo el país y La Candelaria no era la excepción. Los cerca de 2.917 niños y niñas menores de 14 años que según el DANE y sus proyecciones habitan la localidad en el 2010, tienen ahora una localidad cambiada por la transformación de la ciudad y son los niños y las niñas quienes avanzan en el desarrollo de la tecnología de los sistemas de información y de la localidad donde viven. Son despiertos, hábiles, dicharacheros y vienen creciendo en la localidad más pequeña de la ciudad en unas condiciones mejores que en otras localidades; muchos de estos niños están solos, en una localidad afectada por el Plan Centro, con ambientes enrarecidos por la contaminación ambiental del centro de la ciudad; muchos en familias con pobreza y desempleo, desestructuradas algunas y sin respuestas estatales porque como personas aún no son reconocidos como sujetos de derecho. La localidad y su infraestructura aun no son propicias para el desarrollo integral en el Territorio Uno; la vulnerabilidad por ser niño igual que la fragilidad social del territorio y como se describe en los núcleos problemáticos y temas generadores trabajados por los equipos transectoriales, esas realidades los afectan notablemente. La inseguridad, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar, los abusos y el trabajo infantil, son condiciones en la realidad de este territorio. La recreación y la cultura benefician la localidad, pero poco a sus niños y niñas residentes. El presupuesto de la localidad es el menor de la ciudad y en esa proporción, los recursos locales para la infancia resultan insuficientes desde las respuestas sectoriales como las locales frente a las problemática leídas en la realidad. Anotando eso sí que las problemáticas pueden ser menores a las de otras localidades. En la morbi-mortalidad, no hay casos de mortalidad materna en los tres últimos años, la mortalidad perinatal viene disminuyendo al igual que la mortalidad en el grupo de 1 a 14 años por enfermedades agudas. Se presentó una mortalidad en el 2009 en un menor de 1 año, atribuible a condiciones sistémicas según el área de vigilancia en salud pública del Hospital. Entonces, la realidad de las niñas y los niños de La Candelaria como se describen en los núcleos problemáticos, tiene que ver con el no reconocimiento como sujetos de derechos, las violencias que se presentan como una realidad que avanza en notificación, visibilización y registro, el trabajo infantil que en la localidad se detecta con el ámbito laboral y la mesa de trabajo infantil, los espacios locales y de ámbitos no propicios para el desarrollo integral de la población infantil y por supuesto el déficit de cupos para proyectos, programas y beneficios sociales, como la inclusión de niñas y niños en jardines infantiles.

ETAPA DEL CICLO VITAL JUVENTUD

Los jóvenes de la localidad de La Candelaria, priorizaron las situaciones que vulneran sus derechos desde sus vivencias y percepciones del territorio. Éstas se expresaron de la siguiente manera: La Candelaria es una “Localidad global” considerada como un espacio cultural, histórico

(Fundación de Bogotá) y académico (concentración de instituciones educativas universitarias) que atrae a un porcentaje alto de población juvenil flotante, esto conlleva a que sea epicentro de socialización y encuentro de grupos, asociaciones culturales e, incluso, turistas (extranjeros) que generan confrontaciones ideológicas, intolerancia hacia las creencias, modas, gustos y formas de ser del otro, llegando hasta la violencia física entre jóvenes; situaciones que convierten a los mismos jóvenes en sujetos estigmatizados y estigmatizadores, con lo que se vulneran los derechos a la integridad personal y al libre desarrollo de la personalidad.⁵²

Este fenómeno de estigmatización afecta la vida, social, política y económica de los jóvenes, en especial de aquellos que residen en los sectores populares. Las situaciones anteriores evidencian como los jóvenes y la comunidad habitante y flotante perciben la existencia de dos candelarias en un mismo espacio territorial, por un lado la localidad histórica, bonita y turística; y por el otro: el denominado “centro de Bogotá”, inseguro, que genera temor en el transeúnte por miedo a ser asaltado en ciertos lugares (por ej. la carrera 10, el barrio Egipto, Santa Bárbara, Belén y la Concordia, entre otros); estos matices complejizan las actividades juveniles y promueven la búsqueda del control territorial en la zona.⁵³

El Plan de Desarrollo Bogotá Positiva para vivir mejor, reconoce plenamente el derecho de las y los jóvenes buscando garantizar con ello “el respeto a sus imaginarios y expectativas, brindándoles oportunidades para construir y desarrollar su proyecto de vida...”. Este propósito tomado de la Política Pública de Juventud, se convierte en una consigna de la Administración Distrital, en respuesta a las inquietudes y expectativas juveniles.

Son múltiples las concepciones que se han establecido en torno al concepto de Juventud, desde el punto de vista biológico o fisiológico, sin embargo, para la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, la apuesta es entenderla como una categoría válida referida a una generación de personas, que aunque referenciada generalmente por unos límites de edad biológica, es definida fundamentalmente por las convenciones sociales. La juventud de hoy debe ser concebida como una generación, cuyas características son fruto de construcciones y significaciones sociales a través del tiempo en contextos históricos y sociedades determinadas, en un proceso de permanentes cambios y resignificaciones; como construcción social, se hace necesario hablar de juventudes en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre unos y otros jóvenes.

Ser joven es percibir la vida de una determinada manera, en todas sus manifestaciones y expresarlo en diferentes simbologías, manifiestas en la forma de vestir, actuar, en sus gustos musicales, en la manera de sentir, de pensar, de actuar; teniendo claro que la generación de jóvenes deben poder elegir y construir un presente y un futuro; mostrar una visión de grupo social capaz de crearse a sí mismo, en relación con los otros, con la naturaleza, con la sociedad, con sus espacios de desarrollo cotidiano y que puede construir signos y símbolos y toda una visión del mundo. No solo se presentan cambios biológicos y psicológicos sino, condiciones propias del desarrollo y del entorno que hacen diferente la asunción de roles y comportamientos este aparte podría estar en otro lado donde se hable más de la persona joven y no del colectivo juventud.⁵⁴

Para hablar de la situación de calidad de vida de los jóvenes es importante partir de la elaboración de la Ley de Juventud. La importancia de esta Política de Juventud radica en 4 aspectos, que son en últimas, los que permiten hacer de ésta un instrumento de reivindicación para los jóvenes en la ciudad: 1) Es una herramienta que permite garantizar la protección, promoción, restitución y ejercicio efectivo, de los derechos de los y las jóvenes en la ciudad, así como la participación y el reconocimiento de su diversidad. 2) Establece el marco de metas comunes, de estrategias

⁵² Agenda de juventud SDIS, mesa local de juventud de La Candelaria 2010.

⁵³ Agenda de juventud SDIS, mesa local de juventud de La Candelaria 2010.

⁵⁴ Diagnóstico situación de los jóvenes, Hospital Centro Oriente, 2009 - 2010

de coordinación y de priorización de la inversión en función del desarrollo juvenil en Bogotá. 3) Evidencia la situación, las necesidades y potencialidades de los jóvenes como un grupo poblacional con características específicas y por último 4) Permite crear y consolidar espacios de comunicación e Interlocución entre el Estado y la población joven; en donde se entendió como joven la persona que para estos efectos se encuentre en el rango de edad entre 14 a 26 años.⁵⁵

ETAPA DEL CICLO VITAL ADULTEZ

La Adultez es la tercera etapa del ciclo vital comprendiendo el grupo de edad de 27 a 59 años. Teniendo en cuenta que es la etapa más larga del ciclo vital se consideran en ella dos fases que aluden a realidades y roles diferentes de las personas que allí se ubican: el adulto joven se encuentra en el grupo de 27 a 44 años y el adulto maduro en el rango de los 45 a 59 años. El estar en una u otra de estas fases implica una mirada diferente respecto a lo generacional, a su rol de protector, su papel productivo y su aporte en procesos de participación social.

Pero más allá del rango de edad en el que ha sido definida esta etapa para efectos de construcción de la Política Pública y la respuesta institucional, la adultez ha sido reconocida históricamente de acuerdo a los roles que la sociedad ha exigido a quienes allí se ubican. Así, un sujeto ha sido adulto o adulta en nuestro contexto histórico si responde a los roles de protector, socializador, proveedor y formador de las personas de otras etapas del ciclo vital. Esto tiene como consecuencia que encontremos jóvenes con roles marcados de la adultez en detrimento de otros aspectos de su proyecto de vida, en razón de la realidad propia de la localidad o, por el contrario, que roles decisivos de la adultez como la participación, como aporte al tejido social, no sean hallados en razón de la forma como ha sido significado el Estado en muchos sectores de nuestra población.

En consecuencia, quien es adulto o adulta se enfrenta a la construcción de su identidad y su proyecto de vida exigido por su lugar en un contexto social y político; se ve enfrentado de forma continua a los cambios en las estructuras de los roles y, se demanda de él o ella una continua toma de posición respecto a las tareas sociales que implica su lugar. Estas tensiones entre las que se juega el proyecto vital de quienes son llamados a construir el tejido social y reproducir las formas de la cultura, definen mucho más al sujeto adulto sus capacidades o características biológicas.

Según el Dane 2005, la población en el Distrito Capital, de acuerdo al censo del mismo año, se calcula en aproximadamente 6.778.691 personas, de las cuales 3.170.404 se encuentran en etapa de Adultez, lo que equivale al 47% de la población total, donde el 46,7% corresponde a hombres (1.483.572 personas) y el 53,3% a mujeres (1.686.832 personas). En Candelaria, del total de la población de la localidad 10.246 son adultos, de ellos 5.177 son mujeres y 5.068 hombres, cifra que corresponde al 43.3% de la población total de la localidad, y de los cuales, la mayor cantidad se concentra entre los 25 y los 59 años, es decir son adultos jóvenes.

Es a esta realidad poblacional que quiere responder el proceso de construcción de la Política Pública de Adultez. El esfuerzo institucional que se ha dirigido a esta población, se basaba en la atención exclusiva a grupos en situación precaria respecto a la garantía de sus derechos: población habitante de calle, personas vinculadas al ejercicio de la prostitución o personas en situación de discapacidad. Pero se hacía necesario un paso adelante que reconociera el valor de las y los adultos como creadores continuos del tejido social, agentes activos de los procesos culturales y con necesidades y expectativas propias más allá de condiciones de vulnerabilidad específicas.

En este proceso, se está avanzando por el reconocimiento del adulto(a), como un sujeto de derechos y responsabilidades articulados a una capacidad de agencia que se pone en juego de forma continua en el ejercicio de sus roles en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana. La mirada

⁵⁵ Secretaría Distrital de Salud, documento hacia una perspectiva generacional.

de la adultez desde la construcción de esta política pública está entonces en términos de desarrollo humano, en tanto se debe gestionar la promoción de calidad de vida de las y los adultos a partir del reconocimiento de que quien se encuentra en esta etapa ha reconocido sus capacidades y pone en juego su capacidad de agencia para la construcción de un proyecto vital que se juega y afecta necesariamente en un contexto particular. Es así como la perspectiva de capacidades y el ejercicio de una ciudadanía plena se encuentran necesariamente articulados.

Esa mirada de la adultez llevó a proponer una política que convocara a las personas que se identifican en esta etapa, desde su potencialidad política y apelara al acumulado de experiencia de adultos y adultas, para “sintonizarla con asuntos que - puestos en la agenda de discusión pública – demandan su activa y vigorosa participación”⁵⁶. Esta política, no sólo estará en la vía de los valiosos aportes para diagnosticar realidades locales, sino para formular e integrarse a propuestas transformadoras de los conflictos que impactan su realidad y las formas de habitar la ciudad.

En esta perspectiva se entiende ahora el horizonte propuesto de identificación y transformación de conflictos sociales como apuesta de esta política pública. Desde el reconocimiento del lugar de las y los adultos se trata de estimular su movilización social para deliberar y construir de manera activa en torno a aquellas realidades sociales que interfieren en el goce pleno de sus derechos. Tras propiciar esta articulación entre el reconocimiento de sus capacidades y su lugar político para generar procesos de transformación de los conflictos que acaecen en lo local se hará necesario crear y habilitar “escenarios de reconocimiento para las voces y propuestas que, surgidas de aquella movilización, aporten hacia la transformación de esas circunstancias”⁵⁷.

En el proceso de construcción de la Política Pública, en la localidad de Candelaria las y los adultos que participaron señalaron los conflictos en torno a la población en situación de desplazamiento que llega a la localidad, las dificultades para encontrar oportunidades laborales dignas, las barreras de acceso en salud por la normatividad existente en cuanto a procesos de aseguramiento; el no acceso a actividades culturales y recreativas; la dificultades en cuanto a permanencia en la localidad derivadas de la implementación del Plan Centro; el mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas por causa de la contaminación en sus diferentes formas; restricciones en el uso del espacio público por el uso adecuado del mismo; discriminación y exclusión social de adultos y adultas en razón de su identidad de género u orientación sexual y, la difícil situación en cuanto a ejercicio y garantía de derechos de la población indígena en la localidad. En procesos de transformación de estas realidades nos veremos comprometidos en el proceso de implementación de la Política Pública de y para la Adultez en esta localidad.

ETAPA DEL CICLO VITAL PERSONA MAYOR

De acuerdo con los datos de la Secretaría de las Naciones Unidas, existen actualmente 600 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, número que ascenderá a 2.000 millones en el año 2050, esto dado porque ha aumentado 20 años la esperanza media de vida al nacer desde 1959 y continuará aumentando 10 años más en el 2050.

La ciudad de Bogotá registra en la proyección DANE de población a 2009, una población adulta mayor de 60 años de 675.679, que representan el 9,3% de la población Bogotana, sobrepasando en 4 puntos porcentuales el crecimiento del 2005 (5.3%). Este significativo incremento de la población mayor de 60 años, evidencia el proceso de envejecimiento de la misma. Dentro de este grupo poblacional es importante destacar la preponderancia femenina (52.2%) frente a la masculina (42,7%), debido a que existe diferencias en la mortalidad que muestra una esperanza de vida mayor

⁵⁶ Documento preliminar de la Política Pública de Adultez. P.9.

⁵⁷ *Ibid.*

para las mujeres (79,7%) que para los hombres (74,6%), característica que reafirma el reto del envejecimiento como un desafío especialmente para el género femenino y los sistemas de salud, debido a los impactos considerables en la estructura social y aspectos económicos de la ciudad.

El envejecimiento en la localidad se puede observar con la tasa de envejecimiento⁵⁸ y de acuerdo al CID⁵⁹ ésta corresponde al 13%, el cual es superior respecto a Bogotá (8.8%). Es importante mencionar, que el índice de masculinidad⁶⁰ para La Candelaria es de 0.92, lo cual implica mayor número de mujeres que de hombres pero cercano a la paridad, y dicho índice comparado con el de Bogotá (0.74) implica menor tasa de mortalidad de los hombres.

El Hospital Centro Oriente caracterizó a través de Salud a su Casa (2009) un total de 771 adultos mayores de 60 años, lo cual corresponde al 24.1% del total de adultos mayores de la localidad. Estos adultos mayores se ubican en el territorio social 1 de GSI, siendo mayor el número de mujeres.

Con relación al estado civil de la población mayor de 60 años de La Candelaria, el CID reporta como la tercera parte casados o en unión libre (38%) y el 62% restante sin pareja, soledad que afecta su calidad de vida y salud.

En un mundo en que la soledad es cada vez una condición natural cuando la gente supera los 65 años, y de acuerdo con el siquiatra Renato Illescas Rico, la depresión es la principal enfermedad mental que afecta al adulto mayor. Advierte que la depresión se incrementa después de los 65 años, ya que existen diversos factores que la favorecen, como problemas orgánicos: trastornos vasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus e infartos al corazón.

La pérdida de seres queridos, el fallecimiento del cónyuge, familiares o amigos; el aislamiento y la disminución de los sentidos: la vista, audición, gusto y equilibrio, todos estos elementos hacen que adulto mayor se sienta en la “ruina”, totalmente deprimido⁶¹.

Adultos Mayores desplazados

Como lugar central de la ciudad, la localidad de La Candelaria ha acogido a gran parte de población en situación de desplazamiento, en especial, como lugar temporal de habitación. La presencia local de instituciones como la ONIC (Organización Nacional de Indígenas de Colombia) ha sido referente para los migrantes de comunidades indígenas en otras localidades. En años anteriores ha sido escenario de la llegada de grupos familiares que fueron acogidos después de desplazamientos masivos, tal como ocurrió con un grupo de aproximadamente 50 familias de la etnia Embera, provenientes del Chocó que en el año 2005 fueron alojados por esa organización en su sede de la Calle 13 con Carrera 4. Por otro lado, en La Candelaria se encuentra la Casa Rosada y múltiples hoteles donde han sido acogidas personas víctimas de violencias que se encuentran en protección especial por parte del Ministerio del Interior y la Secretaría Distrital de Gobierno.

Con relación al adulto mayor, a 30 de Junio de 2009 se encuentran registradas en el RUPD 2.006 personas pertenecientes a 524 hogares que al momento de su declaración manifestaron

⁵⁸ Tasa de envejecimiento se refiere al peso relativo de las personas mayores de 60 años frente al total de la población.

⁵⁹ Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID. Línea de base para la formulación de la Política de envejecimiento y vejez en el Distrito Capital. Informe final ajustado. Bogotá, noviembre de 2009.

⁶⁰ Índice de masculinidad se refiere a la relación (división) entre el número de hombres y el número de mujeres. En los resultados del índice, 1 significa paridad entre el número de hombres y el número de mujeres; menos de 1, significa número de mujeres mayor que el de hombres y más de 1 número de hombres mayor que el de mujeres.

⁶¹ Illescas Rico, jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret”, <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/121441.vejez-el-mundo-de-la-soledad.html>

habitar en la localidad. Por otro lado, de acuerdo a los datos de Personería Local, 525 adultos y 581 menores de 18 años pertenecientes a 290 grupos familiares declararon durante el año 2008 como desplazados, de ellos el 51% resultaron incluidos finalmente por Acción Social. Se tomará por tanto como número potencial de personas en situación de desplazamiento en la localidad de Candelaria, de acuerdo a la información con que se cuenta, a quienes aparecen registrados en el RUPD. Así, el RUPD incluyó 67 hombres y 73 mujeres mayores de 60 años desplazados en la Localidad. En contraste, el Hospital Centro Oriente a través de Salud a su Casa encontró en el micro-territorio incluido en el territorio social 1 de GSI, 10 adultos mayores de 60 años desplazados. Los barrios en los que se ubican son Santa Bárbara y Las Aguas.

Dentro de los territorios hay un mayor número de hombres desplazados en Candelaria que en mujeres en Egipto y Candelaria.

El Programa Salud a su Casa (2009) encontró en los microterritorios Egipto y Candelaria como problemas de salud más frecuentes en los adultos mayores aquellos relacionados con la salud oral, enfermedades crónicas (cardíaca, pulmonar), hipertensión, lumbago, Enfermedades Diarreicas Agudas EDA e Infecciones Respiratorias Agudas IRA, estrés postraumático, demencia senil, y trastornos afectivos como depresión y ansiedad. Además, de éstos, en el aspecto psicosocial, la población desplazada presenta mayor predisposición a los trastornos psíquicos, hay dificultad para elaborar duelos, falta de autoestima, pérdida en su proyecto de vida, problemas de adaptación y cambio en los roles. Además, hay menos posibilidad de oportunidades laborales, mayor índice de maltrato y más inseguridad en sus procesos.

Por otro lado, se encontró en los adultos mayores desconocimiento acerca de sus derechos y del proceso para acceder al derecho a la salud⁶².

Dentro de las problemáticas que afectan a los adultos mayores de 60 años se encuentra una alta proporción contextos insalubres en los barrios Candelaria, Egipto, Belén y Santa Bárbara, en donde no se cuenta con servicio de agua y alcantarillado, inadecuada manipulación y almacenamiento de residuos domiciliarios, riesgo por inadecuada manipulación de alimentos, techos, suelo y paredes en deterioro, construcciones sin adecuada ventilación y con humedad, cocina dentro de la habitación que utilizan como combustibles leña y gasolina. Estas circunstancias medio ambientales generan predisposición en la población desplazada a problemas de salud.

Grupos Étnicos

Del total de población adulta mayor de 60 años reportada por el CID (2.876 personas) el 3.3% pertenecen a grupos étnicos, entre ellos indígenas, raizales y afro descendientes.

En la localidad, al igual que en Bogotá la población étnica se ha ido incrementando debido a dos fenómenos principalmente: migración y desplazamiento; el primero es el caso de las comunidades Inga que migraron a comienzos del Siglo XX, dentro de sus dinámicas como comerciantes itinerantes, sin desconocer que las migraciones en gran medida fueron ocasionadas por la usurpación forzosa y muchas veces violenta de sus territorios ancestrales en el contexto de la colonización y evangelización. Por otro lado, la confrontación armada ha generado un fenómeno masivo de desplazamiento y desarraigo de población de sus territorios de origen, como el caso de la población Huitotos, Makunas e Inga (Santa Bárbara y Belén), Kancuamos y Wayu (Concordia) ubicados en el territorio social 1, de condiciones desfavorables por concentración de problemas sociales; las condiciones de vida de las mujeres son precarias, no solo por las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en el contexto de una sociedad patriarcal, sino que la pertenencia étnica profundiza estas brechas sociales.

⁶² Programa Salud a su Casa (2009). Hospital centro oriente ESE.

Desde etnias se visibilizaron las malas condiciones de vida que implican problemas en salud y descomposición familiar en estas poblaciones; la aparición de enfermedades a temprana edad como hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC y diabetes, continúan siendo primeras causas de morbilidad al igual que en salud oral con caries dental y gingivitis como enfermedades prevalentes de la cavidad oral.

El Hospital Centro Oriente a través de Salud a su Casa (2008) encontró 286 personas en pertenecientes a los grupos étnicos en tanto que en el año 2009 había 9 indígenas ubicados en el territorio social 1 de GSI.

El 2% de la población incluida en el RUPD están reportados en condición de discapacidad con retraso mental y otras discapacidades. Ampliando con la información de SASH 2009, la discapacidad se presenta con mayor concentración en las personas adultas y mayores, allí se puede leer un posible desmejoramiento progresivo de las condiciones de calidad de vida por tanto, al final del ciclo vital es más difícil la recuperación o la rehabilitación⁶³.

Población en Condición de Discapacidad

Salud a su casa realizó la caracterización de la población en situación de discapacidad, encontrando más mujeres que hombres en situación de discapacidad en los territorios sociales 1 y 2.

En las personas mayores al igual que en los adultos con discapacidad de la localidad, son las alteraciones de movimiento del cuerpo, brazos y piernas con el 75.9% (n=431), en segundo lugar las alteraciones del sistema cardio-respiratorio y defensas 55.7% (n=321), alteraciones visuales 54.9% (n=316), alteraciones del sistema nervioso con el 52.1% (n=300), alteraciones del sistema digestivo, metabólico y hormonal con el 29.5% (n=170), alteraciones auditivas con el 25.5% (n=147), alteraciones del sistema genital y reproductor con el 21.9% (n=126), y en menor proporción las alteraciones de la Piel 6.6% (n=38) y alteraciones de la voz y el habla 6.1% (n=35) personas.

Las limitaciones más importantes en la población adulta y adultos mayores son las limitaciones para caminar, correr y saltar con el 72% (n=303) y 81.4% (n=469) respectivamente; y dificultades para cambiar y mantener posiciones del cuerpo con el 53% (n=222) y el 55% (319) respectivamente.

La población adulta mayor presenta dificultades para desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o cardiacos el 53% (n=305), llevar, mover y utilizar objetos el 48.8% (n=281), limitaciones para pensar el 45% (n=260), limitaciones para ver el 40% (n=231), dificultades para relacionarse con las demás personas y el entorno el 26.2% (n=151), y dificultades para masticar y tragar el 20.8% (n=120).

En la vejez, el origen de la discapacidad que predomina con un 70.6% (n=407) es la enfermedad general, le sigue accidente con un 10% (n= 57), no la conoce con un 8.5% (n=49), enfermedad profesional con un 3.5% (n=20), consumo de psicoactivos con un 1.5% (n=9), dificultad en la prestación de los servicios de salud con un 1.4% (n=8), y condiciones de la madre durante el embarazo con un 1% (n=6). De igual forma, la población adulta mayor de la localidad desarrolla alteraciones del movimiento corporal y de la respiración, coherente con las consecuencias de padecer una condición de salud específica o una enfermedad crónica, que afectan principalmente el sistema óseo muscular y el sistema cardio-respiratorio.

Según el tipo de actividad económica referida por la PCD, predomina en el área de servicios 73 personas, seguida por actividades comerciales en 40 personas, y solo 22 personas refieren otro tipo de actividad; siendo mínima la población que reporta algún tipo de ocupación.

El tipo de trabajo en el que se desempeñan las personas adultas con discapacidad de la Localidad de La Candelaria presenta la siguiente distribución: 37 personas adultas refieren trabajar por cuenta propia, 33 son obreros o empleados particulares, 6 refieren ser empleada(o) doméstica(o), 6 son obreros-empleados del gobierno y 2 son patrones o empleadores.

En la población adulta mayor se presentan 23 personas que trabajan por cuenta propia, 9 son obrero-empleado particular, 4 son empleadas(os) domésticas(os) y 2 son patrones o empleadores.

Las tasas de mortalidad general más elevadas se presentaron en los grupos de edad de 60 y más años con el 281.3 (84 muertes), donde las 10 primeras causas fueron: Enfermedades Isquémicas del Corazón, Diabetes Mellitus, Enfermedad Cerebro Vascular Neumonía, Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias, Tumor Maligno de la Tráquea, Tumor Maligno de la Próstata, Enfermedades Hipertensivas y Tumores In situ, Benignos y de comportamiento incierto y en el grupo menores de un año con 237.2 (6 casos) donde las 10 primeras causas fueron: trastornos respiratorios del periodo perinatal, enterocolitis necrotizante del feto recién nacido, malformaciones congénitas del sistemas circulatorio y Malformaciones, deformidades y anomalías congénitas. Es mayor la mortalidad en hombres que en mujeres en Bogotá.

Enfermedades Emergentes

Son aquellas que no existían antes de 1990, para considerarse emergente debe cumplir con los requisitos como:

1. Si ya había sido identificada, pero desde un punto de vista médico se le había pasado por alto debido a la imposibilidad de conceptualizarla como entidad.
2. Si ya existía pero no se reparó en ella, hasta que hubo cambios cualitativos o cuantitativos en sus manifestaciones.
3. Si no existían en una región en particular antes que se introdujera en ella, procedente de otras regiones.
4. Si hasta entonces solo existían en la población animal y no en la población humana.
5. Si es completamente nueva y el agente desencadenante de la enfermedad o no existían condiciones ambientales antes de que aparecieran las primeras manifestaciones clínicas.

El virus de Influenza Pandemia H1N1 fue notificado en 24 casos residentes en los distintos barrios de la localidad de La Candelaria, se analizó la información como se presenta en la Tabla 17 teniendo en cuenta la definición de caso notificado y el sexo, encontrando que en el ciclo vital de infancia se notificaron dos casos sospechosos en hombres, tres casos probables, dos hombres y una mujer y un caso confirmado de sexo masculino.

En el ciclo vital de los y las jóvenes se notificó solo un caso sospechoso del género femenino. En el ciclo vital Adulto fue donde se notificaron más casos, en total 14, de los cuales tres casos sospechosos en hombres y tres en mujeres, cinco casos probables de género masculino y tres casos probables de género femenino.

En el ciclo vital de mayores de 60 años solo se notificaron tres casos sospechosos de mujeres. Los casos probables corresponden a aquellos pacientes que presentaron los síntomas de infección por el virus nuevo con una intensidad en su sintomatología, que para su tratamiento requirieron hospitalización; los casos sospechosos fueron pacientes que presentaron sintomatología compatible

63 ARACTERIZACIÓN SASH 2009. Hospital Centro Oriente ESE.

con la infección por virus nuevo pero no requirieron hospitalización sino que fueron tratados ambulatoriamente y se les realizó seguimiento telefónico y recomendaciones para detectar signos de alarma que los llevara a re consulta, nueva valoración y posible redefinición de caso.

Los casos confirmados fueron aquellos a los que su muestra de laboratorio fue procesada con resultados positivos. Esto sucedió solo en un caso para esta localidad.

NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI)

Las NBI en los adultos mayores de 60 años se encuentran expresadas en el hacinamiento crítico, la alta dependencia económica y servicios inadecuados. Lo anterior, permite observar la vulneración de los derechos a un ambiente sano y seguridad económica, afectando el ejercicio de la autonomía de los adultos mayores impidiéndoles vivir dignamente.

ASEGURAMIENTO

De acuerdo a la caracterización de la población que realizan los equipos SACS del Hospital Centro Oriente, la distribución por aseguramiento en los micro territorios de La Candelaria está entre el 30% y 17% con el régimen contributivo, entre 30 y 31% con el Fondo Financiero Distrital, el 1% con regímenes especiales, y entre el 38% y el 52% con régimen subsidiado.

Según datos de la Secretaría Distrital de Salud en cuanto a niveles del SISBEN de las localidades de Bogotá; La Candelaria se encuentra con un 13,3% con población en nivel 1, un 12,7% con nivel 2 y un 4% con nivel 3. De lo cual podemos decir que algo más del 60% de la población cuenta con subsidio de la salud; podemos considerar que es un buen cubrimiento si lo cruzamos con el porcentaje de pobreza y de miseria de la localidad que suman el 9,5%.

El CID (2009) reportó el 87.5% de los adultos mayores de 60 años de la localidad afiliados al SGSSS. De éstos la mitad corresponden al régimen contributivo, el 32% al régimen subsidiado y el 2% al régimen especial. Llama la atención que el 11.8% de los adultos mayores de 60 años no están afiliados, situación que vulnera su derecho a la vida y a la salud.

De los afiliados al régimen subsidiado, el 96.3% (845 personas) están clasificadas en los niveles I, II y III del Sisben, y el 3.6% (32 personas) corresponden a población especial.

El CID reporta que solamente el 37.5% los adultos mayores de 60 años acuden a los servicios de promoción y prevención, por lo que la detección y manejo médico de las enfermedades más frecuentes en este grupo poblacional no están siendo atendidas, aun cuando éste servicio es gratuito, pero se encuentra como factor limitante la condición de discapacidad de algunos adultos mayores.

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS QUE AFECTAN LA AUTONOMÍA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS Y LAS PERSONAS MAYORES

El 52% de la población del micro territorio Candelaria 2, pertenecen al régimen subsidiado seguido por el 30% que pertenecen a Fondo Financiero Distrital, y un 17% pertenece al régimen contributivo dentro del micro territorio.

Se presentan barreras de acceso y permanencia a servicios de salud, educación y recreación, donde se da un fraccionamiento de la respuesta social dirigida a la población. Los mayores refieren que se evidencian dificultades de acceso a los servicios de salud por cuanto no se cumple la norma de establecer una fila de servicio prioritaria en la mayoría de los centros de atención en salud; por otra parte solo hay un facturador; y además también están los niños y las gestantes como prioridad.

Las personas mayores describen las rutas de la salud mínimas para el total de población existente en la localidad y que también deben cubrir las otras dos localidades (Mártires, Santa Fe.) Además las describen como precarias.

El Sistema de información para la prestación de los servicios de salud al usuario "Persona Mayor" en el nivel institucional es confuso, incrementándose cada vez más la exigencia de trámites para acceder a los servicios de salud, con el consiguiente menoscabo en el presupuesto económico para el usuario.

Otro aspecto que agudiza la problemática se relaciona con las distancias geográficas, la movilidad y la negación de la prestación de los servicios de salud y la inflexibilidad en la atención médica (Para el caso de los pacientes con afecciones crónicas, sólo se les atiende dicha afección en la fecha concertada para la cita, sin considerar otra afección que ese día pueda presentar el usuario).

En los programas de nutrición, rehabilitación y salud oral para las personas mayores, una de las grandes dificultades es el acceso al uso de prótesis dentales (caja de dientes) parciales o totales que pueden ser fijas o removibles, debido a la falta de ingresos, ya que este tratamiento no es cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (POS).⁶⁴ Por lo cual los planes de beneficios son considerados precarios, por no decir ausentes y la integralidad en la prestación de los servicios de salud es débil.

Se evidencia un aumento de las condiciones de pobreza; según datos de Salud a su Casa 2008, 763 personas mayores, de los que el ámbito caracterizó no contaban con generación de ingresos, lo que desencadena la presencia de necesidades sociales como la acentuación del desempleo por imaginarios y percepciones de la sociedad como el estigma de que "ser viejo" es sinónimo de ineficacia en un mundo capitalista y donde solo tiene cabida la participación desde el punto de vista de la "productividad económica". Esta concepción excluye a las personas mayores de la vida laboral, además genera otra de las problemáticas identificadas en esta zona de la localidad, como es la discriminación a todo nivel de las personas mayores, que se asocia con la categoría de identidad. Según la mirada del PDA, esta situación genera consecuencias que afectan su salud mental e integridad; aparece el aislamiento, la inutilidad, la permanencia de enfermedades físicas que disminuyen en un alto índice su bienestar y su condición psíquica, llevando al ser humano a asumirse como víctima, huyendo de sí mismo y depositándose en los otros, en los discursos de los demás, que le dictan cómo salvarse.

Otra de las necesidades identificadas en las personas mayores en la UPZ 94 y en especial en esta zona de la localidad de La Candelaria, es que ocupan dos posiciones extremas: por un lado se encuentran en abandono pero deben subsistir por sus propios medios, con pensiones mínimas en el mejor de los casos y en otros con bonos, que hacen rendir por ejemplo para el pago de arriendo, muchas veces en inquilinatos que presentan condiciones higiénicas inadecuadas; otra opción es subsistir en condiciones de dependencia económica, ocupando un puesto de precariedad en los hogares anteriormente descritos y donde deben desempeñarse como cuidadores y/o desarrollando cualquier otro oficio doméstico para no convertirse en una carga familiar, poder habitar con un poco de dignidad dentro de su núcleo. Esta situación se da en familias vulnerables que esperan solo ayudas económicas y en donde la red primaria (la familia) pierde su sentido de apoyo para esta población. Se describe que del total de población de personas mayores identificadas en la base de datos SASH, el 28% se desempeñan como trabajadores en la familia sin remuneración y como trabajador independiente o por cuenta propia respectivamente. Con esta cifra se concluye que el 62% de la población persona mayor, se ubican en la informalidad y en condiciones precarias.

Las enfermedades crónicas que aumentan debido a los estilos de vida, malos hábitos alimenticios, condición económica deteriorada (423 personas mayores)⁶⁵, viviendas en condiciones

⁶⁴ Diagnóstico ámbito institucional

⁶⁵ Diagnóstico preliminar 2008

desfavorables; 109 personas mayores según datos de Salud a su Casa de 2008, deben semanalmente reducir sus alimentos y aquellas que los consumen lo hacen en condiciones no adecuadas. El problema de contaminación por ruido, debido a deficiencias específicas del tráfico automotor y a la demanda de movilidad ineficientemente tratada, excesiva y creciente en especial por la carrera décima, séptima, cuarta y quinta, genera deterioro de la calidad del aire. Como consecuencia de lo anterior, las causas de consulta por Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) registra 273 casos en adultos mayores.

RECONOCIMIENTO COMO SUJETO DE DERECHOS

En esta localidad se presenta un alto índice de desconocimiento de los derechos en salud por parte de las personas mayores, sumado a la desmotivación que afecta su participación en los espacios locales; estos derechos son inherentes en la toma de decisiones relevantes para la población, sumado a esta situación hay varias acciones de participación que son compartidas o están fusionadas con la localidad de Santa Fe, lo cual genera cierta confusión en las acciones que se desarrollan en la localidad y en esa misma medida se pierde el reconocimiento y sentido de pertenencia hacia el territorio.

El mayor porcentaje de personas identificadas en condición de discapacidad se ubicó en la zona vulnerable por concentración de problemas sociales, conformada por los barrios: Belén, Egipto y Santa Bárbara.

En el territorio La Concordia, en la UPZ, las personas mayores expresan que se hace necesario que la comunidad que habita, trabaja y estudia en este sector, valore más a la población mayor y no asuma posturas de desconocimiento de sus necesidades, en grupos focales realizados en este sector ellos opinan que se debe fomentar.⁶⁶

En sí son determinantes sociales que afectan el índice de calidad de vida de las personas mayores sin dejar de lado una problemática que es transversal a todas y a todos: la falta de reconocimiento de las personas mayores lo cual conlleva a que se incrementen las inequidades y brechas para esta población desencadenando actitudes sociales inadecuadas y aumentando la vulnerabilidad en todos los aspectos.

La población persona mayor que habita en la localidad de La Candelaria, un gran porcentaje de personas mayores han perdido su núcleo familiar y han reducido a su mínima expresión el círculo de amigos.

Gran porcentaje de personas mayores son renuentes a conquistar espacios donde puedan ampliar los círculos de amigos.

Se describe que del total de población persona mayor identificada en la base de datos SASH, correspondiente al 28% del total de la población persona mayor habitante de la localidad, el 12%, 26% y el 22% son separados, solteros y viudos, respectivamente. Lo que aduce que el 60% de la población persona mayor, su grupo familiar se ha reducido.

En consecuencia se tiene un grupo poblacional el cual requiere de un modelo de atención más adecuado a su condición y a la etapa en la cual se encuentran.

En las personas mayores de 60 años, 156 hombres (13.4%) presentan discapacidad, y 328 mujeres (22.7%) alguna condición de discapacidad. El mayor número de discapacidad en la población total de la localidad de Candelaria ocurre en el grupo de edad de 65 a 69 años, con 102 personas en esta condición, el 40.2% corresponde a la población masculina, primando la discapacidad en la

población femenina con el 59.8 %.

En un segundo lugar está el grupo de edad de los hombres, donde se identificó mayor condición de discapacidad en el rango de edad de 55 a 79 años, con un total de 159 casos registrados; en las mujeres en este mismo grupo de edad se registra casi el doble de discapacidad de ellos con 289 casos.

Se observa que la discapacidad en las mujeres tiene un patrón de ascenso progresivo a partir del grupo de edad de 40 años a diferencia de los hombres, donde el patrón decrece, no es uniforme ni constante para la presencia de la discapacidad.⁶⁷

Es esta una población que no hay que desconocer; se vulneran sus derechos por falta de conocimiento de la comunidad que irrespetan sus creencias y tradiciones. En la localidad se cuenta con 15 personas mayores campesinas en esta condición, las cuales están tramitado que en sus familias no se pierdan sus raíces, claro que viviendo en condiciones de hacinamiento, falta de seguridad social entre otros.

Del total de 3.364 habitantes de calle en cambuches en Bogotá, corresponde a la localidad el 2,56%.⁶⁸ En las cuales 10 son personas mayores, quienes aducen estar en ésta condición por consumo de sustancias psicoactivas, conflictos familiares, situación económica, abandono familiar y ausencia de redes sociales.

En situación de falta de reconocimiento para la población adulto mayor, se evidencia que la temática LGBTI es manejada en reserva, ya que posiblemente a causa de pautas tradicionalistas aún no se concibe de igual manera como en la población adulta, la orientación sexual como **un derecho**.

Territorio Social 1

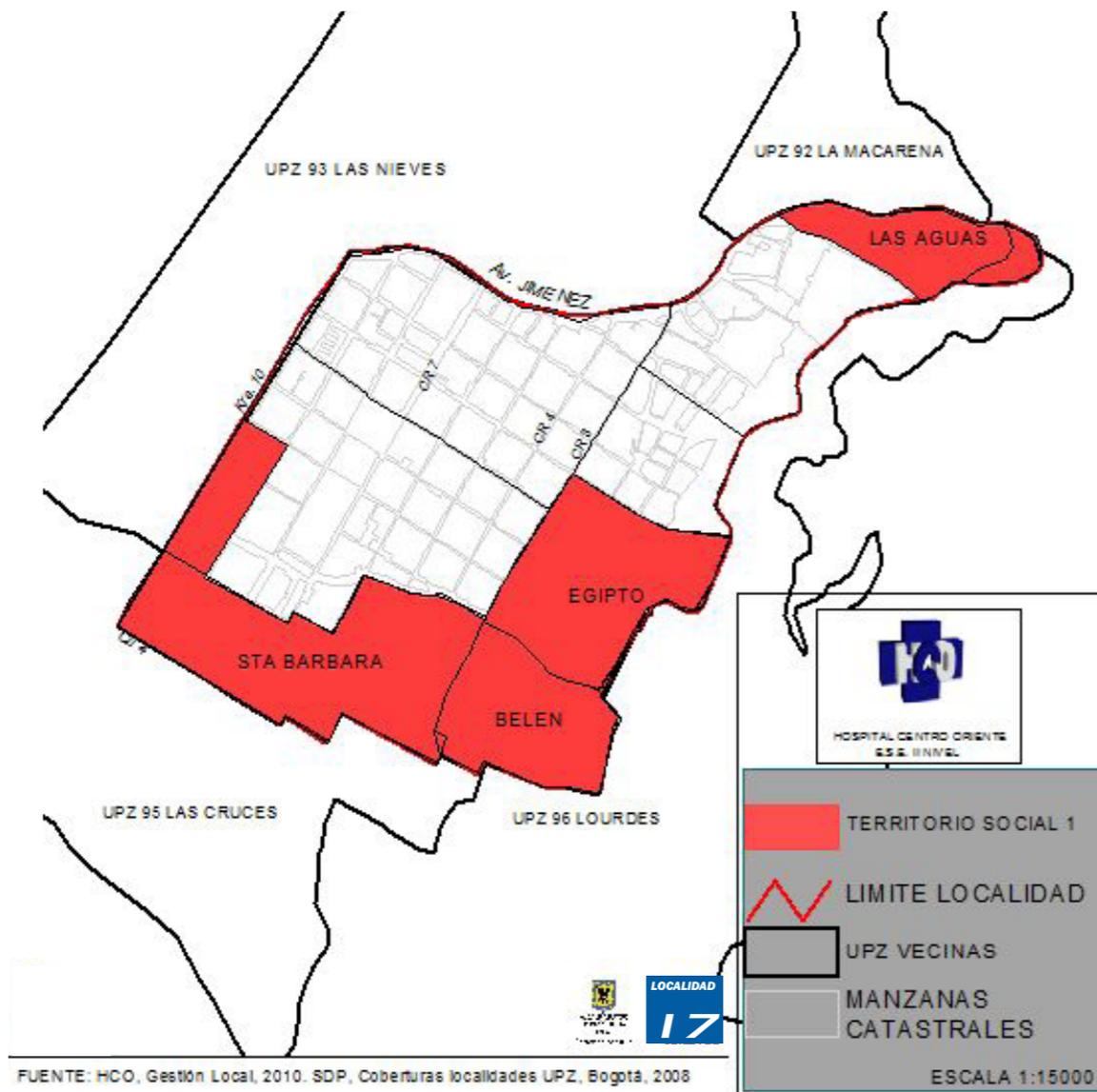
Se encuentra ubicado en la parte oriental y sur de la localidad, comprende los barrios Santa Bárbara, Belén, Egipto de estrato 1 y 2 principalmente y Las Aguas de estrato 3. (Mapa 9)

66 Diagnóstico local persona mayor 2008

67 Diagnóstico preliminar 2008

68 Diagnóstico habitante de calle. Localidad La Candelaria.2008

Mapa 9. Territorio Social 1. Localidad La Candelaria.



Fuente: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico Local, 2009.

El barrio Santa Bárbara fue uno de los primeros barrios de Bogotá, creció alrededor de la iglesia de Santa Bárbara. En un principio fue constituido por casas extensas con patios y solares que con el pasar del tiempo y el aumento de la población a fines del siglo XIX se convirtieron en inquilinatos habitados por gentes de escasos recursos. A raíz del Bogotazo comienza a desplazarse la población al norte y sur de la ciudad lo cual contribuye al deterioro del mismo sector, últimamente a raíz de la destrucción del cartucho y el desplazamiento de sus habitantes al barrio, su decaída ha sido aun mayor aumentando las basuras, los perros callejeros y roedores, trayendo consigo más enfermedades y afectando sus condiciones de vida. Sin embargo, es importante destacar, que ante actividades como la realizada para el arreglo y pintura de fachadas en años anteriores, la comunidad respondió en forma positiva, no sin mostrar desesperanza y desconfianza frente a lo institucional.⁶⁹

69 Hospital Centro Oriente. Documento. Diagnóstico Local con participación. 2008

Esta zona constituye la única de la localidad donde predomina el estrato 1 según sus habitantes; es allí donde el desarrollo de la ciudad choca con un territorio golpeado por los planes urbanísticos, especialmente en el barrio Santa Bárbara, el cual desde hace más de una década, ha venido siendo receptor de la problemática de desplazamiento desde diferentes espacios rurales o urbanos, nacionales o internacionales y/o también de otras localidades distritales, además del asentamiento de habitantes de calle de la antigua “calle del cartucho” de la localidad de los Mártires y población procedente de la localidad de Santa Fe de los barrios San Bernardo y las Cruces en donde existe presencia de inquilinatos, hacinamiento, consumo y expendios de sustancias psicoactivas y ejercicio de la prostitución, siendo evidente el deterioro social y físico de este barrio aledaño.

El barrio Belén tuvo su origen en el año 1580 cuando se funda la Iglesia Nuestra Señora de Belén, éste cuenta con una infraestructura antigua, presenta un buen número de inquilinatos. Sus principales problemas se relacionan con la inseguridad, la violencia intrafamiliar y el consumo de psicoactivos; dentro del barrio existe una zona denominada Antigua Fábrica de Loza, donde las condiciones de vida son precarias, es una especie de laberinto que sirve de habitación para familias y refugio de antisociales.

Se caracteriza este territorio por presentar zonas críticas de delincuencia e inseguridad principalmente en las horas pico en donde bandas de delincuentes operan entre las 4 a 6 de la tarde y de 6 a 8 de la noche, en la Avenida Calle 7° con carrera 3°, zona limítrofe entre el barrio Belén y el Centro Histórico, especialmente en un lote del IDU que está encerrado, donde esconden estos delincuentes los objetos hurtados, afectando a residentes y transeúntes del sector.⁷⁰

En este territorio social se encuentra población con discapacidad; en el barrio Belén viven 236 personas con discapacidad con predominio de los adultos mayores (126 personas), seguido de los adultos (91 personas). En el barrio Egipto Bajo habitan 55 personas y al igual que en Belén predominan los adultos mayores con discapacidad (31 personas) seguidos de los adultos (17 personas). En el barrio Santa Bárbara viven 232 personas con discapacidad con predominio de los adultos (110 personas), seguido de los adultos mayores (93 personas). Estas personas ven limitada su participación social debido a barreras físicas entre ellas las geográficas ya que en estos tres barrios existen calles muy pendientes. También la inseguridad es otro determinante negativo en la participación de estas personas. Además el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas, en el barrio Santa Bárbara, también afecta la seguridad y por ende la participación de las personas con discapacidad, en los diferentes espacios.

Alberga este territorio, población tradicionalmente excluida como son desplazados, migrantes, recicladores, habitantes de calle y grupos indígenas, en general población en condiciones desfavorables y de pobreza.

Se encuentran grupos indígenas como Emberas, Inga, Kichwa, Kankuamos y Wayuu, que llegan a ubicarse a la ciudad debido al fenómeno de migración y desplazamiento, estas familias no han estructurado ni aprendido la lógica del trabajo “occidental” por ello, la no adaptación a una dinámica productiva formal. La opuesta apreciación de otras categorías como el tiempo y la participación posibilita la exclusión social de esta población frente a la oportunidad de involucrarse en espacios locales tanto en lo social como en lo laboral, también en el desconocimiento de sus derechos colectivos tanto los económicos, sociales y culturales. De igual forma, la pérdida de vigencia de sus sistemas tradicionales como el de la medicina facilita en la ciudad la pérdida de sus creencias y la cohesión de estos grupos indígenas a lo urbano como también la pérdida de la reproducción de sus prácticas tradicionales, presentándose problemas de salud. También el desconocimiento de la medicina facultativa representa una barrera de acceso generando una exclusión en términos culturales.⁷¹

70 Junta Administradora Local. Acta 142 /julio/2009 [http://mail.segobdis.gov.co:81/intranet/intranet.nsf/ed7b0e4d91fc866c05257187005647e7/28cfc6a85b1125f2052576070054f64e/\\$FILE/ACTA142-2009.pdf](http://mail.segobdis.gov.co:81/intranet/intranet.nsf/ed7b0e4d91fc866c05257187005647e7/28cfc6a85b1125f2052576070054f64e/$FILE/ACTA142-2009.pdf)

71 Hospital Centro Oriente. Equipo base de gestión local. Documento CD ROM .Fragilidad social. Localidad Candelaria.2010

El barrio Egipto cuenta con casas de construcción antigua de uno y dos pisos; son inquilinatos habitados en sumatoria por cinco a diez familias, aunque también hay recintos más pequeños en donde vive un menor número de familias; las calles son angostas y reducidas, haciendo difícil el acceso vehicular, no cuenta con zonas verdes ni con centros de recreación donde se fomenten actividades de esparcimiento para la comunidad.

Es importante destacar que existen dos sectores de difícil ingreso, denominados Callejón de San Bruno y Pan de Azúcar, que aunque no pertenecen a la localidad, inciden notablemente sobre ésta, en donde la violencia intrafamiliar, el desempleo, la pobreza la delincuencia y el consumo de sustancias psicoactivas son características generales de la población que allí habita. Una parte del barrio se encuentra invadiendo las faldas del cerro Guadalupe, considerado como reserva natural⁷².

A partir de lo caracterizado por Salud a Su Casa (2009), los barrios Belén, Egipto y Santa Bárbara, presentan las necesidades básicas insatisfechas especialmente desde el punto de vista habitacional con niveles de hacinamiento preocupantes, a diferencia del resto de la localidad.

En el barrio Santa Bárbara se presenta venta y consumo de estupefacientes, e igualmente en el Chorro de Quevedo, al contrario de sectores como el barrio Belén donde la problemática se centra en la inseguridad.⁷³

El ser área de influencia del Plan Centro, ha obligado a la reubicación de algunos de sus habitantes principalmente del barrio Santa Bárbara, afectando sus dinámicas familiares, debido a que muchas de estas personas conservan sus redes familiares, educativas y familiares en este territorio.

Las actividades productivas de los habitantes del territorio especialmente del barrio Santa Bárbara están relacionadas con: empleo doméstico por días, vendedores ambulantes, recicladores, expendios minoristas de víveres y comercio incipiente, presencia de ollas en algunos sectores para expendio de sustancias psicoactivas; no existe dentro del barrio empleo formal sino por días o a destajo. En el barrio Belén, sus actividades productivas son básicamente comercio formal, expendios minoristas, presencia de ollas de expendio de sustancias psicoactivas y en algunos hogares se encuentran empleos formales en un miembro de la familia. En el barrio Egipto Bajo, las actividades productivas se encuentran enmarcadas dentro del comercio, ventas en expendios minoristas, mercados ambulantes, algunos habitantes cuentan con trabajos formales y otros realizan trabajos ilícitos como es el expendio de sustancias psicoactivas⁷⁴.

A continuación se presentan los núcleos problemáticos identificados en el territorio 1:

Núcleo Problemático 1

En el territorio Social 1 se presentan redes familiares débiles y contextos violentos que en muchos casos se caracterizan por relaciones de poder asimétricas, deficientes pautas de crianza y escasa gestión del conflicto, que exponen a los integrantes de la familia a un alto riesgo de vulnerabilidad social, afectando a todas las etapas de ciclo vital.

En la era de los derechos, cualquier persona por el hecho de serlo, es sujeto de derechos. En el caso de los niños y las niñas, a pesar de contar con una legislación que los protege, aún continúan siendo vistos como personas en situación de invalidez y a las que hay que llegar con medidas de proteccionismo, viéndolos como beneficiarios y no como sujetos de derecho, principalmente aquellos en condición de discapacidad y desplazamiento, en donde los primeros, se ven enfrentados en el diario vivir a barreras de acceso que les impiden llevar una vida digna, ejemplo de ello está en su

72 www.Bogota.gov.co. Localidad La Candelaria por temas.2010

73 Periódico El Colombiano. "Estas Son las Ollas de Bogotá". Octubre 2008

74 Hospital Centro Oriente. Ámbito Familiar. Salud A Su Casa (SASC). Documento CD ROM.2009

inclusión y permanencia en el sistema educativo, andenes y establecimientos públicos y privados sin adecuaciones propias para su desplazamiento, personal institucional sin la capacitación requerida para comunicarse, como es el caso de las personas en condición de discapacidad visual o auditiva. En cuanto a los niños y niñas víctimas de desplazamiento, tienen vulneración de derechos desde el instante que son obligados con su núcleo familiar cercano a huir por cuenta del conflicto armado a las grandes ciudades, a engrosar los cinturones de miseria, vivir en condiciones de hacinamiento, de mendicidad y con sus necesidades básicas quebrantadas por el no acceso oportuno a la educación y lo que es aún peor muchos de ellos sin la posibilidad de atención en salud, ya que en muchas ocasiones presenta multifiliación o no cuentan con sus documentos para realizar este trámite.

La mendicidad está asociada a ambientes y entornos poco saludables dentro y fuera del hogar, como el hacinamiento en que viven muchas de estas familias, la disfunción familiar y las actividades económicas ilícitas; una o todas ellas afectan a algunas familias del sector, en todas las etapas de ciclo vital, pero principalmente a la población de la Infancia, en la cual las violencias de tipo emocional y de negligencia son las más frecuentes, principalmente en los barrios Santa Bárbara y Belén. Esta situación se ve reflejada en las cifras de SIVIM y en las caracterizaciones realizadas por los equipos de los micro-territorios, vulnerando el derecho a la seguridad e integridad personal con el maltrato infantil, que se manifiesta en la violencia física y psicológica ejercida por padres y cuidadores sobre los niños y las niñas, durante las visitas de Salud a su Casa (SASC).

De igual forma en la etapa de ciclo Juventud, están expuestos a caer en la delincuencia, de forma individual o colectiva haciendo parte de grupos de pandillismo o en el consumo de psicoactivos, asociado esto a la deserción escolar y al inicio temprano de la actividad laboral, esto último visibilizado en los hallazgos del ámbito laboral, donde el trabajo infantil se presenta en La Candelaria, en los barrios Belén, Egipto, Santa Bárbara y Concordia con 83 niños y 63 niñas (146) trabajadores entre los 5 y 17 años de edad.⁷⁵

Una de las problemáticas manifestadas por el DILE (Dirección Local de Educación) para la localidad, es la falta de cobertura del sistema educativo en niños y niñas con edad menor a 6 años, a pesar que la Secretaría de Integración Social (SDIS) cuenta con jardines infantiles, pero su capacidad es insuficiente para cubrir la demanda en niños y niñas entre 3 meses y 6 años; teniendo en algunos casos listas de espera.

La contaminación ambiental, visual y auditiva afecta a todas las etapas de ciclo vital y no es ajena en este territorio; la contaminación por ruido se debe al tráfico automotor y a la demanda de movilidad ineficientemente tratada, excesiva y creciente en especial por las carreras décima, séptima, cuarta y quinta, donde se está generando deterioro de la calidad del aire y por lo tanto deteriorando la calidad de vida de residentes y población flotantes, lo cual se ha visibilizado en la morbilidad que afecta principalmente la población infantil y la adulta mayor, lo cual fue visible en el año 2008, en la ESE HCO donde el mayor número de consultas en menores de 5 años fue por ERA, con un porcentaje de 40%.⁷⁶

En el oriente de la localidad, los barrios La Concordia y Las Aguas, se ven afectados por los atracos, los hurtos de automotores y los expendios y demás problemas relacionados con el consumo de Licor y de SPA asociados con las universidades.

En la zona sur de la localidad, principalmente en el barrio Santa Bárbara, se ubica un foco de delincuencia con alta incidencia de homicidio, alrededor de sitios críticos como tiendas, posadas, residencias, comercios informales, compraventas e "inquilinatos", en los que se arriendan espacios que son utilizados para consumo de SPA condición asociada al tráfico y expendio de sustancias psicoactivas y atrae consumidores de toda la ciudad.⁷⁷

75 Hospital Centro Oriente. Documento en CD ROM. Diagnóstico Red Trabajadores 2010

76 Hospital Centro Oriente. Oficina de estadística Base de datos RIPS. 2008

77 Hospital Centro Oriente. Descriptiva tomada de los ejercicios realizados con los jóvenes en el segundo

En los barrios de la parte alta, La Concordia y Las Aguas, se encuentran dinámicas de inseguridad asociadas a los ambientes estudiantiles de las universidades, que a su vez propician el consumo de alcohol y psicoactivos. En estas zonas aumentan delitos como el atraco, el porte de armas blancas, las riñas, y el escándalo público, entre otros.

En medio de estas carencias y controversias sociales se desarrolla una juventud –residente y flotante– que se encuentra en la confluencia de actividades lúdicas, culturales, educativas, pero también delincuenciales; las pandillas y bandas se presentan como una alternativa de vida, así sean en contra de la sociedad. Las opciones delincuenciales y de formación como ciudadanos están a la orden del día, las dos se encuentran en La Candelaria colonial o la olvidada, de ahí la importancia de continuar ampliando la inversión social y, ante todo, impulsando políticas que provengan de los ciudadanos habitantes de la misma localidad.

Son estos mismos entornos inseguros donde se presenta el mayor consumo de sustancias psicoactivas en la localidad; éstos se presenta con mayor concentración en los barrios Santa Bárbara, La Catedral y Centro Administrativo y en la zona que limita con la carrera décima. Esta misma zona es la que presenta un alto número de habitantes permanentes de calle y presencia de mujeres en ejercicio de prostitución. Éste se constituye en uno de los fenómenos más complejos y de mayor impacto socioeconómico. Según la Secretaría de Integración Social (SDIS) algunos factores conexos al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en los jóvenes son el bajo nivel escolar, actitud favorable frente al consumo, carencia de metas, autoimagen negativa, baja tolerancia al estrés, poca asertividad, Influencia inductora de pares, personalidad dependiente, impulsividad, fácil acceso a las sustancias; para los jóvenes las sustancias de mayor consumo son el bazuco y la marihuana seguidas del alcohol y el bóxer.

Si bien es constante el hecho de que los jóvenes presentan los menores porcentajes de casos de violencias en los últimos años, de acuerdo a los reportes de SIVIM, en consonancia con el cuestionamiento de esta población a las relaciones tradicionales de poder en los espacios afectivos por la promoción y el empoderamiento de sus derechos. Sigue preocupando que sea constante el mayor número de casos en mujeres (según los registros), destacándose la violencia física y sexual; los eventos de violencia se han asociado al consumo de sustancias psicoactivas, las condiciones sanitarias de las viviendas, al hacinamiento, los problemas económicos y el abandono de los padres.⁷⁸

En las zonas bajas, los conflictos pocas veces son entre familias, los más relevantes tienen su origen en las calles por la relación de personas con el entorno. Los delitos más comunes son expendio de drogas y tráfico de armas, así como se presenta el problema de bandas y lucha territorial por control de comercio de ilícitos.

Se reportaron 8,746 casos por ICBF con respecto al comparativo de los años 2007, 2008 y 2009; los delitos cometidos por adolescentes según sexo son: femenino 15% y masculino 85% teniendo en cuenta que los hombres son los que mayor tienen concurrencia a cometer delitos y según la edad se encontró que: 9.3% corresponde a los 14 años, el 19.3% corresponde a 15 años, el 31.1% a 17 años y el 40.3% corresponde a los 16 años.

Los seis delitos de mayor ocurrencia reúnen el 88% de los casos; el ICBF reporta el hurto como el de mayor aumento debido a que el número de ingresos por este delito se incrementó en un 42,5%, con respecto al 2008. Respecto al, porte de estupefacientes aumentó el 32% en el 2009, lesiones personales se incrementó un 156%, falsedad de documentos disminuyó con relación al 2008, porte ilegal de armas se redujo un 37.1% y homicidio fue superior en un 21.1% en el 2009

semestre de 2009.

78 Hospital Centro Oriente. Componente salud pública. Vigilancia epidemiológica Base de datos SIVIM 2008

con respecto al mismo periodo del 2008. Según el CTI se registraron 3,589 reintegros de enero a septiembre de 2009, encontrándose que por sexo: 7% fue del sexo femenino y el 93% correspondía al sexo masculino. Según edad se encontró que: 14 años correspondía al 3,9%, 15 años correspondía al 14.1%, 16 años correspondía al 31.7% y 17 a años correspondía 88.3% teniendo el mayor porcentaje en reintegros a las instituciones.

De acuerdo a lo anterior, se concluye que el hurto sigue siendo el mayor delito cometido por los adolescentes de las localidades de Bogotá con un 39%.

Según la OMS, la salud mental y los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica. La mayor evidencia se refiere a los riesgos de enfermedades mentales, los cuales en países desarrollados o en vías de desarrollo están asociados con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación. Los factores tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país a desarrollar enfermedades mentales⁷⁹.

En este sentido y de acuerdo al análisis de determinantes, la salud mental de cada persona puede verse afectada por diversas experiencias individuales y factores sociales, psicológicos, biológicos y culturales que interactúan sinérgicamente para establecer su estado de salud. Así por ejemplo, los factores biológicos tienen una lógica más comparable cuando se va más allá, estudiando los determinantes de la salud; los factores biológicos son secundarios y no primarios, los factores ecológicos y ambientales muestran como hay variaciones en determinar el comportamiento de la gente. Las condiciones económicas influyen directamente en las costumbres, los hábitos y los modos de vida.

En este caso se evidencia que en la zona vulnerable de la localidad que contiene los barrios Santa Bárbara, Belén y Egipto, se presentaron los casos de violencia por negligencia, dato que corrobora la caracterización hecha de las zonas de condiciones de calidad de vida. Aun son insuficientes los esfuerzos que se hacen para mitigar las situaciones determinantes que mantienen estas prácticas violentas e inadecuadas en la localidad. Esta zona constituye la única de la localidad donde predomina el estrato 1 según sus habitantes; es allí donde el desarrollo de la ciudad choca con un territorio golpeado por los planes urbanísticos, especialmente en el barrio Santa Bárbara, el cual desde hace más de una década, ha venido siendo receptor de la problemática de desplazamiento desde diferentes espacios rurales o urbanos, nacionales o internacionales y/o también de otras localidades distritales; además del asentamiento de habitantes de calle de la antigua “calle del cartucho” de la localidad de Los Mártires y población procedente de la localidad de Santa Fe de los barrios San Bernardo y Las Cruces, en donde existe presencia de inquilinatos, hacinamiento, consumo y expendios de sustancias psicoactivas, ejercicio de la prostitución; siendo evidente el deterioro social y físico de éste barrio aledaño. Sin embargo, es importante destacar, que ante actividades como la realizada para el arreglo y pintura de fachadas en años anteriores, la comunidad respondió en forma positiva, no sin mostrar desesperanza y desconfianza frente a lo institucional.⁸⁰

Se caracteriza este territorio por presentar zonas críticas de delincuencia e inseguridad principalmente en las horas pico en donde bandas de delincuentes operan entre las 4 a 6 de la tarde y de 6 a 8 de la noche, en la Avenida Calle 7° con carrera 3°, zona limítrofe entre el barrio Belén y el Centro Histórico, especialmente en un lote del IDU que está encerrado, donde esconden estos delincuentes los objetos hurtados, afectando a residentes y transeúntes del sector.⁸¹

79 Organización Mundial de la Salud. Informe compendiado. Promoción de la salud mental. 2004

80 Hospital Centro Oriente. Diagnóstico Local. 2008

81 Junta Administradora Local. Acta 142 /julio/2009http://mail.segobdis.gov.co:81/intranet/intranet.nsf/ed7b0e4d91fc866c05257187005647e7/28cfc6a85b1125f2052576070054f64e/\$FILE/ACTA142-2009.pdf

Alberga este territorio, población tradicionalmente excluida como son desplazados, migrantes, recicladores, habitantes de calle, grupos indígenas. En general población en condiciones desfavorables y de pobreza. Se encuentran grupos indígenas como Emberas, Inga, Kichwa, Kankuamos, Wayuu que llegan a ubicarse a la ciudad debido al fenómeno de migración y desplazamiento.⁸²

A partir de lo caracterizado por Salud a Su Casa (2009), los barrios Belén, Egipto y Santa Bárbara, presentan las necesidades básicas insatisfechas, especialmente desde el punto de vista habitacional con niveles de hacinamiento preocupantes, a diferencia del resto de la localidad.

En el barrio Santa Bárbara se presenta venta y consumo de estupefacientes, e igualmente en el Chorro de Quevedo, al contrario de sectores como el Barrio Belén donde la problemática se centra en la inseguridad.⁸³

Se hace evidente el entorno violento para las adultas y los adultos al observar que la elevada tasa de homicidios en la localidad que está en 50,1 por cien mil habitantes frente a 19,0 la tasa de Bogotá; la tasa de suicidio por cien mil habitantes que es mayor para esta localidad que para la ciudad, 6,38 frente a 3,54 de Bogotá; la ocurrencia de hurtos a personas y establecimientos, validada por los incrementos en la percepción de aumento de inseguridad de las personas que está en el 59%, la cual se ha relacionado con las condiciones socioeconómicas (desempleo) y la presencia de grupos delictivos y ubica la localidad como un escenario de baja victimización y alta percepción de inseguridad.

Otro tema que aporta en esta problemática es la situación de violencia intrafamiliar se expresa en todas las etapas del ciclo vital, en forma de violencia emocional y física, más frecuentemente hacia la mujer y principalmente el territorio social 1.

El adulto mayor presenta maltrato psicológico, sexual, económico, negligencia y abandono, situación que refuerza los estados emocionales observados en esta población, aunque no hay un número significativo de reporte de casos por SIVIM, se presentan lo siguiente: en violencia emocional se encuentra 1 caso representando por un 2.2% de la población y maltrato por negligencia 1 evento con un 2.8%. No se encuentran datos o reportes de otros tipos de maltrato porque la comunidad en ocasiones no sabe cómo realizar los reportes, o existe temor de ser señalados, como también temen por las consecuencias que éstos acarrearían tanto para la persona afectada como para los que denuncian. Por lo tanto se siguen haciendo esfuerzos para diagnosticar y tratar estos casos, para minimizar los efectos nocivos en otros miembros de las familias afectadas y que pertenecen a las demás etapas del ciclo vital, tendiendo a frenar el “círculo vicioso” de violencia y de maltrato.

Otro punto referido al entorno y a las condiciones de seguridad es la problemática de habitantes de calle en la localidad. En el censo de habitante de calle Bogotá 2007, fueron identificados en la localidad 29 jóvenes habitantes de calle, un 20.2% del total local. De éstos el 86.9 son hombres, 8 de ellos están en el rango de edad de 13 a 18 años de edad y 21 entre los 19 y 25 años. Esta localidad, junto con Mártires y Santa Fe, es la preferida por los habitantes de calle para ejercer su actividad económica principalmente. Los entrevistados afirmaron en un 56.4% haber empezado a habitar en la calle siendo jóvenes y en un 41.9% siendo niños. Las razones que refieren los jóvenes para comenzar a habitar en la calle son en primer lugar el consumo de SPA y violencias intrafamiliares de tipo físico y emocional. Situamos esta problemática en este primer núcleo en tanto esta población es víctima y agente de conductas violentas, su presencia está asociada al consumo de SPA y es para la comunidad un factor de percepción de inseguridad.⁸⁴

Una vez analizada la situación problemática (Violencias -violencia intrafamiliar), puntos críticos de seguridad y convivencia ciudadana, consumo de sustancias psicoactivas SPA, en los territorios 1 y 2, se identifican como derechos vulnerados: la seguridad, la salud, el trabajo y a la justicia.

Los determinantes sociales causantes de este núcleo problemático son:

Nivel singular: Estructura socioeconómica del territorio, especialmente desde la segunda mitad del Siglo XX influenciada por “el Bogotazo” que llevó a la localidad de Candelaria a ser reconstruida desde su parte colonial y ser vista en la actualidad como destino turístico y de inversión especialmente desde los nodos que van a ser afectados por el Plan Centro, que ha llevado al desplazamiento interno de familias que ocupaban barrios tan tradicionales como Santa Bárbara. Este hecho conduce a la transmisión de deficiencias educativas, pesimismo y resentimiento hacia el ambiente que resulta hostil o represor, provocando un nivel de frustración que aumenta la probabilidad de reacción violenta entre los miembros, que a su vez funciona como modelo para los hijos.

En el nivel particular se considera que influyen directa e indirectamente las políticas y programas gubernamentales en los sectores de productividad y otros sectores relacionados (seguridad, policía), mediante los cuales se organiza la oferta de servicios y de bienes en forma, desintegrada y focalizada.

En el nivel general, se encuentra que el modelo económico del país que no favorece la equidad ni redistribución de la riqueza, aumentando la desigualdad social, representada en la fragilidad social de estos territorios y en las consecuencias también sociales que de allí se derivan.

No obstante estos territorios cuentan con las siguientes potencialidades:

- Acciones urbanísticas, intervenciones físicas, sociales, económicas e instrumentos de gestión, para consolidar la estrategia de ordenamiento establecida en el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C. Aprobado por el Decreto Distrital 492 de 2007, a través del Plan Centro.
- Bienes de interés cultural e histórico
- 1 colegios oficiales, 3 no oficiales, 10 sedes de universidades
- 1 IPS Públicas de primer nivel pertenecientes al Hospital Centro Oriente, las problemáticas anteriormente mencionada en este territorio dan lugar a la vulneración del siguiente grupo de derechos: Ambiente sano, seguridad y vivienda.

Las temáticas contempladas en estos núcleos son: violencia intrafamiliar, contaminación ambiental, zonas en riesgo, consumo de sustancias legales e ilegales e inseguridad.

Al estar la localidad inmersa dentro de Santa Fe y ser visitada diariamente por trescientas mil personas aproximadamente, hace que se presenten problemáticas relacionadas con el siguiente núcleo.

Núcleo Problemático 2

Déficit habitacional y ambientes insalubres, relacionados principalmente con el manejo inadecuado de residuos sólidos, haciendo propicios sus entornos a la presencia de vectores, que inciden en las condiciones de salud y calidad de vida de los y las habitantes del territorio 1 y 2.

82 Grupo Fergusson. Narrativa Candelaria

83 Periódico El Colombiano. “Estas Son las Ollas de Bogotá”. Octubre 2008

84 Hospital Centro Oriente. Documento CD ROM .Marco situacional juventud .2009.

Hacia los cerros orientales existe un sector marginal habitado fundamentalmente por recicladores, vendedores ambulantes, madres cabeza de familia, desempleados y habitantes de calle que se ubican en los asentamientos llamados Egipto Alto, San Bruno, El Parejo, El Paramito y el morro Pan de Azúcar. Es una población en pobreza absoluta sin acceso a todos los servicios públicos.

Esta población se siente de la localidad y demanda los servicios institucionales. Para los pobladores más antiguos de la localidad los límites de ésta se extienden hasta los cerros tutelares de Monserrate y Guadalupe, por el oriente y hasta San Victorino por el occidente. Sin embargo, para las instituciones distritales no existe claridad al respecto. Algunos la consideran como reserva forestal otros como perteneciente a la localidad tercera de Santafé y solo incluye una pequeña parte en la localidad 17. Por dicha causa esta población no es tenida en cuenta en los planes locales de desarrollo, aumentando las condiciones de marginalidad y pobreza y convirtiéndola en foco de conflicto mayor para los otros sectores de la localidad.

En el tema de contaminación ambiental las fuentes móviles impactan las principales vías; por la gran cantidad de vehículos que por allí pasan, el uso de diesel en los articulados, sumado a la circulación del viento presente en esta zona, y la cercanía a los cerros tutelares a los incendios forestales y a los vientos, hace que las medias anuales de polución (91%) estén por encima de del nivel permitido (76.8% de microgramos por mm. cúbico). Esto los afecta en su vida cotidiana y en su desempeño laboral haciéndolos propensos a enfermedades respiratorias agudas y crónicas⁸⁵

La problemática de basuras es una constante en la localidad, principalmente en puntos críticos de este territorio y en el Centro Administrativo Distrital, debido a la alta afluencia de población flotante que diariamente asiste la localidad, como también aquellos que desarrollan alguna actividad en este territorio, sumado a los residentes y comerciantes que sacan sus basuras en horarios no indicados utilizando el espacio público; aprovechando esta situación aparecen los habitantes de calle, recicladores y perros callejeros que hacen que el entorno local se vea afectado, evidenciando que no tienen sentido de pertenencia como tampoco manejo inadecuado de las mismas. Adicionalmente la presencia de bares y sitios de diversión crean malestar, ya sea por la contaminación auditiva y/o visual, por el consumo de licor y otras sustancias y por el uso inadecuado de las unidades sanitarias, ya que las calles son usadas como baños públicos por algunas personas que transitan por la localidad.⁸⁶

Se presenta, igualmente, ocupación del espacio público, principalmente por vendedores informales, quienes se ven abocados a vender en las calles para conseguir ingresos para la familia, razón por la cual el Instituto para la Economía Social, ha realizado la reubicación de vendedores, sin embargo, estas acciones han sido insuficientes para atender el total de la población vendedora informal, si se tiene en cuenta que diariamente aparecen más personas dedicadas a este tipo de trabajo ante la problemática de desempleo nacional.⁸⁷

Cuenta la localidad también con una gran afluencia de automotores que genera zonas de parqueo y paraderos informales, invasión de espacio público, contaminación visual y auditiva; características que crean congestión, aglomeración y facilitan la ocurrencia de delitos contra el

patrimonio como el hurto a persona (raponazo, fleteo y cosquilleo en el día y atraco en la noche), hurto a establecimiento comercial (atraco o descuido en el día y en la noche con violación de chapas o utilización de llaves maestras) y hurto a vehículos y motos (halado en el día y atracos en la noche), entre otros.⁸⁸

En relación a las viviendas ubicadas en los barrios, Santa Bárbara, Belén, Egipto y La Concordia sigue persistiendo el hacinamiento, la humedad, los desechos y basuras, ocasionando el aumento de enfermedades crónicas y la presencia de patologías, ya que los suelos de estos lotes y viviendas no son los adecuados para vivir, debido al entorno y al ambiente contaminado, por ello se presentan riesgos en el hogar y aumentan los accidentes para las personas mayores.

El sector se ve afectado por la presencia de caninos, roedores, vectores en gran proporción, desaseo generalizado, manipulación y almacenamiento de residuos sólidos deficientes, producto de la dejadez de las personas debido a su condición y al no sacar a tiempo sus basuras para la recolección del servicio de aseo. Estos barrios presentan viviendas antiquísimas que fueron hechas en adobe, sin planchas, con tejas de barro, y se han ido adecuando en la medida de las necesidades de sus habitantes. Estas casas pueden albergar, algunas de ellas, más de 10 familias conocidas como inquilinatos. Allí no tienen los suficientes servicios sanitarios pues algunas veces poseen solo un baño para varias familias. Lo mismo pasa con la preparación de alimentos, los cuales son realizados en condiciones precarias de manipulación y almacenamiento de los mismos. Además se utiliza como combustible gasolina y en muchos de los casos cocinan dentro de las habitaciones contaminando e incrementando los riesgos de accidentes producidos por líquidos inflamables y aumento de las enfermedades crónicas.

El riesgo ambiental en las casas está dado por la estructura de las viviendas, que fueron construidas a medida de las necesidades de los propietarios. Así mismo, existen casas que están a punto de derrumbarse sobre todo en parte del barrio Santa Bárbara. Existen lotes baldíos que se convierten en focos de contaminación toda vez que allí realizan sus necesidades fisiológicas habitantes de calle y por ello se convierten en focos de vectores y roedores.

Núcleo Problemático 3

Las diferentes formas de discriminación hacia los habitantes de calle, personas LGBT, ciudadanos en condición de discapacidad, grupos étnicos, personas en ejercicio de prostitución en los territorios sociales 1, 2 y 3 dificultan la convivencia con los y las residentes de estos territorios, vulnerando los derechos al libre desarrollo de la personalidad, trabajo e integridad personal de estos ciudadanos.

Esta zona constituye la única de la localidad donde predomina el estrato 1 según sus habitantes; es allí donde el desarrollo de la ciudad choca con un territorio golpeado por los planes urbanísticos, especialmente en el barrio Santa Bárbara, el cual desde hace más de una década, ha venido siendo receptor de la problemática de desplazamiento desde diferentes espacios rurales o urbanos, nacionales o internacionales y/o también de otras localidades distritales, además del asentamiento de habitantes de calle de la antigua "calle del cartucho" de la localidad de Los Mártires y población procedente de la localidad de Santa Fe de los barrios San Bernardo y las Cruces en donde existe presencia de inquilinatos, hacinamiento, consumo y expendios de sustancias psicoactivas, ejercicio de la prostitución; siendo evidente el deterioro social y físico de este territorio que dificultan la convivencia con los y las residentes que habitan en este sector.

85 Hospital Centro Oriente. [Documento en CD ROM] Sala Situacional medio ambiente.2008

86 Hospital Centro Oriente. [Documento en CD ROM] Encuentros ciudadanos. localidad Candelaria. 2008

87 Hospital Centro Oriente. Transversalidad Salud y Trabajo. [Documento en CD ROM] Diagnóstico Red de los Trabajadores. 2009

88 Plan Integral de Seguridad y Convivencia Para Bogotá 2009-2019 "Caracterización de Seguridad y Convivencia Zona Centro". Documento en línea www.saludcapital.gov.co/.../territorios%20gsi%20%20candelaria%202010. [consulta :7 sep 2010]

Habitante de calle

La presencia de Habitante de Calle en Candelaria, se relaciona con la proximidad que se tiene a las Localidades de Mártires y Santa Fe y a la zona comercial del centro de la ciudad; la existencia de zonas de alto deterioro urbano en Santa Bárbara, sectores impactados por el Plan Centro, como el barrio La Concordia y Egipto, favorece el expendio de sustancias y por reacción en cadena a su vez se genera la presencia de habitantes de la calle. En la localidad operan grupos organizados que manejan sitios de expendio de sustancias psicoactivas ilícitas, controlando sectores en los barrios mencionados, además del conocido Chorro de Quevedo y algunas áreas del centro de la ciudad, en donde es habitual encontrar grandes grupos de habitantes de la calle comercializando la basura que recuperan o los objetos obtenidos, casi siempre de manera ilícita, para consumir sustancias psicoactivas, lo que genera en la población que habita y confluye en la localidad, una percepción de inseguridad y rechazo hacia esta población.

Algunos de los sectores identificados con problemática de habitabilidad en calle son: Santa Bárbara, Concordia, Belén y Egipto y el eje ambiental.

Este fenómeno callejero y la permanencia en la calle de niños, niñas y jóvenes, de adultos y personas mayores, responde a diferentes condiciones socioeconómicas de salud mental y dinámicas familiares entre otras; es de destacar que su permanencia en la calle es periódica y obedece a la búsqueda del sustento diario, debido a la alta afluencia de personas y comercio que se encuentra en la localidad. Por lo general, esta población mantiene un vínculo familiar y tiene algún tipo de vivienda, pero ocasionalmente duermen en la vía pública, entre sus actividades para conseguir dinero está pedir limosna, vender, limpiar vidrios y reciclar.

Población LGBT

La localidad de la Candelaria, es un escenario cultural de convergencia de diferentes actores sociales en general y dentro de la ciudadanía LGBT del Distrito. Esta es una dinámica positiva para la ciudad, sin embargo se evidencia que al igual que todas las localidades presenta graves problemáticas en materia de exclusión, rechazo y discriminación para con la población LGBT. En la población juvenil, la problemática se relaciona con el comercio sexual, como medio de sustento económico. Para otros jóvenes LGBT, la localidad se ha convertido en un punto de encuentro, en bares ubicados en la Plaza del Chorro de Quevedo y zonas culturales como museos, exposiciones, entre otros.

A través del trabajo realizado desde la transversalidad de género se han identificado acciones de vulneración y rechazo por condiciones sexuales diversas, lo que ha generado problemáticas sociales tan fuertes como el suicidio. Éste se presenta por el rechazo social y la culpabilidad por ser diferente. Esta es una problemática que crece día a día, jóvenes escolarizados que se forman a partir de tradicionalismos y acciones excluyentes que no permiten las expresiones e identidades, tal es el caso de la población de lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas que al asumir su rol son catalogados y catalogadas como “raros y raras” a causa de pautas de crianza homofóbicas.

Según el estudio realizado por la Corporación Colombia Diversa en los colegios de la localidad, el 77% de las personas encuestadas señalaron haber conocido situaciones de rechazo en la escuela contra homosexuales y el 56% reportaron lo mismo contra lesbianas. Esto supone la necesidad de trabajar en la prevención de la discriminación por identidades de género y orientaciones sexuales no normativas en el entorno escolar, espacio privilegiado para la reproducción de patrones de discriminación de orden patriarcal.

Puede definirse la diversidad sexual como una categoría de análisis de los fenómenos sociales, donde se evidencian las inequidades y desigualdades sociales que se dan en función de las orientaciones sexuales y las identidades de género. Este término fue acuñado por el movimiento

social de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el mundo; además es una categoría que ha sido ampliamente debatida en espacios académicos y en escenarios de reconocimiento, exigibilidad y garantía de los derechos humanos para hacer referencia a las condiciones estructurales que propician que los hombres y mujeres con orientaciones sexuales e identidades de géneros “no normativas”, “no tradicionales”, consideradas como “no normales”, estén en desventajas, en desigualdades, en condiciones inequitativas frente al acceso a los recursos, frente a las vivencia o desarrollo de la autonomía, en una cultura patriarcal, androcéntrica y misógina donde el hombre que no vive desde la masculinidad validada socialmente como éticamente correcta o la mujer que no vive desde la femineidad éticamente correcta o desde la heterosexualidad “imperante y obligatoria”, tiene que enfrentarse a vulneraciones de sus derechos, a discriminaciones, estigmas, prejuicios, a fobias fundamentadas en las orientaciones sexuales y las identidades de género.

La diversidad sexual compromete a todos los seres humanos, desde todas las formas de interacciones afectivas y sexuales, pero desde la sociedad patriarcal solo hay una forma correcta de estas interacciones que es la heterosexualidad, por lo tanto la homosexualidad, la bisexualidad, la transexualidad y la intersexualidad son estigmatizadas y discriminadas dentro de la interacción con los y las otras.

Frente a los servicios de salud se encuentra un desconocimiento por parte de los profesionales y del personal de apoyo de las problemáticas específicas de esta población, entre ellas se encuentran:

Discriminación institucional, es decir muchos/as funcionarios/as que desconocen el tema y por acción u omisión maltratan a los usuarios y usuarias de los servicios del Hospital, ya que tienen prejuicios sociales, morales y religiosos frente al tema. Un ejemplo de esto es que muchas veces se asocia de manera errada al usuario o usuaria con una persona portadora del VIH.

Alto umbral en salud, dado que muchos y muchas de las personas son habitantes transitorios de hoteles e inquilinatos del sector, lo que muchas veces impide que se haga una afiliación al SISBEN y solo tengan una carta de atención como población especial, que para ellos y ellas no garantiza un verdadero acceso.

En la población adulta, se evidencia un factor de discriminación y rechazo por la orientación sexual, estas problemáticas no solo se relacionan con los habitantes de la localidad y con los de la ciudad, sino también, se evidencia en algunos funcionarios y funcionarias públicas que aún no conciben la orientación sexual como un derecho⁸⁹.

Para la población adulto mayor, se evidencia que la temática LGBTI es manejada en reserva, ya que posiblemente a causa de pautas tradicionalistas aún no se concibe de igual manera como en la población adulta, la orientación sexual como un derecho.

Potencialidades

Organizaciones sociales, ONG (Mujeres al Borde, Circulo LGBT Uniandino, Fundación poliedro), comunidad y activistas, quienes a través de acciones de formación, creación y movilización, han logrado posicionar los derechos de la ciudadanía LGBT y modificar dinámicas excluyentes en la población a través de la exigibilidad de derechos.

Instituciones del Estado, quienes se han articulado con las organizaciones sociales, estableciendo acciones de gestión conjunta, que ha permitido a través de proyectos, apoyos, escenarios dirigidos a la población LGBTI, generar un apoyo a los derechos de la ciudadanía LGBT, disminuyendo en alguna medida brechas de inequidad, homofobia y rechazo.

89 Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM]. Transversalidad de género y diversidad sexual. 2009

Grupos Étnicos:

La confrontación armada ha generado un fenómeno masivo de desplazamiento y desarraigo de población de sus territorios de origen, como el caso de la población Huitotos, Makunas e Inga (Santa Bárbara y Belén), Kancuamos y Wayuu (Concordia) ubicados en el territorio social 1. Las condiciones de vida de las mujeres son precarias, no solo por las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en el contexto de una sociedad patriarcal, sino que la pertenencia étnica profundiza estas brechas sociales. De acuerdo a la base de datos de Salud a su Casa en 2010, en la localidad de las 286 familias étnicas caracterizadas, 263 son indígenas (34.6%), 21 afrodescendiente y/o negros (2.7%) y 2 ROM⁹⁰/gitano (0.2%).

Desde la transversalidad de etnias se visibilizaron malas condiciones de vida que implican problemas en salud y descomposición familiar en estas poblaciones; la aparición de enfermedades a temprana edad como hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC y diabetes, continúan siendo primeras causas de morbilidad al igual que en salud oral con caries dental y gingivitis como enfermedades prevalentes de la cavidad oral.

Una de las principales problemáticas identificadas que afecta alrededor del 60% de las familias Inga es el alcoholismo: Estas situaciones generadas por la incertidumbre laboral, el choque cultural en los procesos de inserción a la ciudad, la baja autoestima, entre otros, han generado el consumo diario de alcohol generalizado en hombres y mujeres de la comunidad. El 61.7% de las familias Inga, hasta el momento caracterizadas, tienen al menos un miembro con consumo problemático de alcohol. Es importante señalar que esta situación afecta tanto a los jóvenes, adultos y adultos mayores sin distinción de género.⁹¹

Por otro lado, la población Inga que se encuentra en mayor estado de vulnerabilidad es la que se dedica a las ventas informales y a “casiar” andando de barrio en barrio ofreciendo sus productos; frente a la pérdida de espacios destinados a la comercialización, como en una época lo fueron las plazas de mercado, la prohibición de ventas ambulantes, ha empeorado la situación laboral de esta parte de la población que vive con el diario, además de la falta de oportunidades laborales, consecuencia del contexto social de Bogotá.

Las situación socioeconómica de los grupos étnicos en la localidad es precaria, se pueden generalizar una serie de condiciones que afectan a gran parte de las familias: la falta de vivienda digna, un gran porcentaje de la población vive en inquilinatos o en piezas de viejas y grandes viviendas de la localidad, en situación de hacinamiento agravada por las condiciones de los espacios: humedad, poca iluminación, presencia de plagas, y espacios multifuncionales donde duermen y cocinan las familias; trabajos de tipo informal y subempleo (ventas ambulantes, trabajo doméstico, vendedores, meseros etc..) con niveles de ingreso por debajo del salario mínimo vigente que no les garantizan una estabilidad económica para satisfacer las necesidades básicas como lo son la seguridad alimentaria, la salud, la vivienda, la alimentación y la educación. Los niveles de acceso a la educación son bajos, particularmente técnica, tecnológica y universitaria, situación agravada por la persistencia de situaciones discriminatorias a la hora de acceder a las oportunidades laborales y educativas.

Desplazados

Al 30 de Junio de 2009 se encuentran en el Registro Único de Población Desplazada (RUPD) 2.006 personas, pertenecientes a 524 hogares que al momento de su declaración manifestaron

⁹⁰ Los gitanos también han sido llamados ROM, sigla derivada de la palabra romaní con la que se ha querido nombrar a los gitanos este grupo.

⁹¹ Hospital Centro Oriente. Gestión local [Documento en CD ROM]. Unidad de análisis transversalidad de Etnias.2010

habitar en la localidad. Por otro lado, de acuerdo a los datos de Personería Local, 525 adultos y 581 menores de 18 años declararon durante el año 2008, pertenecer a 290 grupos familiares, de ellos el 51% resultaron incluidos finalmente por Acción Social. Lo cual conlleva a la falta de reconocimiento como sujetos de derechos a las personas en situación de desplazamiento por la no inclusión en el RUPD del 51% de las familias que declaran estar en dicha condición.

En el año 2008 en Salud a su casa (SACS), el Equipo 2 que interviene en los Barrios Santa Bárbara, Belén, y Egipto Bajo, encontró 61 personas en situación de desplazamiento, entre 3.618 visitas de seguimiento realizadas y para el Equipo 5, que hace seguimiento a los barrios Concordia, Egipto Alto, Centro Administrativo y Las Aguas, reportó 19 individuos en situación de desplazamiento entre 3.152 visitas de seguimiento, especialmente en el barrio Las Aguas entre la Avenida Circunvalar y la Universidad de los Andes. Se debe tener en cuenta, que la presencia de familias en el barrio Santa Bárbara en el último año disminuyó drásticamente, ya que por las obras viales de la Calle 6ª contempladas en el POT y en los Planes Parciales de Renovación Urbana, en los últimos dos años se ha derribado gran parte las construcciones de esta zona.

Hombres y mujeres en lugares de origen han tenido exposición a contextos de conflicto, terror e impunidad; un mínimo de la población desplazada ha declarado los bienes abandonados, no se presentan denuncias por delitos conexos al desplazamiento. Las personas en situación de desplazamiento en la localidad tienen un alto índice de no reconocimiento de su condición de desplazados. Además de ser víctimas del mismo, existe un porcentaje importante de mujeres viudas, con escasez de recursos por la pérdida de sus compañeros. Los casos de abusos sexuales presentados antes o después del desplazamiento permanecen en la impunidad.

Psico-socialmente las condiciones identificadas en las familias son de alto riesgo, evidenciadas en descomposición familiar, maltrato infantil y desnutrición. Todo lo anterior, ocasiona en estas personas pérdida de identidad cultural, ansiedad, depresión, sentimientos de desesperanza y pérdida de autonomía.

Entre las problemáticas identificadas en esta población, están: mayor predisposición a los trastornos psíquicos, dificultad para elaborar duelos, falta de autoestima, pérdida en su proyecto de vida, problemas de adaptación, cambio en los roles, menos posibilidad de oportunidades laborales, mayor índice de maltrato; más inseguridad en sus procesos. Transversalmente a todo el ciclo vital, la salud oral está muy deteriorada, son comunes las Enfermedades Diarreicas Agudas EDA e Infecciones respiratorias agudas IRA y en la etapa adulta se hacen más frecuentes las enfermedades crónicas como la hipertensión. Hay desconocimiento en general acerca de sus derechos y del proceso para acceder al derecho a la salud.

Las condiciones ambientales y del hábitat que caracterizan los sitios de habitación de la población en condición de desplazamiento se relacionan con riesgos en el hogar, riesgo de enfermedades compartidas por tenencia de animales, presencia de roedores y vectores, riesgo por el tipo de material en que está construida la vivienda, riesgo por el tipo de combustible utilizado para cocinar (gasolina), riesgo eléctrico por el uso ilegal de acometidas de energía eléctrica aumentan posibilidad de accidentes principalmente en niños que quedan solos, riesgo de accidentes por derrumbe de la vivienda, riesgo de accidentes por las estructuras internas de las viviendas⁹².

Como potencialidades se presentan:

Contar con el Auto No. 109 de 2007, el Acuerdo 244 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar una atención diferencial desde los Planes, Programas, Proyectos y Acciones sectoriales e intersectoriales.

⁹² Hospital Centro Oriente. Gestión local [Documento en CD ROM]. Documento diagnóstico transversalidad etnias 2010

Una alta cohesión comunitaria en torno a la problemática del Plan Centro, desde la cual se puede generar reflexión frente a la problemática de desplazamiento, así como también al derecho de los ciudadanos y ciudadanas de la localidad a habitar el centro de la ciudad, lo que se relaciona con la construcción colectiva de un modelo de ordenamiento territorial justo y ambientalmente sostenible.⁹³

De acuerdo con lo narrado, se encuentra que los derechos más afectados son: derecho a la seguridad o a la integridad personal, al ambiente sano, a la justicia, a la seguridad económica la vivienda y al trabajo, por lo que se hace necesario la intervención de las instituciones que desarrollan acciones en la localidad que de manera articulada brinden soluciones integrales a las situaciones identificadas en este grupo poblacional.

Las personas en condición de desplazamiento atendidas por el HCO durante el año 2009 como población en situación de desplazamiento, y facturadas con cargo al Fondo Financiero Distrital suman 3.170. Este número de personas corresponde al total de atendidos por el HCO en el conjunto de localidades.

En el año 2009, de las 3.170 personas en condición de desplazamiento atendidas en salud por el Hospital Centro Oriente en todos los ciclos vitales, en las 3 localidades, las sedes asistenciales reportaron entre las causas externas asociadas a la atención en salud a población en condición de desplazamiento 86 accidentes, 30 lesiones por agresión, 2 lesiones autoinflingidas 1 sospecha de abuso sexual, 2 accidentes offídicos⁹⁴

Durante el 2009 el Hospital realizó 104 consultas de detección de alteración del desarrollo joven, que corresponde al 8% de las consultas llevadas a cabo en promoción y prevención.

Las principales causas de consulta de la población joven en situación de desplazamiento son:

Población de 15 a 26 años

Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén

Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo.

Llama la atención encontrar a los traumatismos en la segunda causa de morbilidad, en ellos se cuentan las lesiones ocasionadas por accidentes y también las que aparecen por posibles maltratos, diversos casos de violencias como la intrafamiliar y las relacionadas con riñas, atracos y otras situaciones de fragilidad social como la presencia de grupos de delincuencia común, pandillas, entre otros.

En el rango de 15 -19 años se encontraron 16 mujeres 6 hombres

Se realizaron controles prenatales a 5 mujeres en este rango de edad

7 Tomas de citología 2 entregadas.

Esta información sobre embarazos en adolescentes resulta precaria en el sentido que existe todo un andamiaje programático para reducir los índices de natalidad en niñas y adolescentes, pero no es suficiente la información estadística con que se cuenta en todos los casos. Se requiere conocer con mayor amplitud el contexto en que se encontraban estas madres durante su gestación, ya que

⁹³ Alcaldía Mayor de Bogotá. Herramientas metodológicas para la implementación de la gestión social integral en el Distrito Capital.pág 118.junio 2010.

⁹⁴ RIPS. Desplazados –HCO.2009

lo que resulta prioritario en estos casos, es conocer si a estos embarazos pueden estar asociadas situaciones de maltrato o abuso sexual, también por considerarse embarazos en alto riesgo, deben estar siendo acompañadas desde todos los ámbitos posibles.

En el rango de 20 – 26 años se realizaron acciones promocionales con 21 mujeres y 6 hombres. Se realizaron controles prenatales a 8 mujeres en este rango de edad. De 5 tomas de citología, 3 fueron entregadas.

La principal barrera está en la accesibilidad de los servicios, las dificultades en aseguramiento son claramente contradictorias a las políticas para esta población, pues desde la normatividad se garantiza el acceso inmediato a servicios integrales de salud, mientras que en la práctica, en las sedes asistenciales se experimenta la imposibilidad de atender oportunamente a los usuarios. Únicamente en atención de urgencias vitales esta barrera se puede flanquear, caso en que la salud se ha deteriorado considerablemente al punto de estar en juego la vida del paciente. En cualquiera de los CAMI o UPA, para poder atender a personas que aparecen activas en una EPS o EPS-S regional, se debe pedir una autorización o el retiro para poder hacer efectiva la atención (como ocurre con la EPS Pijaos del Departamento de Risaralda). Este procedimiento conlleva un retraso en la atención por consulta externa debido a un trámite que puede variar entre uno y 3 meses mientras se efectúa la respectiva desafiliación, aún en casos de urgencia se da la situación de realizar procedimientos sin la autorización de la EPS, hecho que trae consigo la dificultad para el paciente, quien debe pagar los servicios como vinculado, que incluye un copago. El desconocimiento de la ruta de acceso a los servicios de salud, genera que la población se aísle y recurra a informaciones erróneas que retrasan su proceso, llevando en no pocos casos a que el paciente desista de solicitar el servicio. También se conoce entre la población la incertidumbre por la existencia de algunas EPS, como Caprecom, generado por la sanción a 9 EPS del país, entre las que se encontraba Mutual Ser, EPS que atendía a un número amplio de personas en condición de desplazamiento en Bogotá.

Las condiciones deficientes de la vivienda y el hacinamiento están asociados a trastornos del sueño, estrés, generando conflictividad en los y las jóvenes con incertidumbre sobre una vivienda digna y que brinde condiciones de estabilidad.

Personas en Condición de Discapacidad (PCD)

Las personas en condición de discapacidad se ven afectadas por situaciones entre las que se encuentran barreras de acceso a diferentes servicios y ámbitos como el educativo, laboral, comunitario entre otros; a esto se suma el rechazo presentado por la sociedad ante las diferencias físicas o cognitivas que puedan existir en estas personas, al igual que todos los ciudadanos, las PCD tienen los mismos derechos pero por su condición muchas veces se ven vulnerados, a continuación se presenta algunas de las dificultades encontradas:

En cuanto a las condiciones laborales, en las actividades realizadas con la población se ha percibido que el mayor porcentaje refiere estar incapacitado permanente para trabajar y no cuenta con pensión, seguido de personas en condición de discapacidad que realizan oficios de la casa, otros que no trabajan y /o realiza otras actividades, otros están buscando trabajo, están incapacitados permanente para trabajar y cuentan con pensión.

Lo anteriormente descrito muestra la gran falencia existente en cuanto a la garantía de derechos, en este caso el derecho al trabajo y a una vida digna, evidenciándose el enorme déficit que hay desde el hecho básico de la caracterización de las condiciones laborales de la PCD, en adelante.

Es importante resaltar que la participación de las personas en condición de discapacidad (PCD) en la localidad es mínima, siendo las actividades donde más participan independientemente de la etapa de ciclo, las relacionadas con actividades religiosas o espirituales, familiares y comunitarias;

las actividades productivas, deportivas, recreacionales, culturales y actividades ciudadanas son en las que menos participan. Del mismo modo, una parte significativa de la población de los ciclos vitales Persona Mayor y Adultez, refieren no participar en ninguna actividad con un (n=425), y un (n=325) respectivamente.

Finalmente es el ciclo vital Adolescencia y Juventud el que menos presenta niveles de participación, solo algunos refieren participar en actividades con la comunidad y en menor proporción predominan las actividades familiares y espirituales. Es menor la inclusión de la población juvenil en actividades productivas, deportivas o de recreación, y casi nulas las oportunidades de participar en actividades educativas no formales. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los ciclos vitales que más población con discapacidad concentra la localidad de La Candelaria son Persona Mayor y Adultez.

Esta distribución es similar a los niveles de participación presentes en la población general con discapacidad del Distrito Capital, donde son las actividades familiares las que predominan y en su orden, actividades con la comunidad y religiosas. De igual forma, en las que menos se tiene la oportunidad de participar son las actividades productivas y en actividades educativas no formales.

En relación a las actitudes negativas frente a la población con discapacidad, es el núcleo familiar el que mayor rechazo y actitud negativa presenta, predominando en el ciclo vital Persona Mayor, Adulto, Adolescente y Juventud e Infancia, en su orden; sin embargo del ciclo vital Persona Mayor un grupo importante refiere no percibir ningún tipo de actitud negativa, entre tanto la población en general constituye el segundo grupo que asume una actitud negativa frente a la PCD de la localidad.

En la población joven en condición de discapacidad de la localidad el 73.2% (n=60) refiere que necesita capacitación para mejorar su actividad productiva y el 9.8% (n=8) para cambiar de actividad productiva. Entre la población joven que trabaja el 6.2% (n=5) lo hace sin un contrato, el 2.5% (n=2) tienen contrato indefinido y un 1.2% (n=1) a término fijo.

Un número significativo de población joven con discapacidad refiere importantes barreras de acceso al mercado laboral. Problemática que surge por la construcción de imaginarios que descalifican las capacidades de esta población para la realización de un trabajo. Del mismo modo, la falta de formación académica, que le permita el desarrollo de capacidades y habilidades para el trabajo, es escasa. Según registro el 86,6% (n=71) de los adolescentes refiere no tener capacitación para el trabajo, así como, el 56.1% (n=46) refiere no asistir a ningún centro educativo. Este bajo acceso al sistema educativo influye directamente en las oportunidades para acceder a un trabajo en el sector formal.

En las unidades de análisis llevadas a cabo durante el 2010, surgió el siguiente núcleo problemático relacionado con la atención en los servicios.

Núcleo Problemático 4

Barreras de acceso administrativas, físicas y culturales de servicios sociales (salud) causado por la normatividad y condiciones de infraestructura, genera en la población del régimen subsidiado y contributivo, de los territorios sociales 1, 2 y 3, eventos de salud prevenibles afectando su salud en todas las etapas del ciclo vital, vulnerando el derecho a la salud, y justicia principalmente

La incidencia de las enfermedades está relacionada con la deficiencia de los servicios de salud, el aseguramiento y sus limitadas coberturas y la organización de los sistemas de salud. Este núcleo problemático se explicará desde la perspectiva de la morbilidad por ciclo vital, como muestra de las deficiencias para acceder a los servicios de salud.

La población infantil, en la localidad Candelaria, se encuentra subsidiada a través de las instituciones como Caprecom, Colsubsidio, Humana Vivir, Mutual Ser, Salud Cóndor, Salud Total y Sol Salud; pero al revisar la población en los grupos de edad que deberían haber asistido a control de crecimiento y desarrollo en menores de 10 años por RIPS y al indagar con los profesionales de las sedes asistenciales se visualiza cómo en determinadas épocas del año, esta consulta se incrementa básicamente para “ingreso al colegio” y pagos de familias en acción”, lo cual no está acorde con la demanda inducida realizada y con los deberes de los padres y/o cuidadores de llevar a los menores a los servicios de promoción y prevención, con el fin de detectar oportunamente patologías tan frecuentes como la caries y de otros tejidos de sostén, las cuales se han encontrado dentro de las 10 primeras causas de morbilidad institucional en población mayor de 10 años.⁹⁵ Esto también se puede relacionar con la falta de capacidad de pago, ya que se ha observado en algunas personas de la población que sus útiles de aseo bucal no se encuentran en las mejores condiciones, es de recordar por ejemplo que el cepillo dental se debe cambiar mínimo cada tres meses y que se debe asistir a un control al menos una vez al año.

Esta falta de apropiación del cuidado personal, en cuanto higiene y cuidado del cuerpo, ocasiona con el tiempo daños irreparables como los que se observa en los pacientes en vejez, que en su mayoría tienen prótesis dentales, son edéntulos y presentan otras patologías asociadas, principalmente digestivas y/o tal vez desnutrición.

En el año anterior, no se presentaron nacimientos en menores de 14 años, no así en el 2009 (2 casos), en la población juvenil. Los embarazos en la localidad han venido en aumento, sin embargo, es de destacar el esfuerzo llevado a cabo por la ESE Centro Oriente en el abordaje de esta problemática a través de los diferentes servicios individuales y colectivos. Allí se evidencia que el método anticonceptivo más usado por las y los jóvenes es el condón (68%), seguido por los anovulatorios (23%) e inyectables (9,5%), a medida que se avanza en edad (19 a 24 años) aumenta el uso del dispositivo intrauterino y los anovulatorios orales en las mujeres. Al respecto hay que anotar que los jóvenes deciden el uso del preservativo como método único de regulación de fecundidad, pero aún no se ha posicionado totalmente su uso como método complementario para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S) por tanto, en los casos en los que deciden el uso de otros métodos anticonceptivos no consideran el cuidado frente a estos riesgos. Finalmente hay que anotar que en los grupos en los que se trabajó directamente con jóvenes, los hombres siguen refiriendo barreras de tipo cultural para el uso del preservativo y las adolescentes, en muchos casos, no exigen protección en sus primeras relaciones con su pareja al establecer relaciones asimétricas que dificultan la negociación de decisiones.

En cuanto a enfermedades e infecciones de transmisión sexual, pese al reporte de datos globales de diagnósticos, no se registra esta información por etapa de ciclo vital. De igual forma, la información de las consejerías pre-test y post-test para Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (V.I.H) fue reportada de forma global y faltaría conocer el comportamiento de estas consultas en la población joven, como un factor decisivo para la planeación de la respuesta.

Desde los ejercicios de lectura de necesidades realizados con los y las jóvenes de la localidad, manifiestan que las acciones en salud están marcadas por una “fractura entre el mundo adulto y los lenguajes juveniles”, haciendo que la lógica de la lectura de los problemas que los aquejan, entre ellos las gestaciones tempranas, no sea la adecuada para su realidad.

En cuanto a la prevención de cáncer de cuello uterino en el 2008 se detectaron 17 casos de citologías positivas en población joven, en 2009; 26 citologías positivas del total registrado⁹⁶. Teniendo en cuenta el rango de edad considerado de 10 a 26 años, se hacen necesarias acciones

⁹⁵ Hospital Centro Oriente. [Documento en CD ROM] Diagnóstico salud oral localidad La Candelaria. 2010

⁹⁶ Hospital Centro Oriente. Gestión local [Base de datos CD ROM]. Programa salud sexual y reproductiva. 2009

dirigidas a mujeres jóvenes para la toma de citologías y la prevención del cáncer de cuello uterino; además es preciso resaltar a las usuarias la importancia no solo de acceder a la toma de la citología, sino también de recoger los resultados, ya que es una problemática generalizada en todas las sedes del Hospital, que no todo el 100% de las usuarias que se realiza la toma, reclama los resultados; lo que puede conllevar a un tratamiento no oportuno de acuerdo a los hallazgos.⁹⁷

De un total de 1115 consultas realizadas durante el año 2010 en la sede asistencial Candelaria, el 9.6% corresponde a la edad de 15 a 18 años y el 16.7% corresponde a la edad de 19 a 26 años. Los jóvenes y los adultos mayores son los ciclos vitales que menos asisten a los servicios de odontología.

La caries continúa siendo la primera causa de morbilidad oral en esta localidad y se distribuye por sexo así: De un total de 23 casos en el grupo de 15 a 18 años, el 65% se presentan el sexo femenino. De 23 casos en el grupo de 19 a 26 años, el 73.9% de ellos ocurre en el sexo femenino. Según la encuesta que realizan las higienistas de salud oral del ámbito familiar a 39 familias de la localidad de Candelaria, durante los meses de Enero- Febrero y Marzo de 2010, en los barrios de Egipto, Belén, y Santa Bárbara, el 84% de las familias refieren que el lugar de la casa en donde se hacen las prácticas de higiene oral es el baño.

Para desarrollar este núcleo debemos empezar resaltando que en las metas específicas en Salud Sexual y Reproductiva se encuentran: Reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000, reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por 1.000, reducir en 100% los embarazos en menores de 14 años y en 20% los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años y reducir la prevalencia de infección por V.I.H.

Respecto a los embarazos en mujeres de 15 a 19 años se presentaron 22 casos en el 2005, 24 embarazos en el 2006, 40 en el 2007, 42 en el 2008 y 23 en lo corrido del 2009, lo que representa un aumento en los últimos años teniendo en cuenta la tendencia inicial. Sin embargo Candelaria presenta una tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 de 37.64 contra 68.16 en el total del Distrito, siendo una de las localidades con menor natalidad en adolescentes después de Usaquén y Teusaquillo en Bogotá⁹⁸.

Desde la lectura del UNFPA y en los ejercicios directos realizados con los jóvenes encontramos los siguientes determinantes asociados a esta problemática:

- Se refiere que en los discursos institucionales y en salud en particular no se ve la sexualidad de los jóvenes en términos positivos,
- Existe una gran dificultad en los diferentes sectores para abordar la resignificación el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes.
- En las adolescentes de sectores en condiciones precarias la maternidad está asociada al proyecto de vida.
- El embarazo aparece como una herramienta de reconocimiento en las relaciones de pareja.
- Hay prevalencia de los roles tradicionales de género en las relaciones de pareja.
- Lo que es más señalado por los jóvenes: Las acciones en salud dirigidas a los jóvenes se plantean desde el riesgo.

⁹⁷ Hospital Centro Oriente. Gestión local [Documento en CD ROM] Análisis de respuesta Ámbito IPS. 2008

⁹⁸ Robayo, Rubén. Los Adolescentes y Jóvenes de Bogotá. UNFPA 2009.

FECUNDIDAD:

Es un comportamiento típico de las sociedades en proceso de envejecimiento, corroborado por el ligero aumento de la edad media de fecundidad. La variación entre el quinquenio 2005-2010 y 2010-2015 no es muy significativa, se espera que la fecundidad no cambie mucho entre los dos quinquenios.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

En cuanto a la Seguridad Alimentaria y Nutricional de los Jóvenes, desde esta transversalidad no existe una caracterización de sus problemáticas a pesar de los problemas que en esta población encontramos como el no cuidado de los horarios para las comidas, la prevalencia de carbohidratos en su dieta en detrimento de vegetales y frutas y trastornos como anorexia y bulimia que se hace necesario identificar dado su aumento en los últimos años.⁹⁹

En cuanto a Salud Oral se encuentran gran cantidad de jóvenes en la localidad que acuden a los servicios sin ser residentes en ésta. Con base en la experiencia clínica se encuentra que los problemas de esta etapa se relacionan con la presencia de terceros molares incluidos y la estética. Se aclara sin embargo, que no se cuenta con un registro documental que soporte esta realidad.¹⁰⁰

En los adultos, el acceso y oportunidad de los servicios de salud está condicionado por la necesidad sentida de la persona de acudir y la posibilidad de recibir la atención en el momento en que se requiere. En este sentido, la persona adulta en ejercicio de su rol, se considera más productivo y vital y cree que sus posibilidades de adquirir una enfermedad son mínimas, en algunos casos por desconocimiento de conductas de auto cuidado y de las prácticas saludables necesarias para tener una calidad de vida adecuada con el paso de los años. Se trata también de personas ocupadas en sus múltiples roles y responsabilidades, entre los que se cuentan el trabajo, el apoyo a las labores educativas de los niños y el cuidado del hogar, incluso la asistencia a los servicios de salud, ya sea para llevar a los hijos o a sus padres. Adicionalmente, el tiempo disponible para sí mismos no siempre es coincidente con los horarios de atención o los programas en los que pudiesen participar. Para el caso rural implica recursos y tiempo adicional porque exige un desplazamiento hasta el área urbana.

Los datos de consulta externa del Hospital Centro Oriente, indican que las enfermedades más relevantes en este ciclo son la Hipertensión y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC, Hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad. Se trata de enfermedades prevenibles y no transmisibles, posibles de evitar promoviendo hábitos de vida saludable: actividad física, consumo de frutas y verduras y ambientes libres de humo.

Desde el punto de vista de salud oral es notorio que a pesar de estar en el centro de la ciudad y con zonas comerciales cercanas y de fácil acceso, el 9% de la población adulta no cuenta con cepillo dental y el 88% con seda dental; el 59,6% de los encuestados refiere que se cepilla menos de tres veces al día, que se refleja en una condición de higiene oral deficiente: 39,6% en la primera visita y 24% para la segunda visita. A pesar de verse disminución la población continúa con niveles de placa por encima del estándar normal.

En salud materna, el promedio de controles a los que asiste la gestante está en 5; en cuanto a la regulación de la fecundidad el 5,5% de las usuarias de primera vez y el 32,7% de las usuarias de control utilizan el DIU; en detección de cáncer de cuello uterino, aunque solo un 28% de las mujeres

⁹⁹ Hospital Centro Oriente. Gestión local [Documento en CD ROM] Documento Unidad de análisis Seguridad alimentaria y nutricional etapa de ciclo vital juventud.2009

¹⁰⁰ Hospital Centro Oriente. Gestión local [Documento en CD ROM] Documento. Unidad de análisis salud oral etapa de ciclo vital juventud.2009

habitantes de la zona asisten a controles periódicos y se practican la citología, en su mayoría se trata de mujeres de 27 a 44 años. En lo relacionado con las enfermedades transmisibles, se han reportado casos positivos para Tuberculosis Pulmonar (TBC) con mayor frecuencia en adultos jóvenes en el 2009.¹⁰¹

Desde el punto de vista del aseguramiento, han aumentado las coberturas tanto en régimen contributivo como del régimen subsidiado, entre el 17% y el 30% el subsidiado del 52% al 38% y el Fondo Financiero Distrital del 30% al 31%; garantizando esto la disponibilidad de los servicios de salud.¹⁰²

En este territorio, el 52% de la población de adulto mayor pertenece al régimen subsidiado seguido por el 30% que pertenece al Fondo Financiero Distrital, y un 17% pertenece al régimen contributivo dentro del micro territorio¹⁰³

Sin embargo, la dinámica agilizadora de prestación de servicios institucionales ha hecho que muchos de los profesionales se limiten a realizar el mínimo indispensable en la revisión y diagnóstico de los pacientes haciendo que la atención se convierta en impersonal, ya que el profesional ni siquiera mira al paciente, sino que se concentra en llenar la gran cantidad de formatos necesarios para cumplir con los requerimientos de la atención. Las limitaciones, tanto en oferta como en utilización de los servicios de salud, traerán como consecuencia que la población aumente los factores de riesgo que los pueden llevar a sufrir enfermedades crónicas y que en el futuro acortarán el periodo productivo, aumentarán los costos de atención y disminuirán su calidad de vida.

En cuanto al adulto mayor, las barreras de acceso y permanencia a servicios de salud, educación y recreación, presentan un fraccionamiento de la respuesta social dirigida a la población; los mayores refieren que se evidencian dificultades de acceso a los servicios de salud como la norma de la fila prioritaria en la mayoría de los centros de atención en salud, la cual no se cumple a cabalidad, en los diferentes centros solo hay un facturador y además están los niños y las gestantes como prioridad.

La información que recibe el Adulto Mayor, para la prestación de los servicios de salud al usuario “Persona Mayor” en el nivel institucional no es clara, incrementándose cada vez más la exigencia de trámites para acceder a los servicios de salud, con el consiguiente menoscabo en el presupuesto económico para el usuario. Sumado a esto la mayoría carecen de un acompañante que le ayude a hacer sus trámites.

Otro aspecto que agudiza la problemática se relaciona con las distancias geográficas, la movilidad y la negación de la prestación de los servicios de salud y la inflexibilidad en la atención médica.

Los programas de nutrición, rehabilitación y salud oral en las personas mayores es una de las grandes dificultades es el acceso al uso de prótesis dentales (caja de dientes) parciales o totales que pueden ser fijas o removibles, debido a la falta de ingresos, ya que este tratamiento no es cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (POS). Se considera que los planes de beneficios son precarios, por no decir ausentes y la integralidad en la prestación de los servicios de salud es débil.

Lo expuesto anteriormente genera insatisfacción y frustración de las personas con la atención recibida en salud y poca incidencia en la disminución de la morbi-mortalidad en estos territorios. Desde la institucionalidad se ha intentado dar respuesta a las inquietudes generadas en cuanto a la atención de salud y barreras de acceso administrativas a través de las oficinas de atención al usuario

101 Hospital Centro Oriente. Gestión local [Documento en CD ROM] Documento comportamiento de las enfermedades transmisibles. Localidad La Candelaria.2010.

102 Hospital Centro Oriente. Gestión local [Bases de datos. en CD ROM] Ámbito Familiar.2009

103 Hospital Centro Oriente. Documento. Marco situacional adulto mayor. Localidad La Candelaria. 2009

De manera general, estas problemáticas son causadas en primer orden por el mismo Sistema General de Seguridad Social, en el marco del derecho en salud o porque la población de desplazados no se encuentre en la base datos o no tiene carta vencida de Acción Social, por ejemplo cuando la ESE no le acepta la carta de retiro expedida por la EPS-C, debido a que aparece como afiliado activo en el Régimen Contributivo reportado en la Base de Datos del Fosyga. Igualmente porque los usuarios de otros territorios sin encuesta SISBEN en Bogotá figuran en la página Web de Planeación, con encuesta en otro Departamento.

En lo singular: Dificultad de acceso a servicios por inconsistencia en bases de datos, dificultades para prestación servicios POS, POS-S, o NO POS-S”. Trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio, tales como: No autorización de servicios por parte de la EPS-S argumentando que son eventos NO POS-S. Dificultades administrativas para la autorización de tratamientos argumentando inexistencia o no claridad en la definición de diagnósticos. Dificultad de la ESE para comunicarse con EPS-S, para autorización de servicios y usuario se traslada a SDS.

Desde lo particular: los (las) ciudadanos(as) no se reconocen como sujetos de derechos por lo que no gestionan la eliminación de las barreras de acceso que vulneran el derecho a la salud.

Potencialidades del territorio

- 1 IPS pública de primer nivel
- Copacos de HCO
- Asociación de usuarios HCO
- Consejos, redes y comités.

Las problemáticas anteriormente mencionadas en este territorio, dan lugar a la vulneración del siguiente grupo de derechos: Salud, educación, recreación y deporte, trabajo, vivienda, ambiente sano y seguridad.

Las temáticas contempladas en este núcleo son: servicios de salud poco amigables para las personas, barreras de acceso administrativas y físicas, desconocimiento de las personas como sujetos de derecho en salud.

Una de las problemáticas evidenciadas en las mesas de calidad de vida y salud es la desnutrición, contemplada en el siguiente núcleo.

Núcleo Problemático 5

Las condiciones socioeconómicas y culturales afectan la seguridad alimentaria y nutricional en la población de los 7 barrios de la localidad. Se presenta en las familias desnutrición aguda y crónica afectando el desarrollo físico e intelectual, especialmente en la etapa de ciclo vital Infancia, incidiendo en la salud y en la calidad de vida de estos habitantes, que ven vulnerados el derecho a la alimentación y a la nutrición.

Si bien es cierto que este territorio cuenta en un buen porcentaje con servicios públicos, aún existe un 10% de hogares que no cuentan con ellos. Esta situación, según lo reportado por Salud a su Casa, puede influir en la aparición de enfermedades infecto contagiosas, desnutrición temprana en los menores de cinco años y el posterior desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades coronarias, hipertensión arterial y caries dental.

En este último caso, es importante mencionar que a este territorio social aún no se llega con el programa Distrital, a cubrir todos los requerimientos de la población infantil y mucho menos de la juvenil. La desnutrición crónica puede estar relacionada con costumbres y hábitos alimentarios no acordes con las necesidades nutricionales, escasos recursos económicos y el consumo principalmente de alimentos del grupo 1 (cereales, tubérculos y plátanos) alimentos que son más accesibles a su capacidad económica.

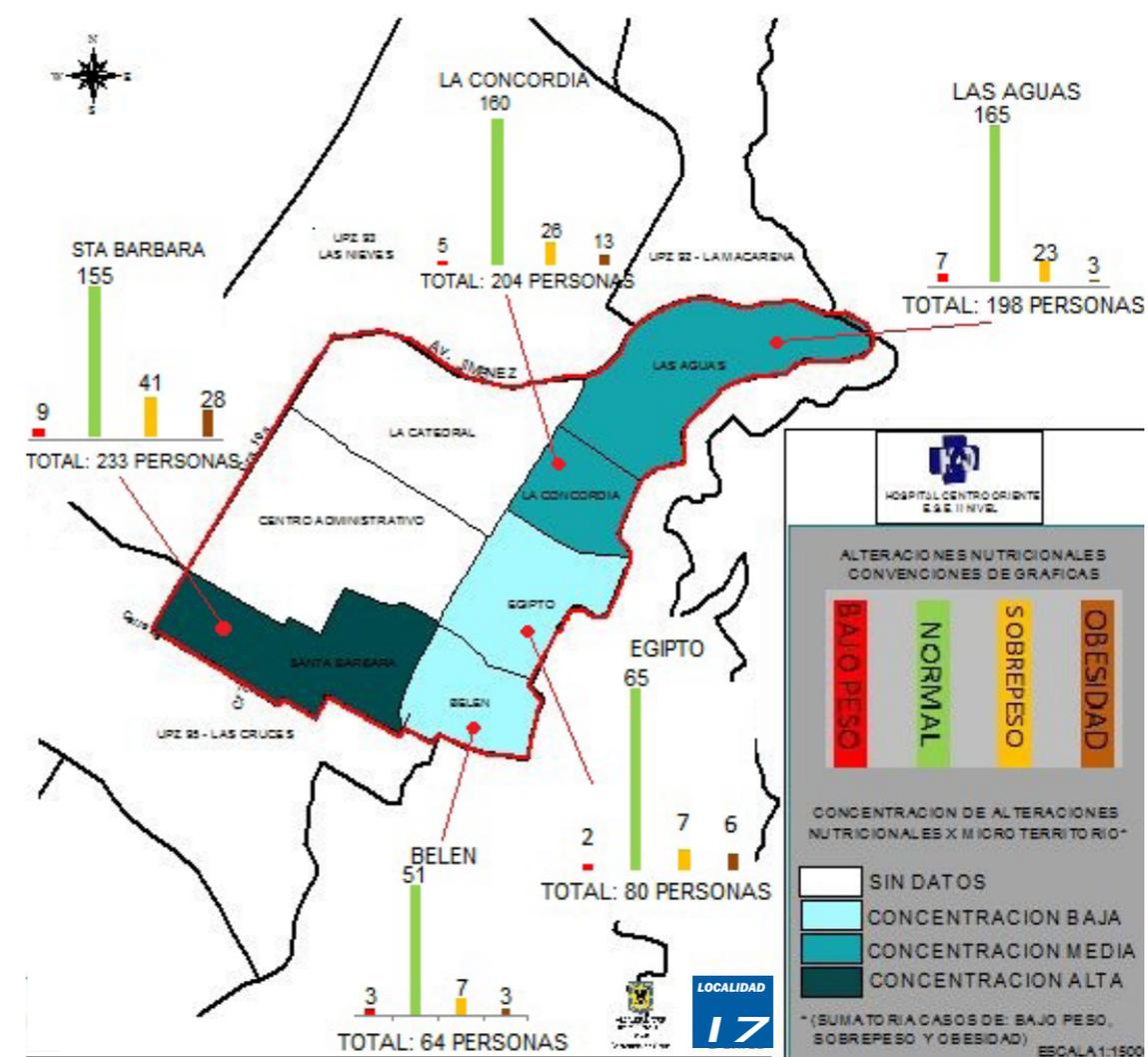
Estas problemáticas son causadas, en la dimensión singular, por las condiciones de fragilidad social de las familias que habitan este territorio, que no favorecen el acceso a la alimentación adecuada debido a los bajos ingresos, el desempleo, subempleo y empleo informal, alimentos costosos por intermediarios, aumento de hogares con malas condiciones socioeconómicas, malas prácticas de higiene, condiciones ambientales deficientes y hábitos alimentarios inadecuados que directamente inciden en el aprovechamiento biológico de los alimentos.

Las condiciones de precariedad sumadas a débiles redes de apoyo generan inseguridad alimentaria en especial a la población en situación de desplazamiento, donde se encontró desde Salud a su Casa que el 53% tuvo dificultades de dinero para comprar alimento la semana inmediatamente anterior a la visita inicial que desarrolla esta intervención. En esta población durante el 2008, se registraron 2 casos de desnutrición presentados en la población Infantil con edades comprendidas entre 1 y 14 años y por parte del Hospital Centro Oriente fueron atendidos 28 niños por desnutrición.

En el nivel particular, las causas son la falta de respuestas integrales por parte del Estado en el territorio, que conduzcan a mejorar el acceso a la alimentación, siendo las ofertas institucionales desarticuladas y de carácter paliativo, al punto que no inciden en las causas estructurales de estas situaciones; la dimensión general estaría dada por el modelo económico del gobierno que no favorece la justicia, la equidad y la distribución de la pobreza.

Cabe destacar que el territorio cuenta con cinco (5) comedores comunitarios (Mapa 10) los cuales prestan el servicio aproximadamente a 779 habitantes de la localidad, donde el 76.5% de los usuarios presentan un peso adecuado para la talla, el 13,3% sobrepeso y el 3.3% se encuentra con bajo peso, sin embargo, estos datos deben ser analizados cuidadosamente debido a que existe alta rotación de comunidad para este servicio de apoyo alimentario.

Mapa 10. Alteraciones nutricionales según reporte de comedores comunitarios. Localidad La Candelaria.



Fuente: Hospital Centro Oriente. SAN. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Las potencialidades del territorio en cuanto a acceso a la alimentación son:

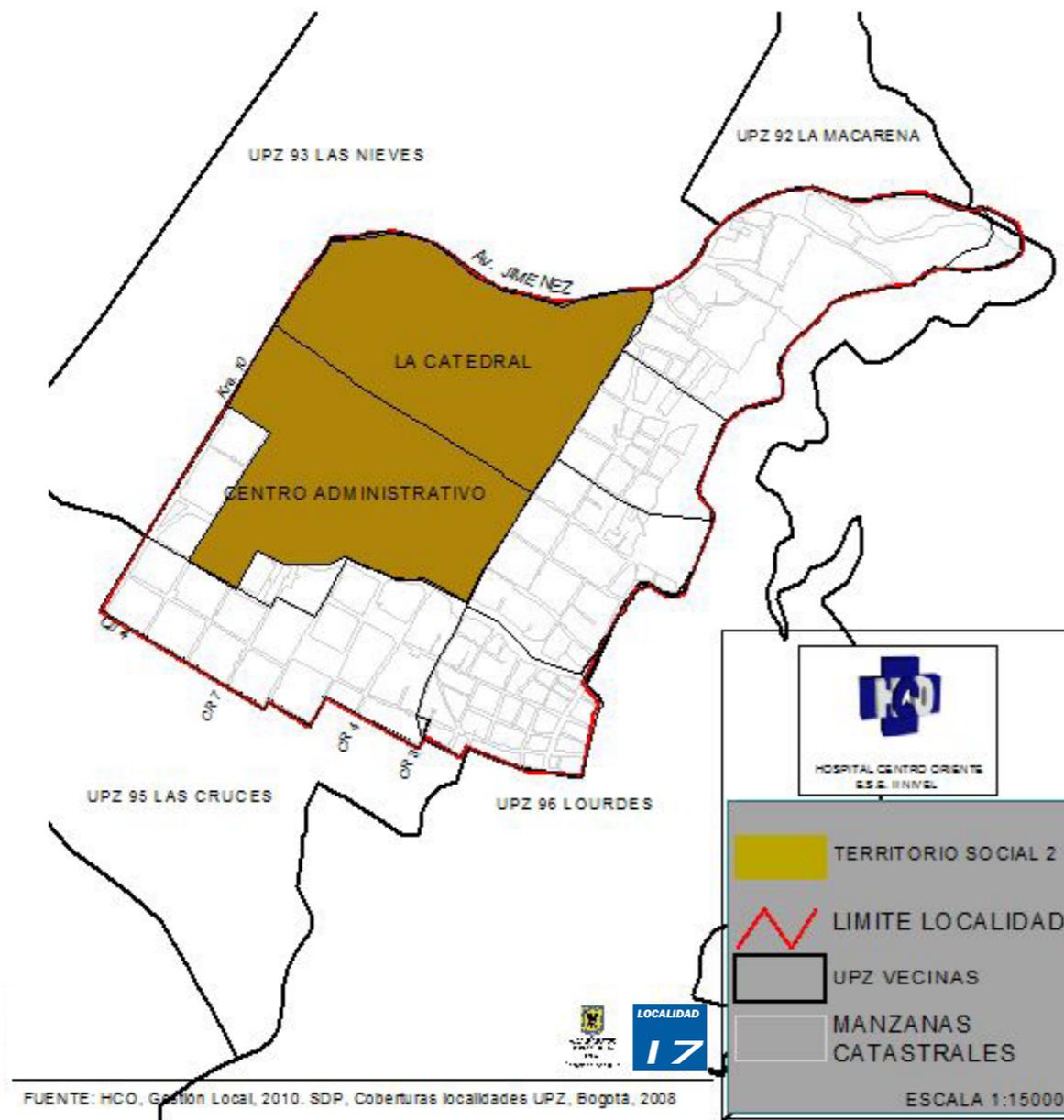
- Contar con supermercados y tiendas de barrio
- 5 Comedores comunitarios

Territorio Social 2

Ubicado en la parte occidental de la localidad y conformado por el Centro Administrativo y La Catedral (Mapa 11) este territorio está clasificado en los estratos 3 y 4, caracterizado por concentrar la oferta comercial, administrativa y financiera de la localidad, lo que atrae población flotante (300.000 personas x día aproximadamente). En él están ubicados también, centros educativos, culturales, microempresas, restaurantes, residencias, entidades gubernamentales y administrativas, microempresas, entre otros que hacen parte del centro histórico de la ciudad.¹⁰⁴

104 Narrativa Santa Fe Candelaria. Secretaría de Integración Social. 2009.

Mapa 11. Territorio social 2. Localidad La Candelaria.



Fuente: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local, 2010.

En este territorio se encuentra la plaza mayor conocida hoy como Plaza de Bolívar. A su alrededor se encuentran: El Capitolio Nacional (sede de Congreso de la República de Colombia), el Palacio de Justicia (sede de la Corte Suprema de Justicia), el Palacio Liévano (sede de la Alcaldía Mayor de Bogotá), la Catedral Primada de Bogotá y la Capilla del Sagrario. Además del Capitolio y del Palacio de Justicia se encuentran otras importantes sedes del poder nacional: La Casa de Nariño (sede de la Presidencia de la República y residencia presidencial) y el Palacio de San Carlos (sede de la Cancillería o Ministerio de Relaciones Internacionales).

Corresponde esta zona al micro territorio 1¹⁰⁵. Candelaria, conformado por los barrios Concordia,

105 Hospital Centro Oriente. Ámbito Familiar: Salud a su Casa. [Documento en CD ROM] Caracterización

Centro Administrativo (población flotante vulnerable) y Catedral (Condiciones favorables) con 4431 personas caracterizadas de las cuales 53,48 % eran mujeres y 46,51% hombres con una mayor concentración en el quinquenio de 5-9 años (12%) a diferencia del género femenino en donde la mayor concentración (10%) se da en mujeres jóvenes 20-24 años.

El 99% de los individuos del micro territorio no pertenecen a ninguna etnia, el 0.7% refirieron pertenecer a la etnia indígena y 1 persona refirió ser gitana, mientras el 1-5% correspondió a población en condición de desplazamiento y habitante de calle.

En cuanto a personas con alguna limitación, se identificaron 108 personas (45 hombres y 63 mujeres) con destacándose las etapas de ciclo vital Juventud y Adultez como las que presentaron el mayor número de personas en esta condición, lo que obliga a repensar las acciones llevadas a cabo en este tipo de población donde la vulnerabilidad se hace evidente.

A diferencia de otros microterritorios caracterizados, el 63% de las familias manifestaron vivir en casas o apartamentos (62%) la mayoría de ellos en arriendo y solo el 11% en cuartos alquilados. Las principales ocupaciones de los habitantes de este micro territorio son: empleados en diferentes empresas, y establecimientos dedicados a bares, artesanías, teatros y expendios minoristas, así como restaurantes y comercio en general.

Con relación a la ocupación, el 50% de la población caracterizada se definió como trabajador no calificado, ama de casa el 36%, ninguna ocupación (6%) y un 4% técnico o tecnólogo, el porcentaje restante está entre agricultor, profesional y profesional especializado; se observa un elevado porcentaje de personas sin competencias laborales específicas que al no ser incorporadas al empleo formal harán parte de la informalidad acarreado desperdicio de capital humano y problemáticas de todo tipo.

En este territorio, la etapa del ciclo vital Adulto lleva a cabo actividades productivas bien sea en el trabajo formal o informal, dado que esta etapa se identifica por ser la encargada del sostenimiento económico al interior del hogar. En este sentido, las cifras en esta localidad indican que la tasa de dependencia pueril es de 27 y por ancianidad de 11 por 100 personas de 15 a 64 años. Las condiciones de empleo informal no garantizan las condiciones mínimas de seguridad social, acceso a servicios de salud, vivienda y alimentación adecuadas, tiempos y espacios para el esparcimiento, crecimiento personal y el libre desarrollo del proyecto de vida. Si bien hay un nivel amplio de cobertura en aseguramiento en salud, se aprecia que sólo el 23% de los trabajadores por cuenta propia están afiliados, mientras que para asalariados llega al 66%. En las Unidades de Trabajo Informal (UTIs) de la localidad se ha encontrado que las personas no aceptan aseguramiento para no perder la cobertura del régimen subsidiado¹⁰⁶.

Al examinar los riesgos en las viviendas se observa que la mayoría de las construcciones son antiguas y arregladas para servir como vivienda y negocio, las infraestructuras son deficientes con escaleras en madera y techos altos y con tejados de barro, debido a esta situación son lugares de proliferación de vectores plaga, en algunas viviendas se tienen semovientes que salen a pastar a predios baldíos. La utilización de combustibles inflamables para cocinar en las habitaciones se convierte en riesgo para las personas que allí habitan.

Atreviesa este micro territorio una corriente de agua que proviene del barrio Turbay Ayala, ésta se ha convertido en fuente de contaminación al ser depósito de residuos sólidos situados por todo tipo de personas convirtiendo su ronda en foco de roedores, vectores y fuente de contaminación atmosférica, la contaminación visual (por los avisos) y auditiva producto de las actividades callejeras

micro territorio 1.Candelaria 2009

106 Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM]Marco situacional del adulto. Localidad Candelaria.2010

como las ventas ambulantes y bares o sitios de esparcimiento hacen de este microterritorio un lugar poco satisfactorio para vivir.

Este territorio está clasificado como de estratos 3 y 4, determinado por centralizar la oferta comercial, administrativa y financiera de la localidad, lo que atrae población flotante (300.000 personas x día aproximadamente). En él están ubicados también, centros educativos, culturales, microempresas, restaurantes, residencias, microempresas, entre otros que hacen parte del centro histórico de la ciudad.¹⁰⁷

La problemática de basuras es una constante en la localidad, principalmente en este territorio debido a la alta afluencia de población flotante, sumado a la falta de corresponsabilidad de algunos residentes y comerciantes que sacan las basuras en horarios diferentes a los establecidos por las empresas recolectoras; dichos residuos son aprovechados en el espacio público por habitantes de calle y recicladores, lo que hace que la ciudadanía perciba como inseguro y poco saludable el entorno. Al mismo tiempo el manejo inadecuado de las mascotas por parte de dueños y cuidadores, ocasiona desmejoramiento de los sitios por donde transitan las personas, Adicionalmente la presencia de bares y sitios de diversión en este territorio crea malestar, ya sea por la contaminación auditiva o visual, el consumo de licor y otras sustancias y por el uso inadecuado de las unidades sanitarias, debido al uso de las calles como baños públicos por algunas personas que transitan por la localidad.

La afluencia de automotores en este sector del centro de la ciudad genera congestión y aglomeración, facilitando la ocurrencia de delitos como raponazo, fleteo y cosquilleo en el día y atraco en la noche, hurto a establecimiento comercial (atraco o descuido en el día y en la noche con violación de chapas o utilización de llaves maestras) y hurto a vehículos y motos (halado en el día y atracos en la noche), entre otros.¹⁰⁸

Teniendo en cuenta el aumento de esperanza de vida al nacer en la localidad, que es de 77,6 años,

(Hombres 71,9 años y mujeres 74,7 años), la alta tasa de fecundidad y el porcentaje elevado de adultos (49%) se hace necesario el análisis de las relaciones generacionales en este territorio.

Se evidencia en este territorio social trabajo infantil y juvenil, donde los menores pueden estar como acompañantes de sus mayores sin ejercer la labor como vendedores, exponiéndose a las adversidades del clima y/o accidentes relacionados con las labores de vendedores ambulantes y/o ayudantes en oficios varios, convirtiéndose en menores trabajadores, situación que no es acorde a su etapa de ciclo vital. Así se vulneran sus derechos como niños y ciudadanos; estos menores están en evidente fragilidad al estar expuestos a procesos productivos diseñados para adultos, con consecuencias físicas y mentales temporales o permanente.

Desde ámbito laboral del Hospital, se ha visibilizado que en la localidad la actividad laboral de los jóvenes es más informal que formal, de acuerdo a la forma de vinculación laboral de estos trabajadores, predominando el contrato verbal con baja remuneración y falta de afiliación al régimen de seguridad social¹⁰⁹.

Los jóvenes se desempeñan en labores no calificadas, recibiendo salarios inferiores al mínimo legal. Frente al riesgo psicosocial se observa una alta incidencia debido a sentimiento de abandono

¹⁰⁷ Secretaría de Integración Social. Documento Narrativa Santa Fe -Candelaria. 2009.

¹⁰⁸ Plan Integral de Seguridad y Convivencia Para Bogotá 2009-2019 "Caracterización de Seguridad y Convivencia Zona Centro". Documento en línea www.saludcapital.gov.co/.../territorios%20gsi%20%20candelaria%202010. [consulta :7 sep 2010]

¹⁰⁹ Hospital Centro Oriente. Gestión Local. [Documento en CD ROM]. Descriptiva tomada de los ejercicios realizados con los jóvenes en el segundo semestre de 2009.

y a la falta de oportunidades, los procesos de solicitud de vinculación a programas de capacitación en el SENA a través del Programa Jóvenes en Acción son complicados y son atendidos por muy pocos funcionarios en las UAO. Entornos inseguros y agresivos y falta de condiciones mínimas de vivienda, alimentación, salud y las obligaciones y compromisos familiares. Las mujeres laboran 42 horas semanales, los hombres 28 en las UTIS identificadas.

La inseguridad económica afecta el ejercicio de los deberes y derechos a todos los jóvenes y adultos junto a sus familias, que principalmente representan la fuerza productiva en la población en situación de desplazamiento. Un 50% de hombres y mujeres se encuentran desempleados. Del restante, quienes no están empleados por jornal por poca remuneración, se dedican a las ventas ambulantes, a la producción y venta de artesanías o alimentos¹¹⁰

En el caso del adulto mayor, estos ciudadanos son rotulados con envejecimiento laboral no aptos para trabajar ni productivos para la sociedad, perdiendo la posibilidad de aportar a los ingresos familiares, convirtiéndose en dependientes de sus familias o del Estado.¹¹¹ Se registra un aumento de las condiciones de pobreza según datos de Salud a su Casa 2008. Un total de 763 personas mayores caracterizadas no cuentan con generación de ingresos, lo que desencadena la presencia de necesidades sociales como la acentuación del desempleo por imaginarios y percepciones de la sociedad, que estigmatiza el "ser viejo" como sinónimo de ineficacia en un mundo capitalista y donde solo tiene cabida la participación desde el punto de vista de la "productividad económica", excluyendo a las personas mayores de cualquier forma de vinculación laboral, lo cual genera otra de las problemáticas identificadas en esta zona de la localidad como es la discriminación a todo nivel, de las personas mayores que se asocia con la categoría de identidad.

Desde lo analizado por el Proyecto de desarrollo de autonomía en salud mental, las situaciones antes mencionadas, generan consecuencias que afectan la salud mental e integridad del adulto mayor apareciendo el aislamiento, la sensación de inutilidad, permanencia de enfermedades físicas en ellos que disminuyen en un alto índice su bienestar y condición psíquica, y los llevan a asumir un rol de víctimas, huyendo de sí mismos y refugiándose en los otros, en los discursos de los demás que dictan como salvarse.

Como se había mencionado antes, otra de las características que identifica a la persona mayor de la localidad de La Candelaria es que ocupa dos posiciones extremas, o se encuentra en abandono o subsiste en condiciones de dependencia económica. En el primer caso, sobrevive por sus propios medios a través de pensiones mínimas en el mejor de los casos y en otros con bonos, que hacen rendir hasta para el pago del arriendo, en muchas ocasiones en inquilinatos, que cuentan con condiciones higiénicas inadecuadas. En el segundo caso, el adulto mayor depende económicamente de su familia, ocupando un puesto de precariedad en los hogares anteriormente descritos y donde debe desempeñarse como cuidador o ejercer oficios domésticos para no sentirse como una carga familiar. Se describe que del total de población Persona Mayor identificada en la base de datos de Salud a su Casa (SASC), el 28% se desempeñan como trabajadores en la familia sin remuneración y como trabajador independiente o por cuenta propia respectivamente. Lo que aduce que el 62% de la población persona mayor, sus oportunidades laborales se ubican en la informalidad y en condiciones precarias.

Las enfermedades crónicas que aumentan debido a inadecuados estilos de vida, malos hábitos alimenticios, condición económica deteriorada (423 personas mayores) y viviendas en condiciones desfavorables. Según datos de Salud a su Casa, en el 2008, un total de 109 personas mayores debieron reducir semanalmente sus alimentos y lo que consumen no tiene las condiciones adecuadas. El problema de contaminación por ruido debido a deficiencias específicas del tráfico automotor y a la

¹¹⁰ Unidad de análisis ámbito laboral 2010.

¹¹¹ Hospital Centro Oriente. Gestión Local. [Documento en CD ROM] Marco situacional del adulto mayor. 2010.

demanda de movilidad ineficientemente tratada, excesiva y creciente en especial por las carreras décima, séptima, cuarta y quinta, genera deterioro de la calidad del aire, manifestado esto en las causas de consulta Enfermedad Respiratoria aguda (ERA) 273 casos en adultos mayores.

Desde las primeras causas de consulta externa para esta población se diagnosticaron 149 persona con hipertensión arterial, 17 con enfermedad pulmonar obstructiva crónica 17 y 10 con diabetes para un total de 176 personas. Para las enfermedades transmisibles como tuberculosis en el ciclo vital Persona Mayor, se especificaron dos personas con esta patología en la localidad.

Para el adulto mayor, él 52% de la población del territorio social 2 , pertenecen al régimen subsidiado, seguido por el 30% que están en el Fondo Financiero Distrital, y un 17% pertenece al régimen contributivo dentro del micro territorio. Fuente Base de datos SASH 2007.

En cuanto a los servicios públicos, la localidad cuenta con la mayoría de estos recursos.

A continuación se describe uno de los núcleos identificados tanto para el territorio 2 como para el territorio 1:

Núcleo Problemático 6

En los territorio sociales 1 y 2, en los barrios, Belén, Egipto, Centro Administrativo y Santa Bárbara se evidencia una problemática de alta dependencia económica, desempleo y trabajo informal que afecta la calidad de vida de Jóvenes y Adultos con bajo nivel educativo, adultos y adultos mayores que se encuentran solos y dependen económicamente de sus familias, vendedores informales que se ubican en vías aledañas a los sectores comerciales de la localidad generando incapacidad de satisfacer sus necesidades básicas, lo que ocasiona entre otras consecuencias pérdida de la autonomía vulnerándose en ellos el derecho al trabajo, a la nutrición y a la justicia.

La localidad de La Candelaria cuenta con un tejido empresarial de base microempresarial. El 92,6% de las empresas registradas en la localidad son micro, concentradas en el comercio 41%, que representó el centro de la economía local; el 13%, servicios inmobiliarios y de alquiler; el 15%, industria; el 12% restaurantes y hoteles; el 6%, transporte, almacenamiento y comunicaciones.

Se evidencia que la localidad es más informal que formal debido a la forma de vinculación laboral de los trabajadores, lo cual parte del destajo o contratación verbal como también baja remuneración, temor a la afiliación al SGSSS, ARP, falta de seguridad, condiciones precarias del desarrollo de las actividades productivas laborales, rotación frecuente del personal de trabajadores, falta del sentido de pertenencia debido a la residencia en otras localidades, falta de capacitación de instituciones distritales, desconocimiento frente a los proyectos y oportunidades intersectoriales de la localidad, falta de oportunidad a la financiación para la libre empresa, la ejecución del Plan Centro actualmente afecta la comercialización de los pequeños empresarios de las diferentes actividades económicas de artes gráficas. La informalidad se relaciona con ingresos mensuales bajos y falta de seguridad social en salud.¹¹²

El panorama es complicado para los adultos y adultas en general, haciéndose más difícil para personas en circunstancias especiales como es el caso de la población discapacitada, el 25,6% de la cual tiene incapacidad permanente para trabajar y no cuenta con pensión, tan sólo 4,2% cuenta con pensión y apenas el 20% se considera económicamente activa . Entre las personas discapacitadas que trabajan en la localidad, la siguiente es la distribución por rama de actividad:

Si se considera la población étnica y en situación de desplazamiento, aunque no está documentada en cifras se ha identificado que sus formas de trabajo son la venta de artesanías, medicina botánica, venta de fantasía y bisutería y el trabajo doméstico.

112 Hospital Centro Oriente. Gestión Local. [Documento en CD ROM] Diagnóstico red de los trabajadores localidad Candelaria.2010

La Localidad de Candelaria posee varios factores para acoger adultos con niños y niñas trabajadores ya que por ser el principal Centro Histórico de Bogotá se ubican trabajadores informales provenientes en su mayoría de los barrios La Catedral, Centro Administrativo, Egipto, Santa Bárbara y Belén, dedicados a la venta de diferentes tipos de mercancías como dulces, minutos y frutas. Los niños/niñas caracterizados desde el ámbito laboral por lo general están como acompañantes de estas personas en la contra jornada escolar.

Se identificaron 146 niños, niñas y jóvenes trabajadores, de ellos 83 corresponden al sexo masculino y 63 al femenino, llama la atención que en ésta localidad, los niños que participan del trabajo infantil se inician desde edades tempranas especialmente en reciclaje, ventas ambulantes, y oficios domésticos.

En cuanto a la situación de los jóvenes en condiciones laborales en la localidad, en el año 2007 se presentó una tasa general de ocupación del 47.53% muy cercana al promedio de la ciudad que fue de 47.59. La tasa de ocupación de los jóvenes menores de 17 años es de 1.76% y para los jóvenes de 18 a 24 años es de 38.72%. Estos dos rangos de edad con sus diferentes cifras implican diferentes problemáticas. Primero para los jóvenes menores las condiciones generales de sus trabajos son precarias, en tanto por su informalidad no tienen garantías de trabajo, se encuentran expuestos a condiciones de riesgo y es un factor asociado a la deserción escolar. Desde la caracterización del ámbito laboral para la vigencia 2009 fueron caracterizados 64 adolescentes en condiciones laborales que desempeñaban en su orden actividades de venta ambulante, ayudantes de carpintería, pintura o mecánica y comercio al por menor. El predominio de jóvenes hombres en situación laboral, de acuerdo con la caracterización de Salud a su Casa, se explica por el carácter de los oficios desempeñados por las adolescentes como cuidadoras, artesanas o en labores domésticas lo que dificulta su visibilización.

Una de las principales necesidades identificadas en la población adulta de la localidad es la de conseguir los recursos necesarios para satisfacer las necesidades propias y las de sus familias. Esta situación se manifiesta con la relación de dependencia; por cada persona económicamente activa hay dependientes 39 niños menores de 15 años y 11 ancianos mayores de 64 años para esta localidad. La posibilidad de cumplir el rol económico deseado depende de las condiciones de empleo tanto Distritales como locales. Para esta localidad, la tasa de ocupación es más alta para hombres que para mujeres (55.2%% frente a 40.60) y es más alta para personas de 25 a 44 años que para las de 45 a 64 años, con 70,22% y 54,56 respectivamente.

En el informe del Ámbito Laboral (2009) encontramos que hay una mayor concentración de ocupación de trabajadores de la localidad en el sector de Artes Gráficas; haciendo un estudio detallado con sesenta (60) Unidades de Trabajo Informal (UTIS), que se caracterizan por ser pequeños comerciantes que se han establecido en centros de artes gráficas, desempeñando labores tanto administrativas como operativas. Las condiciones de trabajo son muy deficientes ya que en su diario laborar se encuentran enfrentados a diferentes tipos de riesgos (químico, físico, ergonómico, locativo y mecánico).

Según la apreciación del PDA Salud Mental, la exclusión del adulto mayor del ámbito laboral por las razones expresadas antes ha generado consecuencias que afectan su salud mental e integridad, apareciendo el aislamiento, la inutilidad, permanencia de enfermedades físicas en ellos que disminuyen en un alto índice su bienestar y condición psíquica, involucrando al ser humano a asumirse como víctima huyendo de sí mismo y depositándose en los otros, en los discursos de los demás que dictan como salvarse.

Por tanto los derechos que se consideran afectados son: Trabajo, vivienda, seguridad económica, seguridad alimentaria y justicia.

Estas problemáticas son causadas; en el nivel singular por condiciones de fragilidad social de los territorios 1 y 2, el poblamiento histórico del territorio por familias de tradición campesina, el bajo nivel educativo en las personas jóvenes que se ven forzadas a aceptar empleos de menor calidad, tasa de desempleo se relaciona negativamente con los grupos de edad., Las condiciones económicas de las familias que favorecen la vinculación de los niños y jóvenes al mercado laboral.

En el nivel particular, las causas se relacionan con las reformas laborales, créditos para emprendedores de difícil acceso y respuestas del estado, estas últimas fraccionadas, desintegradas e insuficientes para la problemática presentada.

En el nivel general, el sistema educativo forma para la consecución de empleo y no para generar empleo, la tradición cultural de la informalidad “está principalmente determinada por otras características tales como la ausencia de registros contables, el no pago de impuestos y contribuciones parafiscales y el bajo monto de los activos¹¹³.

Potencialidades del territorio

- Centro de desarrollo comunitario Lourdes (Secretaría para la Integración Social)
- Instituciones para la economía social IPES
- Acopi
- Junta Administradora Local
- Subdirección Local de Integración Social
- Hospital Centro Oriente
- Dansocial
- Idiprom

Núcleo Problemático 7

La subutilización de los parques y de sitios de esparcimiento para el disfrute del ocio recreativo en los territorios sociales 1,2 y 3, generada por la situación de inseguridad, consumo de sustancias psicoactivas por parte de ciudadanos de calle, condiciones deficientes de aseo y el desconocimiento de las ofertas recreo-deportivas institucionales vulneran el derecho a la recreación, ambiente sano y cultura en los y las habitantes de este sector.

Buena parte del imaginario nacional que hay sobre La Candelaria, descansa sobre la generosa dotación de equipamientos. Se reconoce como el sector que preserva la memoria colectiva y las tradiciones y que propicia la creatividad y la expresión artística. Los equipamientos de cultura se clasifican en tres subsectores: Espacios de expresión, que se refieren a las dotaciones para la presentación de espectáculos artísticos y de las expresiones culturales.

Los equipamientos dedicados a la memoria colectiva y el avance cultural. Son aquellos donde se depositan en forma permanente los objetos representativos de la memoria colectiva y el avance

cultural, científico, tecnológico y artístico, y los equipamientos de encuentro para la cohesión social, que se pueden llevar a cabo en los equipamientos destinados a apoyar la organización social y la expresión colectiva a escala barrial, de la comunidad en general o de grupos específicos. Se considera que la cultura constituye uno de los ejes de trabajo y una fuente de orgullo e identificación básica de la localidad de La Candelaria.

En la localidad de La Candelaria encontramos: un archivo, 15 bibliotecas, una casa de la cultura, 14 centros culturales y artísticos, un centro de ciencia y tecnología, una hemeroteca, 17 museos, una sala de cine, una sala de conciertos, 3 salones comunales y 17 teatros¹¹⁴

La localidad tiene dieciséis parques con un área total de 35.254,2 m2, que corresponde únicamente al 1,9% del área total de la UPZ (tabla 21). La relación es de aproximadamente 1,3 m2 por habitante, considerado bajo dado que el estándar internacional es de 10 m2, ubicándola en el decimotercero lugar frente a las otras 19 localidades. Adicionalmente, se encuentra en la última posición en cuanto al número de parques.

En general podemos decir que las zonas verdes son escasas, por las características de su trazado y construcción colonial; estas zonas han sido construidas y adecuadas con un propósito recreativo. Las zonas verdes de las actuales construcciones, consisten en su mayoría en grandes solares ubicados en la parte trasera, atractivos por la gran variedad de árboles que se encuentran como cerezos y urapanes, entre otros.

La localidad no cuenta con parques metropolitanos, urbanos o escenarios deportivos, pero si con parques zonales y parques de bolsillo. Los parques zonales, son áreas libres con una dimensión variable, destinada a la satisfacción de necesidades de recreación activa y pasiva de un grupo de barrios. Entre los cuales encontramos al parque de La Concordia está ubicado en la calle 5ª con Carrera 5ª. Los parques de bolsillo, son hectáreas destinadas al desarrollo de usos recreativos activos y pasivos y a la generación de valores paisajísticos y ambientales, entre los más importantes se encuentran uno en La Candelaria y 2 en Las Aguas, ubicados en las siguientes direcciones: Calle 11 Carrera 4; Calle 8 Carrera 3; Calle 7 Carrera 2 – 3; Avenida Jiménez Carrera 2; y Avenida Jiménez Carrera 17.

En el caso de los jóvenes, las posibilidades para la realización de la actividad física, depende de los escenarios deportivos donde la localidad cuenta con tres parques: el Talento, La Concordia y Polideportivo Santa Fe. Hay que anotar que estos parques no constituyen en gran parte zonas verdes y son insuficientes para las necesidades de la población joven de la localidad. Los jóvenes refieren que la mayor parte de los colegios no tienen áreas suficientes para la recreación, ni la asignatura de educación física es considerada con la misma importancia que las demás y en algunos casos no hay maestro contratado para ella.

El rol fundamental de la Adulthood en el territorio, está relacionado con el soporte socio económico, razón por la cual dispone de poco tiempo calificable como de ocio recreativo, se vincula poco a prácticas deportivas y no hay suficientes espacios físicos disponibles ni programas de actividad física específicos. A los espacios de actividad física les falta de mantenimiento y existe inseguridad por microtráfico de sustancias psicoactivas. En cuanto a programas recreativos del Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD) solo se tienen en cuenta los ciclos de Infancia, Juventud y Persona Mayor, desconociendo en todo sentido las necesidades y disponibilidad de tiempo de las personas adultas de la localidad de La Candelaria.

Las personas mayores de la localidad, no tiene un buen manejo del tiempo libre pues se dedican a actividades relacionadas con el cuidado de otros miembros de la familia. Los programas existentes que aportan a la ocupación de tiempo libre no tienen buena difusión o por el contrario falta motivación para asistir a estas actividades.

113 Instituto para la Economía Social IPES. (2008). *El sector informal y los micro-establecimientos en Bogotá*. En http://www.ipes.gov.co/pa_vendedores.aspx. Población Atendida: Vendedores informales.

114 Hospital Centro Oriente. *Gestión Local*. [Documento en CD ROM] Diagnóstico actividad física.2009

El ocio y la recreación en las personas mayores va algo más allá de lo simplemente personal; en cuanto al empleo del tiempo libre ha de entenderse como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la autonomía, lo cual contribuye al desarrollo de estilos de vida saludables influyendo positivamente en la calidad de vida y salud.

La gran mayoría de las personas mayores no sienten motivación para la participación en las actividades lúdicas que se programan desde el nivel local y distrital, por falta de continuidad de los procesos.

Los programas que ofrece en ocasiones no tienen el mayor impacto por que las estrategias comunicativas no son suficientes para la divulgación de las actividades físicas y recreativas.

La problemática antes mencionada es causada por varios factores entre ellos: El índice de Espacio Público local x Hab. para Candelaria es de 13.55 que incluye malla vial local e intermedia) y por el índice de Espacio Público local x Hab. (Incluye parques locales y plazas) para Candelaria es de 1.82, uno de los más pequeños en el Distrito.

Esta situación deficitaria de espacio público se agrava, entre otras razones, por la percepción sobre las causas de inseguridad, en la cual las malas condiciones del reducido espacio aparecen como una variable importante. A la situación anteriormente mencionada, se suma el fenómeno de la ocupación e invasión del espacio público por ciudadanos en diversas modalidades.

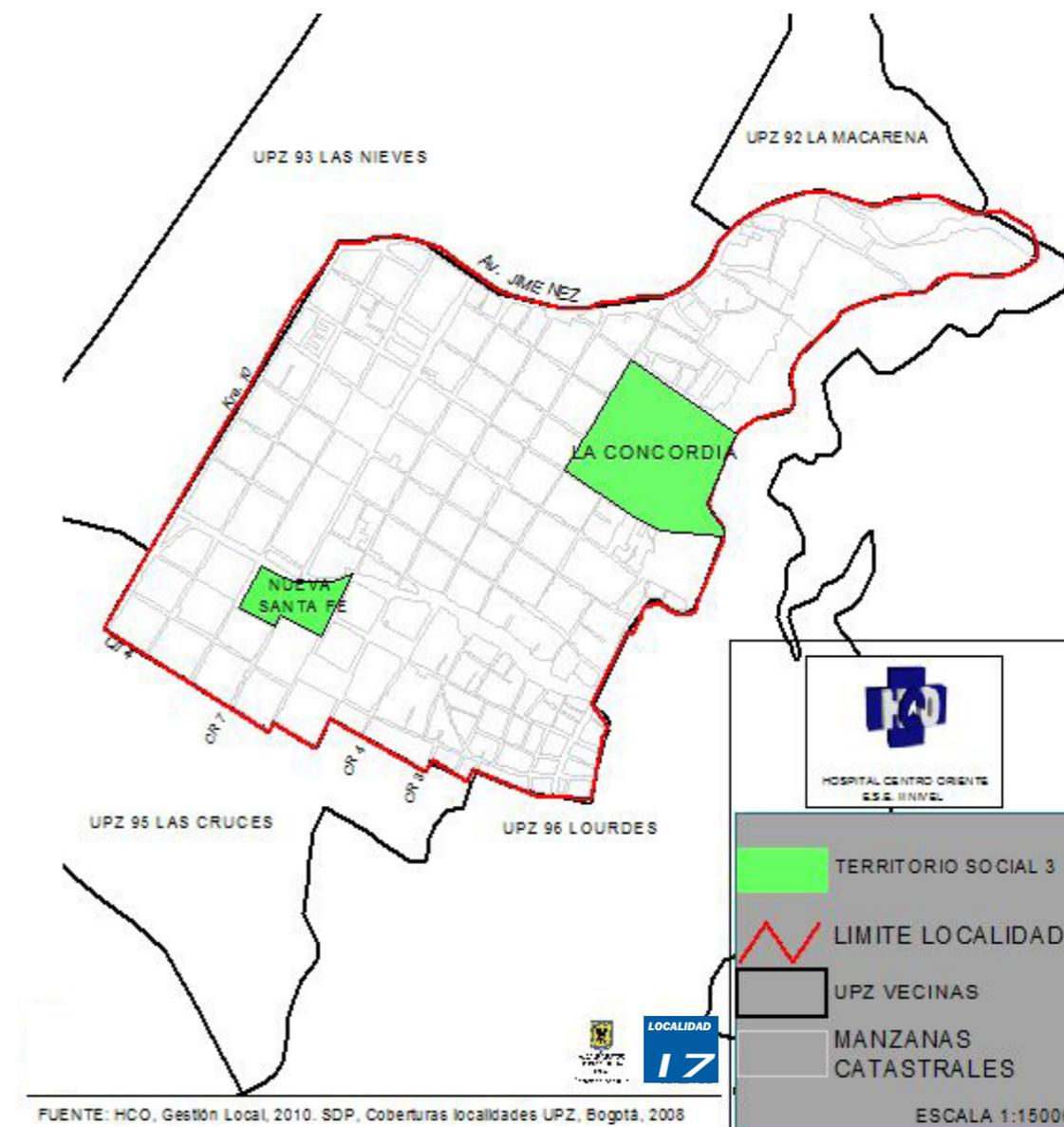
Como potencialidades del territorio es necesario resaltar que cuenta con dos casas culturales y comunitarias del Fondo de Desarrollo Local y organizaciones sociales, cuya labor se conjuga en promover la participación, el desarrollo de capacidades y el aprovechamiento del tiempo libre con actividades que les permiten socializar, crear redes y en general actividades que garantizan sus derechos. Se ha evidenciado un alto índice de participación de los niños y las niñas de este territorio en el Consejo Local de Niños, como marco metodológico para el accionar de la infancia.

Por tanto, los derechos vulnerados se relacionan con: derecho a la recreación y cultura, la vulneración de éste se expresa en falta de espacios para actividades lúdicas y deportivas para todas las edades y el no reconocimiento del derecho al juego para los niños y las niñas. En la localidad se concentra un importante porcentaje de la oferta cultural de la ciudad, pero ésta no es accesible para gran parte de los habitantes por los costos y por la falta de programas educativos para toda la población orientados a superar la pobreza espiritual y a mostrar alternativas de disfrute del tiempo.

Territorio Social 3

Está ubicado en la zona sur y oriental de la localidad, comprende los barrios La Concordia, Las Aguas y Nueva Santa Fe, de estratos 3 y 4. (Mapa 12).

Mapa 12 Territorio social 3. Localidad La Candelaria.



Fuente: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local, 2009.

Este territorio denominado de condiciones favorables por cuanto allí fundamentalmente se ubican habitantes con ingresos económicos medios o altos, al igual que la mayoría de población que asiste a esta zona, sus principales inconvenientes son los problemas relacionados con la contaminación producida por los vehículos y por las basuras generadas por ciudadanos y ciudadanas que transitan el lugar.

Aun cuando en este territorio se encuentra ubicado el barrio La Concordia, se debe resaltar que en este barrio hay población con una serie de problemáticas sociales que lo asemejan al territorio social 1, lo que ha hecho que allí se desarrolle una importante intervención institucional. Como lo plantea la caracterización de las mesas territoriales del HCO, el barrio presenta viviendas

deterioradas con riesgo de caerse por sus años de uso, existe desarrollo de comercio formal e informal, inquilinatos y hogares en hacinamiento, consumo de sustancias psicoactivas, desnutrición en gestantes y niños y niñas menores de 5 años y también comercio, tiendas de artesanías y viviendas arrendadas a universitarios. Estas características permiten visualizar condiciones de inequidad frente a otros habitantes del territorio y del mismo barrio pues mientras algunos tienen condiciones de vida favorables, con viviendas cómodas, otras viven en situación precaria y en hacinamiento.¹¹⁵

Algunos niños y jóvenes de esta zona, están a cargo de cuidadores y/o familiares, viéndose abocados a la ausencia permanente de los padres, expuestos a condiciones de riesgo y a la no asistencia escolar y/o deserción temprana, la cual se presenta en general para la localidad entre los grados octavo y noveno, además no cuentan con espacios para la recreación; por lo cual actividades deportivas están prácticamente ausentes en todas las etapas de ciclo vital y principalmente en la de Adulto y Persona Mayor, llevándolos al sedentarismo, a la aparición temprana de enfermedades crónicas y a ejercer su rol como cuidadores de sus residencias y familiares, lo cual marca una gran inequidad en lo que se hace y lo que deber ser, como lo es el madre solterismo y padre solterismo, que hace que se vean obligados a asumir a solas la responsabilidad de la crianza y el sostenimiento familiar.

Núcleo Problemático 7

La subutilización de los parques y de sitios de esparcimiento para el disfrute del ocio recreativo en los territorios sociales 1,2 y 3, generada por la situación de inseguridad, consumo de sustancias psicoactivas por parte de ciudadanos de calle, condiciones deficientes de aseo y el desconocimiento de las ofertas recreo-deportivas institucionales vulneran el derecho a la recreación, ambiente sano y cultura en los y las habitantes de este sector.

Buena parte del imaginario nacional que hay sobre La Candelaria, descansa sobre la generosa dotación de equipamientos. Se reconoce como el sector que preserva la memoria colectiva y las tradiciones y que propicia la creatividad y la expresión artística. Los equipamientos de cultura se clasifican en tres subsectores: Espacios de expresión, que se refieren a las dotaciones para la presentación de espectáculos artísticos y de las expresiones culturales.

Los equipamientos dedicados a la memoria colectiva y el avance cultural. Son aquellos donde se depositan en forma permanente los objetos representativos de la memoria colectiva y el avance cultural, científico, tecnológico y artístico, y los equipamientos de encuentro para la cohesión social, que se pueden llevar a cabo en los equipamientos destinados a apoyar la organización social y la expresión colectiva a escala barrial, de la comunidad en general o de grupos específicos. Se considera que la cultura constituye uno de los ejes de trabajo y una fuente de orgullo e identificación básica de la localidad de La Candelaria.

En la localidad de La Candelaria encontramos: un archivo, 15 bibliotecas, una casa de la cultura, 14 centros culturales y artísticos, un centro de ciencia y tecnología, una hemeroteca, 17 museos, una sala de cine, una sala de conciertos, 3 salones comunales y 17 teatros¹¹⁶

La localidad tiene dieciséis parques con un área total de 35.254,2 m², que corresponde únicamente al 1,9% del área total de la UPZ (tabla 21). La relación es de aproximadamente 1,3 m² por habitante, considerado bajo dado que el estándar internacional es de 10 m², ubicándola en el decimotercero lugar frente a las otras 19 localidades. Adicionalmente, se encuentra en la última posición en cuanto al número de parques.

¹¹⁵ Secretaría de Integración Social. Narrativa Santa Fe Candelaria. 2009.

¹¹⁶ Hospital Centro Oriente. Gestión Local. [Documento en CD ROM] Diagnóstico actividad física.2009

En general podemos decir que las zonas verdes son escasas, por las características de su trazado y construcción colonial; estas zonas han sido construidas y adecuadas con un propósito recreativo. Las zonas verdes de las actuales construcciones, consisten en su mayoría en grandes solares ubicados en la parte trasera, atractivos por la gran variedad de árboles que se encuentran como cerezos y urapanes, entre otros.

La localidad no cuenta con parques metropolitanos, urbanos o escenarios deportivos, pero si con parques zonales y parques de bolsillo. Los parques zonales, son áreas libres con una dimensión variable, destinada a la satisfacción de necesidades de recreación activa y pasiva de un grupo de barrios. Entre los cuales encontramos al parque de La Concordia está ubicado en la calle 5ª con Carrera 5ª. Los parques de bolsillo, son hectáreas destinadas al desarrollo de usos recreativos activos y pasivos y a la generación de valores paisajísticos y ambientales, entre los más importantes se encuentran uno en La Candelaria y 2 en Las Aguas, ubicados en las siguientes direcciones: Calle 11 Carrera 4; Calle 8 Carrera 3; Calle 7 Carrera 2 – 3; Avenida Jiménez Carrera 2; y Avenida Jiménez Calle 17.

En el caso de los jóvenes, las posibilidades para la realización de la actividad física, depende de los escenarios deportivos donde la localidad cuenta con tres parques: el Talento, La Concordia y Polideportivo Santa Fe. Hay que anotar que estos parques no constituyen en gran parte zonas verdes y son insuficientes para las necesidades de la población joven de la localidad. Los jóvenes refieren que la mayor parte de los colegios no tienen áreas suficientes para la recreación ni la asignatura de educación física es considerada con la misma importancia que las demás y en algunos casos no hay maestro contratado para ella.

El rol fundamental de la adultez en el territorio, está relacionado con el soporte socio económico, razón por la cual dispone de poco tiempo calificable como de ocio recreativo, se vincula poco a prácticas deportivas y no hay suficientes espacios físicos disponibles ni programas de actividad física específicos. A los espacios de actividad física les falta de mantenimiento y existe inseguridad por micrográfica de sustancias psicoactivas. En cuanto a programas recreativos del Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD) solo se tienen en cuenta los ciclos de infancia, juventud y persona mayor; desconociendo en todo sentido las necesidades y disponibilidad de tiempo de las personas adultas de la localidad de La Candelaria.

Las personas mayores de la localidad, no tiene un buen manejo del tiempo libre pues se dedican a actividades relacionadas con el cuidado de otros miembros de la familia. Los programas existentes que aportan a la ocupación de tiempo libre no tiene buena difusión o por el contrario falta motivación para asistir a estas actividades.

El ocio y la recreación en las personas mayores, son algo más allá de lo simple personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de entenderse como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la autonomía, lo cual contribuye al desarrollo de estilos de vida saludable influyendo positivamente en la calidad de Vida y salud.

La gran mayoría de las personas mayores no sienten motivación para la participación en las actividades lúdicas que se programan desde el nivel local y distrital, por falta de continuidad de los procesos.

Los programas que ofrece en ocasiones no tienen el mayor impacto por que las estrategias comunicativas no son suficientes para la divulgación de las actividades físicas y recreativas.

La problemática antes mencionada, es causada por varios factores entre ellos: El índice de Espacio Público local x Hab. para Candelaria es de 13.55 que incluye malla vial local e intermedia) y el Índice de Espacio Público local x Hab. (Incluye parques locales y plazas) para Candelaria es de 1.82, uno de los más pequeños en el Distrito.

Esta situación deficitaria de espacio Público se agrava entre otras razones, por la percepción sobre las causas de inseguridad, en la cual las malas condiciones del reducido espacio aparecen como una variable importante, a la situación anteriormente mencionada, Se suma el fenómeno de la ocupación e invasión del espacio público por ciudadanos en diversas modalidades.

Como potencialidades del territorio es necesario resaltar que cuenta con dos Casas Culturales y Comunitarias del fondo de desarrollo local y organizaciones sociales, cuya labor se conjuga para promover la participación, el desarrollo de capacidades y el aprovechamiento del tiempo libre con actividades que les permiten socializar, crear redes y en general actividades que garantizan sus derechos. Se ha evidenciado un alto índice de participación de los niños y niñas de éste territorio en el Consejo local de niños y niñas.

Por tanto, los derechos vulnerados se relacionan con: derecho a la recreación y cultura, la vulneración de éste se expresa en falta de espacios para actividades lúdicas y deportivas para todas las edades y el no reconocimiento del derecho al juego para los niños y las niñas. En la localidad se concentra un importante porcentaje de la oferta cultural de la ciudad, pero ésta no es accesible para gran parte de los habitantes por los costos y por la falta de programas educativos para toda la población orientados a superar la pobreza espiritual y a mostrar alternativas de disfrute del tiempo.

4.

4. ANÁLISIS DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LA RESPUESTA SOCIAL Y PROPUESTA

Las acciones en salud desarrolladas por la ESE Centro Oriente corresponden al objetivo estratégico “Ciudad de derechos” cuyo propósito es avanzar en la garantía y efectividad de los derechos de ciudadanas y ciudadanos, mejorando la calidad de vida a través del desarrollo de políticas públicas y acciones integrales que permitan la materialización de los derechos fundamentales, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en los servicios de: salud, educación, nutrición y seguridad alimentaria; cultura, vivienda, ambiente, recreación, justicia, bienestar e inclusión social, con énfasis en las personas más vulnerables y en las minorías

En la medida que se ha ido avanzando en la estrategia promocional de calidad de vida propuesta desde el gobierno Distrital, se ha logrado la aplicación de los componentes de dicha estrategia en la Localidad, efectuando la lectura de necesidades y el análisis de respuestas sociales en los territorios de Gestión Social Integral, lo que ha permitido identificar problemáticas transversales a todas las etapas de ciclo vital y las respuestas institucionales, locales y comunitarias.

El Plan de Intervenciones Colectivas, se implementa en los territorios sociales (1,2 y 3) que corresponden al perfil de protección y deterioro de la localidad, que han venido siendo abordadas desde la estrategia promocional de la calidad de vida y salud de las personas, donde se promueve el concepto de integralidad, es decir que se actúa sobre ellas, no solo desde lo físico o biológico, sino desde todas las dimensiones que comprende al ser humano. Teniendo en cuenta esta premisa y a partir de la estrategia de atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario, se han generado cambios al interior de la Institución, no solamente en las formas de gestión, sino también en las formas de relacionarse entre unos y otros; a pesar del avance obtenido durante los últimos tres años el Hospital Centro Oriente continúa presentando fragmentación entre las acciones asistenciales y comunitarias, por otra parte, este proceso de construcción conjunta liderada desde la Secretaría Distrital, no siempre se encuentran respuestas observando una orientación desarticulada y fragmentada.

4.1. Acción y Respuesta Institucional

Dado que La Candelaria es una de las localidades que maneja menores recursos y se encuentra en fragilidad social por su condición socioeconómica, el Hospital implementa un modelo de atención en salud desde la perspectiva del concepto de la seguridad social integral, complementado con la definición de los derechos de los diferentes grupos poblacionales, enfocado en brindar asistencia a la mujer gestante, al adolescente para su formación y protección integral, a la protección de las personas de la tercera edad, y a la rehabilitación e integración social para las personas en condición de discapacidad.

Actualmente el modelo de atención en salud del Hospital Centro Oriente se caracteriza por estar diseñado para la prestación de servicios a la población de los regímenes de salud, especialmente para la población subsidiada y vinculada, servicios que se prestan a través de un paquete integral de beneficios en salud contemplados en la normatividad vigente y otros adicionales definidos por la política de salud pública e intervención Distrital y local, que permitirán en el tiempo la modificación del perfil epidemiológico de la localidad. El paquete integral de servicios se ha estructurado retomando aquellos servicios básicos para incidir con mayor énfasis en aquellos factores de riesgo que afectan en forma significativa a la población de la localidad, según el perfil epidemiológico.

Con el diseño, ejecución y evaluación periódica de las estrategias de intervención del riesgo de la población a enfermar, se han concertado los programas de promoción, prevención y protección para disminuir las patologías prevalentes de la población sujeto, concertadas según las condiciones particulares con los diferentes actores del sistema (FFD, EPS-s, red adscrita y no adscrita y alcaldía local).

El modelo de intervención en salud lo constituyen las siguientes líneas de operación.

- Identificación de Factores de Riesgo
- Intervención de enfermedades de interés en salud pública
- Demanda Inducida
- Promoción de la salud
- Protección específica
- Detección Temprana
- Prevención de la enfermedad
- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria
- Guías de atención clínica para el componente asistencial

En esta categoría se relaciona el sector salud y su capacidad de responder a las necesidades de la población de la localidad de La Candelaria, teniendo en cuenta la perspectiva de derecho, los programas, las políticas, los proyectos y las inversiones realizadas desde los territorios sociales, afectando positivamente las condiciones de vida y de salud de los ciudadanos de la localidad.

De acuerdo al análisis de las primeras causas de morbi-mortalidad del perfil epidemiológico de la localidad, de La Candelaria, se identifican los eventos en salud predominantes y las prioridades del impacto que se busca alcanzar desde el orden Nacional, Distrital y local, con el fin de enfocar las estrategias principales de intervención.

PRODUCCION DE SERVICIOS

Análisis de la prestación de servicios asistenciales de I y II nivel de atención en salud

La localidad de la Candelaria hace parte de la Red Centro Oriente de prestadores públicos de servicios de salud, integrada por las localidades de Rafael Uribe y San Cristóbal (nivel I), San Blas, CAMI El Guavio (II nivel) y las Empresas Sociales del Estado, La Victoria y Santa Clara (III nivel).

El Hospital Centro Oriente II Nivel - Empresa Social del Estado nace jurídicamente el día 6 de octubre de 2000, a raíz de la fusión de los Hospitales – Empresas Sociales del Estado El Guavio II Nivel, Samper Mendoza I Nivel, Perseverancia I Nivel y Unidad Básica de Atención la Candelaria I Nivel, a través del Acuerdo No. 11 del 11 de Julio de 2000, del Consejo Distrital.

La imperiosa necesidad de reorganizar la prestación de los servicios de salud dentro del Distrito Capital, bajo unos principios básicos de competencia leal, complementariedad, eficiencia en el manejo y uso de recursos humanos, físicos y financieros, dieron lugar al proceso de fusión de los hospitales de Bogotá. De esta forma el Hospital Centro Oriente II Nivel – Empresa Social del Estado quedó constituido por una Unidad Móvil y 12 puntos de atención de los cuales se cuenta en la Localidad con la sede asistencial UPA La Candelaria con los siguientes servicios ofertados. Tabla 25.

Tabla 25. Hospital Centro Oriente- Sede Asistencial Localidad 17 La Candelaria, 2009

SEDE CANDELARIA: CRA 3 No. 15-33. TEL: 3429229-3429283-2842437		
SERVICIO	DIA	HORARIO
Medicina General	Lunes a Viernes	7a.m.-1p.m. y 2p.m.-4p.m.
Odontología	Lunes a Viernes	7a.m.-1p.m. y 2p.m.-4p.m.
Higiene Oral	Lunes a Viernes	7.m.- 4 p.m.
Enfermería P y P	Lunes a Viernes	7a.m.-11a.m.
Vacunación	Lunes a Viernes	7a.m.-1p.m. y 2p.m.-4p.m.
Curso Psicoprofiláctico	Viernes	1p.m.-4p.m.
Optometría	Jueves	7a.m. -12 m.
Toma de Muestras de Laboratorio Clínico	Lunes a Viernes	7a.m.-9a.m.
Citología	Lunes a Viernes	7a.m.-4p.m.
Trabajo Social	Lunes a Viernes	7a.m.-4p.m.
Nutrición	Martes	7a.m.-4p.m.
Pediatría	Lunes a viernes	7a.m.-1p.m.
Ginecoobstetricia	Lunes	1p.m.- 5p.m.
Equipo Salud a su Casa	Lunes a Viernes	7 a.m.-4p.m.
Estrategia Salas ERA	Lunes a Viernes	7a.m.-1p.m. y 2p.m.-4p.m.

Fuente: HCO. Portafolio de servicios. 2009

Ocasionalmente la población de la localidad asiste a otras sedes del Hospital Centro Oriente que se encuentran ubicadas en las localidades de Mártires y Santa Fe.

Todos los centros de atención del Hospital Centro Oriente, cuentan con servicios de consulta externa médica, odontología, enfermería vacunación.

En cuanto a capacidad instalada el Hospital Centro Oriente tenía 51 camas disponibles (sin contar con las de observación y urgencias).Tabla 26.

Tabla 26 Servicios prestados y capacidad instalada en camas. Hospital Centro Oriente. 2009.

INDICADOR	MED. INTERNA	OBSTETRICIA	PEDIATRÍA	OBSERVACIÓN	TOTAL
Egresos vinculados	1135	41	1840	995	3016
Egresos subsidiados	0	26	11	1219	37
Egresos contributivos	0	0	0	179	0
Egresos otros	0	0	5	248	5
Egresos Totales	1135	67	1856	2641	3
Números camas disponibles	18	2	31	11	51
Días cama disponible	6,5	730	11.3	4	48,7
Días cama ocupadas	3,8	85	9.3	2,6	13,3
Porcentaje ocupacional	58,37	11,6	82,9	65,9	27,2
Giro cama	6306	33.5	59,8	240,7	59,9
Promedio días estancia	3,38	1,2	5	1	4,3
Total egresos posibles	1750	518	2	3,6	3,8
Núm camas necesarias	12	0	29	8	40
Déficit/superávit de camas	6	2	2	3	11

Fuente: Hospital Centro Oriente área de mercadeo 2009

Los egresos hospitalarios en la ESE Centro Oriente durante el 2009 fueron: medicina interna (1.135), obstetricia (67), pediatría (1.856) y urgencias (2.641) .En la Unidad Primaria De Atención (UPA) Candelaria, se prestan los siguientes servicios como se muestra en la tabla 27.

Tabla 27 Servicios y horario de atención en la ESE UPA CANDELARIA Hospital Centro Oriente. Año 2010

Servicios	Horario de atención	
Enfermería	Lunes a Viernes y Sábados	7am-4pm y 8 a.m. a 12 m
Laboratorio clínico	Lunes a Viernes	7am-9:30am
Medicina General	Lunes a viernes	7am-4pm
Odontología	Lunes a Viernes y Sábados	7am-4pm y 8 a.m. a 12 m
Terapia de lenguaje	Lunes a Viernes	7am-4pm
Terapia ocupacional		
Terapia respiratoria	Lunes a Viernes	7am-4pm
Trabajo social		
Urgencias y Hospitalización	Lunes a Domingo	24 Horas
Vacunación	Lunes a Viernes	7am-4pm

Fuente: Subgerencia de servicios de salud –participación social Hospital Centro Oriente ESE. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Análisis y Políticas de la Oferta, 2010

Análisis del desarrollo de servicios

El Hospital Centro Oriente ha realizado la contratación de servicios para el 2009, para captar la población subsidiada con las siguientes EPS-S: Solsalud, Humana Vivir, Salud Total, Salud Cóndor, Colsubsidio, Caprecom, mientras que con Ecoopsos y Unicajas. Se da la contratación por evento, es importante señalar que con el Fondo Financiero Distrital el Hospital, contrata la atención de ciudadanos vinculados.¹¹⁷

Los servicios ofertados desde Promoción y Prevención a los usuarios de EPS-s, FFD y Vinculados son: Vacunación con todos los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones, atención a partos de bajo riesgo, planificación familiar (Consulta de primera vez y de control, DIU, hormonas orales inyectables e implantes); los demás servicios están ofertados según el objeto contractual con cada EPS-S.

Para la institución no es ajeno el problema financiero por el que están pasando los hospitales del Distrito, debido a la reducción de aportes del Estado, al exceso de gasto financiero en la alta intermediación, problemas de iliquidez por altas, viejas e irrecuperables carteras; no pago oportuno injustificado de las aseguradoras, y dificultades en las negociaciones, con las entidades del régimen subsidiado para la contratación.

Desde 2004, el servicio de medicina general ha presentado un comportamiento fluctuante, si se tiene en cuenta el énfasis en las actividades de promoción y prevención por ciclo vital, una mejora en la oportunidad de citas (48 horas) que se refleja también en una disminución de la demanda de consultas de urgencias. Es de anotar que al inicio de la presente administración la oportunidad de consulta médica general estaba en una semana. Se aclara que a partir de 2006 se incluyeron actividades educativas por ley 715 para usuarios de régimen subsidiado.

Así mismo, la ESE Centro Oriente ha venido mejorando las condiciones de infraestructura y dotación para dar cumplimiento al sistema único de habilitación de la sede asistencial. Un acierto importante en la gestión del Hospital Centro Oriente, corresponde a la implementación de la Política Pública de Salud Oral del Distrito Capital, que promueve la conservación de la salud oral en toda población, evitando la presencia de factores que incidan en la aparición de caries y enfermedad periodontal, por lo que se hace un fortalecimiento técnico en las actividades de promoción y prevención con un horizonte de tiempo de mediano plazo en donde el énfasis es el mantenimiento de un grupo de población sano (cohortes de niños y usuarios de régimen subsidiado).

En el año 2009, el mayor número de personas atendidas en odontología se dio en el régimen vinculado, en donde con más frecuencia se realizaron actividades en promoción y prevención, seguidas de cirugía oral con exodoncia de dientes permanentes, situación similar con los usuarios del régimen subsidiado.

Respecto a la prestación de servicios de obstetricia y egresos hospitalarios de mediana complejidad, los costos de producción de estos servicios son elevados comparados con la demanda de los mismos y las políticas de trabajo en red, usualmente ocasionan las remisiones a servicios de mayor complejidad.

En cuanto a la disminución de demanda del servicio de obstetricia y oferta del mismo, por parte del Hospital está relacionada con las otras ESE de la Red Centro Oriente (San Blas, La Victoria, Materno Infantil) que compiten en la prestación de estos servicios; es de resaltar que las usuarias prefieren asistir por su cuenta al Instituto Materno Infantil. También es importante anotar que desde el punto de vista de los ingresos para la institución en los contratos de vinculados con el Fondo Financiero, las tarifas de parto y cesárea son las mismas, lo cual requiere de una mirada

117 Hospital Centro Oriente. Área de Promoción y Prevención.2010

crítica por cuanto es claro que los costos de producción de los dos servicios son diferentes, siendo mayor en el caso de las cesáreas.

Se prestan servicios ambulatorios especialmente de primero y segundo nivel de atención; para el 2009 en las tres localidades hubo un incremento en la afiliación del régimen subsidiado representativo en 17,712 personas afiliadas, lo cual está directamente relacionado con el proceso de libre elección que de manera continuada ha emprendido el gobierno Distrital y además con la depuración entre los regímenes; a nivel local se ha visto reflejada la disminución del población vinculada, la cual paso de 47,781 personas a 21,730.

4.2. Estado de Aseguramiento de la Población Local

El Sistema General de Seguridad Social en Salud busca garantizar el acceso a los servicios de salud para los habitantes del Distrito Capital, respondiendo a las necesidades de los individuos y a la gestión del aseguramiento (riesgo en salud, prestación de servicios, garantía de la calidad y financiamiento) que reconozca las necesidades diferenciales de la realidad de la población del Distrito.¹¹⁸ De acuerdo a los regímenes existentes se da a conocer la población atendida en esta localidad por el Hospital Centro Oriente:

Régimen Contributivo

No existen datos actualizados de Régimen Contributivo en la localidad, debido a que en la Resolución 812 del 2007, no existe el campo de datos de dirección.

Tabla 28 Distribución de Población Activa y Suspendida. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C. 2009.

Activa	Suspendida	Total
6.021	785	6.806

Fuente: Dirección de aseguramiento. SDS.2009

Régimen Subsidiado

La localidad de La Candelaria cuenta con un total de 6.806 afiliados al régimen subsidiado como se observa en la Tabla 28, de los cuales 3.452 son mujeres y 3.354 son hombres y el mayor número se encuentra en las personas de 25 a 59 años con 2,541, seguidos de los de 0 a 18 años 2,422, de 19 a 26 años, 978 afiliados y de 60 y más 855 y sin información 10. Lo anterior evidencia, que la gran mayoría de personas que están en las etapas de Juventud y Adulthood están cubiertos por el régimen subsidiados, seguido de los de Infancia y Adolescencia, presentándose una disminución significativa en la etapa de Persona Mayor. Por otra parte, de acuerdo a información de la comunidad, se encuentran ubicados en los estratos 1 y 2 o en condiciones especiales (Desplazados, grupos indígenas, desmovilizados, desplazados y otros).

Tabla 29 Distribución por género régimen subsidiado. Localidad La Candelaria. Bogotá D.C.2009.

Localidad	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
La Candelaria	3452	3354	6806

Fuente: Dirección de aseguramiento. SDS.2008

118 Secretaría Distrital de Salud. Plan de salud del Distrito Capital 2008-2012

La población afiliada al régimen subsidiado en la localidad, está compuesta en su gran mayoría por población en condición de desplazados (281), seguido por cabildos indígenas (64) y en tercer lugar por habitante de calle (64) como se observa en la Tabla 30.

Tabla 30 Distribución de afiliados al Régimen subsidiado por grupo poblacional.
Localidad 17 La Candelaria. Bogotá D.C.2009.

Grupo Poblacional	Total	%
Desplazados	281	69.04
Indigentes SDIS	64	15.72
Menores ICBF	13	3.19
Afro	3	0.73
Cabildos indígenas	35	8.59
Madres comunitarias	0	0
Desmovilizados	11	2.7
Total	407	100

Fuente: Dirección de aseguramiento. SDS.2008

El Hospital, atiende de acuerdo a los servicios estipulados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, constituyéndose en servicio más incluyente con relación al Plan Obligatorio de régimen contributivo.

Tabla 31 Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado.
Localidad 17 La Candelaria. Bogotá D.C

LOCALIDAD	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	OTRO NIVEL	Poblaciones especiales	Sin información	Total
La Candelaria	3222	3065	97	0	407	15	6806

Fuente: Dirección de aseguramiento. SDS.2008

La localidad de la Candelaria presenta un total de 6.806 afiliados al régimen subsidiado; concentrados en el nivel uno de aseguramiento 3.222 personas, correspondiente a un 47.3% de la población afiliada, para el nivel dos se atienden 3.065 personas, que equivalen al 45% de la población afiliada, en el tercer nivel se están afiliados 97 personas, correspondientes al 1.42% , para poblaciones especiales tenemos 407 personas con un 5.9% y se encuentran 15 personas sin información correspondiendo a un ,0,2%.

Por niveles de complejidad se cubre:

En el I Nivel de atención acciones de promoción y prevención de la salud. En el II y III Nivel de atención lo correspondiente al manejo de gineco-obstetricia y pediatría para la materna y el menor de un año, consulta de optometría y oftalmología de grupos de edades definidas (menores de 20 años y mayores de 60 años), consulta de estrabismo y cataratas, consulta de atención integral de traumatología, ortopedia, fisioterapia y terapia física y atención necesaria para la rehabilitación funcional, atención hospitalaria de mayor complejidad definida como la médico quirúrgica

para patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, menores de un año, atención hospitalaria de mayor complejidad definida como intervenciones quirúrgicas de apendicetomía, colecistectomía, histerectomía, hernio rafia inguinal, crural y umbilical, atención de mayor complejidad para los casos de estrabismo y catarata.

La red de servicios de autorizaciones de cada EPS`S se estructura de acuerdo a su modelo de atención, actualmente están realizando los ajustes para dar cumplimiento a la normatividad vigente decreto 4747 de 2007 y resolución 3047 de 2008.

La oportunidad en la entrega de las autorizaciones de todas las EPS`S deben ajustarse a la normatividad vigente, decreto 4747 de 2007 y resolución 3047 de 2008 en la cual se establecen los tiempos de respuesta para la generación de las respectivas autorizaciones.

La oportunidad de citas y procedimientos por parte de las EPS`S según información brindada por la firma interventora en el informe bimensual del periodo noviembre a diciembre de 2008.

Análisis de aseguramiento

Para garantizar el acceso universal del Sistema de Seguridad Social en Salud y la gestión del aseguramiento (riesgo en salud, prestación de servicios, garantía y calidad) y financiamiento con enfoque diferencial y según la realidad de la localidad, el Hospital cuenta con una población afiliada que ha venido en aumento, se destaca que en la localidad de las personas en régimen subsidiado, el mayor porcentaje corresponde a desplazados y habitante de calle.

Dentro de las barreras de acceso para estas poblaciones anteriormente mencionadas están: El modelo de acceso al servicio de salud, las precarias condiciones económicas se constituyen en el principal factor que desde los usuarios en condición de desplazamiento, restringen el acceso potencial y real a las Empresas Sociales del Estados (ESE); situación que es más compleja en la personas que no han logrado su afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud o que se encuentran afiliadas en su lugar de origen.

El desconocimiento de los cambios, y los alcances de la política de atención, en la gran mayoría de los desplazados, refleja las fallas existentes en su divulgación, así como la necesidad de formular estrategias que posibiliten la reivindicación, del ejercicio ciudadano en esta colectivo¹¹⁹.

En el caso de los grupos étnicos indígenas se presentan barreras asociadas al desconocimiento del dialecto o del idioma español, en usuarios y funcionarios, no hay estrategias comunicativas para dar cumplimiento a procesos adecuados y responsables en cada etapa de la ruta de atención.¹²⁰ Lo anterior, guarda relación con lo manifestado en el informe Distrital sobre barreras de acceso, especialmente en atributos de calidad como accesibilidad y oportunidad.

En cuanto a las barreras de acceso geográficas y físicas, en lo manifestado por las personas en condición de discapacidad y personas mayores se encuentran que están relacionadas con la falta de infraestructura de las IPS, que les permita acceder fácilmente a los servicios; el Hospital cuenta con la ruta saludable de la red Centro Oriente la cual facilita el desplazamiento a los diferentes sitios de atención a personas en condición de discapacidad, persona mayor, gestantes y niños menores de 5 años, pero es insuficiente, según lo expuesto en grupos focales y encuentros de calidad de vida y salud de la etapa ciclo vital de Persona Mayor.

119 Universidad del Rosario. Mogollón Pérez A, Vázquez M. Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de Salud. 2006.

120 Hospital Centro Oriente. Gestión Local. [Documento en CD ROM] Análisis de la determinación Social. Desplazados. 2009.

Respecto a información obtenida en aplicativo Sistema de Información sobre Barreras de Barreras de Acceso (SIDBA)¹²¹, se evidencia que las barreras de acceso se dan por la dificultad en la prestación de servicios POS-S, No POS-S, debido a inconsistencia en bases de datos, por inadecuada referencia y contrarreferencia, también por casos de pacientes que aparecen con servicios contratados en lugares retirados de dónde se encuentra y red pública con inoportunidad de servicios por especialistas.

4.3. Análisis de Inversión de Proyectos UEL 2007-2009

BANCO DE AYUDAS TECNICAS PARA PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Proyectos UEL

Los Proyectos de la Unidad Ejecutiva Local (UEL) se formulan a partir de las problemáticas e iniciativas ciudadanas y tienden a afectar determinantes, promover la calidad de vida y salud en los territorios sociales y avanzar en la garantía del derecho a la salud de la población.

Los siguientes proyectos corresponden a acciones complementarias del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para la vigencia 2009.

Tabla 32 Proyectos UEL acciones complementarias del Plan de Intervenciones colectivas (PIC) 2009.

TERRITORIOS	PROYECTO PROCESO	DERECHOS A LOS CUALES SE DIRIGE LA ACCIÓN	COHERENCIA ENTRE LA RESPUESTA ACTUAL Y LA NECESIDAD IDENTIFICADA	POBLACIÓN	METAS Y COBERTURAS
BARRIOS					
Belén, Egipto, Sta. Bárbara, La Concordia, Las Aguas	Sensibilización a habitantes en el manejo de mascotas	Ambiente sano, salud, participación, libre desarrollo de la personalidad, información, comunicación	Dando complementariedad al PIC de manera parcial	Habitantes de la localidad	240
Belén, Egipto, Sta. Bárbara, La Concordia, Las Aguas	Acciones integrales en salud pública en la localidad	Ambiente sano, salud, participación, libre desarrollo de la personalidad, información, comunicación	Los componentes generan alternativas parciales e integrales de solución	Niños menores de 5 años, población vinculada y subsidiada, jóvenes, adultos, mujeres en edad fértil, población en condición de discapacidad	13824

Fuente: Hospital Centro Oriente. Proyectos UEL.2009

Durante el año 2009 la UEL ejecutó un proyecto de sensibilización a los habitantes de los barrios Belén, Egipto, Santa Bárbara, La Concordia y Las Aguas, para 240 personas, en el marco del derecho a la salud, complementando las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas de manera parcial. En los mismos barrios se ejecutó el proyecto de Acciones Integrales en Salud Pública, en el marco de los derechos a la salud y la participación y libre desarrollo de la personalidad, dirigido a 13,824

niños y niñas menores de 5 años, mujeres en edad fértil y personas en condición de discapacidad.

4.4. Alternativas desde la Comunidad – Respuesta Comunitaria

En la localidad la participación está ligada al proceso de gestión de los diferentes sectores institucionales, a los cuales se agrega la acción social de las comunidades. Este proceso se inicia con la ley orgánica de planeación que se hace efectiva en la capital por medio del estatuto orgánico de la ciudad emanado mediante el decreto ley 1421 de 1993, que promueve la organización de los habitantes y comunidades, estimulando la creación de las asociaciones de distinto tipo que sirvan de mecanismos de representación en las diferentes instancias.

El sector de la salud ha sido uno de los primeros en promover la participación de la ciudadanía. En 1975 el Ministerio de Salud intentó involucrar la representación de la comunidad en las juntas asesoras de los niveles seccionales con la creación de comités en los hospitales, centros y puestos de salud, pero solo hasta 1990, con el decreto 1416, se hicieron realidad los que hoy conocemos como Comités de Participación Comunitaria (COPACOS); en 1994 se definieron los mecanismos de participación denominada Asociaciones de Usuarios de Empresas Sociales del Estado (ESE), EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), administradoras de régimen subsidiado públicas y privadas; además de los comités de ética hospitalaria y representantes de juntas directivas de EPS e IPS.

En cuanto a la participación social se gestionarán los procesos de planeación y veedurías en salud. La participación del Hospital Centro Oriente se desarrolla a través de los mecanismos de participación comunitaria establecidos por la norma, en el decreto 1757. Dicha participación se hace manifiesta en mecanismos como el COPACO, los comités de usuarios de las diferentes sedes asistenciales, la asociación de usuarios y el Comité Ético Hospitalario. Cada uno de estos mecanismos cuenta con funciones específicas establecidas por la norma.

En el 2009 se ha venido dando cumplimiento al sistema de peticiones, quejas y reclamos, realizando la apertura del buzón de sugerencias, la revisión diaria del aplicativo SQS de la Alcaldía Mayor y el seguimiento a requerimientos que llegan externamente. Durante el primer semestre del 2009 se realizaron un total de 1087 encuestas de satisfacción cuya sumatoria porcentual arrojó un 90% de satisfacción para todo el Hospital. Mediante esta herramienta se observó que el menor índice de satisfacción en las sedes asistenciales lo alcanzó Samper Mendoza, donde los servicios de medicina general, odontología y facturación, representan deficiencias para los usuarios manifestadas en el trato por parte de los funcionarios o en demoras en la atención.

COPACOS

En el 2009, se ejecutaron proyectos de autogestión comunitaria con recursos de la Secretaría Distrital de Salud. Este ejercicio ha implicado los encuentros frecuentes, el debate y la reflexión alrededor de la temática y la interacción continua en torno al funcionamiento y compromiso frente a este espacio de participación. Cada uno de los proyectos cuenta con dos responsables del mismo, quienes mantienen una comunicación constante tanto con la Universidad Nacional como con la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social para coordinar acciones y tomar decisiones. Los proyectos en términos generales contienen elementos relacionados con procesos de formación y actualización en aseguramiento, planes de trabajo, plataforma estratégica así como otros temas que tienen como propósito la superación de conflictos internos en las organizaciones.

Comité de Ética Hospitalaria

El Comité ha desarrollado la reunión mensual, presentado como dificultad la ausencia de los delegados de la Asociación de Usuarios. Aun no se cuenta con plan de acción de 2010, lo que favorece la realización eficaz del espacio.

Núcleos de gestión en salud

Partiendo de la Política Distrital de Salud, en la que uno de sus objetivos es el fortalecimiento de la participación de las comunidades en salud, se están adelantando procesos participativos, desde las Empresas Sociales del Estado, donde se involucren las familias y las organizaciones sociales del micro-territorio. Promoviendo la movilización social, la cual se logra en la medida en que se reconozca una situación como problema, se identifique la posibilidad de transformación y se construya una decisión colectiva con suficiente legitimidad y compromiso¹²². Los núcleos de gestión en salud le apuestan a adelantar el proceso de movilización, para el desarrollo de planes de acción que faciliten la atención de las problemáticas sentidas en los micro territorios.

En el marco de la Gestión Social Integral (GSI) “estos espacios cobran verdadera relevancia al representar el único mecanismo de coordinación, participación y articulación en el nivel micro territorial, dispuesto a favorecer la respuesta integral a necesidades identificadas y la participación activa de las instituciones y las comunidades en las acciones concertadas¹²³. A partir de estos espacios se inicia la expansión de los objetivos estratégicos de la GSI, avanzando en el desarrollo de capacidades de los ciudadanos (as), pues en estos escenarios ellos deben realizar gestiones, junto con las instituciones, con miras a dar respuestas a las necesidades priorizadas, lo que los convierte en actores activos de su propio cambio, avanzando de esta manera en la construcción de lo público.

Se debe tener en cuenta que en los micro territorios pueden surgir problemáticas a nivel estructural que no se pueden resolver a este nivel, por lo tanto se pretende “elevar a nivel de UPZ la gestión de los mismos a través de las mesas territoriales de calidad de vida y salud, lideradas por el componente de gestión local del PIC¹²⁴. Para llevar estas problemáticas a nivel territorial se debe, desde los núcleos, perfilar líderes que transmitan sus necesidades a los demás escenarios de participación ciudadana.

Desde la localidad de Candelaria se realiza un ejercicio lectura de necesidades con la participación de la comunidad de los micro territorios, esto con el fin de dar respuestas a cada una de las problemáticas planteadas en dicho ejercicio, por lo tanto al igual que en la lectura integral de necesidades, la participación social se considera un elemento fundamental en el diseño de la respuesta integral y en su gestión, no sólo porque es responsabilidad del Estado promover el reconocimiento de los intereses de los diversos grupos sociales, sino además porque sólo la participación activa de todos los actores sociales en la identificación de los problemas y la construcción de las alternativas, moviliza el compromiso social necesario para tener un mayor impacto frente a éstas.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde los núcleos de gestión se han iniciado la construcción de respuestas desde la comunidad donde ellos proponen algunas alternativas de solución a sus problemáticas. A continuación se presenta una mirada desde los núcleos de la localidad de La Candelaria.

122 Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos para la promoción de calidad de vida en el ámbito familiar. 2009, Pág. 1

123 Secretaría Distrital de Salud. lineamientos para la promoción de calidad de vida en el ámbito familiar, 2009, pág. 1

124 Secretaría Distrital de Salud. lineamientos para la promoción de calidad de vida en el ámbito familiar, 2009, pág. 2

Un factor que influye altamente en la calidad de vida de las personas es la falta de ingresos, ya que genera un impacto negativo a nivel nutricional, emocional, familiar y social, ocasionando situaciones de estrés y tensión, deficiencias en una alimentación balanceada, alteración de las relaciones interpersonales y familiares; así mismo incide en el tejido social, por cuanto puede conducir a otro tipo de problemáticas que afectan el bienestar de la población.

Los proyectos productivos se muestran como una estrategia para mitigar las problemáticas anteriormente mencionadas, aportando herramientas que permitan desarrollar competencias emprendedoras en las personas con las que puedan identificar iniciativas productivas, desarrollar planes de negocios idóneos y generar valor agregado a su proyecto de vida. Así mismo, estos proyectos fomentan la inversión en recurso humano y productivo facilitando la integración y participación social en el sistema socioeconómico.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde la comunidad del núcleo de gestión de La Candelaria y con ayuda de la inclusora social del comedor comunitario de La Concordia, ha surgido la necesidad de retomar el proyecto productivo que se había planteado en el año 2009, el cual se basa en la creación de artículos artesanales elaborados por la población que asiste al núcleo. Esto como una oportunidad para generar alternativas de solución a algunas de las necesidades planteadas dentro del espacio, recordando que este escenario propicia tanto la construcción de otras formas de desarrollo de los microterritorio como la organización y participación comunitaria.

4.5. Temas Generadores y Propuesta de Respuesta

La estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud se fundamenta en el principio básico de concebir la salud como un derecho que se concreta con la satisfacción de necesidades, las premisas centrales son mantener y desarrollar la autonomía de los sujetos a lo largo de toda su vida y la generación de equidad entre los grupos sociales lo que induce a la institucionalidad a organizar respuestas integrales/comprendivas a las necesidades identificadas, y particularmente, con las condiciones de inequidad existentes: integrales, diferenciadas por criterio de equidad, sostenible y costo-efectivas, trayendo como consecuencia la evaluación continua de las acciones para que estas sean articuladas al interior de cada sector, entre sectores y entre lo institucional y social.¹²⁵

Es importante recordar que enfermar y sanar, no son solo procesos biológicos, son fenómenos sociales que resultan de procesos de interacción complejos entre diversos elementos de la realidad, el sector salud desde su trabajo fortalece acciones que le apuntan al mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida de sus pobladores, incorporando a nivel Distrital y local el marco jurídico (Objetivos del milenio, Sistema general de seguridad social, Plan Nacional de salud de salud pública, Plan de desarrollo Distrital, Plan de desarrollo local, Políticas de salud como los ejes orientadores¹²⁶.

Uno de los objetivos de la salud pública, está relacionado con la formulación y ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual se pretende incida en los determinantes sociales, teniendo como prioridad las personas en las diferentes etapas de ciclo vital, donde la autonomía se afecta por diferentes procesos de salud enfermedad a los que se han denominado proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) y en esta situación, existen condiciones diferenciales que dan paso a las transversalidades.

Desde la organización de las acciones de la política, el Plan de salud Distrital propuso para la organización y desarrollo en los ámbitos de vida cotidiana una estructura compuesta por las siguientes categorías: gestión social en ámbitos de vida cotidiana, procesos para la promoción y protección de la autonomía de los sujetos individuales y colectivos en el territorio y procesos para la restitución de la autonomía de sujetos individuales y colectivos en el territorio.

125 Alcaldía Mayor de Bogotá Construcción colectiva de respuestas integrales a las necesidades y la Local. Bogotá.2008

126 Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud del Distrito 2008-2012. Pág. 4. Bogotá.D.C.2008.

El conjunto de acciones organizadas, coherentes y secuenciales para la toma de decisiones sobre la vida y la salud de los individuos y las colectividades, acorde con las etapas de ciclo las llevan a cabo los Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA), que en el Distrito y en la localidad son: salud mental, salud oral, transmisibles y zoonosis y crónicas.

En cuanto a las condiciones y requerimientos de los individuos en las diferentes etapas de su ciclo vital y de las colectividades que afectan positiva o negativamente la autonomía, se encargan las transversalidades: de equidad (género, orientación sexual e identidad de género, etnias, discapacidad y desplazamiento) y de acción (Ambiente, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Salud y Trabajo y Actividad Física).

A pesar del avance en salud pública que se ha venido logrando en las últimas administraciones, aún continúan presentándose problemáticas estructurales en la localidad que afectan la autonomía de los ciudadanos, limitando las capacidades de los mismos y deteriorando la calidad de vida de los habitantes de la localidad de la Candelaria¹²⁷.

Canalización de respuestas y servicios sectoriales

Es importante mencionar que la articulación para la respuesta local se lleva a cabo a través de los Comités, Consejos, Redes y Mesas Locales, que en la actualidad funcionan dentro de la localidad de los Mártires: Desde el componente de Gestión Local de la Salud se realiza todo el trabajo intersectorial teniendo en cuenta las características territoriales, ya que cada cual presenta una problemática y dinámicas propias y la lectura de necesidades se traduce en acciones integrales, gracias a la abogacía que realiza este equipo en cada uno de los espacios locales y a la concertación de Agendas Sociales. Este componente está conformado por:

Consejos Locales de Gobierno

Instancia normalizada por los decretos 682 de 2001 y 098 de 2002 en el nivel Distrital; es el espacio para la coordinación de las acciones y funciones de las entidades distritales en la Localidad, sirviendo como mecanismo para la consolidación de la institucionalización local en los niveles central y descentralizado del Distrito. Se reúne una vez al mes siendo liderada por la alcaldesa local; entre sus funciones están: la asesoría y apoyo técnico a los gobernantes locales para facilitar la toma de decisiones, apoyar la identificación de problemas y proponer soluciones en el marco del Plan de Desarrollo, proponer estrategias de intervención conjunta con las entidades distritales para la solución de los problemas locales.

Consejo Tutelar

Los Consejos Tutelares de los derechos de los niños y de las niñas creados bajo el decreto 110 de 2003 son organizaciones de carácter cívico y comunitario que promueven la defensa de los derechos de la niñez, mediante la participación, concertación, control social y vigilancia, a través de acciones solidarias de la familia, la sociedad y las autoridades e instituciones locales. Los actores sociales que se vinculan al proceso del Consejo son las diferentes instancias, instituciones y redes que trabajan los temas relacionados con la política de niñez.

En cada localidad toman parte: la Red del Buen Trato, el Comité de Derechos Humanos, el COPACO, el Consejo de Planeación y el Consejo de Prevención del Abuso y Maltrato. Su proceso de vida se da por ciclos dependiendo de cada plan de desarrollo, es decir cada 4 años.

127 IBID

Junta Administradora Local

La Junta Administradora Local es una corporación pública de elección popular que se constituye en el máximo ente de representación política a nivel local. Son elegidas popularmente en cada localidad por periodos de 4 años, la localidad cuenta con siete ediles. La JAL es la encargada junto con el alcalde de administrar los recursos de la localidad, de acuerdo al plan de desarrollo, el cual se elabora en forma participativa, con base en un inventario de necesidades de la comunidad, priorizando aquellas básicas que no han sido satisfechas y junto con el alcalde local acuerden un plan de inversión, conforme con los recursos que cada año el nivel central le asigna a la localidad. Tiene a cargo las siguientes funciones: adoptar el Plan de Desarrollo acordado con la comunidad, vigilar que los servicios públicos sean prestados eficaz y puntualmente presentar proyectos de inversión al gobierno distrital y al gobierno nacional, aprobar el presupuesto anual al fondo de desarrollo local, previo concepto del concejo distrital de política económica y fiscal, preservar y hacer respetar el espacio público, promover las veedurías, la participación ciudadana y comunitaria.

Consejo Local de Política Social de (CLOPS)

El Comité Local de Política Social es una instancia de coordinación trans- institucional en el ámbito local; encaminada a proponer, diseñar y desarrollar las estrategias de política social tendientes a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la localidad, priorizando la población en situación de vulnerabilidad, mediante la coordinación, estudio, orientación y asesoría de las propuestas de origen institucional y comunitario. Dentro de las funciones del consejo local de política social están formular y priorizar propuestas de políticas públicas sociales para el ámbito local, en relación a los territorios, temas o grupos poblacionales sobre los que se centra su acción, coordinar las acciones de las entidades públicas del sector social con presencia local, facilitando el funcionamiento, como sistema, entre las entidades, alrededor de la definición de objetivos colectivos y de desarrollo social, evaluar la situación local y efectuar las recomendaciones y solicitudes que considere oportunas, articular los consejos, comités y redes que operan en materia social en la localidad y contextualizar la acción política social Distrital en el tiempo y en el territorio, favoreciendo la organización de los diferentes actores sociales, promover la solidaridad y la corresponsabilidad del sector privado y el tercer sector, coordinado con el Consejo de Planeación y el Consejo de Gobierno Local.

Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

La resolución de la Alcaldía Mayor de Bogotá No 068 del 7 de Julio de 2004, en su artículo cinco establece que el Subcomité Operativo de Seguridad Alimentaria y Nutricional y sus mesas temáticas estarán conformados por los miembros que se indican en el artículo 2 del Acuerdo 86 de 2006. Dentro de los miembros se encuentran: Hospital Centro Oriente, Alcaldía Local, CADEL, Subdirección de Integración Social, Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte-IDRD-, IDIPRON, Bogotá bien alimentada e ICBF entre otros. El Hospital Centro Oriente realiza la convocatoria desde la Secretaría Técnica; es un espacio de participación comunitario y de las instituciones gubernamentales y privadas que desarrollan actividades en torno a los ejes de la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la construcción del Plan Local de Seguridad Alimentaria. Una problemática sentida es la débil participación comunitaria en la localidad. La gestión local de SAN implica el fortalecimiento en dos contextos, uno institucional al interior de la ESE para garantizar la apropiación e integración del sentido técnico y operativo de la Transversalidad y otro a nivel local propiamente dicho, este último involucra el concurso y la participación activa de las diferentes entidades y otros actores que desarrollan o aportan a las acciones en procura de la seguridad alimentaria y nutricional en la localidad y que convergen en el comité local de seguridad alimentaria y nutricional.

Consejo Local de Discapacidad

En el documento la Política Distrital de Discapacidad de Bogotá de 2007 se enuncia que “La comprensión de la discapacidad es amplia y considera una variedad de orientaciones.” Así para

esta política se asume como un concepto complejo y multicausal cuya comprensión requiere la no-adscripción a posturas dicotómicas, unidimensionales y excluyentes sino la adopción de diversas posturas conceptuales. Esto se hace por el reconocimiento de la discapacidad como un concepto dinámico porque es el resultado de la interacción entre la persona y el ambiente en que vive. En esta medida, las acciones desde la Transversalidad se sustentan en el principio, “Si la discapacidad es una construcción social, debe generar respuestas de carácter social”, donde los ordenadores sean el ciclo vital, la etnia, el género y la clase social, integrados dentro de la dinámica de los factores de calidad de vida, ciudadanía y derechos e inclusión social, con acciones centradas en el hogar-familia y la sociedad inclusiva como actores principales.

En el Consejo Local de Discapacidad se busca la articulación de acciones en torno a la inclusión social y restitución de derechos vulnerados de las personas en condición de discapacidad. Como funciones tiene: brindar la asesoría y concepto técnico a las autoridades locales en la formulación de programas, planes y proyectos a favor de las personas en condición de discapacidad de la localidad; el Comité de Banco de Ayudas Técnicas hace parte del Consejo Local de Discapacidad; desde el PIC se cuenta agentes de cambio y con profesionales de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC-, que ejercen acciones dentro del Ámbito Familiar, allí se ha logrado un proceso de articulación y un posicionamiento de la temática de discapacidad a nivel local. Dentro de los actores sociales que conforman el Consejo están: Hospital Centro Oriente, Alcaldía Local, Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal-IDPAC-, 1 representante por cada tipo de discapacidad e IDR entre otros.

Consejo Local de Juventud-CLJ

Mediante el Acuerdo 033 de 2001 del Distrito Capital, amparado en la Constitución Nacional y en la Ley 375 de 1997 o Ley de Juventud. Los Consejos de Juventud han buscado ser las instancias representativas del sentir juvenil en lo local propiciándose como espacios de concertación, consulta y apoyo en las temáticas que respectan a la juventud desde los diferentes sectores.

Red Social Materno Infantil

La red realiza un trabajo fuerte frente a la salud de los niños, las niñas y gestantes de la localidad, en el cual se interrelacionan situaciones sociales, ambientales, familiares y culturales, permitiendo dimensionar la infancia y la mujer como núcleos centrales para generar condiciones de vida digna. Es así como la política de cero tolerancia con la mortalidad materna e infantil al igual que la política de infancia y adolescencia son el eje fundamental de sus acciones, teniendo como propósito que los niños las niñas sean reconocidos como sujetos de derecho desde la gestación y a lo largo de su ciclo vital que se sientan queridos, seguros de tener su vida protegida, con las oportunidades materiales y sociales requeridas para su desarrollo. La red busca afectar positivamente los determinantes de la salud materna infantil, mediante la activación de redes sociales y desarrollo de procesos de planeación, organización, posicionamiento político y construcción de conocimiento que se enmarcan en el componente de gestión local de la salud, para contribuir a la puesta en marcha de la política Distrital de infancia y la política sectorial cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal a través del conjunto de acciones, proyectos e iniciativas participativas transectoriales que conlleven un cambio radical frente a la salud materna e infantil.

Red del Buen Trato

El trabajo que se realiza desde la Red del Buen Trato es el de construir un sistema organizado de personas e instituciones, para que desde una participación democrática se compartan y articulen experiencias, conocimientos, que permitan poner a disposición servicios y proyectos, recursos y esfuerzos para prevenir y atender integralmente la violencia intrafamiliar, el maltrato y promover relaciones de convivencia democrática en la familia, con el fin de atender el problema de la violencia intrafamiliar, mediante acciones de promoción del buen trato.

Red de Salud de los Trabajadores

La Red social de apoyo para la promoción de la salud y calidad de vida de los trabajadores se define como una estrategia articuladora dirigida a la construcción de un discurso común por parte de actores sociales en torno a la promoción de la salud en el trabajo y la calidad de vida de los trabajadores y sus familias y la apropiación y movilización de planes de acción para el logro de ésta.

Gestión Ambiental y Sanitaria para la Salud-GESA

Desde la Transversalidad se busca contribuir al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud de la población residente en el Distrito Capital, mediante el abordaje intersectorial y comunitario de los determinantes socio ambientales; acciones para el ejercicio, preservación y restitución de la autonomía, por etapas de ciclos y componentes; cumplimiento de lineamientos, convenios y acuerdos internacionales y nacionales relacionados con la salud pública ambiental, formulación e implementación de la Política de Salud y Ambiente; el abordaje de las diferentes etapas del ciclo vital en coordinación con otras transversalidades, PDA, Ámbitos, Gestión Local y Vigilancia de la Salud Pública, con base en la Estrategia Nacional de Entornos Saludables.

Mesa Local de Actividad Física

Lo que actualmente es denominada Mesa de Actividad Física en la localidad de Candelaria (antes llamada Red de Actividad Física), cuenta con unos antecedentes y características especiales ligadas a una construcción conceptual que partió de un ejercicio práctico de discusión entre instituciones y sectores de la comunidad, lo que permitió su posicionamiento político en el año 2004, gracias también al apoyo e interés que mostró el alcalde local del momento.

Cuenta con funciones como: Orientar la construcción de la política local para la promoción de la actividad física, el deporte, la recreación y el esparcimiento. Esta función lleva implícita la elaboración permanente de un enfoque conceptual, técnico y operativo con una perspectiva de intersectorialidad. Promover encuentros de socialización de avances de la Red Local de Actividad Física con las autoridades locales, ediles, UEL, Consejo de Planeación Local, y Consejo de Deporte Local. Participar en acciones de gestión política con el fin de permear la toma de decisiones relacionadas con la ejecución de las líneas del plan estratégico local relacionadas con la promoción de la actividad física. Realizar seguimiento y acompañamiento a la formulación y desarrollo de propuestas locales relacionadas con la actividad física, el deporte, la recreación y el esparcimiento a todas las instancias institucionales y comunitarias de la localidad.

Posibilitar el intercambio de experiencias y metodología de trabajo entre instituciones locales, organizaciones comunitarias, relacionadas con el desarrollo de acciones de información, comunicación, educación y soporte social, en los diferentes ámbitos para la promoción de la actividad física.

Para La Candelaria las acciones son menos específicas desde la transversalidad, teniendo en cuenta que no se cuenta con un espacio intersectorial específico, sin embargo como respuestas desde la ESE de otros ámbitos se desarrollan acciones desde el ámbito escolar y con Muévete Comunidad, desde el ámbito comunitario.

Conjuntamente con actores comprometidos en cada una de las Instituciones Educativas abordadas por el Componente Fortalecimiento de la Actividad Física en el Programa Salud al Colegio, ya sea con directivas docentes, docentes y escolares, se estudian, proponen y planean actividades y estrategias que permitan mayor participación activa de las comunidades educativas en la práctica

de la actividad física, la recreación y el deporte, así como el adecuado aprovechamiento del tiempo libre, procurando la transversalización de la actividad física hacia otras áreas del conocimiento, al igual que la promoción de actividades de índole recreativo y cultural, ofertadas y atendidas de manera ocasional, principalmente por el Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte, en su programa de Recreación para la Infancia y Juventud.

En Territorio Uno, en el cual se localiza Institución Educativa Antonio José Uribe en ubicada en el barrio Santa Bárbara, se desarrolló cobertura en etapa del ciclo vital de Infancia: 109 mujeres y 71 hombres; Juventud: 207 mujeres y 127 hombres; Adulto: 14 mujeres y 4 hombres; etapa de ciclo Adulto Mayor: 1 mujer y 3 hombres. En el territorio Dos, en el que se ubica Institución Educativa ESNALCO Sede A en el barrio Centro Administrativo, para las etapas del ciclo vital Infancia: 0 mujeres y 0 hombres; Juventud: 130 mujeres y 111 hombres; Adulto: 12 mujeres y 6 hombres; Adulto Mayor: 1 mujer y 1 hombre. En territorio social Tres, en el cual se encuentra Institución La Candelaria A en el barrio La Concordia y La Candelaria B, en el barrio Las Aguas, se dio cobertura en las siguientes etapas: Infancia 208 mujeres y 144 hombres; Juventud: 465 mujeres y 295 hombres; Adulto: 30 mujeres y 16 hombres; Adulto Mayor: 3 mujeres y 1 hombre.

El proceso de promoción de la actividad física en las Instituciones Educativas, no cuenta con los recursos suficientes para la elaboración de algunas estrategias, juegos y material didáctico, que permitan la implementación de otras metodologías que motiven la mayor participación de la comunidad educativa en acciones planeadas, propuestas y concertadas con principales actores comprometidos. Por esta misma razón se propone la búsqueda de un espacio de participación en el cual se motive a otros sectores y actores a nivel local, para lograr concertar acciones articuladas que presenten mayor impacto en las comunidades educativas, optimicen recursos, tiempos y espacios, y fortalezcan estrategias y canales de comunicación, encaminados a promover una mayor participación activa de las comunidades y sus familias en actividades y programas de actividad física, lúdico recreativos y deportivos. Sin embargo estas propuestas se encuentran solo en el papel porque no se han podido socializar en espacios de posicionamiento político de la localidad. Lo mismo sucede con las acciones que se han desarrollado en el ámbito comunitario, a través de los grupos de Muévete Comunidad, que se adelantan en los barrios Egipto y Belén.

Estas respuestas siguen siendo insuficientes ante la demanda de población adulta, especialmente teniendo en cuenta que es el grupo poblacional a quien van dirigidos estos programas. Lo anterior se debe a la baja cobertura de estos programas que no generan un impacto importante en la localidad y además teniendo en cuenta que las acciones locales se centran en las actividades culturales, que son el fuerte de la localidad de Candelaria.

Lo antes mencionado nos encadena con la reflexión de que en la localidad de Candelaria desde la respuesta local, se cuenta con un Plan de Acción construido para la actividad física, la recreación y el deporte en el año 2009 con la dirección de la SCR D y la participación de diferentes actores locales interesados en el tema y el acompañamiento del IDRD, pero que sin embargo no se ha iniciado el proceso de implementación de dicho plan; al igual que en la localidad no existe ni un consejo, ni red, ni mesa que desarrolle exclusivamente estos temas; teniendo en cuenta que desde la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte se fortalecen las acciones que apunten al desarrollo de la cultura que es lo fuerte de la localidad.

A través del Plan de Intervenciones Colectivas en el ámbito comunitario, se han logrado adelantos significativos en cuanto a la promoción de la actividad física, la cual junto con la promoción del consumo de frutas y verduras y de la generación de espacios libres de humo en el hogar, hacen parte del Programa Tú Vales. Este programa con vigencia desde el año 2.003, se ha diseñado para que se vinculen mujeres cuidadoras de hogar entre 18 y 56 años de estratos 2 y 3 principalmente; hasta Agosto del 2.008 han participado en esta localidad cerca de 600 mujeres de manera directa y 1.800 sujetos de manera indirecta. La importancia de considerar la actividad física desde el Enfoque Promocional de Calidad de Vida, es que desde allí, es posible reconocer los determinantes que afectan su práctica. Se puede entonces identificar en esta localidad como determinante intermedio de mayor prevalencia, la inseguridad que existe en los

espacios públicos, como parques, ciclo vías y alamedas; de igual forma la estructura de los andenes y calles por su mal estado y dimensión, afecta la adecuada y segura movilidad y tránsito de los sujetos que de una u otra forma realizan caminatas, pues los coloca en una situación de riesgo.

Cabe mencionar entonces otros determinantes de carácter proximal, intermedio y estructural necesarios de tener en cuenta a la hora de buscar alternativas y respuestas institucionales y comunitarias: corresponsabilidad frente al cuidado de los parques, aumento de recreación pasiva, concebir la actividad física limitada a la práctica de un deporte, la falta de conocimiento en las diferentes alternativas para hacer actividad física, sobre todo cuando la localidad cuenta con una situación geográfica que la favorece. Falta de espacios públicos para la práctica de la actividad física o su inadecuado uso (consumo de SPA o presencia de indigentes o delincuentes) en los espacios existentes. Falta de seguridad en los parques. Escasa oferta de programas en la promoción de actividad física, recreación y esparcimiento, que involucren a todos los ciclos vitales. Programas específicos para grupos poblacionales como sólo adulto mayor, que cuenta con una política Distrital en cuanto a programas de recreación. Crecimiento económico y desarrollo tecnológico que conlleva a la inactividad de las personas. El crecimiento urbanístico, limita tanto la creación de espacios al aire libre, como dentro de las viviendas y centros educativos para la práctica de la actividad física.

Atención a población en situación de Desplazamiento

Para el Hospital Centro Oriente, ESE de II nivel, la intervención con población en situación de desplazamiento se inició en el año 2007 con la implementación del proyecto especial en las localidades de Santa Fe, Mártires y La Candelaria, en donde se realizó una identificación y caracterización de 140 familias en situación de desplazamiento, abordando la problemática desde los ámbitos, familiar, comunitario, Vigilancia Epidemiológica y el componente de Gestión Local. Con dichas intervenciones se pudo evidenciar que en las tres localidades la problemática no se encontraba visibilizada, comenzando por la caracterización de la población, pues al indagar por información y datos censales a las instituciones locales no se logró la obtención de los mismos, justificando esta falla con no contar con programas específicos para esta población y remitiendo los casos directamente a Acción Social y UAO Puente Aranda. Para el caso de las alcaldías locales, al no contar con información ni posicionamiento del tema, no se encuentran conformados los subcomités y comités de atención a población desplazada, y en el caso de las personerías locales aparte de la recepción de las declaraciones en los comités de derechos humanos tampoco se encontraba incluido el tema de desplazamiento en los subcomités.

Así mismo desde el sector salud la intervención fue nueva en el sentido de realizar todo el proceso de identificación, caracterización y canalización a los diferentes servicios de salud.

Actualmente la transversalidad cuenta con un Referente de Gestión Local para las tres localidades, un referente del ámbito comunitario, tres referentes del ámbito escolar, un referente para el ámbito familiar, un referente para el ámbito laboral con dedicación parcial de tiempo hasta el primer semestre del año, un referente de IPS para poblaciones especiales. El trabajo se complementa con la transversalidad de Etnias, con la cual se coordina el Grupo Funcional al cual deben asistir todos los funcionarios con esta intervención específica por lineamientos de la SDS.

Las personas en condición de desplazamiento atendidas por el Hospital Centro Oriente durante el año 2009 como población en situación de desplazamiento, y facturadas con cargo al Fondo Financiero Distrital suman 3.170, más 527 personas atendidas por la Unidad Móvil de la ESE Centro Oriente. Se debe tener en cuenta que no es posible dimensionar totalmente la población únicamente a partir de la atención en salud, pues resulta claro que no todos los integrantes de las familias asisten o hacen uso de los servicios médicos, además, también es de anotar, que existen otras IPS Privadas en el territorio que efectivamente atienden a población en situación de desplazamiento, de las cuales no se tiene reporte.

Etnias

En el contexto de la Salud Pública, la etnia se ubica como una Transversalidad de equidad en la matriz de lectura de necesidades y potencialidades sociales, en el marco del Enfoque Promocional de Calidad de Vida y Salud, ya que la condición étnica determina una forma específica de asumir la vida, la muerte y el proceso salud enfermedad, por lo cual se hace necesario incluir las consideraciones étnicas en las construcciones de planes, programas y proyectos en salud. Este abordaje responde a obligaciones éticas, políticas y legales que obligan a incluir procesos de concertación con las autoridades y organizaciones de los grupos étnicos en todas las acciones en salud que los involucren directamente. Se logró, desde el 2008, un primer acercamiento para identificar los grupos indígenas que actualmente habitan en la localidad, a través de recorridos por algunos barrios como San Bernardo. Aunado a lo anterior, se han revisado las bases de datos de desplazados, Salud a su Casa, Cabildo Kichwa y Fundación Sol Radiante, con el fin de identificar y caracterizar la población indígena de la localidad; socializando el Plan de Intervenciones Colectivas PIC con los gobernadores indígenas de los cabildos Inga Kichwa, Zenú, indígena Wayuu.

En el 2009, teniendo en cuenta el proceso de Gestión Social Integral (GSI) y a partir de los temas generadores que se han trabajado para la inclusión de acciones en salud que favorezcan el mejoramiento de la calidad de vida de los grupos étnicos habitantes en las localidades, que son el eje de atención del Hospital Centro Oriente, se ha propuesto el trabajo articulado intersectorial para avanzar en la restitución de derechos fundamentales, así como la promoción de la participación de las personas de las poblaciones diferenciales ubicadas en los territorios sociales 1 y 3.

Para esto se hace necesario el empoderamiento de las acciones referidas, no solamente al mejoramiento de las condiciones de la atención en salud sino en general del mejoramiento de su propio nivel de vida como una estrategia efectiva para evitar caer en el asistencialismo institucional. Un primer paso en este sentido es el acompañamiento que se realiza desde los diferentes ámbitos que tienen incidencia en las dinámicas internas de estas poblaciones, a saber, el ámbito laboral y mayormente el ámbito comunitario.

Sin embargo, se presenta en este sentido una dicotomía de pretensiones alrededor de las acciones frente a estos grupos poblacionales, puesto que, específicamente para la comunidad indígena Embera de Candelaria, se indica que no se cuenta con el personal suficiente para realizar las actividades de acompañamiento capacitado en atención diferencial, así como en la mayoría de las instituciones con las que se pudieran coordinar estrategias y por otro lado se manifiesta que la autonomía de estos pueblos debe empezar a hacerse visible.

De otra parte se identifica la barrera del lenguaje propio de las comunidades indígenas como un impedimento que no permite un puente efectivo entre la necesidad manifiesta y la solución institucional. Frente a esta situación se han vinculado gestores comunitarios que hablan la lengua materna del grupo étnico, que se aborda mediante la intervención del Hospital Centro Oriente, pero que debido al aumento del número de las personas que diariamente arriban a Bogotá como resultado del desplazamiento forzado a causa del conflicto armado o por movilización autónoma, las acciones de los gestores rebasan en número la calidad, la celeridad y la oportunidad en la canalización y la atención tanto en salud como en las demás necesidades de un grupo recién llegado.

En todo este proceso es necesario recordar que los caminos que se siguen no son en ningún momento lineales, ni sucesivos, sino que se van construyendo y adaptando de acuerdo a las necesidades de las poblaciones étnicas atendidas y de acuerdo a las situaciones particulares con las cuales se presenten al momento de la intervención. Sin embargo es posible que dos o más procesos puedan darse en paralelo o de manera simultánea.

En cuanto al aseguramiento universal en salud se presentan inconvenientes puesto que no existe

claridad respecto a la normatividad relacionada. En este sentido se desconocen las dinámicas que manejan las Entidades Promotoras de Salud e incluso las reglas del juego para la atención de la población étnica cuando están en situación de riesgo permanente o inminente.

Este desconocimiento da como resultado la ineficacia en la atención o la generalización de errores en las intervenciones que dan paso al acrecentamiento de las barreras de acceso a los servicios integrales de salud. Existe poca claridad sobre las rutas de atención frente a las personas de comunidades diferenciales que ostentan además su situación de desplazamiento. Unida a esta situación la capacitación por parte de la Secretaría Distrital de Salud, como ente rector en este tipo de problemáticas se hace confusa y dispersa en el tiempo, además de mostrarse la mayoría de las veces anquilosada frente a los cambios permanentes en la legislación en salud, sobre todo en los grupos étnicos.

De esta manera es pertinente la solicitud reiterada por parte de los funcionarios públicos que se enfrentan a la atención de indígenas y desplazados de una actualización permanente y una circulación de la información que sea efectiva para dinamizar la atención.

Género y diversidad sexual

Desde esta Transversalidad, se pretende Integrar la perspectiva de género y la perspectiva de diversidad sexual a los procesos de análisis, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de todas las intervenciones locales y distritales del sector salud en los territorios, fortaleciendo capacidades y oportunidades de varones y mujeres en toda su diversidad a lo largo del ciclo vital, tanto individual como colectivamente, garantizando la existencia de las condiciones suficientes para el mejoramiento de sus condiciones salud y calidad de vida.

Desde **Gestión Local** la Transversalidad de género, componente mujer realiza un trabajo frente a las siguientes temáticas:

- Ley 1257 “Por el derecho a las mujeres a una vida libre de violencias”.
- Lenguaje incluyente.
- Sentencia 355 “Interrupción voluntaria del embarazo”
- Embarazo adolescente.
- Auto 092.
- Cáncer de cuello uterino.
- Prevención de VIH.

Las anteriores temáticas hacen parte de la Política Pública de Mujer y Género y aunque salud trabaja por los seis derechos que contempla la política como lo son: derecho a una vida libre de violencias, derecho a la participación y representación, derecho a una educación con equidad, derecho a un trabajo digno, derecho a la salud plena y derecho a una cultura libre de sexismos, desde gestión local se prioriza el trabajo frente el derecho a la salud plena y el derecho a una vida libre de violencias.

El trabajo se realiza al interior del Hospital mediante la articulación con las diferentes intervenciones como la red del buen trato, red social materno infantil, salud sexual y reproductiva, salud mental, entre otras; y en los espacios locales más específicamente el Comité de Mujer y Género, en donde el Hospital Centro Oriente apoya a la secretaría técnica frente a la ejecución del plan de acción.

Desde el **Sistema de Vigilancia en Salud Pública en la intervención de SIVIM** se desarrollan actividades tendientes a asegurar la notificación inmediata y periódica de casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual que las instituciones y la comunidad identifican. Además, realiza la canalización y seguimiento de estos casos con el propósito de facilitar su atención integral y oportuna.

Se realiza coordinación intersectorial para fortalecer las redes de comunicación entre las diferentes entidades que buscan restablecer los derechos de las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, como es el caso de las Comisarias de Familia de las localidades de Santa fe, Los Mártires y La Candelaria, el Centro de Atención Integral a Víctimas de Delitos Sexuales (CAIVDS), IDIPRON, Personería, Fiscalía y el ICBF.

A nivel intrainstitucional el Hospital Centro Oriente articula con las diferentes intervenciones de salud mental como familias en riesgo psicosocial, IPS en salud mental, con los paquetes que ofrece, Intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano, la red del buen trato, el sistema de vigilancia nutricional y el sistema de vigilancia comunitaria.

La respuesta desde esta intervención es pertinente, sin embargo no visibiliza todas las violencias que se dan tanto en el ámbito privado como en el público, ya que únicamente se registran las violencias al interior de la familia, de igual manera se quedan por fuera aquellas personas que por determinadas razones no reportan las violencias presentadas. No hay una diferencia entre la violencia intrafamiliar y la violencia en contra de las mujeres, aunque en las violencias reportadas en esta etapa de ciclo vital se ejerza en mayor porcentaje hacia el género femenino que hacia el masculino.

PROPUESTA DE INTERVENCION PIC 2011 TERRITORIALIZADA

Salud. Teniendo en cuenta la propuesta de intervención en los territorios de Gestión Social Integral (GSI), el Plan de intervenciones Colectivas se enmarca en el componente dos: profundizar acciones en los componentes del Plan de intervenciones Colectivas (PIC), que así lo requieran según las problemáticas priorizadas.

En la medida en que el Hospital Centro Oriente ha venido aproximándose a la determinación social del proceso salud –enfermedad en la localidad de La Candelaria en los dos territorios sociales concertados en el marco de la Gestión Social Integral (GSI), el proceso de abordaje ha sido complejo, debido a su propia dinámica y de las relaciones sociales de los individuos y grupos al interior de la localidad. En el capítulo anterior se presentaron las narrativas de la problematización en los territorios sociales uno, dos, tres, lo que permitió avanzar hacia la construcción de los temas generadores, facilitando el análisis de las respuestas dadas desde salud pública que permitieran la proyección de acciones por componentes en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2011.

Una vez desarrolladas las unidades de análisis de las respuestas institucionales, los referentes de ámbitos analizaron el balance de la oferta actual frente al núcleo problemático y al tema generador con el fin de avanzar hacia la propuesta PIC 2011 y a las respuestas integrales que se han venido trabajando en el marco de la estrategia de la Gestión Social Integral (GSI).

Como es sabido, la respuesta institucional del Hospital Centro Oriente se realiza en dos planos: asistencial y comunitario, éste último con las acciones llevadas a cabo en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) desde los diferentes ámbitos incluyendo los Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA) y transversalidades (TV), en este apartado solo se tendrá en cuenta las acciones comunitarias.

Núcleo

En el territorio Social 1 se presentan redes familiares débiles y contextos violentos que en muchos casos se caracterizan por relaciones de poder asimétricas, deficientes pautas de crianza

y escasa gestión del conflicto, que exponen a los integrantes de la familia a un alto riesgo de vulnerabilidad social, afectando a todas las etapas de ciclo vital.

Tema Generador

No agredas, no grites, yo escucho y solucionamos

A continuación se presenta una aproximación a la estrategia propuesta por cada referente de ámbito y que se relaciona con la intervención que se ha venido desarrollando entre 2009 y en algunos casos en el 2010.

Para intervenir Violencias se propone desde los componentes PIC:

Ámbito IPS

Con el fin de apoyar el derecho a la salud y seguridad, se debe articular un programa de intervención entre el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y Plan Obligatorio de Salud (POS) que permita acciones de promoción y prevención y canalización de los eventos en salud mental notificados en los territorios.

Se plantea además generar un proyecto de intervención en problemáticas de violencias, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas entre ámbitos y componentes del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para el abordaje de poblaciones por etapa de ciclo vital con enfoque diferencial sujetos de intervención.

Ámbito comunitario

El ámbito desde su accionar en salud mental propone:

Constante sensibilización a los funcionarios de la ESE Centro Oriente en temas relacionados con salud mental y desarrollo de habilidades sociales con la generación de espacios de encuentros donde se destaquen factores relacionados con el desarrollo de la autonomía y personalidad.

Generar un proyecto específico de prevención en sustancias psicoactivas que abarque los diferentes estamentos de la población generando un respuesta institucional fortalecida y única.

Fortalecer la articulación del ámbito de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con el ámbito comunitario en cuanto a acciones de nutrición.

Proyectar el trabajo en redes promotoras a centros de escucha con población vulnerable en territorios sociales específicos de la localidad haciendo un trabajo concreto en inquilinatos redes promotoras de salud: En los barrios de Egipto, Belén, Santa Bárbara, con desplazados, habitante de calle y zorreros.

Fortalecer las organizaciones juveniles en prevención de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) legales e ilegales.

Promover estrategias de empoderamiento y protección contra las violencias de género, así como atención psicosocial que estimule la reconstrucción de proyectos de vida individual y familiar, acorde con su cultura y tradiciones, particularmente para la población perteneciente a grupos étnicos y en desplazamiento.

Conformar un grupo de apoyo para personas en ejercicio de prostitución con el fin de abordar el tema de pautas de crianza para prevenir la violencia intrafamiliar.

Ámbito escolar

Incrementar los tiempos que se dan en los lineamientos para el trabajo en los temas relacionados con salud mental, en la que se puedan integrar experiencias como primeros auxilios psicológicos que mitiguen el impacto de situaciones relacionadas con consumo de SPA y conducta suicida.

Generar mecanismos para que el proceso de canalización y retroalimentación de los casos de salud mental que sean remitidos a los servicios, sea más ágil y efectivo frente a la atención, fortaleciendo la referencia y contrarreferencia a la Unidad Mental de Perseverancia.

Integrar intersectorialmente, la implementación de estrategias productivas, comunitarias, de bienestar colectivo y de acceso a servicios de salud, económicos, culturales y recreativos, que permitan afectar determinantes que subyacen a los problemas de salud mental identificados en los territorios.

Fortalecer la participación del Hospital en la red sin trabas, donde se pueden generar estrategias no solo para universidades sino para colegios en cuanto a enfrentar de forma más efectiva e integral el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).

Socializar más efectivamente la ruta de violencias, la difusión y utilización de la línea 106, como tipo de herramientas para niños/as, jóvenes que les permita enfrentar las situaciones problemáticas que deben afrontar en sus hogares o con sus compañeros a diario.

Continuar prestando asesoría y acompañamiento a los programas de salud sexual y reproductiva y en las campañas de prevención de consumos de sustancias psicoactivas legales e ilegales (SPA) en las universidades, liderados desde Bienestar Universitario.

Ámbito Institucional

Fortalecer la autonomía de las personas mayores a partir de ejercicios de apropiación y proyección de su espacio familiar y comunitario en los territorios sociales 1 y 2.

Enfocar los temas de atención plurimodal en el envejecimiento activo de forma intergeneracional garantizando la participación de los adultos mayores de los territorios sociales 1 y 2.

Generar una estrategia del buen trato con las personas que tengan contacto con las y los adultos mayores de los tres hogares en los que tiene injerencia el ámbito.

Fortalecer acciones en salud mental con los y las adultas mayores de acuerdo a su cultura y a los problemas actuales con el alcohol en el territorios sociales

Posicionar en las Instituciones geriátricas el manejo de la estrategia del buen trato y los derechos del adulto mayor institucionalizado.

Ampliar la cobertura poblacional de asesoría y acompañamiento desde salud a las instituciones de manera individual

Ámbito familiar

Incluir dentro de la intervención plurimodal temas que brinden herramientas a los cuidadores para orientar la salud sexual de los menores.

Generar estrategias de manejo del tiempo libre para fortalecer factores protectores y reducir los de riesgo en el consumo de Sustancias Psicoactivas(SPA) legales e ilegales..

Implementar talleres formativos con el grupo de salud a su casa (SASC) de tal forma que puedan dar una información objetiva y reconozcan las familias que requieran de la intervención.

Plantear la captación de las familias candidatas a la intervención por cada Unidad Primaria de atención (UBA) Candelaria y el desarrollo de las actividades dentro de estas instalaciones.

Establecer un espacio de formador de formadores entendiéndolo como la creación una red protectora de la salud mental en la cual estarían las personas de la comunidad con disposición y capacidades para generar redes de apoyo.

Núcleo

Déficit habitacional y ambientes insalubres, relacionados principalmente con el manejo inadecuado de residuos sólidos, haciendo propicios sus entornos a la presencia de vectores; que inciden en las condiciones de salud y calidad de vida de los y las habitantes del territorio 1.

Tema generador

Candelaria limpia y saludable

En el caso de ambientes insalubres se proponen las siguientes estrategias:

Desde Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud (GESA), Entornos Saludables y Vigilancia Sanitaria, este último con sus siete líneas de intervención: seguridad alimentaria, saneamiento básico, industria y ambiente, servicios de salud y medicamentos seguros, enfermedades compartidas entre el hombre y los animales, transporte y energía y emergencias y desastres, haciendo énfasis en que las acciones de medio ambiente son transversales, para mejorar la calidad de los habitantes de la localidad de La Candelaria.

Gestión sanitaria y ambiental para la salud (GESA)

Contar con sala situacional de ambiente desde lo territorial al menos una vez al año.

Promover el Observatorio de Salud Ambiente que se venía trabajando con GESA y Entornos Saludables hacia el trabajo con las líneas de vigilancia quienes liderarían el proceso con acompañamiento de los referentes de GESA y entornos saludables.

Ámbito Comunitario

Continuar con la estrategia de monitores ambientales comunitarios

Involucrar las acciones de vacunación y esterilización canina en el área rural con la entrega de la canasta campesina

Desarrollar caminatas pedagógicas por los territorios para sensibilizar a los ciudadanos a disminuir el ruido, a cuidar el medio ambiente desde sus puntos de trabajo, sus hogares y su zona.

Establecer procesos pedagógicos para la conservación y mantenimiento del espejo de agua del río San Francisco del Eje Ambiental.

Programar jornadas comunitarias de aseo y control vectorial en conjunto con la empresa Aseo Capital en los puntos críticos de aseo.

Seleccionar a los núcleos de gestión de salud a su casa para ser capacitados en prácticas alternas en el control de las plagas.

VIGILANCIA SANITARIA

Seguridad alimentaria y nutricional:

Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones, relacionadas con seguridad alimentaria y nutricional.

Saneamiento básico

Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con Saneamiento básico.

Industria y Ambiente

Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con industria y ambiente.

Medicamentos seguros y servicios de salud

Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con manejo de medicamentos de control especial, normas sanitarias vigentes y uso adecuado de medicamentos.

Actividades educativas

Generar actividades educativas como estrategia de información, comunicación y educación en salud dirigida a grupos específicos de la población con el fin de lograr cambios en conocimiento sensibilización sobre la necesidad de reafirmar o modificar prácticas de manufactura.

Muestras analizadas en el laboratorio de salud pública:

Continuar con la toma de muestras de los alimentos y medicamentos que se expenden en los territorios y que son analizadas en el laboratorio de salud pública.

Eventos mórbidos:

Fortalecer la articulación entre vigilancia epidemiológica y la línea de seguridad alimentaria

Enfermedades compartidas entre el hombre y los animales:

Esta línea de acción está enfocada a tres componentes principales que son: control de la población canina callejera; control de vectores e inspección, vigilancia y control de establecimientos médico veterinarios.

Continuar con la vacunación canina en los territorios.

Control de población canina:

Diseñar e implementar una metodología de recolección de caninos callejeros para disminuir los conflictos que se presentan con la comunidad.

Apoyar las actividades del Centro de Tenencia y Adopción Canina de Bogotá.

Animales observados por generar accidentes de agresión animal:

Generar una estrategia que permita hacer y recibir retroalimentación de los otros hospitales sobre

accidentes de agresión animal para el seguimiento oportuno de los casos.

Continuar incrementado de la estrategia de vacunación extramural puerta a puerta en los territorios.

Identificar estrategias para mejorar técnicas de control de población canina que permitan sensibilizar a la población sobre la importancia de la recolección de caninos callejeros.

Fomentar la recolección de los caninos localizados en la parte baja del Cerro de Monserrate.

Capacitar sobre el adecuado diligenciamiento de la ficha de accidente por agresión animal a los médicos tratantes de las sedes asistenciales del territorio.

Transporte y energía:

Esta línea tiene los siguientes componentes: ambientes libres de ruido, calidad del aire y salud, transporte seguro; terminales de transportes, combustibles y energía; seguridad vial. Los componentes mencionados se desarrollan a través de planes de gestión intersectorial.

Contar con las señales de tránsito apropiadas y en el número adecuado especialmente en los barrios ubicados en la parte alta de la localidad al igual que la parte baja conformada por avenidas tan importantes como las carreras 10 y 7.

Calidad De Aire Y Salud Y Ambientes Libres De Humo

Continuar fomentando las visitas de control a los establecimientos y las capacitaciones a la comunidad sobre el cigarrillo y los efectos en la salud.

Ambientes libres de ruido

Continuar con las capacitaciones para sensibilizar y prevenir del ruido ambiental, y el ruido producido en el ambiente laboral ocupacional explicando los efectos que éste tiene en la salud.

Núcleo

Las Condiciones socioeconómicas y culturales afectan la Seguridad Alimentaria y nutricional en la población de los territorios sociales 1 y 2 generando en las familias desnutrición aguda y crónica afectando el desarrollo físico e intelectual especialmente en la etapa de ciclo vital infancia, incidiendo en la salud y calidad de vida de estos viendo vulnerado el derecho a la alimentación y la nutrición.

Tema generador

Tejiendo redes para la disposición oportuna y suficiente de alimentos

Gestión local

Generar acciones para la detección de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes y jóvenes con propósito de prestar tratamiento oportuno y adecuado a estas patologías.

Ámbito familiar:

Continuar con el monitoreo de planes de trabajo familiar para la evaluación del cumplimiento del componente de alimentación y nutrición y el direccionamiento de acciones.

Ámbito escolar:

Cubrir el 100% de las instituciones educativas con la intervención de promoción de la alimentación saludable en los colegios públicos.

Continuar con la desparasitación y suplementación con Hierro en niños y niñas menores de 12 años en los colegios; brindar apoyo nutricional a las estrategias de atención a la Infancia y suplementación con micronutrientes vitamina A - Hierro en menores de 5 años.

Ámbito IPS:

Participación activa en el tema de Lactancia Materna desde las estrategias dando cubrimiento a los diferentes actores en la prestación del servicio.

Se propone, aumentar la cobertura de las acciones IAMI-IAFI-AIEPI a los jardines infantiles privados de los territorios de la localidad.

Ámbito comunitario

Abordar el tema de hábitos alimenticios a través de los grupos de formación en derechos humanos, sexuales y reproductivos que se llevan a cabo con personas en ejercicio de prostitución.

Núcleo

Las diferentes formas de discriminación hacia los habitantes de calle, personas LGBT, ciudadanos en condición de discapacidad, personas en ejercicio de prostitución en los territorios sociales 1,2 y 3 dificultan la convivencia con los y las residentes de estos territorios en la localidad de Candelaria, afectando la calidad de vida de todos y todas, vulnerando los derechos de: libre desarrollo de la personalidad, trabajo e integridad personal de estos ciudadanos.

Tema generador

Yo convivo, tú convives y todos convivimos en la tolerancia.

Desde los ámbitos de vida cotidiana se propone:

A-Para personas en condición de discapacidad

Ámbito familiar

Ampliación de las coberturas de atención psicosocial teniendo en cuenta la magnitud de las problemáticas evidenciadas en la población desplazada y grupos étnicos con articulación a las acciones propuestas desde las comunidades (medicina tradicional) y elaboración de informes más detallados de los aspectos psicosociales que afectan la calidad de vida de las familias con avances, dificultades, proyecciones de las intervenciones que además sean presentados a las autoridades tradicionales y organizaciones de las comunidades étnicas y en situación de desplazamiento.

Creación de un equipo de Salud a su Casa especializado en atención a familias diferenciales, que incluya la atención a familias indígenas, semi-nómadas y LGBT, conformado por un médico, un antropólogo, un psicólogo y un traductor-lingüista.

Diseño y elaboración de una herramienta informática estilo CURYC para transversalidades.

Continuar con los procesos de asesoría a las familias con personas en condición de discapacidad enfatizando en los procesos de corresponsabilidad tanto de estas como de las diferentes instituciones locales y distritales.

Ámbito escolar.

Se propone fortalecer la ruta saludable de la ESE para que los escolares puedan ser transportados a los diferentes servicios asistenciales y se garantice su atención.

Generar procesos de remisión y contra remisión oportuna a los servicios de salud visual para que se pueda desarrollar la identificación de las problemáticas relacionadas con el tema a tiempo y se dé el tratamiento efectivo con calidad.

Desarrollar acciones masivas de capacitación desde la Empresa Social del Estado (ESE) Centro Oriente, donde se trabaje en derechos en salud, estrategias de restitución efectiva de derechos que pueden tomar las comunidades educativas, que lleven a su vez a la generación de espacios de reflexión y toma de decisiones sobre las barreras de acceso y la calidez de los servicios que se prestan a la comunidad.

Vincular a los jóvenes a mesas de trabajo locales en las cuales se discuta y se pongan en juego las expectativas ideas y sentires de ellos, frente a la forma como se puede vincular a las poblaciones vulnerables a los espacios escolares.

Fomentar la inclusión social de niños y jóvenes al espacio escolar, mediante estrategias de educación no formal, es decir, artes, deportes, cultura que permitan estimular la integración y la comunicación de las diferencias en un espacio libre de diálogo y propuestas de convivencia pacífica.

Ámbito IPS

Contar en las sedes asistenciales públicas, con infraestructura adecuada para el desplazamiento de las personas en condición de discapacidad.

Continuar con las mismas acciones. (Con grupos y población sostenida en el tiempo para lograr así impacto.) Implementar centro de vida independiente.

Ámbito Institucional

Fomentar acciones en las instituciones de adulto mayor con ejercicios de apropiación y proyección de su espacio familiar y comunitario en territorio social 1 y 2 acentuado en los barrios del territorio 1.

Fomentar el grupo de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) Kids.

Ámbito laboral

Fomentar estrategia de sensibilización para profesionales del área asistencial con el fin de dar credibilidad a las remisiones dadas desde la intervención de promoción de entornos de trabajo saludables y trabajo infantil

En cuanto a etnias se propone

Implementación de un sistema de referencia y contrarreferencia para el seguimiento de casos canalizados con dificultades en aseguramiento, modelo y calidad de servicios salud prestados.

Articulación con Gestión Local para el acompañamiento y movilización de las iniciativas productivas de las comunidades para su inclusión en proyectos ante instancias locales, distritales o de cooperación internacional.

Ampliar cobertura de intervención para todas las comunidades en las tres localidades contando con profesionales de tiempo completo.

Establecer parámetros especiales de enfoque de proyectos productivos para comunidades indígenas.

Ámbito comunitario

Fortalecer redes que promuevan el buen trato al interior de las familias de las etnias Inga, Kitchwa y Embera para la prevención de las violencias.

Intervención de vivienda saludable con familias Inga ubicadas en la UPZ 94, sin embargo, de fondo la problemática es el acceso a una vivienda digna.

Fortalecer la intervención en seguridad alimentaria para los niños y las niñas con inclusión en los comedores comunitarios, jardines de la SDIS y programas de inclusión como la canasta indígena.

Fortalecer la intervención desde entornos saludables con la población Embera para la incorporación de hábitos de vida saludable en el marco de la interculturalidad.

Diseñar una propuesta de intervención psicosocial desde la medicina tradicional de la comunidad Inga ya que es indispensable el trabajo desde una comprensión de las problemáticas desde la lógica inherente a estos grupos.

Ámbito escolar

Aumentar la cobertura de atención y canalización de población desplazada y grupos étnicos a los servicios preventivos de atención en salud mental, para ofrecer atención psicosocial acorde con las necesidades de la población escolarizada.

Gestionar la inclusión de niños y niñas de diferentes etnias y población desplazada a las instituciones educativas fomentando la presencia de proyectos de nivelación y proyectos etnoeducativos con formadores bilingües de la misma comunidad.

Ámbito IPS

Contar con gestores indígenas que permitan el acercamiento del sector salud a estas comunidades.

Articulación con ámbito comunitario para el seguimiento de casos de barreras acceso y aseguramiento en salud de la población étnica y en situación de desplazamiento.

Fortalecimiento de los procesos de capacitación de funcionarios de las sedes asistenciales y administrativos con acompañamiento de los referentes de etnias y desplazados haciendo énfasis en la aplicación de los contenidos del enfoque diferencial, rutas, derechos y normatividad que genere un proceso de formación continua.

Acompañamiento a referentes de desplazados y etnias del Ámbito Comunitario para realizar capacitación a funcionarios en el momento de la atención, una vez al mes, de acuerdo a la programación.

Articulación con Vigilancia en Salud Pública y sus subsistemas (SIVIM; SISVAN, Vigilancia en Salud Comunitaria, transmisibles) y líderes de sedes asistenciales para garantizar el registro adecuado de la variables de desplazados y etnias (acciones de sensibilización) conforme a lo establecido en los autos de la Corte.

Realzar la gestión y vigilancia de los hospitales geriátricos por parte del HCO.

Llevar a cabo una estrategia publicitaria masiva para dar a conocer el HCO como uno solo.

Transversalidad de género y orientación sexual

Fortalecer la estrategia “Nuestro punto de encuentro”

En el caso de habitante de calle, se propone:

Ámbito comunitario

Sensibilizar a la comunidad y demás actores institucionales y organizaciones en las acciones adelantadas en la localidad para lograr mayor integralidad en las respuestas a las y los habitantes de calle.

Respecto de personas en ejercicio de prostitución se propone

Ámbito comunitario

Revisar las temáticas de las capacitaciones que se están llevando a cabo en conjunto con la Secretaría de Integración Social (SDIS)

Iniciar una línea de investigación relacionada con la caracterización del el ejercicio de la prostitución alrededor de zonas comerciales en la localidad.

Abordar la población en ejercicio de prostitución mediante implementación de un centro de escucha ubicado estratégicamente, desde una perspectiva integral que aborde problemáticas como la salud mental, la explotación sexual y la vulneración de derechos.

Articular las acciones de acompañamientos con el actuar de las otras líneas de intervención del Hospital para dar respuestas asertivas ante ésta problemática.

Desarrollar acciones preventivas sobre factores desencadenantes en el deterioro de la calidad de vida de las personas adultas que ejercen ésta actividad.

Transversalidad Etnias - Desplazados

1. Seguimiento al cumplimiento de los autos de la Corte en coordinación SDS para garantizar en el marco de la normatividad existente la atención y acceso a los servicios de salud de la población indígena en general que no cuenta con cabildos urbanos o no está incluida en el RUPD (contradicciones entre la legislación y goce efectivo del derecho).

2. Coordinación de una ruta de atención en salud con la Dirección de Aseguramiento de la SDS que permita una evaluación trimestral del acceso y calidad de los servicios prestados por APS, PIC encabezado por los referentes de etnias, desplazados convocando funcionarios del hospital que se requieran para dar respuestas efectivas a través de un sistema de referencia y contra referencia centralizado y sistematizado.

3. Articulación con las transversalidad de género, PDA de salud mental y red del buen trato para el abordaje de las violencias y seguimiento a la intervención psicosocial de acuerdo a las problemáticas identificadas en la población.

4. Continuidad al acompañamiento de las acciones propuestas desde la Mesa Étnica Interinstitucional, las acciones desde la Gestión Social Integral y movilización de proyectos propuestos para las alcaldías locales.

5. Movilización intersectorial para la definición de protocolos integrales de atención de emergencias producidas por las protestas y tomas temporales en el espacio público de población desplazada y étnica.

6. Acompañar redes de apoyo interinstitucional y comunitario para la atención en salud a familias recién llegadas.

7. Gestión participativa para viabilizar proyectos y actividades productivas para las familias en situación de desplazamiento y grupos étnicos que se constituyan en una alternativa digna.

8. Establecer acuerdos con el sector educativo para vincular población desescolarizada a programas de etno educación y nivelación sociocultural y educativa.

9. Creación de un directorio de autoridades de la localidad, con teléfonos y direcciones. Buscar una integración entre las cabezas de las instituciones.

10. Promover la firma de un acuerdo interinstitucional de unificación de censos y manejo de la información y cruce de bases de datos sin restricciones.

Núcleo

Barreras de acceso administrativas y físicas de servicios sociales (salud) causadas por la normatividad y condiciones de infraestructura que generan en la población del régimen subsidiado y contributivo correspondientes a los territorios sociales 1, 2 y 3 eventos de prevenibles afectando su salud en todas las etapas del ciclo vital, vulnerando el derecho a la salud y la justicia principalmente.

Tema generador

Todos y todas a garantizar el derecho a la salud.

Se proponen las siguientes estrategias desde los ámbitos así:

Ámbito comunitario

En salud oral se debe tener en cuenta

Desarrollar el Modelo Integral de Salud Oral, en otras organizaciones que no tienen la posibilidad de recibir procesos de salud oral, enfocados a menores de 5 años en HOBIS de la localidad.

Definir en articulación con la Secretaría de Integración Social (S.D.I.S), la temática de salud oral como tema para trabajar con los usuarios en los comedores comunitarios.

Generar mejores propuestas entre el PIC y el POS para la atención en salud oral de pacientes remitidos con alto riesgo.

Fortalecer convenios docente-asistenciales para la atención de jóvenes con mal oclusión.

Fortalecer la corresponsabilidad de los padres de familia en la salud oral de sus hijos.

Para poblaciones étnicas

Acompañamiento y fortalecimiento permanente en derechos.

Aumentar cobertura en las acciones tendientes a la restitución del derecho a la salud.

Fortalecer procesos de formación, capacitación y participación de la comunidad.

Fortalecer procesos de formación y capacitación a las instituciones locales para llegar a estas comunidades con intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad teniendo en cuenta el contexto Cultural.

Generar un espacio en una de las sedes asistenciales, que funcione como Centro de Atención Psicológica, donde las personas en situación de prostitución que deseen y necesiten puedan asistir o iniciar proceso terapéutico, intervención psicológica etc.

Ámbito institucional

Fomentar en los individuos derechos y deberes en salud teniendo presente la cultura de un envejecimiento activo y las prácticas de promoción y prevención desde un abordaje inter-generacional.

Ámbito escolar

Aumentar la cobertura en los colegios que no hacen parte del programa de salud oral.

Involucrar a la comunidad educativa, facultades de odontología y aseguramiento de la ESE, para que se articule el programa de salud oral a procesos efectivos de superación de barreras de accesos.

Gestionar con el régimen contributivo para que estudiantes de las facultades de odontología realicen los tratamientos.

Aumentar la cobertura de la ruta saludable de la ESE para que los escolares puedan ser transportados a los diferentes servicios asistenciales y se garantice su atención.

Generar procesos de remisión y contra remisión oportuna a los servicios de salud visual para que se pueda desarrollar la identificación de las problemáticas relacionadas con el tema a tiempo y se dé el tratamiento efectivo con calidad.

Desarrollar acciones masivas de capacitación desde la ESE donde se trabaje en derechos en salud, estrategias de restitución efectiva de derechos que pueden tomar las comunidades educativas, que lleven a su vez a la generación de espacios de reflexión y toma de decisiones sobre las barreras de acceso y la calidez de los servicios que se prestan a la comunidad.

Ámbito comunitario

Fortalecer la intervención en seguridad alimentaria de las familias indígenas de la localidad. con inclusión en los comedores comunitarios, y programas de inclusión como la canasta indígena alimentaria.

Fortalecer las intervenciones en salud mental con enfoque diferencial con los y las jóvenes indígenas.

Para desplazados se proponen las siguientes estrategias

Ámbito familiar

Generar espacios con enfoque interdisciplinario para el análisis de la situación de los desplazados, con el fin de aunar esfuerzos en las respuestas que se les brinden.

Contratar de nuevo los servicios de asesoría para la intervención de las familias en ésta situación con el fin de asesorarlos sobre los decretos y leyes que los cubren por ser población desplazada.

Implementar los servicios amigables para jóvenes.

Ámbito comunitario

Continuar con la intervención de AIEPI en el territorio.

Desarrollar acuerdos que permitan el aseguramiento total de la población y la atención oportuna.

Generar procesos conjuntos PIC - POS que permitan sensibilizar a todo el personal del HCO acerca de la salud como DERECHO y no solo como un servicio.

Implementar ejercicios de diálogo de saberes que permitan identificar creencias en el tema de la salud, actitudes, percepciones sobre el estado de salud, expectativas, demandas, prioridades.

Ámbito IPS

Establecer el Programa de inducción a la demanda a través de la estrategia comunicativa integral de la promoción de rutas de atención y el portafolio de servicios del POS y el PIC que promueva el derecho a la información y a la atención de la población beneficiaria de la localidad.

Abordaje integral desde los ámbitos de vida cotidiana a grupos poblacionales habitante de calle, desplazados y grupos étnicos por etapa de ciclo vital con acciones de detección, sensibilización, caracterización, asesoría en proyectos de vida fortalecidos por la red de apoyo sectorial.

Articular el trabajo con la Oficina de Mercadeo de la institución, para la información actualizada de los servicios asistenciales, buscando que se encargue de apoyar los mecanismos de difusión a la comunidad.

El ámbito IPS socializará en las Unidades Asistenciales y en las IPS privadas objeto de las intervenciones de cualquier PDA, Transversalidad, estrategia o programa los documentos y piezas comunicativas a los profesionales, técnicos asistenciales y administrativos.

Núcleo

En el territorio social 1, en los barrios, Belén, Egipto y Santa Bárbara se evidencia una problemática de alta dependencia económica, desempleo y trabajo informal que afecta la calidad de vida de **jóvenes y adultos con bajo nivel educativo, adultos y adultos mayores que se encuentran solos y dependen económicamente de sus familias, vendedores informales que se ubican en vías aledañas a los sectores comerciales de la localidad**, generando incapacidad de satisfacer sus necesidades básicas, lo que ocasiona entre otras consecuencias pérdida de la autonomía vulnerándose en ellos el derecho al trabajo, a la nutrición y a la justicia.

Tema generador

Trabajo decente e inclusión equitativa en el sistema económico para jóvenes y adultos

Se proponen las siguientes estrategias:

Ámbito familiar

Permitir que las personas trabajadores informales sean capacitados en el manejo higiénico de alimentos de manera gratuita o pagando una cuota de acuerdo a las condiciones económicas de ellos (estratos 1 y 2).

Aumentar el número de capacitaciones de riesgos profesionales al trabajador informal que se identifica desde la intervención.

Implementar una matriz de caracterización del trabajador informal para poder tener una base de datos de las familias que comparten el uso productivo con el habitacional, con el fin de hacer la canalización a la intervención y el respectivo seguimiento.

Aumentar la cobertura de la intervención contando con un mayor tiempo para las visitas a los trabajadores informales.

Ámbito comunitario

Articular las acciones con otros sectores en temas productivos para obtener desarrollo económico en proyectos productivos.

Generar acuerdos con instituciones de educación técnica, tecnológica y profesional (ciclos propedéuticos) que permitan facilitar el acceso a los programas de educación superior.

Construir alternativas productivas, proyectos de desarrollo comunitario, acordes a los intereses y las necesidades de los niños y niñas, adultos/as, jóvenes, persona mayor en los territorios sociales.

Mantener continuidad con los grupos y generar articulación a fin de contribuir al mejoramiento de la cotidianidad de los miembros de los mismos.

Capacitar a los referentes de las diferentes tareas del ámbito en cuanto al desarrollo y creación de proyectos productivos ya que esto puede permitir un mejor asesoramiento a los jóvenes para seguir un proyecto de vida.

Ámbito laboral

Fortalecer acciones de gestión que permitan la garantía del derecho a la alimentación y nutrición de la población con trabajo informal en condición de discapacidad.

Ampliar la cobertura poblacional para la identificación y caracterización de casos de niños/as trabajadoras a lo largo del año, en donde se cuente además con profesionales formados en el tema étnico para adecuar esta intervención de acuerdo a las costumbres de cada cultura garantizando los derechos universales de la niñez.

Ámbito institucional

Organizar un acompañamiento individualizado por institución, iniciando procesos de sensibilización e inducción teórico-práctica, para la realización de actividades productivas y de manejo del tiempo libre, por medio de visitas lúdicas bimensuales y el desarrollo de guías de estructuración de sustentos teóricos que soporten la realización de dichas actividades.

Núcleo

En los territorios sociales 1, 2 y 3 la subutilización de los parques y de sitios de esparcimiento para el disfrute del ocio recreativo principalmente, generado por la situación de inseguridad, consumo de sustancias psicoactivas por parte de ciudadanos de calle, condiciones deficientes de aseo y el desconocimiento de las ofertas recreo-deportivas institucionales que producen en los y las habitantes sentimientos de incertidumbre viéndose vulnerado el derecho a la recreación, ambiente sano y cultura en los y las habitantes de este sector.

Tema generador

Recuperando y apropiando las ofertas culturales y recreo-deportivas en la Candelaria.

Se proponen las siguientes estrategias desde los ámbitos:

Ámbito escolar

Implementar el programa de actividad física en las Instituciones educativas Distritales (IED) de la localidad.

Mejorar el equipamiento del parque y espacios recreativos y acciones de actividad física más específicas para niños y niñas desde etapa muy tempranas.

Establecer programas que apunten a la apropiación de espacios físicos adecuados para la recreación, juego y realización de prácticas de actividad física.

Fortalecer el fomento de la práctica de actividad física en la localidad, pues ésta se considera como un satisfactor sinérgico de múltiples necesidades humanas, que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.

Salud Pública-Plan de Intervenciones Colectivas

La construcción de la respuesta social de la localidad de La Candelaria se da en el contexto del Plan Nacional de Salud Pública, el cual fue normado por el Ministerio de Protección Social en Agosto de 2007 y que se expresa a nivel de Bogotá Como el “Plan de Salud Del Distrito Capital”.

Con la definición de este plan se busca armonizar el Plan de Desarrollo Económico Social y de obras públicas 2008-2012 de la ciudad, las políticas de salud, las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001 y 1127 de 2007 a las entidades territoriales, dar cumplimiento a los Objetivos del Milenio, y demás compromisos nacionales e internacionales en función de responder a las necesidades de la población Bogotana.

Por esta razón esta construcción está en el marco de la definición del plan de desarrollo económico, social y de obras públicas “Bogotá Positiva Para Vivir Mejor”¹²⁸

Este plan está enmarcado en el que hacer institucional en el Plan de Desarrollo Local de la Candelaria **“Bogotá Positiva Para vivir Mejor: Candelaria Turística, humana e Incluyente”**

El Hospital Centro Oriente II Nivel - Empresa Social del Estado, nace jurídicamente el día 6 de Octubre de 2000, a raíz de la fusión de los Hospitales – Empresas Sociales del Estado El Guavio II Nivel, Samper Mendoza I Nivel, Perseverancia I Nivel y Unidad Básica de Atención la Candelaria I Nivel, a través del Acuerdo No. 11 del 11 de Julio de 2000, del Consejo Distrital.

Con el fin de avanzar en el análisis se debe tener en cuenta que la Estrategia Promocional de Calidad de Vida se expresa articuladamente en acciones de educación, protección, prevención, restitución y rehabilitación, organizándose las respuestas de diferentes formas de acción para poder responder a la satisfacción de las necesidades sociales, utilizando las capacidades y recursos disponibles en función de articular esfuerzos para preservar y desarrollar la autonomía de las personas y colectivos. Es por ello que se hace necesario profundizar la respuesta social que se ha venido dando en los territorios de Gestión Social Integral en dos de sus componentes fundamentales: Institucional y Comunitario, siendo un punto central la evaluación de las ofertas que se tienen y cómo reorientarlas hacia redes que den respuesta a las necesidades sociales de acuerdo a los principios de universalidad y equidad.

Para el logro de lo anteriormente expuesto, se partió de la identificación de las situaciones problemáticas en los territorios para posteriormente caracterizar la respuesta dada desde lo institucional y lo comunitario. En el primero de ellos se revisó el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y las acciones asistenciales, para ello se llevaron a cabo unidades de análisis de respuestas con

cada referente de los componentes del mencionado Plan, Promoción y Prevención y Subgerencia de servicios, dicho análisis partió de los núcleos problemáticos y temas generadores por etapa de ciclo vital, donde se evidenciaron las brechas y las propuestas para el PIC 2011.

Producto de este ejercicio es la narrativa que a continuación se presenta por Territorio y núcleo problemático.

4.2 Territorio social 1

En el territorio Social 1 se presentan redes familiares débiles y contextos violentos que en muchos casos se caracterizan por relaciones de poder asimétricas, deficientes pautas de crianza y escasa gestión del conflicto, que exponen a los integrantes de la familia a un alto riesgo de vulnerabilidad social, afectando a todas las etapas de ciclo vital.

Las acciones que se llevan a cabo en el plan de intervenciones colectivas están relacionadas a continuación:

4.2.1 Componente 1. Gestión Local de la Salud

Este componente cuenta con el Proyecto de Desarrollo de Autonomía (PDA) de Salud Mental. Las intervenciones adelantadas desde este proyecto han permitido realizar intervenciones en todas las etapas de ciclo vital, en Infancia y Juventud, a través de las intervenciones en ámbito escolar, familiar, comunitario y laboral, en éste último para la prevención de las peores formas de trabajo infantil y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes y desde ámbito familiar con la intervención plurimodal en las familias.

En la categoría de Posicionamiento Político se desarrollan procesos que movilizan actores, cuya participación y/o acción es necesaria para lograr la concreción del enfoque promocional de calidad de vida y salud, que debe expresarse en la generación de compromisos, respuestas, alianzas, legitimidad y recursos con el fin de mejorar las condiciones de vida y salud de la población. Es precisamente en estos espacios intersectoriales donde se logra subir el legado de información, conocimiento del territorio, experiencia y aprendizajes con el fin de sensibilizar y definir prioridades locales y planes de acción conjuntos.

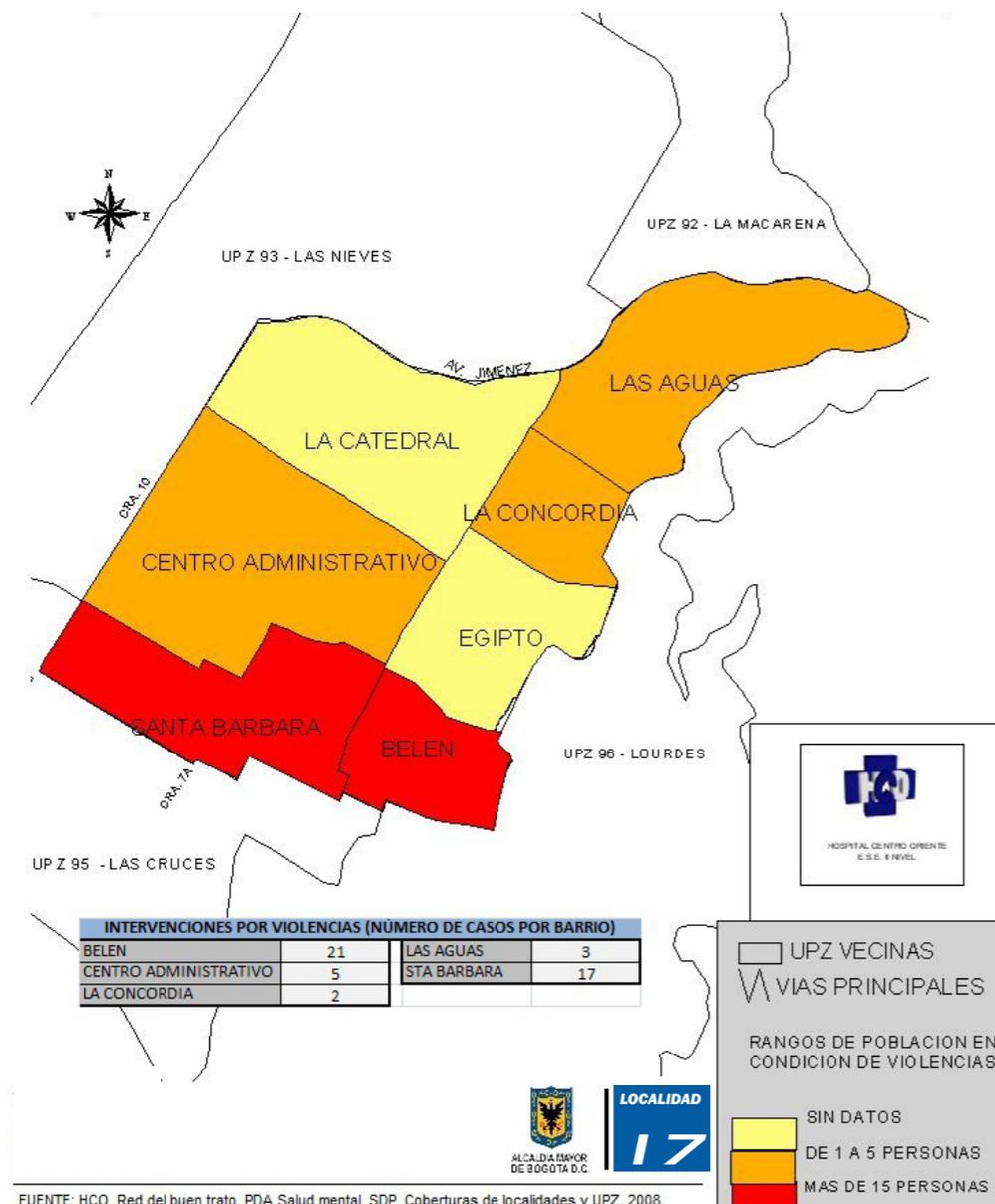
Red Social Materno infantil

La red realizó un trabajo fuerte frente a la salud de los niños, las niñas y gestantes de la localidad, en el cual se interrelacionan situaciones sociales, ambientales, familiares y culturales, permitiendo dimensionar la infancia y la mujer como núcleos centrales para generar condiciones de vida digna. Es así, como la política de cero tolerancia con la mortalidad materna e infantil al igual que la política de infancia y adolescencia son el eje fundamental de sus acciones, teniendo como propósito que los niños, las niñas sean reconocidos como sujetos de derecho desde la gestación y a lo largo de su ciclo vital que se sientan queridos, seguros de tener su vida protegida, con las oportunidades materiales y sociales requeridas para su desarrollo. La red busca afectar positivamente los determinantes de la salud materna infantil, mediante la activación de redes sociales, y desarrollo de procesos de planeación, organización, posicionamiento político y construcción de conocimiento que se enmarcan en el componente de gestión local de la salud, para contribuir a la puesta en marcha de la política Distrital de infancia y la política sectorial cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal a través del conjunto de acciones, proyectos e iniciativas participativas transectoriales que conlleven un cambio radical frente a la salud materna e infantil.

Red del buen trato

El trabajo que se ha realizado desde la Red del Buen Trato, consiste en construir un sistema organizado de personas e instituciones, para que desde la participación democrática se compartan y articulen experiencias, conocimientos, que permitan poner a disposición servicios y proyectos; recursos y esfuerzos para prevenir y atender integralmente la violencia intrafamiliar, el maltrato y promover relaciones de convivencia democrática en la familia; con el fin de atender el problema de la violencia intrafamiliar, mediante acciones de promoción del buen trato.¹²⁹ Los casos notificados de violencia intrafamiliar en la localidad, se concentran en los barrios Santa Bárbara y Belén. Ver mapa 13.

Mapa 13. Ubicación de casos notificados de violencia intrafamiliar. Localidad La Candelaria.



FUENTE: HCO. Red del buen trato, PDA Salud mental. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Fuente: Hospital Centro Oriente. Salud mental. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

4.2.2 Componente 2. Operación de Ámbitos de Vida Cotidiana

Los ámbitos se refieren a las propiedades de los entornos o territorios sociales, espacio donde las personas viven, se desarrollan y se tejen interacciones: espacios productivos (laboral), espacios de vida de los escolares (escuela), espacios públicos (comunitario), institucional (espacio de protección y rehabilitación) e instituciones prestadoras de servicio) entre otros.¹³⁰

Ámbito Comunitario

El proceso del ámbito comunitario establece el conocimiento en un territorio social con unas interacciones propias del ámbito, donde el entendimiento de las dinámicas sociales generan acciones para el diseño de respuestas integrales, transformando el modo de atención enlazando a nodos que permitan dimensionar la realidad de las localidades del Centro de Bogotá, donde se concentra el arraigo cultural con la fuerte idea de des-territorialización.

Los dos conceptos antes mencionados marcan una pauta importante para el entender de los sujetos, las relaciones y sus dinámicas, dado el fuerte condicionante de filtro social y las condiciones de vulnerabilidad existentes en los territorios sociales 1,2 y 3, donde se concentran las respuestas institucionales, que en los últimos años han hecho que las personas beneficiarias se especialicen en el conocimiento y el control de la ruta de acceso a los servicios y excluyan a otros con mayor nivel de fragilidad y marginación.

Se cuenta con un compromiso efectivo de los profesionales del ámbito quienes ven obstaculizada su labor por dos determinantes: el asistencialismo considerando como una estrategia que no mejora en términos estructurales las condiciones de los actores a intervenir, no permitiendo ejercer una política definitiva para el cambio de la calidad de vida de las comunidades afectadas de la localidad. El segundo determinante es la sobre ejecución de acciones en determinados colectivos, ya que en la parte intersectorial distrital no se articulan las acciones entre sí, permitiendo la optimización de los recursos humanos, físicos, administrativos y financieros. De ahí la importancia de la aplicabilidad del objetivo de la Gestión Social Integral, que cumpla con sus componentes en los territorios sociales.

En relación con salud mental desde el ámbito comunitario se viene trabajando en diferentes acciones, entre ellas: ciudad protectora, foro sobre problemática en niños y adolescentes, charlas - talleres en promoción y prevención de la salud mental y en el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (S.P.A), fortalecimiento de redes, centros de escucha, que son encuentros con entes de trabajo de la zona articulando quehaceres, las intervenciones adelantadas desde este ámbito se realizan desde la promoción y protección de los niños, niñas y sus familias, adelantando acciones de construcción y fortalecimiento del tejido social en lo relacionado a las violencias; se realizó un foro con una asistencia de 115 personas y un trabajo de sensibilización con 150 niños en edades comprendidas entre 3 años y 8 años. Con relación al consumo de sustancias psicoactivas se capacitaron 77 en 3 diferentes jornadas, un encuentro de referentes de salud mental 43 personas.¹³¹

La promoción y prevención de la salud mental en temas relacionados con la autoestima control del estrés, relaciones de pareja interpersonales, comunicación, pautas de crianza sexualidad infantil y adolescente, prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (S.P.A). Estas intervenciones se llevaron a cabo para todas las etapas de ciclo vital; los procesos fueron realizados y encaminados todos hacia la comunidad de los territorios sociales durante el año 2009-2010.

¹³⁰ Secretaría Distrital de Salud. Plan de intervenciones colectivas-PIC Lineamientos 2009

¹³¹ Hospital Centro Oriente. Ámbito comunitario. [Documento en CD ROM] Unidad de análisis de respuestas.2010

Ámbito instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

El ámbito Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) es un espacio de relaciones sociales creadas entre usuarios/as y prestadores, públicos y privados, en el que interactúan aseguradores, trabajadores/as de la salud y población usuaria de servicios con el fin de optimizar el funcionamiento de los mismos, como una forma de ayudar a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud del individuo, la familia, la comunidad. El propósito del trabajo en las IPS como ámbito es lograr el posicionamiento de procesos, programas, proyectos y estrategias relacionados con la salud pública a nivel de instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública y privada.

Actualmente el Ámbito IPS realiza intervención en el PDA de Salud Mental con asesoría y asistencia técnica a las unidades asistenciales en los temas de Violencias, ley 1257/2008, sensibilización frente a la prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, protocolo de atención a víctimas de abuso sexual y KIT para la toma de muestras, socialización de las rutas de atención a víctimas de abuso sexual y violencias¹³².

Brecha identificada: Desarticulación entre Plan Obligatorio de Salud (POS) y Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en la atención de casos de violencia intrafamiliar identificados y ausencia de intervenciones en la problemática del manejo de sustancias psicoactivas.

Ámbito escolar

Por ámbito escolar se entienden aquellos espacios sociales institucionalizados que poseen una organización y dinámica propia y que tienen la función social de educar a los ciudadanos en las diferentes etapas del ciclo vital¹³³.

El programa Salud al Colegio del Hospital Centro Oriente, configura su accionar basándose en los principios del enfoque promocional de calidad de vida, en donde el trabajo con las comunidades, en este caso las educativas, se convierte en un aspecto fundamental. Dicho trabajo no se basa en una idea instrumentalizada y asistencialista de la relación entre salud y educación, sino que por el contrario se busca la generación de voluntades y el reconocimiento de las potencialidades de cada uno de los actores que hacen parte de este escenario social.¹³⁴

Cuenta este ámbito con acciones como: colegios protectores y activos ante las violencias, cuyo objetivo es brindar herramientas que permitan construir desde la autogestión de la comunidad educativa, aportes que fortalezcan la protección y solidaridad de niños niñas y adolescentes frente a las violencias que se generan al interior de los colegios como resultado de la inestabilidad de los núcleos familiares. Así mismo, se pretende el fortalecimiento de acciones preventivas y promocionales por medio de actividades artísticas y pedagógicas en las instituciones educativas para contrarrestar las violencias que puedan presentarse. Por otro lado, se genera sensibilización para la identificación y canalización de las diferentes violencias incluyendo la conducta suicida.

Entre las acciones que se llevan a cabo están:

Línea 106: En el ámbito escolar se promociona esta línea para que los Niños, Niñas y Jóvenes, llamen y reciban, apoyo, acompañamiento y sean escuchados en el momento en que se presenta una situación conflictiva. Es una herramienta comunicativa de respuesta de fácil acceso y bajo costo durante las 24 horas, tiene como objetivo intervenir niños, niñas, adolescentes y jóvenes, que cuenten con alguna dificultad que desestabilice de manera potencial la salud mental, para

proporcionarles técnicas y estrategias de afrontamiento ante este tipo de situaciones, promoviendo así la salud mental y previniendo la agudización de la situación estresante. La Línea 106 tiene como objetivo Promover la salud mental a partir de las voces e iniciativas de niños, niñas y jóvenes a través de la conformación de grupos de líderes que a partir de procesos de participación diseñen y socialicen una estrategia para la promoción de la salud mental en los Colegios protectores y activos ante las violencias: es una intervención que tiene como objetivo el de brindar herramientas que permitan contribuir desde la autogestión de la comunidad educativa aportes que fortalezcan a la protección y solidaridad de niños niñas.

Para el año 2009 no se atendieron niños y niñas de 0 - 9 años, de 10-14 años; 196 mujeres y 520 hombres, de 15-18 años 1630 mujeres y 1012 hombres, de 19-26 años, 262 mujeres y 364 hombres, de 27-59 años, 18 mujeres y 17 hombres, de 60 y más, 1 hombre y 1 mujer.

Las metas de SIVIM que pone la SDS, son menores a los casos identificados. El tiempo de realización de intervenciones en salud mental es inferior al requerido para una intervención efectiva. Para dar solución a un caso de SIVIM, se requieren muchos pasos los que representa barreras de acceso al servicio. La falta de talento humano en el área de SIVIM para evacuar los procesos en Línea 106.

Consumo Abusivo de Sustancias Psicoactivas: El objetivo principal de este componente, está orientado a intervenir en las comunidades educativas, con base en la lectura y priorización de necesidades sociales, mediante la realización de actividades colectivas que fomenten la promoción de la salud mental, con énfasis en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (se incluyen las sustancias lícitas o ilícitas que cumplen con los criterios de abuso y/o dependencia) y el fortalecimiento de factores protectores.

La estrategia de buen trato en jardines es un trabajo en donde se propician espacios en los cuales se orientan interacciones tendientes a garantizar las condiciones y medios para estimular la creatividad y permitir el sano y adecuado desarrollo de las capacidades y potencialidades de los niños y niñas, con la participación activa de los cuidadores, docentes, jardineras, madres y padres de familia y de todas las redes sociales de apoyo tejidas en este entorno.

Atiende problemáticas como conductas suicidas, violencia, TCA, embarazos no deseados, VIH/SIDA e ITS, es pertinente el fortalecimiento de los Programas de Bienestar en la áreas de Salud Mental (SM) y Salud Sexual y Reproductiva(SSR). Es pertinente la labor Intersectorial de la Red sin Trabas Distrital, donde se trabaja con actores de la sociedad civil, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Instituciones Universitarias (IES), e Instituciones Distritales.

COBERTURA:

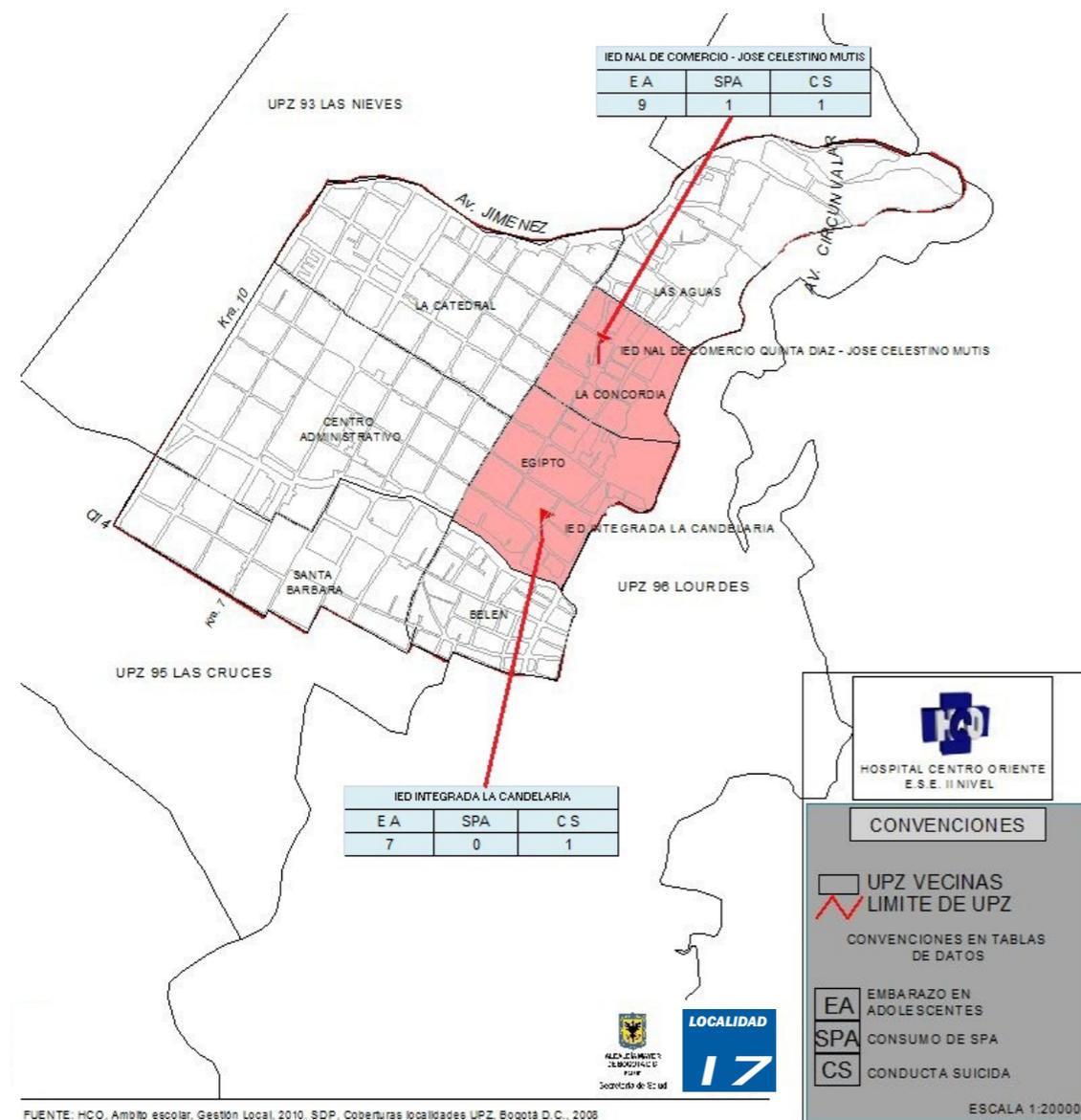
Ciclo Vital Joven: Hombres 219. De 15 a 18 años: 129; de 19 a 26:90 Mujeres: 388. De 15 a 18 años: 254; de 19 a 26: 134. Ciclo Vital Adulto: Hombres de 27 a 59: 139. Mujeres de 27 a 59:372 Total 1118.

¹³² Hospital Centro Oriente. Ámbito IPS. [Documento en CD ROM] Unidad de análisis de respuestas.2010

¹³³ Secretaría Distrital de Salud. Ficha general de conceptualización del ámbito escolar.2009

¹³⁴ Hospital Centro Oriente. Ámbito escolar. [Documento en CD ROM] Unidad de análisis de respuestas.2010

Mapa 14. Embarazo en adolescentes, Consumo de SPA y Conducta suicida – ámbito escolar. Localidad La Candelaria.



FUENTE: HCO, Ambito escolar, Gestión Local, 2010. SDP, Coberturas localidades UPZ, Bogotá D. C., 2008

Fuente: Hospital Centro Oriente. Ámbito escolar. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Se identifican las siguientes brechas: Apropiación por parte de las universidades de la Política Pública en Salud. Mantener acciones puntuales frente a temáticas específicas de Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva. Cada Institución mantiene una política propia amparada en la autonomía universitaria. Para ampliar la cobertura se requiere mayor inversión tanto del Estado y de las IES.

La falta de comprensión de los docentes en cuanto al tema del consumo y el abuso de sustancias psicoactivas interfiere con la notificación de los casos, la cual es mayor de la real.

Ni los padres ni los docentes hacen parte de la población objeto y la participación de los padres a las convocatorias y de los docentes a las capacitaciones es muy escasa.¹³⁵

Ámbito institucional

Planear y ejecutar acciones en conjunto desde los planes de acción de los grupos técnicos poblacionales, comités, redes y mesas sobre el tema de Ambiente en las etapas de ciclo vital con énfasis en el territorio social:

1. Promoción, Fortalecimiento y desarrollo de la autonomía de las personas mayores institucionalizadas.
2. Diseñar y ejecutar planes de acción transectoriales, a partir de grupos técnicos poblacionales, comités, redes y mesas donde se aborde el tema de medio ambiente del territorio social 1.

Se ha realizado acercamiento y reconocimiento a una institución objeto de intervención. Se ha aplicado el instrumento de captura y registro de información "Lista de Chequeo", y con la información adquirida se está realizando un diagnóstico de las condiciones de la institución. A partir de Junio de 2010, según las necesidades encontradas se iniciará: Asesoría y acompañamiento a en el diseño e implementación de programas e instrumentos en saneamiento básico. Promoción de ambientes libres de humo. Se propiciarán prácticas de auto cuidado. Promoción del uso seguro y racional de sustancias químicas y asesoría y acompañamiento en el diseño e implementación del Plan de Gestión de Riesgos.

Durante el 2009 se realizó asesoría y acompañamiento a 1 institución ubicada en el barrio Egipto de la localidad Candelaria. Atendiendo a Mujeres= 15 Hombres= 1.¹³⁶

Ámbito familiar

4.2.3 Intervención plurimodal

La Intervención Plurimodal hace parte de las acciones desarrolladas desde el Ámbito Familiar; busca garantizar el derecho a la salud a través de un enfoque de prevención y promoción buscando satisfacer las necesidades individuales y colectivas.

En este sentido, los procesos que implican su implementación son de carácter transversal y pueden cubrir las diversas etapas del ciclo vital a partir de la valoración de las necesidades e intereses de las familias que integran diversas comunidades o segmentos de población en particular.

Desde esta intervención se pretende reducir la incidencia de conductas poco sanas, para lo cual se dictan talleres que fomentan una sana convivencia, educando a los integrantes de la familia, brindando herramientas a los cuidadores, posibilitando mejores modelos de crianza y por lo tanto formando a los niños y/o adolescentes con mayor estabilidad, evidente en fuertes auto esquemas y habilidades sociales que unidos integran un adecuado proyecto de vida.

De igual forma se brinda apoyo a otras áreas de forma indirecta ya que al hablar de los focos de interés se promueven conductas apropiadas como hábitos de higiene, inclusión de los menores en los sistemas escolares, participación comunitaria, comunicación asertiva, la cual influye en el desarrollo laboral de los participantes. Debido al acercamiento que se tiene con la familia se puede detectar problemas a nivel psicosocial y estos son remitidos a la profesional encargada.

¹³⁵ Hospital Centro Oriente. Ámbito Escolar [Documento en CD ROM] Unidad de Análisis 2010

¹³⁶ Hospital Centro Oriente. Ámbito Institucional. [Documento en CD ROM]. Unidad de análisis de respuestas 2010

Las acciones desarrolladas están fundamentadas en lineamientos de SDS, por lo cual la selección de las familias se basa en su propia percepción de funcionalidad, que en los casos fue familias funcionales o con disfunción leve. Teniendo en cuenta los lineamientos, se realiza una visita a cada familia en la que se incluye una entrevista inicial, APGAR familiar y soporte de amigos y familiograma; en esta visita también se les da a conocer los temas de los talleres que se van a realizar como: pautas de crianza, manejo conflicto, convivencia de pareja y proyecto de vida, u otra temática que los fortalezca ante los cambios al interior de la familia. Para el año 2010 se cuenta con una cartilla suministrada por la SDS la cual resume y da algunos consejos en las temáticas que se trabajan en la intervención.

Adicional a ello, a estas familias se les hace 3 talleres con actividades didácticas sobre temas que ellos mismos escogen en la entrevista inicial, tales como: pautas de crianza, proyecto de vida, resolución de conflictos y convivencia en pareja cada uno con subtemas. Posterior a los talleres, se realiza un cierre según el formato de Secretaría de Salud, donde se incluye un informe con lo que aprendieron y se destacan las enseñanzas que les quedaron para que las puedan integrar en el desarrollo de sus vidas y en su núcleo familiar.

Se realizaron 31 procesos completos con familias habitantes de la localidad de La Candelaria con ingresos en los meses: febrero, marzo, julio, agosto y octubre. La distribución de las familias de la localidad Candelaria se encuentra en su mayoría en los barrios: Belén, Egipto, Las Aguas, Santa Bárbara y en menor cantidad en Nuevo Santafé.

Brecha. Para el año 2010 desde SDS se redujo el número de familias intervenidas no solo a nivel local sino en el Distrito llegando incluso en terminar dicha intervención en otros hospitales.

A pesar que las familias constantemente se quejan de no contar con los recursos para afrontar algunas situaciones demuestran poco compromiso con el proceso formativo evidente en las constantes excusas para no asistir a los talleres lo que genera se reprogramen los mismos. Otro aspecto relacionado es el contante traslado de las familias.

De igual forma, falta creación de ideales cooperativistas en los cuales no solo se encontrarían beneficios en salud física y mental, sino también en circunstancias que influyen en estos dos elementos como es una vida digna y con calidad.

Así mismo a pesar de obtener logros en la comunidad, es necesario fortalecer la intervención al interior del Hospital, ya que para muchas personas es desconocida y se piensa más en la reparación que en la promoción, pues se tiende a generalizar la disfuncionalidad familiar y los eventos adversos.

Ámbito Laboral

El objetivo macro del ámbito es avanzar en la afectación positiva de los determinantes de la relación salud enfermedad de los y las trabajadoras y sus familias, mediante acciones que promuevan entornos saludables en los espacios laborales, así como la restitución social de derechos en relación con el trabajo y las garantías sociales.

Una de las principales dificultades es el bajo compromiso de otros sectores con la población sujeto de las intervenciones, el trabajo de posicionamiento local y Distrital no ha sido tarea sencilla y aunque a partir de la vigencia 2007, 2008, se contó con un referente en gestión local, es así que para el año 2009 se ha posicionado fuertemente las necesidades puestas en los territorios sociales 1.

Las actividades que se realizaron desde el ámbito son la caracterización de niñas y niños trabajadores y remisión a proyectos locales para el aprovechamiento del tiempo libre y vinculación

escolar. Es por esta razón que toda forma de trabajo infantil es considerado como violencia, por lo tanto desde las acciones del ámbito se pretende realizar el reconocimiento de casos de niños que se encuentran en explotación laboral y en peores formas de trabajo, canalizándolos a los diferentes servicios a los que tienen derecho, contando que algunas de las remisiones a proyectos para el aprovechamiento del tiempo libre no son efectivas, debido a la poca oferta institucional en comparación con la alta demanda de niños/as afectados por la problemática de trabajo infantil.

Con relación a la Transversalidad de Salud y Trabajo, el Hospital Centro Oriente, desde el ámbito laboral realizó una intervención de caracterización de 69 casos de niños y niñas trabajadores, sensibilización para la desvinculación y 10 seguimientos a vigencias anteriores de niños y niñas trabajadores, así como sensibilización en espacios diferentes a la escuela como la Fundación Laudes.

Acciones de canalización a los servicios de salud. Dentro de los proyectos de la Secretaría de Integración Social, Jornadas Alternas viene trabajando igualmente en el proceso de canalización a servicios de salud y sensibilización, para la desvinculación laboral de los menores. La articulación intersectorial con instituciones como la Secretaría de Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la unidad ULD, el Instituto de Economía Solidaria, IPES, ha permitido atender de manera integral las necesidades de las comunidades con altos riesgos o que están en peligro de ser vulneradas en sus derechos humanos y civiles o en condiciones de fragilidad social.

Es así que desde el ámbito laboral se realizan visitas a las diferentes instituciones, centros, fundaciones que trabajan por las comunidades menos favorecidas con el fin de hacer sensibilizaciones que permitan cambiar los imaginarios construidos y con ellos, las formas de aceptar lo intolerable como es el caso del trabajo infantil.

Las instituciones contactadas y con las que se trabajó, tienen en común que atienden poblaciones infantiles que padecen de violencia intrafamiliar, abandono o negligencia, venta y/o consumo de psicoactivos, conductas delictivas, derechos vulnerados en lo que tiene que ver al acceso a los servicios de salud, seguridad alimentaria y derecho a la identificación como ciudadano(a) colombiano(a). Se realizan recorridos y búsquedas nocturnas visitando los diferentes sitios de trabajo, con el fin detectar las irregularidades en el manejo y cuidado de los niños y niñas, por parte de sus padres en los puestos de trabajo y de igual forma realizar la intervención apropiada solo con el objetivo de prevenir cualquier tipo de violación de los derechos de los menores e implementar la erradicación del trabajo Infantil.

Brecha: Poca oferta para la vinculación de niños/as trabajadoras que les permita un mejor aprovechamiento del tiempo libre. Falta dar cobertura a más niños y niñas trabajadoras.

Gestión de la Vigilancia en Salud Pública

Este componente consta de Vigilancia en Salud Pública y Ambiente, con Inspección Vigilancia y Control - Seguridad Alimentaria, Inspección Vigilancia y Control - Enfermedades Compartidas, Inspección Vigilancia y Control - Servicios de Salud, Inspección Vigilancia y Control - Industria y Ambiente, inspección Vigilancia y Control – Saneamiento Básico y Transporte y Energía.

Subsistema de vigilancia epidemiológico de violencia intrafamiliar y maltrato infantil y abuso sexual – SIVIM: Encargado del fortalecimiento del Sistema de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil, Violencia Sexual y mantenimiento de Unidades Primarias Generadoras del Dato del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIM. Realizó seguimientos a casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual con énfasis en violencia sexual y casos en riesgo de fatalidad. Para este proceso de vigilancia no se ha realizado unidad de análisis, por tal motivo se expone lo que el componente desde sus propias actividades llevó a cabo, según lo reportado en el Diagnóstico con Participación Social localidad Candelaria año 2009.

Desde SIVIM el Sistema de Vigilancia al Maltrato y Violencias, la canalización realizada ha sido efectiva en el 90% de los casos, para la localidad de Candelaria, a pesar que la respuesta por parte de algunas instituciones a las que se canaliza, no es oportuna; sin embargo los usuarios han manifestado un gran nivel de satisfacción. Una de las principales problemáticas es el seguimiento y atención de los casos, debido a la alta rotación de todo el sector salud, lo que impide que se establezcan los procesos y obliga a doblar esfuerzos en la capacitación de los profesionales y personal encargados de la notificación de los casos.

En cuanto a los diferentes tipos de violencias a los que hace seguimiento el sistema SIVIM, el total de la población cubierta por las intervenciones de SIVIM fue de 45 personas en el 2008. Los barrios con mayor reporte fueron Belén y Santa Bárbara. Esto debido a la concentración de fragilidad social, a raíz del bajo nivel educativo de padres, madres y cuidadores, las condiciones de hacinamiento en los lugares de vivienda (inquilinos, etc.) que conllevan a la presencia de posibles abusadores y explotadores, tanto sexuales como a nivel laboral, la proliferación de inquilinos y el hacinamiento. La violencia emocional arrojó el mayor número de reportes totales. El menor porcentaje se encuentra en la etapa Juventud con 2 casos, es decir, un 4.4% de los casos totales. El maltrato por negligencia obtuvo el segundo lugar en número de casos atendidos con un total de 35 (77.7%). Se presenta sólo un caso en jóvenes (2.8%). En violencia física se reportó igualmente 1 caso. Esto para la etapa de ciclo Juventud.¹³⁷

Si bien es constante el hecho de que los jóvenes presentan los menores porcentajes de casos de violencias en los últimos años en los reportes de SIVIM, sigue preocupando que sean más frecuentes los casos femeninos en todos los registros de violencias, aún en esta etapa. Los eventos de violencia se asocian al consumo de sustancias psicoactivas, las condiciones sanitarias de las viviendas, al hacinamiento en las viviendas, los problemas económicos y el abandono de los padres.

En cuanto a casos de suicidio fue reportado 1 caso en el 2009 frente a 3 en el 2007 constituyéndose La Candelaria como la localidad con mayor reducción y menos casos de suicidio.

Por lo antes mencionado desde el PIC, en el PDA de Salud Mental en sus diferentes componentes se propone fortalecer el reporte en el SIVIM, por la sede de la Candelaria, las entidades educativas y los ámbitos a través del COVECOM Comité de Vigilancia Epidemiológica; en el ámbito familiar en la intervención plurimodal se propone incrementar las acciones de trabajo con las familias calificadas como funcionales en temas como pautas de crianza, solución de conflictos, convivencia en pareja, habilidades sociales y consumo de SPA. Desde ámbito comunitario fortalecer la promoción de la línea 106, dentro de las instituciones educativas intervenidas (Dos) y hacerlo extensivo a las instituciones privadas además se requiere el fortalecimiento de organizaciones juveniles con acciones centradas en la prevención de SPA ampliando la cobertura de este componente. Desde ámbito escolar, fortalecer las acciones en cuanto a la garantía de sus derechos y el conocimiento de las rutas de atención previstas para casos de violencia. Mantener la canalización de alertas de violencia y psicoactivos, para 2009 las instituciones educativas de la localidad remitieron para su seguimiento y evaluación un total de 13 casos de jóvenes en situaciones de violencia o abuso de sustancias psicoactivas. De ellos 5 obtuvieron retroalimentación a la institución que realizó el reporte y desde lo asistencial se propone fortalecer el paquete de atención a violencias psiquiatría y psicología, desde el componente asistencial; ya que allí se atiende casos remitidos por la Fiscalía, el I.C.B.F. y las Comisarías de Familia.

La violencia en general presentada en las localidades de Candelaria, continua siendo uno de los principales problemas de salud pública, afectando a los diferentes grupos poblacionales siendo los más vulnerables la niñez (0 a 15 años de edad), la mujer y el adulto mayor.

Déficit habitacional y ambientes insalubres, relacionados principalmente con el manejo inadecuado de residuos sólidos, haciendo propicios sus entornos a la presencia de vectores, que inciden en las condiciones de salud y calidad de vida de los y las habitantes del territorio 1.

Desde el Plan de Intervenciones Colectivas, se cuenta con los componentes de Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud (GESA), Entornos Saludables y Vigilancia Sanitaria, este último con sus siete líneas de intervención como son: Seguridad Alimentaria, Saneamiento Básico, Industria y Ambiente, Servicios de Salud y Medicamentos Seguros, Enfermedades Compartidas entre el Hombre y los Animales, Transporte y Energía y Emergencias y Desastres, haciendo énfasis en que las acciones de Medio Ambiente son transversales.

4.3 Transversalidad ambiente y salud

Dentro del marco de la política distrital de salud ambiental, el Hospital Centro Oriente plantea su abordaje de la siguiente manera: implementar las estrategias de vigilancia sanitaria mediante las líneas de acción; planes de entorno saludables y la Gestión Sanitaria y Ambiental. A continuación se menciona el propósito de cada uno de los componentes y la respuesta institucional que se ha dado a la comunidad habitante en la localidad de Candelaria.

Plan integral de entornos saludables (PIES):

La Estrategia de Entornos Saludables, contribuye en la promoción de espacios de discusión, análisis e investigación que promuevan la salud sanitaria y ambiental al interior de la vivienda, la familia, el individuo y su entorno. También desarrolla acciones de prevención y promoción a través de los planes de intervención en los distintos niveles del sector institucional y local por medio de la articulación de acciones a favor de la Salud Ambiental.

Se ha logrado posicionar en los espacios de participación del componente a nivel micro territorial temas como: manejo adecuado de residuos sólidos, tenencia adecuada de mascotas en el hogar, prevención control y manejo de plagas, higiene en la vivienda y los entornos comunitarios, manejo adecuado de aguas recicladas de lavadora y aguas lluvias, pediculosis prevención, tratamiento y cuidado, riesgos en la vivienda, a través de jornadas de capacitación y en espacios como núcleos de gestión, se ha realizado articulación institucional con Aseo Capital y el Hospital Centro Oriente (GESA, PIES, ECOS) para jornadas de sensibilización a la comunidad por los hábitos inadecuados para el manejo de los residuos sólidos, trabajados desde área de salud a su casa el procesos de gestión y educación ambiental.

Por lo anterior para el 2011 se plantea darle continuidad a los proyectos que se vienen desarrollando en: Cosecha de Aguas Lluvias, Manejo de Inservibles, Procesos y Técnicas Sustentables, Control Vectorial Alternativo, además de seguir con la Estrategia de Vivienda Saludable y la participación activa en los núcleos de gestión y comedores comunitarios, donde se ha logrado posicionar en estos espacios de participación del Componente a nivel micro territorial temas ambientales.

Gestión sanitaria y ambiental para la salud

Promover la gestión de la salud ambiental, mediante el posicionamiento de la política de salud ambiental, con una postura intersectorial y comunitaria en los espacios de participación. Allí se trabaja en la Comisión Ambiental Local, mesas territoriales, mesa del eje ambiental, en lo distrital en reuniones distritales de gestión local, Mesa Distrital de Salud Ambiental, reunión de GESA distrital, Mesa Temática de Saneamiento Básico. Se ha logrado el posicionamiento de la política de salud ambiental en cada uno de los espacios anteriormente mencionados y de una forma articulada con Entornos Saludables (PIES) y ECOS se ha realizado la construcción participativa de política de salud ambiental en espacios como núcleos de gestión y comedores comunitarios.

137 Hospital Centro Oriente. Gestión Local. [Documento en CD ROM] Diagnóstico salud mental. 2009

Para el año 2011 desde Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud, se propone continuar promoviendo la gestión de la salud ambiental, mediante el posicionamiento de la política de Salud Ambiental, con una postura intersectorial y comunitaria en los diferentes espacios de participación, tales como la Comisión Ambiental Local (CAL), Comité Local de Emergencias (CLE), Unidades de Apoyo Técnico (UAT), mesas territoriales, mesa del eje ambiental, mesa distrital de salud ambiental, entre otros espacios tanto institucionales como intersectoriales y transectoriales.

Vigilancia sanitaria

La Secretaría Distrital de Salud como autoridad sanitaria para el Distrito Capital, aborda la mitigación de los determinantes sectoriales de la salud ambiental con el desarrollo de procesos de vigilancia, promoción, prevención y gestión en diferentes temas, organizados a través de las siguientes líneas de acción. Se verifica el cumplimiento normativo de los aspectos higiénicos – sanitarios, con el fin de contribuir de manera efectiva con la corrección o mitigación de factores que pueden afectar la salud.

La línea de intervención de inocuidad de los alimentos es de vital importancia para garantizar la salud de la población, por lo cual se realiza seguimiento a la inocuidad de alimentos y bebidas a través la inspección, vigilancia y control de los establecimientos donde se preparan, almacenan, comercializan y expenden alimentos, tales como: centros comerciales con plazoleta de comidas e institucionales donde se manipulan alimentos y bebidas, restaurantes, cafeterías, fruterías, comidas rápidas, hipermercados y supermercados, tiendas de barrio, expendios de carne, plazas de mercado, vehículos transportadores de alimentos y materias primas, depósitos y expendios de bebidas alcohólicas, depósitos y expendios de pescado y productos de mar y vigilancia a comedores comunitarios, verificando las condiciones técnico-sanitarias, de higiene, dotación e infraestructura que deben cumplir estos establecimientos y los productos en proceso y/o terminados.

Se realizan actividades educativas sobre la manipulación de alimentos, como estrategia de información, comunicación y educación en salud dirigida a grupos específicos de la población en forma colectiva con el objeto de lograr cambios en conocimiento y sensibilizar o motivar a las personas sobre la necesidad de reafirmar o modificar sus prácticas, principalmente las relacionadas con las buenas prácticas de manufactura para las cuales se ha realizado 27 capacitaciones y se ha capacitado a 478 personas asistentes durante el año 2010.

La línea de Seguridad Química se encarga de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) a los establecimientos en los que se desarrollan diversas actividades económicas, que utilizan sustancias químicas peligrosas, como por ejemplo, plaguicidas, metales pesados, solventes, combustibles, sustancias inflamables o corrosivas, a fin de prevenir los potenciales efectos negativos en la salud derivados de estas sustancias.

Las principales problemáticas identificadas desde esta línea son las condiciones higiénico sanitarias inadecuadas en edificaciones, intoxicaciones con sustancias químicas y plaguicidas, inadecuado uso de las sustancias químicas y de la seguridad química, desconocimiento de la legislación por parte de los propietarios de los establecimientos, con el fin de mitigar estos problemas. Desde la línea se han realizado capacitaciones en temas de legislación sanitaria y ambiental y de salud ocupacional, manejo seguro de sustancias químicas, seguridad industrial, plan de contingencia, manejo de residuos peligrosos, se realizaron 6 capacitaciones y se capacitaron 129 personas en lo que va del año 2010.

En la línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico se realizan acciones frente a las condiciones de calidad y tecnologías adecuadas en sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano, alcantarillado y el manejo de residuos sólidos, en hoteles, moteles y residencias, centros comerciales y salas de cine, piscinas, saunas y baños turcos, viviendas en riesgo, acueductos comunitarios,

establecimientos educativos, bancos, almacenes, prostíbulos, gimnasios, salones de juego, salas de masaje, toma de muestra de agua para análisis de calidad, lo anterior buscando contribuir a la implementación de planes de gestión integral que mitiguen los problemas del entorno ambiental.

Las actividades educativas son relacionadas con temas como el manejo del agua, manejo de residuos y mejoramiento sanitario, de los cuales se han realizado 8 capacitaciones y se ha capacitado a 139 personas entre los meses de marzo a noviembre.

La línea de medicamentos seguros y servicios de salud, se considera como el conjunto de acciones tendientes a la defensa de los derechos de las personas a que le sean suministrados medicamentos con calidad, ejerciendo las actividades de vigilancia y control de los establecimientos, favoreciendo la cultura y educación de las personas encargadas de su manejo y de la comunidad en general, con miras a convertirlos en aliados en la vigilancia, gestores de un ambiente sano, libre de contaminantes por residuos químicos o biológicos.

Por lo anterior se realiza inspección vigilancia y control a establecimientos donde se almacenan, comercializan o expenden medicamentos y productos naturales y se realizan actividades educativas sobre temas como: el manejo adecuado de los medicamentos, prevención de auto medicación. Se han identificado problemas como: automedicación y auto prescripción, condiciones higiénico sanitarias inadecuadas en edificaciones donde se almacenan medicamentos.

Durante el año 2010 en la línea de medicamentos seguros y servicios de salud se programaron 61 visitas a establecimientos farmacéuticos, tiendas naturistas y distribuidores de cosméticos en la localidad de Candelaria, de las cuales se ejecutaron 53 visitas al mes de noviembre, se realizaron capacitaciones a grupos informados de 15 personas en temas relacionados con medicamentos y productos Fito terapéuticos.

Los eventos transmisibles de origen zoonótico van encaminados a establecer instrumentos de tipo técnico y normativo encaminados a controlar la posible presentación de zoonosis ocasionadas por agresión animal, tenencia inadecuada de animales y proliferación de vectores, entre otras causas, implementando intervenciones de forma integral e interdisciplinaria; en pro de fortalecer las acciones de vigilancia ambiental y sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de zoonosis.

Desde esta línea de intervención se realizan, operativos de recolección canina callejera y donada, visita por tenencia inadecuada de animales, vacunación antirrábica canina y felina, manejo integral de accidentes por agresión animal, control vectorial (insectos y roedores) en áreas públicas, esterilización a hembras caninas y felinas, busca mejorar la conducta de las personas a través de actividades educativas. En lo corrido del año 2010 se esterilizaron 89 hembras caninas y 11 felinas, para un total de 100 esterilizaciones realizadas, se vacunaron 633 caninos y 224 felinos para un total de 857 de caninos y felinos vacunados contra la rabia, el control de insectos en exteriores 11500 m² y control de roedores en exteriores 65702 m². En relación con las capacitaciones se realizaron 14 en las cuales se capacitó a 224 personas.

El subsistema de emergencias en salud pública es el encargado de realizar asesoría a planes de emergencias escolar, familiar e industrial.

Realiza el enlace para la atención de eventos (varicela, ETAS, EDAS, hepatitis A, parotiditis, intoxicaciones por sustancias químicas) y capacitaciones a la comunidad sobre: gestión del riesgo, plan familiar de emergencias, plan escolar de emergencias, preparación ante eventos de gran magnitud.

Para las líneas de intervención anteriormente mencionadas, se plantea continuar con estas actividades de Inspección, Vigilancia y Control en los diferentes establecimientos abiertos al público, con el fin de reducir los riesgos en la salud generados por uso, consumo y producción de bienes y servicios, verificando el cumplimiento normativo de los aspectos higiénico sanitarios relacionados con infraestructura, saneamiento básico, equipos, personal, productos, documentación, entre otros factores con el fin de contribuir de manera efectiva en la mitigación de factores que puedan afectar la salud pública. Además la vigilancia epidemiológica de la rabia, control vectorial. Diseñar e implementar una metodología de recolección de caninos callejeros para disminuir los conflictos que se presentan con la comunidad. Apoyar las actividades del Centro de Tenencia y Adopción Canina de Bogotá. Generar una estrategia que permita hacer y recibir retroalimentación de los otros Hospitales sobre accidentes de agresión animal para el seguimiento oportuno de los casos. Estrategia de vacunación extramural puerta a puerta en los territorios. Identificar estrategias para mejorar técnicas de control de población canina que permitan sensibilizar a la población sobre la importancia de la recolección de caninos callejeros. Adicionalmente se complementa con actividades educativas en cada una de estas líneas, con el fin de informar e instruir sobre temas relacionadas con la normatividad sanitaria, BPM, Manejo de sustancias químicas, manejo adecuado del agua, responsabilidad en el uso de medicamentos, enfermedades de origen zoonótico, entre otros.

Proyectos Especiales:

Son proyectos que son complementarios al Sistema de Vigilancia Ambiental; en vigilancia sanitaria del Hospital Centro Oriente se trabajan dos proyectos especiales: Dispositivos médicos para la salud visual y ocular y proyecto especial de apoyo al nivel central del centro de zoonosis:

Proyecto especial de dispositivos médicos para la salud visual y ocular

En este proyecto se realizan actividades de visitas de inspección a ópticas sin consultorio, talleres ópticos, ópticas con consultorio que estén habilitadas y/o verificar el aval de las mismas para así mismos reportarlas las que no cumplen e iniciar proceso de sensibilización para que logren la habilitación.

Vigilan procesos de dispensación en ópticas con y sin consultorio y adecuación en talleres ópticos. Se emiten certificados de dispensación y adecuación a cargo de la SDS contra un acta de verificación y un concepto favorable.

Se desarrollan actividades de capacitación para sensibilizar a las personas vinculadas con la actividad en cuanto a la legislación que regula las ópticas y los talleres ópticos, entre la legislación aplicable a esta actividad están: decreto 1030/2007, resolución 4396/2008, decreto 218/2009. Adicionalmente a este proceso de capacitación el proyecto se articula con FENALCO para dictar talleres de socialización de la normatividad en cuanto a documentación, áreas y equipos.

Participan en la revisión y actualización de la normatividad para realizar los ajustes pertinentes.

Proyecto especial de apoyo al nivel central del centro de zoonosis

El objetivo del proyecto es presentar apoyo en las actividades del centro de zoonosis con recurso físico y humano. En estas actividades participan cinco técnicos en saneamiento básico, un médico veterinario y tres vehículos.

Se desarrollan actividades de apoyo al Centro de zoonosis en lo relacionado recolección canina, adopción de caninos y felinos, eutanasia, seguimiento activo de la rabia, observación y seguimiento de mordedores, vacunación.

Parte de la base normativa se contempla en la Ley 9 del 79, el decreto 2257/1986, entre otras. En cuanto al procedimiento de la eutanasia se rige por el decreto 5215/2006.

En cuanto al procedimiento de la eutanasia está el apoyo de los técnicos de saneamiento y un médico veterinario. Este procedimiento se realiza dos veces por semana o según requerimientos del centro.

Seguridad alimentaria y nutricional

El componente de inocuidad que se incluye en esta línea y cuyo seguimiento se realiza a través del SISVEA, está conformado por la inspección, vigilancia y control de los establecimientos donde se procesan (bebidas alcohólicas), o aquellos en donde se almacenan, comercializan o expenden alimentos.

Durante el 2009, en la línea de seguridad alimentaria se realizaron 2147 visitas a diferentes establecimientos, 368 de las mismas obtuvieron concepto favorable, 1515 pendiente, 125 desfavorable y terminado 139; la prevalencia de conceptos pendientes se encuentra asociada a las características de las edificaciones y a las restricciones existentes para los procesos de renovación y adecuación de las mismas.

Durante el año 2009 se notificó al SIVIGILA un caso de Enfermedad Transmitida por Alimentos (EDA), caso que representa un 2,27% del total de casos notificados.

En esta localidad se observa una constante en establecimientos con conceptos sanitarios pendientes, lo que indica el incumplimiento de la población perteneciente a diferentes puntos críticos, situación motivada en gran medida por la alta rotación de comerciantes. Con respecto a establecimientos con concepto desfavorable, el porcentaje es considerable, y el más alto de las tres localidades, siendo una razón importante las deficiencias de infraestructura motivadas en el carácter de patrimonio histórico y de conservación, el carácter de arrendatarios y subarrendatarios de los comerciantes, y el carácter bohemio de quienes conforman los establecimientos, desconociendo las normas sanitarias desde su concepción.

Las condiciones socioeconómicas y culturales afectan la seguridad alimentaria y nutricional en la población de los territorios sociales 1 y 2 afectando en las familias el desarrollo físico e intelectual especialmente en la etapa de ciclo vital infancia, incidiendo en la salud y calidad de vida de los y las habitantes en todas las etapas de ciclo vital.

Ámbitos de vida cotidiana

Ámbito escolar

Desde el componente de Promoción de Alimentación Saludable se realizan acciones encaminadas a fomentar hábitos alimentarios adecuados en los estudiantes mediante la inclusión en el aula de temas relacionados para dar herramientas a los estudiantes para que aprendan a seleccionar los alimentos que se ofrecen en los diferentes contextos de su vida.

Igualmente se desarrollan actividades con los docentes para sensibilizarlos sobre la importancia de una adecuada alimentación en la edad adulta y las consecuencias de inadecuados hábitos alimentarios como la presencia de enfermedades crónicas. Se trabaja con los operarios de las tiendas escolares para sensibilizarlos sobre la importancia de ofrecer a los estudiantes alimentos saludables y con esto contribuir a que los estudiantes tengan más opciones para elegir.

Durante el 2009 se realizaron acciones para la prevención de anemia, por medio de un suplemento de Hierro que busca complementar la alimentación, encontrando en estos territorios sociales el

bajo consumo de alimentos fuentes del mismo mineral, haciéndose necesario completarlos con dosis diarias de Sulfato ferroso; la brecha presentada se relaciona con el cubrimiento del 100% de los preescolares y escolares por temor de los padre de familia a las reacciones adversas del suplemento de hierro, a pesar de las actividades de sensibilización realizadas, ya que muchos de estos padres no asisten a dichas charlas informativas.

Las diferentes formas de discriminación hacia los habitantes de calle, personas LGBT, ciudadanos en condición de discapacidad, personas en ejercicio de prostitución en los territorios sociales 1, 2 y 3 dificultan la convivencia con los y las residentes de estos territorios, vulnerando los derechos al libre desarrollo de la personalidad, trabajo e integridad personal de estos ciudadanos.

Barreras de acceso administrativo y físico de servicios de salud causadas por la normatividad y condiciones de infraestructura que generan en la población de los territorios sociales 1, 2 y 3 vulneración del derecho a la salud y la justicia principalmente.

A partir de las unidades de análisis llevadas a cabo en los meses anteriores, desde el PIC se cuenta con la siguiente respuesta al núcleo mencionado.

Gestión Local

Dado que los referentes del componente de gestión local, trabajan con otras instituciones en lo local, se aprovechan estos espacios para socializar el portafolio de servicios del Hospital y las rutas de atención en los servicios

Las acciones desde la transversalidad de género componente mujer, con instituciones como el Instituto de Participación Comunitaria (IDPAC), la Comisaría de Familia, Organizaciones no gubernamentales (ONG), articulan labores para posicionar temáticas referentes a los derechos del plan de igualdad de oportunidades para mujeres en diferentes escenarios locales. En cuanto al derecho a la salud, se programan diversas actividades con grupos de mujeres y se socializa la sentencia 355, esta acción es pertinente pero no suficiente.

Ámbito comunitario

1. Brindar a las personas de todas las etapas de ciclo vital servicios de promoción, prevención y rehabilitación en salud con enfoque diferencial, orientadas a mejorar el acceso, fortaleciendo la calidad de vida en los territorios 1 y 2.
2. Generar estrategias transectoriales para el acceso oportuno eficaz y eficiente conociendo la oferta de servicios sociales a la población de etapa de ciclo vital.
3. Avanzar en el análisis ajuste y diseño de rutas integrales para la oferta de servicios sociales mejorando la atención a las personas de etapa de ciclo vital de acceso a los servicios de salud que mejoren la atención de las personas de etapa de ciclo vital en los territorios sociales 1 y 2.

Ámbito Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

El ámbito IPS realiza asesoría y asistencia técnica en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en los Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA), transversalidades, programas, estrategias: Salud Sexual y Reproductiva, Cáncer Cérvico-uterino, Instituciones Amigas de la Discapacidad, IAMI, IAFI, AIEPI, ERA, Enfermedades Crónicas, Enfermedades Transmisibles, Poblaciones especiales Salud Oral, Salud Mental, Modelo de Atención de Diabetes, abordando a los diferentes actores de la prestación de los servicios, sensibilizando frente a la disminución de las barreras de acceso a los servicios, enfoque diferencial y humanización en la atención de acuerdo a las políticas distritales.

Se evidencia que desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), hay inducción a la demanda para los servicios asistenciales, pero existen barreras de acceso por el tema de aseguramiento de la población, ya que el Hospital Centro Oriente atiende a la población asegurada de EPS Subsidiadas con las que tiene relación contractual y a la población participante vinculada. Es necesario fortalecer el conocimiento a la comunidad en los derechos en salud y en el portafolio de servicios y rutas de atención para el acceso a la prestación de servicios en salud.

La transversalidad de género del componente mujer, apoya desde las intervenciones de salud sexual y reproductiva (SSYR), cáncer de cuello uterino (CCU) las jornadas de salud para mujeres, al igual que las capacitaciones donde se realiza, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La intervención de salud mental en articulación con la transversalidad de género componente mujer realiza socialización y sensibilización a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Hospital trabajando la temática de interrupción voluntaria del embarazo con el posicionamiento de la sentencia 355.

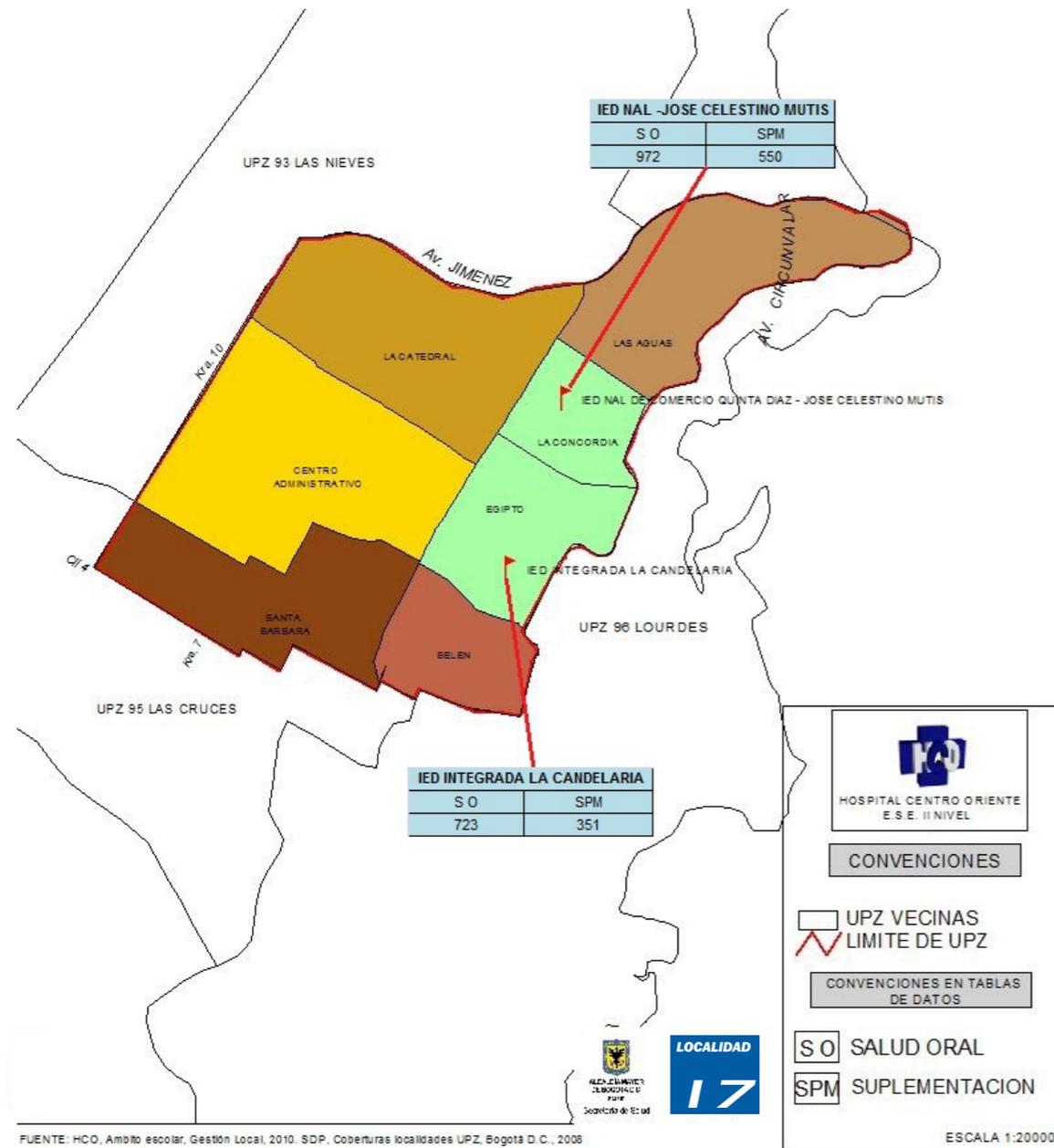
La respuesta desde el ámbito IPS a la situación de salud de las mujeres es pertinente y coherente, sin embargo no es suficiente ya que no se alcanza a cubrir en su totalidad a las mujeres de los territorios sociales de fragilidad social.

Ámbito Escolar

Proyecto de desarrollo (PDA) Salud Oral

Las intervenciones se relacionan con el fortalecimiento al Proyecto de Desarrollo de Autonomía(PDA) de Salud Oral; acciones de acercamiento a las unidades de trabajo (colegios y jardines) con lectura de realidades de la situación de salud oral de la población a la cuál va dirigida la intervención del programa salud oral, como se muestra en el mapa 15; clasificación de la calidad del cepillado de la población sujeto (población en etapa infancia de colegios y jardines); valoración de la necesidad de tratamiento; fortalecer el acceso a los servicios de y procesos de comunicación, información y educación a través de estrategias metodológicas dirigidas a los diferentes actores de la comunidad educativa (escolares, docentes y padres/madres de familia) con el objetivo de formar individuos con autonomía en salud.

Mapa 15 Suplementación y Salud Oral – ámbito escolar. Localidad La Candelaria



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Ámbito escolar. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

La problemática referida con esta respuesta, se relaciona con el porcentaje de instituciones a las que se está llegando: 2 Instituciones Educativas Distritales (100% de la localidad) y 2 jardines infantiles de SDIS Y ICBF (40% de los jardines de la localidad) en donde se llevaron a cabo acciones con 1,848 niños y niñas menores de 14 años, 57 docentes y 176 padres y madres de familia sensibilizados en la importancia de la salud oral para una mejor calidad de vida, tanto en colegios como jardines infantiles de la localidad.

Programa de salud visual

A partir del programa de salud visual y auditiva se pone en conocimiento no solo de la comunidad educativa sino también de la comunidad en general, el derecho que tienen los escolares para ser atendidos a partir de los tres años o más, para ser valorados por optometría y ser atendidos, si así lo requieren, en menos de 15 días según lo decretado en el Acuerdo 358 del Concejo de Bogotá 2009.

En el 2009, se logró sensibilizar frente al Acuerdo antes mencionado, a los docentes y padres de familia, estos últimos refieren que la atención de los escolares en sus respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) no es lo suficientemente oportuna, desde la asignación de las citas hasta la respuesta efectiva.

Otra de las acciones que se han venido trabajando atañe con el acompañamiento a la garantía al derecho a la salud y movilización de la ruta de atención integral para niños y niñas con necesidades educativas transitorias y permanentes, escolarizados en el territorio (canalización a sistemas de aseguramiento en salud y seguimiento de la atención). No obstante, se han presentado dificultades en la contrarreferencia y acceso a los servicios de salud en las personas canalizadas, la negligencia de padres para el acercamiento a sistemas de aseguramiento y la falta de datos de referenciación en las fichas de detección diligenciadas por los docentes se convierten también en barreras de acceso para acceder a los servicios.

Participación social

La participación del Hospital Centro Oriente se desarrolla a través de los mecanismos de participación comunitaria establecidos por la norma en el decreto 1757. Dicha participación se hace manifiesta en mecanismos como el COPACO, los comités de usuarios de las diferentes sedes asistenciales, la asociación de usuarios y el Comité Ético Hospitalario. Cada uno de estos mecanismos cuenta con funciones específicas establecidas por la norma.

En el 2009 se ha venido dando cumplimiento al sistema de peticiones, quejas y reclamos, realizando la apertura del buzón de sugerencias, revisión diaria del aplicativo SQS de la alcaldía mayor y seguimiento a requerimientos que llegan externamente. Durante el primer semestre del 2009 se realizaron un total de 1087 encuestas de satisfacción cuya sumatoria porcentual arrojó un 90% de satisfacción para todo el Hospital.

En los barrios: Belén, Egipto y Santa Bárbara se evidencia una problemática de alta dependencia económica, desempleo y trabajo informal que afecta la calidad de vida de Jóvenes y adultos con bajo nivel educativo, adultos y adultos mayores que se encuentran solos y dependen económicamente de sus familias, generando incapacidad de satisfacer sus necesidades básicas

Componente de Gestión local

Red de salud de los trabajadores

A través de la articulación intersectorial la red lleva a cabo acercamientos y trabajo con instituciones como Secretaría de Integración Social (SDIS), Consejo Local de Participación Social (CLIPS), Consejo local Operativo de Política Social (CLOPS,) lo que ha permitido posicionar las necesidades de las comunidades en condiciones de fragilidad social. Se trabaja en conjunto con el ámbito laboral, brindando información, asesorías técnicas y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal (UTIS), en diferentes temáticas como: deberes y derechos de los empleados y empleadores, Riesgos Profesionales, Accidentes de Trabajo / Enfermedades Profesionales (ATEP), Plan de Mejoramiento y Plan de Emergencias, control de riesgos, salud ocupacional, canalización a servicios de salud entre otras temáticas. Además se dan a conocer los diferentes programas

locales, se canalizan los casos que requieren respuesta de la oferta interinstitucional y se realiza el posicionamiento en cuánto a salud y trabajo en los espacios de decisión local.

Desde la Secretaría Distrital de Salud por medio de las Empresas Sociales del Estado (ESE), desde la transversalidad de trabajo, se articulan acciones con los y las líderes de la localidad con el fin de hacerlos partícipes de los procesos tanto de formación como de asistencia en los diferentes espacios orientado a conocer sus derechos y los procesos y rutas de acceso a los diferentes servicios.¹³⁸

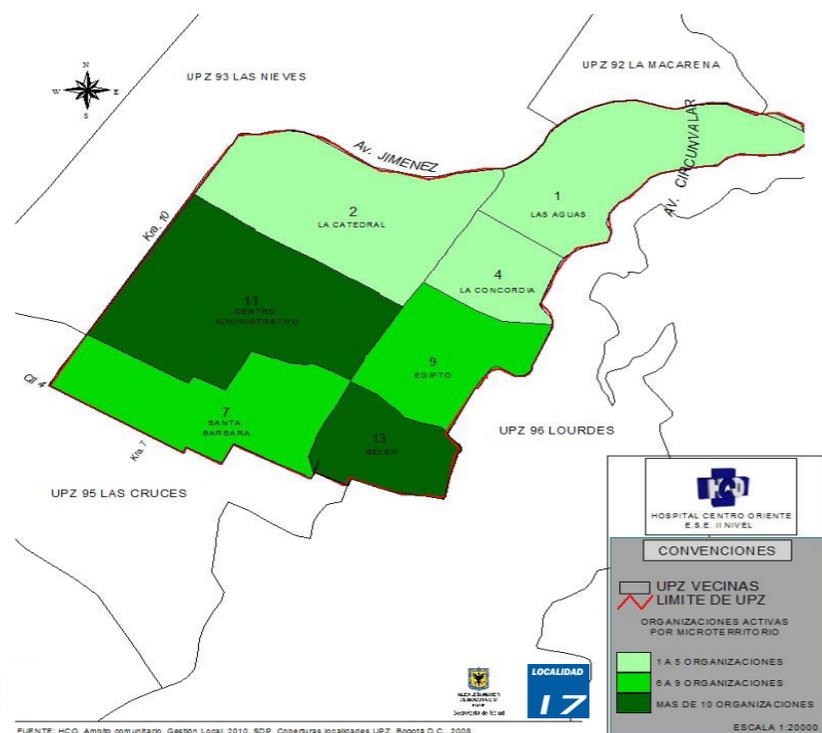
Ámbitos de vida cotidiana

Ámbito Comunitario

Las acciones van dirigidas al fortalecimiento de organizaciones y de grupos gestores comunitarios así:

Fortalecimiento a Organizaciones: se hacen en el territorio caracterizaciones de organizaciones sociales y comunitarias, acompañamiento a las organizaciones que se priorizaron en el año anterior, fortalecimiento de redes sociales, se generan puentes entre las organizaciones y las intervenciones, fortalecimiento técnico en temas como derecho a la salud, participación, proyectos productivos, también se genera articulación interna entre las intervenciones, se facilita la información necesaria a las líneas de intervención sobre territorialización y demás información que se encuentre en el ámbito. Las organizaciones intervenidas se concentraron en el Centro Administrativo y Belén. Ver Mapa 16.

Mapa 16 Organizaciones intervenidas –ámbito comunitario. Localidad La Candelaria.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Ámbito comunitario. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

La baja participación de los líderes en espacios locales como mesas, redes y comités, se convierte en un obstáculo para cumplir a cabalidad con ésta intervención

Grupos gestores comunitarios: Las acciones van dirigidas a procesos de formación con enfoque de derechos para fortalecer el ejercicio de ciudadanía, capacitación y asesoría en el tema de proyectos productivos que permitan la sostenibilidad en los procesos, posicionamiento de problemáticas en espacios de incidencia política como las Mesas Territoriales Transectoriales.

Se encontró baja participación de la comunidad en procesos de formación; existe debilidad en la respuesta institucional y transectorial; la condición económica de las personas hace que el tiempo libre sea limitado para usarlo en la participación comunitaria.

Grupos Comunitarios

La intervención va dirigida hacia el desarrollo de habilidades y competencias para la construcción de tejido social, el ejercicio del derecho a la alimentación y promoción de prácticas alimentarias saludables en las personas beneficiarias de los comedores y otros grupos comunitarios.

Promoción Alimentación Saludable Materno Infantil: las acciones se llevaron una vez al mes con capacitación a grupos comunitarios de madres gestantes y lactantes de FAMIS.

A pesar de cumplir con las acciones desde la intervención, no se cuenta con sostenibilidad en los grupos abordados.

Territorios Afectivos

Se hizo aplicación del pre test. Formación en derechos sexuales y reproductivos a 5 grupos comunitarios de preadolescentes y adolescentes, planeación y ejecución de 2 iniciativas de movilización social por semestre con los grupos de preadolescentes y adolescentes que visualizaran su protagonismo en los servicios de salud amigables, articulación sectorial e intersectorial.

Las problemáticas relacionadas con esta respuesta corresponden a: Sostenibilidad en el tiempo; débil apoyo de organizaciones para ayudar a los jóvenes a desarrollar proyectos productivos; deficiente sensibilización de los profesionales de la salud para la atención a los jóvenes, falta de acompañamiento efectivo por parte de la Secretaría Distrital de salud en esta intervención y la falta de recursos para el desarrollo de la misma.

Ámbito Familiar

Se define como el espacio social de vida cotidiana en donde a partir del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica funcional de la familia, se construyen respuestas integrales en salud, con el fin de garantizar, promover y restituir la autonomía tanto del colectivo familiar, como de los integrantes de la misma.

En tal sentido, la operación del ámbito familiar se orienta a la identificación participativa de las necesidades sociales, organización integrada de la respuesta sectorial, abogacía para la respuesta transectorial y movilización de los distintos actores sociales en torno a la elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las familias. SASC ha caracterizado entre el 2008-2009 un total de 3.165 personas.

Desde el ámbito, se realiza la caracterización a familias nuevas y seguimiento de las ya caracterizadas en los territorios asignados a los (2) equipos de salud a su casa (SASC), también el fortalecimiento a los núcleos de gestión y a la participación social.

138 Hospital Centro Oriente. Gestión Local. [Documento en CD ROM]. Unidad de análisis de respuestas Etapa de ciclo vital Adultez.2010

Ámbito laboral

El Hospital Centro Oriente viene ejecutando acciones desde la intervención del ámbito laboral dando respuesta a la población trabajadora informal de predominancia flotante debido a la dificultad salarial, dicha población, se ubica en el ciclo vital adultez y juventud desempeñándose en actividades informales como: ventas ambulantes, restaurantes, talleres de confección, mecánica, madera, almacenes.

El objetivo macro del ámbito es avanzar en la afectación positiva de los determinantes de la relación salud enfermedad de los y las trabajadoras y sus familias, mediante acciones que promuevan entornos saludables en los espacios laborales, así como la restitución social de derechos en relación con el trabajo y las garantías sociales. Una de las principales dificultades es el bajo compromiso de otros sectores con la población sujeto de las intervenciones. El trabajo de posicionamiento local y Distrital no ha sido tarea sencilla y aunque a partir de la vigencia 2007-2008 se contó con un referente en gestión local, para el 2009 se han posicionado fuertemente las necesidades expuestas en los territorios sociales 1 y 2.

El ámbito cuenta con recursos mínimos frente a las problemáticas que enfrenta, por lo que sus coberturas no superan el 2% de la población informal del Distrito; situación que se agrava con el bajo capital social de los y las trabajadoras y su débil ejercicio de organización y participación, que dificulta la sostenibilidad de los procesos. Sin embargo, la estructura del ámbito y su articulación con los referentes de gestión local, han permitido que en muchas de las agendas locales los temas concernientes a la calidad de vida y salud de los y las trabajadoras ya sea tenido en cuenta y se estén generando respuestas integrales.

Las instituciones con las que el ámbito ha logrado mayores desarrollos en el tema de trabajo infantil son: la Secretaría de Educación Distrital, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Salud, el ICBF regional Bogotá y el Ministerio de la Protección Social. El reto es lograr que este nivel de articulación se haga más real en la localidad y se pueda llegar a la implementación del 100% de la ruta intersectorial.

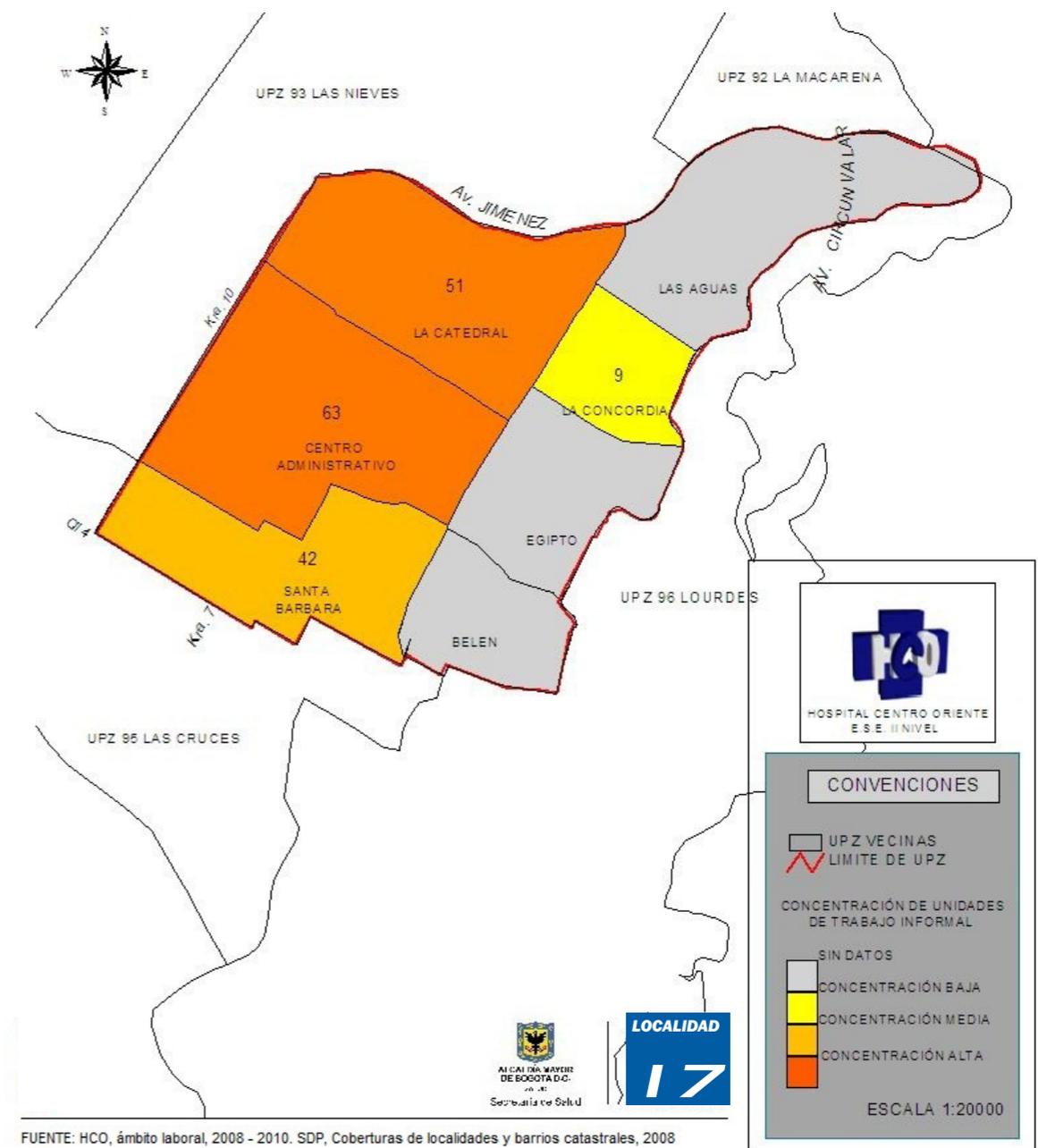
Se viene trabajando la articulación del proceso con el Instituto para la Economía Social (IPES), especialmente en la mesa de productividad, donde se articulan entidades del orden local y comunitario para apoyar el área productiva de la localidad.

Se han realizado las siguientes acciones:

Unidades de trabajo Informal (UTIS)

Implementación del programa de salud al trabajo a partir de la caracterización de unidades de trabajo informal especialmente en el Centro Administrativo y La Catedral. Ver mapa 17. En ellas se capacita sobre implementación de planes de mejoramiento de condiciones de trabajo y planes de emergencia, no obstante, falta educar y capacitar en temas que permitan el mejoramiento de la productividad de estas Unidades de Trabajo Informal, por ejemplo en temas administrativos; al ser una realidad evidente en el territorio la existencia de estas unidades productivas se hace necesario ampliar cobertura poblacional de las acciones que se llevan a cabo en las mismas.

Mapa 17. Unidades de trabajo informal – ámbito laboral. Localidad La Candelaria.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Ámbito laboral. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Etnias: Se hace asesoría y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal perteneciente a grupos étnicos: afrodescendientes y Kichwas a quienes se les ha dado información acerca del mejoramiento de condiciones de trabajo y asesoramiento en deberes y derechos en salud, gestión para el cumplimiento de estos derechos ante otras instituciones, además se han canalizado a servicios de prevención y promoción en salud.

Es importante mencionar dos grandes problemas con los que se enfrenta esta intervención de grupos étnicos: Dificultad en los procesos de aseguramiento y la reubicación a lugares de vivienda que superen las condiciones precarias en las que actualmente viven.

Trabajadores informales en condición de discapacidad.

Esta intervención permite brindar asesoría para la prevención de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, realización de talleres de auto cuidado, sensibilización para la transformación de prácticas de trabajo, través de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad se sensibiliza, se informa y atenúa el impacto de las limitaciones permanentes.

Brindar información sobre prevención y promoción en salud en lugares de trabajo. Se canalizan a servicios de salud, escolarización, SISBEN, intervenciones del PIC, programas nutricionales, fondo del ahorro, registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.

Una de las dificultades para hacer efectiva la respuesta está en el hecho de que algunos empleadores no brindan al trabajador el tiempo necesario para el acceso a servicios de salud o debido a la carga laboral no se pone en práctica lo aprendido.

Población en situación de desplazamiento: Se hace la caracterización de Unidades de Trabajo Informal e implementación de planes de mejoramiento y planes de emergencia; además, se canaliza a servicios de prevención y promoción en salud, se brinda información sobre el portafolio de servicio de la ESE, se realizan remisiones a la Personería y a Acción Social para la restitución del derecho a la salud.

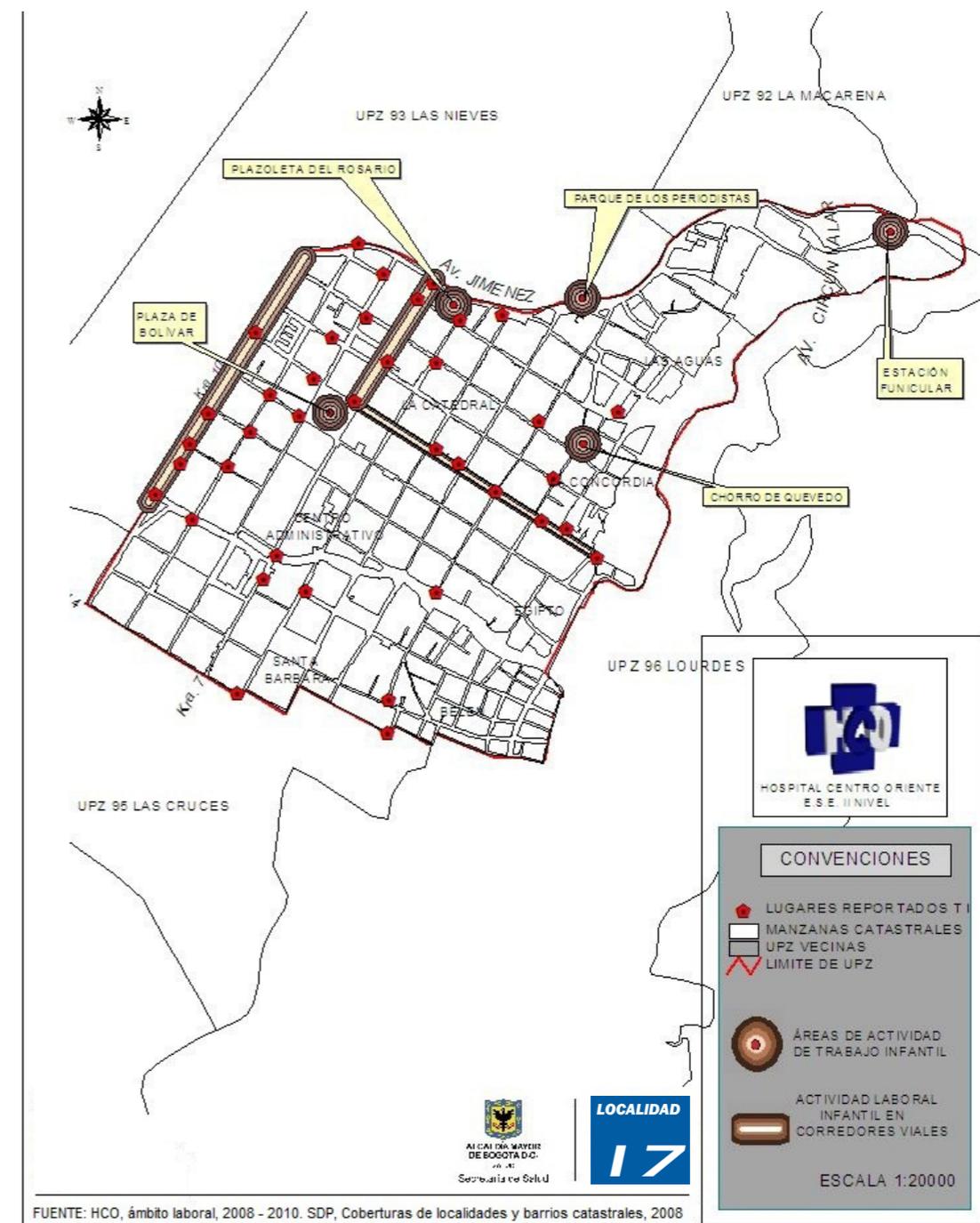
La lentitud en los procesos para determinar la condición de desplazamiento para acceder a servicios y oportunidades, que permitan la restitución de derechos de esta población dificulta la continuidad de los procesos de gestión para la restitución de los mismos.

Trabajo Infantil.

Se lleva a cabo la caracterización de niñas y niños trabajadores quienes han sido ubicados en mayor proporción en el territorio 1 y 2 como lo muestra el mapa 18, quienes son canalizados a proyectos locales para el aprovechamiento del tiempo libre y vinculación escolar. Adicionalmente se realiza un diagnóstico de las condiciones socioeconómicas para remitirlos a programas de seguridad alimentaria y nutricional.

A pesar de que se cumple con la tarea desde salud, la insuficiencia de la oferta de proyectos de productividad que sean de carácter sostenible para permitir un mejor ingreso de las familias inmersas en la problemática de trabajo infantil hace que esta sea una problemática repetitiva.

Mapa 18. Trabajo infantil – ámbito laboral. Localidad La Candelaria.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Ámbito laboral. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

4.4 Programa Ampliado de Inmunización

En la localidad La Candelaria la demolición de algunos barrios y el Plan Centro ha influido en la disminución en la captación de los menores.

El Programa Ampliado de Inmunización - PAI -, tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles. Resultado de una acción conjunta de las Naciones del mundo que requiere de alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles a la población menor de 5 años.¹³⁹

La ESE Centro Oriente ha desarrollado diferentes estrategias para lograr las coberturas en vacunación establecidas a nivel distrital, donde se debería tener un cumplimiento de 47,5 % en el primer semestre del 2010. Esta meta no se logró debido a que para este año las IPS privadas con las que contaba la red de PAI del Hospital han disminuido desde el año 2008, como se observa en las Tabla 33, a esto se suma el hecho del traslado en el año 2009, de la IPS privada Saludcoop a Rafael Uribe, institución que aportaba a la meta total el 37%.

Tabla 33 Cobertura de vacunación (3º dosis de polio). Localidad Candelaria 2008. Primer semestre 2010

Año	Cobertura	Meta Distrital
2008	73.2	95%
2009	88	
I SEM 2010	47	

Fuente: Hospital Centro Oriente. Aplicativo PAI 2008 - 2009

Entre las causas de la baja cobertura de vacunación se encuentra que la población corresponde a proyecciones del censo de 1993, por lo tanto no se tiene en cuenta los datos de nacido vivo para el cálculo de las coberturas en población menor de un año, además de la negligencia de los padres, la no autorización para vacunar los niños y las niñas y las falsas creencias que inciden en la iniciación y/o culminación de los esquemas.

Tabla 34 Coberturas de vacunación triple viral. Candelaria.2009-2010

Año	Cobertura %	Meta Distrital
2008	88,6	95%
2009	97.0	
I Sem 2010	37.7	

Con el fin de mejorar la situación en la vacunación de los niños se han venido implementando una serie de acciones desde la ESE así:

Seguimientos a la cohorte de recién nacidos que se realiza en todos los puntos de vacunación con los que cuenta la institución, a través de llamadas telefónicas logrando así que los menores de un año no se pierdan y completen el esquema. Articulación con la estrategia APS, Salud al colegio, Participación Social y el resto de ámbitos. Estrategias de Inducción a la demanda realizada en las sedes asistenciales por parte de todos los servicios al PAI.

139 Norma técnica para la vacunación según PAI. [Documento en línea]http://www.medicosgenetico.com/Noviembre_13_2010

CONCLUSIONES

A partir de los diagnósticos locales y de las lecturas de realidades desarrolladas en las mesas territoriales se concluye:

La principal característica de La Candelaria es su valor histórico para Bogotá y para el país ya que concentra las principales instituciones del Estado, a nivel nacional y distrital.

La localidad cuenta con una Unidad de Planeamiento Zonal denominada UPZ 94 con los barrios: Belén, Egipto, Centro administrativo, La Concordia, La Catedral, Las Aguas, Santa Bárbara y Nueva Santa Fe, y se definieron cuatro territorios sociales así: Territorio social Santa Bárbara y Nueva Santa Fe, territorio social 2, Belén y Egipto, territorio social 3, Las Aguas y La Concordia y el territorio social 4 -Centro Administrativo.

Se establecieron siete núcleos problemáticos relacionados con: contextos violentos, déficit habitacional y ambientes insalubres, discriminación hacia los habitantes de calle, personas LGBTI, ciudadanos en condición de discapacidad, grupos étnicos, personas en ejercicio de prostitución, barreras de acceso administrativas, físicas y culturales de servicios sociales, alta dependencia económica, desempleo y trabajo informal.

En la localidad Candelaria, la mayor parte de las personas que pasan diariamente por esta son población flotante que viene de otras zonas de la ciudad, requiriendo transporte y servicios de la Localidad pero sin sentirse identificada con la problemática local.

Dada la proximidad con las localidades de Santa Fe y Mártires donde se encuentra ciudadanos habitantes de calle, hay presencia de esta población en la localidad, lo que hace que se perciba inseguridad en la comunidad residente y visitante.

La principal fuente de contaminación por ruido y gases es el tránsito vehicular generado en las principales vías de la localidad, acompañada de contaminación visual del sector comercial formal e informal.

La implementación de la estrategia de gestión social integral se vio obstaculizada por la ausencia de algunos representantes de los distintos sectores lo que obligo a la secretaría de integración social, salud e IDPAC a asumir la responsabilidad de trabajo transectorial. LISTADO DE ABREVIATURAS.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ATEP	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional
BLAA	Biblioteca Luis Ángel Arango
BPM	Buenas prácticas de manufactura
CAI	Centros de Atención Inmediata
CAR	Corporación Autónoma Regional
CLOPS	Consejo de Política Social
COPACOS	Comité de participación comunitaria en salud
COVE	Comité de Vigilancia Epidemiológica
COVECOM	Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
CRUE	Central Reguladora de Urgencias
DAMA	Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DILE	Dirección Local de Educación
DPAE	Dirección de Prevención y Atención de Emergencias
EAAB	Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC

EPS-S	Empresa Promotora de Salud Subsidiada	SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda	SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
ESE	Empresa Social del Estado	SIVIM	Sistema de vigilancia para la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual
FAMIS	Familias Amigas de la Mujer y la Infancia	SPA	Sustancias psicoactivas
GESA	Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud	SUIVD	Sistema Unificado de Información de Violencia y Delincuencia
GSI	Gestión social integral	TAES	Tratamiento Acortado estrictamente supervisado
IAFI	Instituciones Amigas de la Familia y la Infancia	TB	Tuberculosis
IAMI	Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia	TD	Tasa de desempleo
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	UAT	Unidad de Apoyo Técnico
IDEAM	Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia	UEL	Unidad Ejecutora Local
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte	UPZ	Unidades de Planeamiento Zonal
IEDs	Instituciones Educativas Distritales	UTI	Unidades de Trabajo Informal
IPES	Instituto para la Economía Social	VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud		
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual		
IVC	Inspección, Vigilancia y Control		
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales		
LSP	Laboratorio de Salud Pública		
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas		
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones		
PDA	Proyecto de Desarrollo Autonomía		
PET	Población en Edad de Trabajar		
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas		
PIES	Proyecto Integral de Entornos Saludables		
POS	Plan Obligatorio de salud		
POT	Plan de Ordenamiento Territorial		
PPMyG	Política Pública de Mujer y Género		
PYMES	Pequeñas y Medianas Empresas		
RUPD	Registro Único de Población Desplazada		
SAMA	Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente		
SAN	Seguridad Alimentaria Nutricional		
SASC	Salud a su Casa		
SDIS	Secretaría Distrital de Integración Social		
SGSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud		
SIDBA	Sistema de Información sobre Barreras de Información Sectoriales		
SIRBE	Sistema de Registro de Beneficiarios		

www.saludcapital.gov.co